

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS  
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS**

**FABRÍCIO CRUZ DA ROSA**

**A HISTÓRIA DA CONSTITUIÇÃO E O FUNCIONAMENTO DO  
SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO:  
ASPECTOS DO FINANCIAMENTO E ACESSO**

**Porto Alegre**

**2013**

**FABRÍCIO CRUZ DA ROSA**

**A HISTÓRIA DA CONSTITUIÇÃO E O FUNCIONAMENTO DO  
SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO:  
ASPECTOS DO FINANCIAMENTO E ACESSO**

Trabalho de conclusão submetido ao Curso de Graduação em Ciências Econômicas da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Economia.

Orientador: Prof<sup>ª</sup> Dra. Janice Dornelles de Castro.

**Porto Alegre**

**2013**

**FABRÍCIO CRUZ DA ROSA**

**A HISTÓRIA DA CONSTITUIÇÃO E O FUNCIONAMENTO DO  
SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO:  
ASPECTOS DO FINANCIAMENTO E ACESSO**

Trabalho de conclusão submetido ao Curso de Graduação em Economia da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Economia.

Aprovada em: Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2013.

BANCA EXAMINADORA:

---

Profa. Dra. Janice Dornelles de Castro – Orientador  
UFRGS

---

Prof. Dr. Stefano Florissi  
UFRGS

---

Prof. Dr. Eugênio Lagemann  
UFRGS

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço minha família por nunca me deixar desistir dos meus objetivos, sempre me apoiando de todas as formas possíveis durante essa caminhada.*

*Aos meus colegas de trabalho da Policlínica Militar por compreenderem minhas ausências e darem todo o suporte necessário para que eu pudesse realizar meus estudos.*

*E a minha orientadora, professora Janice Dornelles de Castro, que dedicou muito interesse a este projeto, acreditando no desenvolvimento do tema, e que despendeu sua atenção para que o trabalho se desenvolvesse da melhor maneira possível.*

## RESUMO

A organização da assistência à saúde do Exército Brasileiro é um assunto pouco abordado fora do ambiente militar, seja através de estudos, pesquisas ou publicações. Esse trabalho busca contribuir para ampliar e divulgar o conhecimento sobre a sua forma de funcionamento, preenchendo essa lacuna, especialmente, no que se refere às formas financiamento e acesso. Sabemos que o sistema é financiado com recursos do orçamento do Estado brasileiro e com contribuições dos militares, sendo que o acesso aos serviços é restrito aos militares e seus familiares, no entanto, existem diversas situações em que o serviço de saúde do Exército presta atendimento à população, seja em áreas remotas ou em apoio a ações do sistema único de saúde.

**Palavras-chave:** Exército Brasileiro. Serviço de Saúde. Financiamento.

## **ABSTRACT**

The organization of health care in the Brazilian Army is a subject rarely addressed outside the military environment, whether through study, research or publications. This work seeks to contribute to expand and disseminate knowledge about how it works, filling this gap, especially with regard to funding and access ways. We know that the system is financed with funds from the State budget and contributions of the Brazilian military, and access to services is restricted to the military and their families, however there are many situations in which the health service provides care to the Army population, either in remote areas or in support of the actions of the public health system.

**Keywords:** Brazilian Army. Health Services. Financing

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 — ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO EXÉRCITO BRASILEIRO.....	24
FIGURA 2 — LOCALIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES MILITARES DE SAÚDE DE NÍVEL SECUNDÁRIO E TERCIÁRIO .....	28
FIGURA 3 — QUADRO EXPLICATIVO DAS FORMAS DE ACESSO AO ATENDIMENTO.....	37

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 — ORGANIZAÇÕES MILITARES DE SAÚDE (OMS) .....	27
QUADRO 2 — “RANKING” DAS CONSULTAS MAIS REALIZADAS EM OCS/PSA X CONSULTAS MAIS REALIZADAS EM OMS NO ÂMBITO DA TERCEIRA REGIÃO MILITAR-RS EM 2012 .....	49
QUADRO 3 — “RANKING” DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS MAIS REALIZADOS EM OCS/PSA NO ÂMBITO DA TERCEIRA REGIÃO MILITAR EM 2012.....	51
QUADRO 4 — “RANKING” DOS PROCEDIMENTOS COM MAIOR CUSTO EM OMS NO ÂMBITO DA TERCEIRA REGIÃO MILITAR EM 2012.....	51
QUADRO 5 — “RANKING” DOS EXAMES DE ALTO CUSTO COM MAIOR CUSTO TOTAL EM OCS/PSA NO ÂMBITO DA TERCEIRA REGIÃO MILITAR EM 2012.....	52
QUADRO 6 — “RANKING” DOS EXAMES DE ALTO CUSTO COM MAIOR CUSTO TOTAL EM OMS NO ÂMBITO DA TERCEIRA REGIÃO MILITAR EM 2012 .....	53
QUADRO 7 — “RANKING” DOS PROCEDIMENTOS DE ALTO CUSTO COM MAIOR CUSTO TOTAL EM OCS/PSA NO ÂMBITO DA TERCEIRA REGIÃO MILITAR EM 2012.....	54
QUADRO 8 — “RANKING” DOS PROCEDIMENTOS DE ALTO CUSTO COM MAIOR CUSTO TOTAL EM OMS NO ÂMBITO DA TERCEIRA REGIÃO MILITAR EM 2012 .....	55



## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 — NÚMERO TOTAL DE ATENDIMENTOS POR FAIXA ETÁRIA, NA TERCEIRA REGIÃO MILITAR – RS – BRASIL – 2007-2012 .....	38
GRÁFICO 2 — VALOR MÉDIO TOTAL DE UM ATENDIMENTO POR FAIXA ETÁRIA, NA TERCEIRA REGIÃO MILITAR – RS – BRASIL – 2007-2012 .....	39
GRÁFICO 3 — NÚMERO DE ATENDIMENTOS EM OMS POR FAIXA ETÁRIA, NO ÂMBITO DA TERCEIRA REGIÃO MILITAR – RS – BRASIL - 2007-2012.....	40
GRÁFICO 4 — NÚMERO DE ATENDIMENTOS EM OCS/PSA POR FAIXA ETÁRIA, NO ÂMBITO DA TERCEIRA REGIÃO MILITAR – RS – BRASIL – 2007-2012 .....	41
GRÁFICO 5 — NÚMERO DE ATENDIMENTOS EM OCS/PSA X NÚMERO DE ATENDIMENTOS EM OMS, NO ÂMBITO DA TERCEIRA REGIÃO MILITAR – RS – BRASIL – 2012 .....	42
GRÁFICO 6 — VALOR MÉDIO DE UM ATENDIMENTO EM OMS EM R\$ POR FAIXA ETÁRIA, NO ÂMBITO DA TERCEIRA REGIÃO MILITAR – RS – BRASIL – 2007-2012 .....	43
GRÁFICO 7 — VALOR MÉDIO DE UM ATENDIMENTO EM OCS/PSA EM R\$ POR FAIXA ETÁRIA, NO ÂMBITO DA TERCEIRA REGIÃO MILITAR – RS – BRASIL – 2007-2012 .....	44
GRÁFICO 8 — VALOR MÉDIO DE ATENDIMENTOS EM OCS/PSA X VALOR MÉDIO DE ATENDIMENTOS EM OMS NO ÂMBITO DA TERCEIRA REGIÃO MILITAR – RS – BRASIL - 2012 .....	45
GRÁFICO 9 — VALOR TOTAL DE ATENDIMENTO EM OMS EM R\$ POR FAIXA ETÁRIA, NO ÂMBITO DA TERCEIRA REGIÃO MILITAR – RS – BRASIL – 2007-2012.....	46
GRÁFICO 10 — VALOR TOTAL DE ATENDIMENTO EM OCS/PSA EM R\$ POR FAIXA ETÁRIA, NO ÂMBITO DA TERCEIRA REGIÃO MILITAR – RS – BRASIL – 2007-2012 .....	47
GRÁFICO 11 — VALOR TOTAL DOS ATENDIMENTOS EM OCS/PSA X VALOR TOTAL DOS ATENDIMENTOS EM OMS, NO ÂMBITO DA TERCEIRA REGIÃO MILITAR – RS – BRASIL - 2012 .....	48

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDM *Comprovante de Despesas Médicas*

DAPROM *Diretoria de Avaliação e Promoções*

DCEM *Diretoria de Controle de Efetivos e Movimentação*

DCIPAS *Diretoria de Civis Inativos Pensionistas e Assistência Social*

DEC *Departamento de Engenharia e Construção*

DECEX *Departamento de Educação e Cultura do Exército*

DGP *Departamento Geral do Pessoal*

DIORFA *Divisão de Orçamento, Finanças e Auditoria do Exército Brasileiro*

DSAU *Diretoria de Saúde*

DSM *Diretoria de Serviço Militar*

ESEX *Escola de Saúde do Exército*

FEB *Força Expedicionária Brasileira*

FHE *Fundação Habitacional do Exército*

FIP *Força Interamericana de Paz*

FS *Formações de Saúde*

FUSEX *Fundo de Saúde do Exército*

IBGE *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*

IMBEL *Industria de Material Bélico do Brasil*

OCS *Organizações Civis de Saúde*

OMS *Organizações Militares de Saúde*

ONU *Organização das Nações Unidas*

PIB *Produto Interno Bruto*

PNI *Programa Nacional de Imunização*

PSA *Profissionais de Saúde Autônomo*

*RM Região Militar*

*SAMMED Sistema de Atendimento Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, Pensionistas Militares e seus Dependentes*

*SUS Sistema Único de Saúde*

*UNEFI Força de Emergência das Nações Unidas*

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>HISTÓRIA DO SERVIÇO DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO .....</b>	<b>15</b>
2.1	A RELAÇÃO ENTRE A DOCTRINA MILITAR E A MEDICINA .....	15
2.2	A FORMAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO .....	16
2.3	CONCLUSÕES .....	21
<b>3</b>	<b>ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO.....</b>	<b>23</b>
3.1	ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO EXÉRCITO BRASILEIRO .....	23
3.2	O SERVIÇO DE SAÚDE HIERARQUIZADO E A DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DO EXÉRCITO NO TERRITÓRIO NACIONAL.....	26
3.3	O SISTEMA SAMMED/FUSEX .....	29
3.4	RELAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO COM DEMAIS INSTITUIÇÕES CIVIS.....	33
3.5	CONCLUSÕES .....	35
<b>4</b>	<b>MENSURAÇÃO DOS GASTOS DO SERVIÇO DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO .....</b>	<b>37</b>
4.1	CONSUMO DOS SERVIÇOS DO SISTEMA POR FAIXA ETÁRIA.....	37
3.2	CONSUMO DOS SERVIÇOS DO SISTEMA POR PROCEDIMENTOS .....	49
4.3	RESUMO DO CAPÍTULO.....	56
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>58</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>60</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>62</b>
	<b>ANEXO A — ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO EXÉRCITO BRASILEIRO... </b>	<b>63</b>
	<b>ANEXO B — LEGENDA DA FIGURA 2.....</b>	<b>64</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Uma nação forte é aquela que tem a sua população saudável, girando, assim, a grande engrenagem da economia e a fazendo crescer pela sua força de trabalho. Um povo doente é fraco e sua nação pobre. A existência de um serviço de saúde eficiente, efetivo, equânime e universal é uma condição importante para a garantia do desenvolvimento econômico e social dos países. Na última década (2001-2011), o Brasil destinou em média 2,54% do PIB para as forças armadas, enquanto o valor destinado à educação foi, em média, de 3,09% e para assistência social 2,57% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2011). Do percentual do PIB destinado ao Exército parcela é utilizada com a manutenção dos seus serviços de saúde, considerando a importância de discutir a eficiência e efetividade no uso desses recursos.

Neste trabalho pretendemos estudar os serviços de saúde do Exército. Sabemos que as instituições militares são diferentes das instituições civis, principalmente no que concerne ao motivo de sua existência e suas finalidades. Os homens de farda vivem e são treinados para fins completamente diferentes de qualquer outra atividade civil, e a nação “[...] por mais pacata que seja, não pode se livrar de estar envolvida, de uma hora para outra, em luta bruta, provocada por fatos independentes, mesmo, da sua vontade [...]” (SILVA, 1958). Preparar-se para uma batalha é uma missão árdua. Mesmo em tempo de paz a finalidade das forças armadas é organizar o pessoal e o material necessário para uma possível guerra. Os militares, responsáveis pela defesa nacional devem ser saudáveis e, portanto, ter acesso a um serviço de saúde capaz de responder as necessidades desse grupo que possui características especiais e cujas funções são diferenciadas do restante da população.

O propósito deste trabalho é apresentar um tema que é pouco conhecido fora das Forças Armadas: a organização da assistência à saúde do Exército Brasileiro. Esse é um assunto pouco abordado em estudos e publicações, sendo importante poder contribuir para ampliar a compreensão dessa área do conhecimento. Logo, este projeto destina-se a preencher esta lacuna, especialmente no que se refere às formas de financiamento, buscamos, pois, nessa monografia responder as seguintes perguntas: Como é financiado o Serviço de Saúde do Exército Brasileiro? Quais suas características principais? Como se dá o acesso aos serviços? A quem se destina? E quais suas especificidades?

O objetivo principal é realizar uma descrição, de caráter exploratório, do serviço de saúde do Exército Brasileiro, especialmente no que diz respeito ao seu financiamento, elaborando um quadro diagnóstico. Para alcançar esse objetivo principal será necessário desenvolver determinadas etapas que são os objetivos secundários do trabalho, quais sejam:

- a) realizar revisão bibliográfica e documental da história da formação do serviço de saúde do Exército Brasileiro, salientando suas peculiaridades e importância;
- b) identificar e descrever a estrutura do serviço de saúde do Exército Brasileiro, apresentando suas características, tais como: fontes de recursos, despesas, abrangência espacial, público alvo, níveis de hierarquia e relações com outras organizações civis.

Em relação aos aspectos metodológicos, para atingir os objetivos propostos, a primeira etapa será a da revisão bibliográfica e documental de cunho histórico. Serão utilizadas as fontes de informação disponíveis, que são escassas e, em grande maioria, restritas às forças armadas, como bibliotecas do Exército, trabalhos de pesquisa realizados por militares e sites governamentais. Com base nessas informações, pretendemos construir o histórico da formação dos serviços de saúde do Exército desde o período colonial até a atualidade. Neste contexto, será discutida a evolução dos serviços, suas peculiaridades e contribuição para a história brasileira.

Em uma segunda etapa, será feita a revisão bibliográfica, a pesquisa em meios de comunicação (sites e publicações governamentais) e a análise da legislação com o objetivo de apresentar os programas que compõem o serviço de saúde do Exército, que são: o Sistema de Atendimento Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, Pensionistas Militares e seus Dependentes (SAMMED) e o Fundo de Saúde do Exército (FUSEx). Além disso, será apresentada também, a estrutura dos serviços, a sua abrangência no território nacional, o público alvo, os níveis de hierarquia e as relações com outras instituições de saúde, tanto militares como civis.

E na terceira etapa, para exemplificar as questões relativas ao financiamento deste serviço de saúde, a estratégia metodológica será a de coleta de dados secundários da Divisão de Orçamento, Finanças e Auditoria do Exército Brasileiro (DIORFA), tendo como propósito

recolher as informações de gastos com atendimento por faixa etária e sua evolução do ano de 2007 a 2012 e apresentar o “ranking” dos tipos de atendimento realizados pelo sistema no ano de 2012.

Então o trabalho será estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo do trabalho fará uma narrativa histórica da construção do serviço de saúde do Exército Brasileiro, iniciando no período colonial brasileiro até os dias atuais. No segundo capítulo será apresentada a estrutura deste serviço de saúde, com suas características organizacionais frente à hierarquia do exército, onde estão e quais são as Organizações Militares de Saúde no território nacional, os sistemas que compõem o serviço de saúde e a sua relação com as demais instituições. E, finalmente, no terceiro e último capítulo desta monografia, será realizada uma análise dos dados coletados, sobre o número de atendimentos, por faixa etária, da população militar do Rio Grande do Sul, entre os anos de 2007 e 2012.

## **2 HISTÓRIA DO SERVIÇO DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO**

Neste capítulo será apresentada a formação do serviço de saúde do Exército ao longo da história brasileira. Para tal, o capítulo iniciará com uma breve discussão sobre a relação histórica entre medicina e as doutrinas militares. Após esta discussão, estudaremos a formação da saúde militar brasileira desde a época colonial até os dias atuais.

### **2.1 A RELAÇÃO ENTRE A DOCTRINA MILITAR E A MEDICINA**

A partir do século XVII, com o advento do fuzil, era necessário mais tempo de exercício e treinamento antes dos soldados estarem preparados para o campo de batalha. Eles precisavam acumular mais conhecimento sobre o manuseio e conservação dos novos tipos de armamentos e equipamentos os quais iriam portar. O desempenho da força militar está fortemente atrelado a um material de guerra apropriado e em perfeitas condições de uso: se o material é falho e/ou antiquado para o fim ao qual se destina, ele não inspira confiança e, para utilizar este material, se faz necessário uma presença humana bem capacitada.

Os avanços tecnológicos nos materiais de guerra passaram a exigir soldados com maior treinamento e, portanto, de mais onerosa formação.

No entanto, a deserção é um problema comum enfrentado pelos exércitos. Os militares muitas vezes desejam deixar as fileiras de combate ou de treinamento, pois têm medo de se ferir ou morrer, por isso os hospitais militares tiveram que se adaptar criando novas exigências de controle, não era mais admissível a fuga durante o tratamento no hospital. Na verdade, era necessário evitar a morte, curar, e se possível diminuir o tempo que os soldados permaneciam fora de combate, pois os investimentos em equipamentos e formação ficavam cada vez maiores. Nesse contexto é que a reorganização administrativa dos hospitais foi realizada e não utilizou tecnologias médicas, mas militares: a disciplina.

Logo, existe uma inegável relação histórica entre a medicina e as doutrinas militares, cujo elo é a utilização da disciplina como ferramenta organizacional.

A rígida disciplina influenciou a formação e organização de hospitais até os dias atuais (SILVA, 1958; FOUCAULT, 1979).



## 2.2 A FORMAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO

### **Saúde Militar na Época do Brasil Colônia**

No início do século XVI, de acordo com Lemos (2008), os militares eram atendidos gratuitamente em casas particulares, e a partir de 1582 nas Santas Casas de Misericórdias, mediante o pagamento de uma contribuição anual. Em 1768, foi criado o primeiro hospital militar no país, o Real Hospital Militar de Ultramar, no morro do castelo no Rio de Janeiro, o qual foi construído anexo a uma escola jesuítica que já existia no local (SILVA, 1958; LEMOS, 2008).

Os médicos eram designados aos aquartelamentos do Exército e da Marinha espalhados pelo Brasil; esses profissionais agiam isoladamente, sem ligação alguma entre eles. O serviço de saúde das forças armadas, com um corpo organizado e encarregado das tropas, teve seu início em 1808, com a transferência da família real para o Brasil, após a invasão francesa em Portugal.

Com a vinda da família real, Dom João VI, através do decreto de 9 de fevereiro de 1808, criou o cargo de cirurgião-mór dos seus exércitos e armadas reais, nomeando primeiro Diretor de Saúde<sup>1</sup> o frei Custódio de Campos e Oliveira. Era de responsabilidade do cirurgião-mór nomear seus delegados nos hospitais gerais militares das províncias, integrando e regulamentando cada vez mais a saúde do Exército e da Marinha em todo território. Nesta época os médicos militares tinham a incumbência de tratar os doentes, mas não era sua atribuição participar da gestão econômica e da direção dos hospitais. Porém, através do decreto de 22 de março de 1821, Dom João VI determinava que a direção administrativa dos hospitais passasse a ser atribuição dos médicos, tendo em vista que frei Custódio de Campos e Oliveira partiu para Portugal neste ano (SILVA, 1958).

### **Saúde Militar na Época da Monarquia**

---

<sup>1</sup> Atualmente esse cargo é conhecido como diretor de saúde.

A organização autônoma e independente do corpo de saúde do Exército foi regulamentada pelo decreto nº 601, de 19 de abril de 1849, marco importante na história, pois, pela primeira vez, foram regulamentados os cargos com suas atribuições. Antes deste decreto, o serviço de saúde era unificado das forças armadas, que na época eram o Exército e a Real Armada (Marinha do Brasil).

Em 1851, foi regulamentado o concurso para médico do Exército Brasileiro: eram admitidos para vaga de segundo cirurgião<sup>2</sup> aqueles que obtivessem grau de doutor e no mínimo três anos de experiência. Em 1857, foram criados os cargos de enfermeiros e farmacêuticos, assim como, as farmácias e o Laboratório Químico Farmacêutico Militar, que tem por função criar compostos químicos e farmacêuticos e fornecê-los aos estabelecimentos militares em geral. Esse foi um período importante para a estruturação do corpo de saúde do Exército, no entanto, ocorreram mudanças neste ano de 1857, onde se extinguiu o concurso para admissão de médicos e farmacêutico e a direção dos hospitais militares foi entregue aos oficiais combatentes, militares não pertencentes ao serviço de saúde (SILVA, 1958).

### **Saúde Militar na Época da República até os Tempos Atuais**

O serviço de saúde do Exército passou a se chamar serviço sanitário do Exército, o que não alterou as características do serviço de saúde, apenas a sua nomenclatura. A direção técnica e administrativa dos hospitais militares voltou a ser atribuição dos médicos e os concursos para médico e farmacêutico foram retomados. Nesse período, houve a criação de cargos de médicos e farmacêuticos adjuntos que não são concursados para carreira militar, mas são declarados oficiais do Exército, funcionando como profissionais temporários.

Também ocorreu a criação de instituições vinculadas ao serviço sanitário do Exército, como o Laboratório Militar de Microscopia Clínica e Bacteriologia, criado em 1894 e renomeado como Instituto de Biologia do Exército, em 1945, sua atribuição é de realizar pesquisas biológicas e químicas, fabricar e fornecer produtos biológicos, entre outras.

A criação do jornal “Arquivos do Instituto de Biologia do Exército” que foi a primeira revista de bacteriologia publicada no Brasil, com a primeira publicação em 1908. Ainda nesse

---

<sup>2</sup> O corpo de saúde na época era composto pelos seguintes postos em ordem de hierarquia: Cirurgião-mór do Exército (Coronel), Cirurgião-mór de divisão do exército (Tenente-Coronel), Cirurgião-mór de Brigada (Major), Primeiro Cirurgião (Capitão), Segundo Cirurgião (Tenente).

ano, o serviço de saúde do Exército passa a agregar novas especialidades profissionais ao corpo da carreira militar, como veterinários e dentistas, atribuições antes realizadas por profissionais adjuntos (SILVA, 1958).

Em 1910, foi criada a Escola de Aplicação Médico-Militar, com dois cursos: o de aplicação e o de aperfeiçoamento. Os integrantes desses cursos eram os médicos e farmacêuticos que, após aprovados nos concursos, passavam por um ano de estágio no curso de aplicação, para depois ingressar no quadro de oficiais de saúde do Exército. Essa escola deu origem à Escola de Saúde do Exército (ESEEx), criada em 1921, um marco importante na história da medicina militar brasileira.

A partir de 1939, novas especialidades profissionais foram integradas nos cursos da Escola de Saúde, tais como enfermagem, veterinária e odontologia (SILVA, 1958). No entanto, a ESEEx realiza atualmente apenas cursos para os profissionais médicos: todos os cursos para os profissionais das outras especialidades da saúde são realizados pela escola de administração do Exército.

As duas grandes guerras foram marcos na história do serviço de saúde do Exército Brasileiro. Na Primeira Guerra Mundial houve a Missão Médica Brasileira à França, e na Segunda Guerra Mundial a criação do 1º Batalhão de Saúde para Força Expedicionária Brasileira (FEB) (CARDOSO, 2010).

No início dos conflitos da Primeira Guerra Mundial, o Brasil era um país neutro; porém, em outubro de 1917, o governo brasileiro decretou estado de guerra e rompeu relações diplomáticas com a Alemanha, após ataques a navios comerciais brasileiros ocorridos em abril daquele ano.

Em julho de 1918, foi organizada uma missão médica brasileira à França, com o objetivo de organizar um hospital militar brasileiro em território francês, a equipe era formada por médicos, acadêmicos de medicina, soldados e pessoal do quadro administrativo, totalizando 150 pessoas. Essa tarefa durou até fevereiro de 1919, no entanto, esse acontecimento foi importante para estreitar as relações entre os dois países, oportunizando o início de uma grande influência estrangeira no processo de modernização de serviço de saúde do Exército (CARDOSO, 2010).

Com a criação da Escola de Aplicação Médico-Militar, em 1910, teve início a tradição de ensino de saúde no Exército Brasileiro. Em 1921, o seu nome foi trocado para “Escola de Saúde do Exército” e ocorreram diversas mudanças estruturais sob forte influência francesa.

Nesse período da década de 1920, as diretorias técnica, de ensino e de estudos estavam sob a responsabilidade de professores-médicos que fizeram parte da missão militar francesa, durante a Primeira Guerra Mundial. Além disso, o diretor de estudos era um médico francês, Louis Marland, que propôs mudanças no conteúdo curricular. Se antes o ensino era mais teórico, principalmente voltado para higiene militar, passou, após a influência francesa, a ser de cunho mais prático, voltado, para o ensino da cirurgia de guerra, da epidemiologia, dos serviços de saúde em campanha. Esta influência perdurou até o final da década de 1920 (CARDOSO, 2010).

No período entre guerras, especialmente após 1930, a principal influência na medicina militar brasileira passou a ser alemã, principalmente voltada para o objeto da higiene militar. O domínio das ideias de um grupo de ciências médicas pró-germânicas foi muito grande nessa época. Militares brasileiros participavam de conferências sobre medicina militar, ministradas por oficiais generais alemães na Europa.

Em artigo, publicado em 1942, de autoria de um capitão médico instrutor da Escola de Saúde do Exército e intitulado "Higiene militar e medicina militar", são ressaltadas as questões de higiene da tropa, abordando temas como educação física, exercícios, asseio, fardamento, habitações e profilaxia de doenças comuns no Exército. Esse estudo expressa a influência alemã nos serviços de saúde do Exército Brasileiro, observada especialmente em relação à importância dedicada à questão da saúde dos recrutas. Nessa perspectiva, o serviço militar é um grande educador da população e o aquartelamento, uma escola de asseio e higiene (CARDOSO, 2010). Podemos dizer que os serviços de saúde do Exército Brasileiro tiveram uma forte influência “franco-germânica” na sua estruturação.

Em agosto de 1942, o Brasil declarou estado de guerra, após navios mercantes do país terem sido atingidos por submarinos alemães. O 1º Batalhão de Saúde, proveniente das formações sanitárias do Rio de Janeiro e de São Paulo, seguiu para Itália em 1944, integrando a Força Expedicionária Brasileira (FEB) (CARDOSO, 2010).

Durante a guerra, o serviço de saúde trabalhou em uma linha de atendimento com quatro hospitais. O mais próximo à linha de combate era o hospital de campo, na sua

cobertura estavam os hospitais de evacuação e estacionamento, e na retaguarda localizava-se o hospital geral. Este complexo de atendimento de saúde militar foi montado em Valdibura, no encosto do Monte Castelo, e tinha vinte e cinco leitos para situações de máxima emergência, como polifraturados, ferimentos de crânio, arrancamento de membros, entre outros.

O efetivo total da Força Expedicionária Brasileira era de aproximadamente 25.000 homens dos quais 1.369 compuseram o serviço de saúde da FEB, dentre eles 198 oficiais médicos, dentistas, farmacêuticos e administrativos, 49 oficiais enfermeiros, 225 sargentos enfermeiros e administrativos e 897 cabos e soldados. Durante 11 meses de permanência na Itália baixaram para atendimento nos hospitais 10.766 homens. (DA CRUZ,2008) (MARRONI,2008)

No período pós-Guerra, o serviço de saúde do Exército Brasileiro tem participado em missões de cunho operacional e em missões fins em tempo de paz.

No que tange às missões de cunho operacional, o serviço de saúde vem apoiando as tropas brasileiras em missões de paz da Organização das Nações Unidas (ONU). Essa modalidade de apoio foi iniciada com o “Batalhão Suez” em 1957 na 1ª Força de Emergência das Nações Unidas (UNEFI), no Oriente Médio. Após esta intervenção de garantia da lei e da ordem em países estrangeiros, a saúde do Exército esteve presente em diversas outras operações, como na Força Interamericana de Paz (FIP) na República Dominicana em 1966, nas missões de Paz na Angola de 1988 a 1997, e nas missões de assistência das Nações Unidas ao Timor Leste em 2002. Atualmente, o serviço de saúde do Exército está apoiando as missões de manutenção de paz no Haiti.

O papel do serviço de saúde do Exército Brasileiro nessas missões é atender as necessidades básicas de saúde da população desses países, além disso, garantir a saúde da tropa para atuar nessas situações de risco. Também é atribuição desse grupo especializado, a definição das normas técnicas de saúde para mobilizar e desmobilizar o contingente, mantendo sempre a higidez de todos os militares, trabalhando principalmente com prevenção.

Além das missões de tipo operacional, o serviço de saúde do Exército Brasileiro deve cumprir as suas missões fins em tempo de paz, que são: manter a higidez dos seus efetivos e prover melhores condições de saúde para os militares, além de assegurar o acesso e atendimento de saúde, assim como assistência médico-hospitalar e odontológica com o apoio

de saúde à família militar. Para tal, várias reformulações vêm sendo feitas nas últimas décadas, a fim de proporcionar um sistema de saúde cada vez mais coeso.

Em 1943, foi regularizada a prestação de assistência à saúde para os dependentes de militares do Exército através do Aviso Ministerial nº 547 que permitiu a criação de Policlínicas Militares e Hospitais de Guarnições. Em 1974, por meio do Decreto Presidencial nº 73.787, foram aprovadas as condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar dos militares e seus dependentes.

Essa medida foi o embrião do atual sistema, criado em 1978 que se apoia em dois pilares: o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, da Ativa, Inativos, Pensionistas e seus dependentes (SAMMED) e o Fundo de Saúde do Exército (FUSEx). Estes dois sistemas, marcam a nova etapa da atenção à saúde no Exército Brasileiro.

Na busca da excelência de seus projetos e procurando melhorar as condições de saúde dos militares e seus dependentes, foram instituídas as Portarias nº 348, de 01 de julho de 2003, que cria o sistema gerencial do Exército Brasileiro e propõe a realização contínua de avaliação, inovação e melhoria de gestão de recursos, entre eles, os destinados à saúde; e a Portaria nº 727, de 07 de outubro de 2009, que propõe o Plano de Revitalização do Serviço de Saúde e apresenta a estrutura de atendimento das Organizações Militares de Saúde do Exército.

### 2.3 CONCLUSÕES

A análise da história da constituição do serviço de saúde do Exército mostra que sua evolução acompanha outros aspectos da história brasileira. Antes da chegada da família real o serviço de saúde era disperso, sem comando único, após 1808, ocorreram grandes mudanças, foram contínuas transformações na estrutura dos serviços, com médicos militares conquistando espaço na administração dos hospitais, na época da colônia, e a obtenção da autonomia do serviço de saúde do Exército. Mas foi durante o período da república que aconteceram as maiores mudanças, com uma forte ampliação dos serviços de saúde, com a inserção de profissionais de diversas áreas como biólogos, veterinários e dentistas e a criação de novas instituições como a Escola de Saúde do Exército e o Instituto de Biologia do Exército. Importante ressaltar as influências francesas e alemãs sobre a organização dos

serviços de saúde militar brasileira, a participação desses serviços nas duas grandes guerras, além do papel desempenhado junto à ONU em missões de paz em países conturbados, como também o cumprimento das missões em tempos de paz no território nacional.

Enfim, depois de realizada esta etapa, apresentamos no próximo capítulo, a atual estrutura do sistema de saúde do Exército Brasileiro, apresentando suas características organizacionais, a sua posição na hierarquia do Exército, onde estão e quais são as Organizações Militares de Saúde no território nacional, os sistemas que compõem o serviço de saúde e a sua relação com demais instituições.

### **3 ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO**

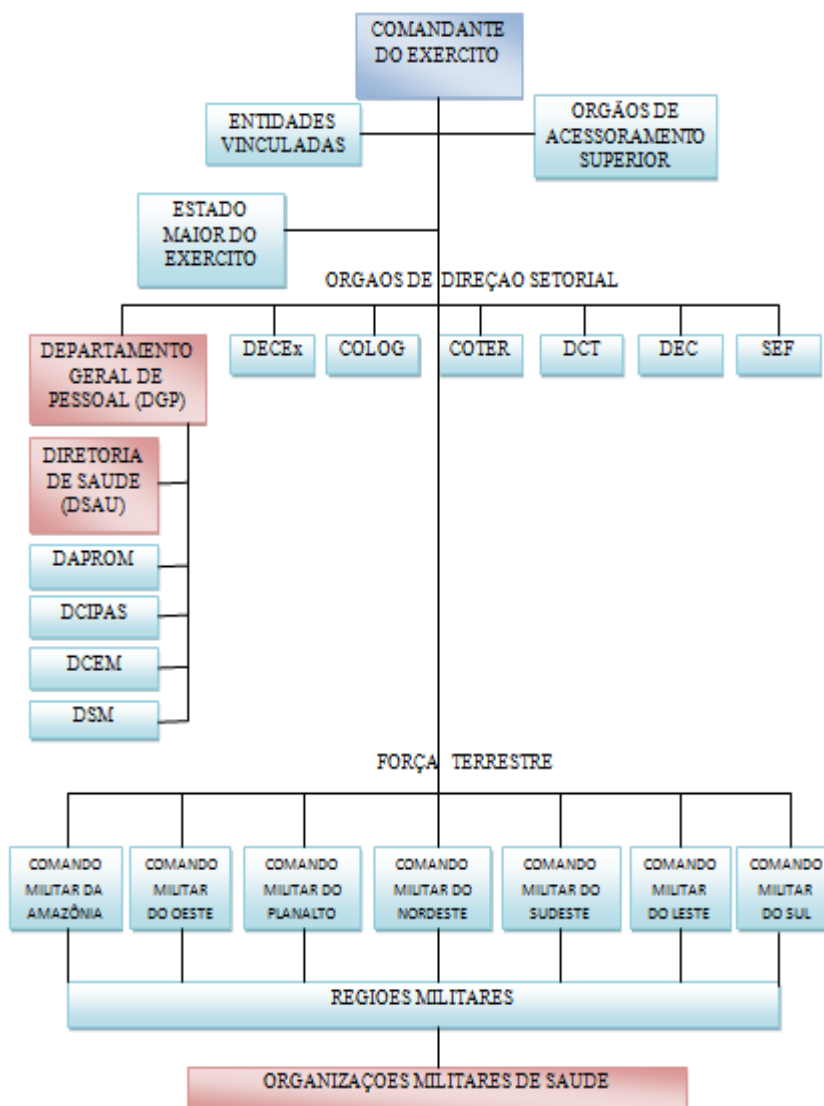
A partir de agora, estudaremos a estrutura do sistema de saúde do Exército, dividido em quatro grandes tópicos. No primeiro tópico será apresentada a estrutura organizacional do Exército, com a finalidade de termos uma visão geral sobre como o serviço de saúde está inserido dentro da força terrestre. Logo após, no segundo tópico, veremos a distribuição espacial das unidades de saúde no território brasileiro e suas funcionalidades. Já no terceiro tópico serão apresentados os programas que financiam a saúde militar. E por fim, no quarto tópico, veremos formas de relacionamento da saúde do Exército com demais instituições no Brasil.

#### **3.1 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO EXÉRCITO BRASILEIRO**

A estrutura organizacional do Exército Brasileiro possui um sistema hierárquico bastante rígido, com subordinações bem definidas e forte verticalização no seu organograma. A comunicação entre as escalas hierárquicas ocorre de forma sistemática através de uma forte cadeia de comando. A implantação e a execução de projetos dentro da instituição são realizadas através desta hierarquização e verticalização de sua estrutura organizacional (FERRO; RAMOS, 2011).



Figura 1 - Estrutura organizacional do Exército Brasileiro



Fonte: elaborado pelo autor (2013)

No topo da cadeia de comando encontra-se o Comandante do Exército, que está diretamente subordinado ao Ministério da Defesa, auxiliado por seus órgãos de assessoramento superior e outros órgãos de apoio. O Exército ainda possui três entidades vinculadas, que são; a Fundação Habitacional do Exército (FHE)<sup>3</sup>, a Indústria de Material Bélico do Brasil (IMBEL)<sup>4</sup> e a Fundação Osório<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> A FHE é responsável por gerir a Associação de Poupança e Empréstimo — POUPEX — tendo como missão promover melhor qualidade de vida aos seus clientes, mediante acesso à casa própria e a seus produtos e serviços.

<sup>4</sup> A IMBEL é uma empresa vinculada ao Ministério da Defesa por intermédio do Exército Brasileiro e é fornecedora de armas portáteis, munições, explosivos e equipamentos de comunicações.

<sup>5</sup> A Fundação Osório, é uma entidade de direito público vinculada ao Comando do Exército que tem como finalidade, instruir educar e profissionalizar filhos e filhas dependentes de militares.

Diretamente subordinado ao Comando do Exército está o órgão de Direção Geral, representado pelo Estado Maior do Exército e suas subchefias que a partir das decisões e diretrizes do Comando é responsável pelo planejamento, orientação, estudo, coordenação e controle das atividades do Exército.

Seguindo esta escala de comando, existem os órgãos de direção setorial, cada um responsável por um setor de atuação dentro da força, como por exemplo, o Departamento de Engenharia e Construção (DEC), responsável por obras e o Departamento de Educação e Cultura (DECEX), responsável pelo ensino no Exército. Diretamente subordinado a cada direção setorial existem os seus órgãos de apoio. Para os fins deste trabalho, vamos nos ater ao órgão de Direção Setorial chamado de DGP, que é responsável por planejar e coordenar as atividades de pessoal dentro da força. Os órgãos de apoio diretamente subordinados ao DGP são: a Diretoria de Serviço Militar (DSM), a Diretoria de Controle de Efetivos e Movimentação (DCEM), a Diretoria de Civis Inativos Pensionistas e Assistência Social (DCIPAS), a Diretoria de Avaliação e Promoções (DAPROM) e o órgão que é mais relevante para esta monografia, a DSAU (Diretoria de Saúde).

Até então foi explanado sobre a estrutura administrativa gerencial do Exército, porém, subordinado ao comandante, também se encontra a Força Terrestre, a parte operacional do Exército, onde se localizam as Organizações Militares. A Força Terrestre está dividida em sete grandes Comandos Militares de Área, e a cada Comando estão subordinadas as suas Regiões Militares, que ao total somam doze Regiões. Como exemplo podemos usar o Comando Militar do Sul, que é o Comando Militar de Área da região sul do Brasil (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) e a ele estão subordinados a Terceira Região Militar (3ªRM, responsável pelo Rio Grande do Sul) e a Quinta Região Militar (5ªRM, responsável pelos estados de Santa Catarina e Paraná). Subordinados às Regiões Militares encontram-se as Organizações Militares de Saúde (OMS), como por exemplo, o Hospital Militar de Área de Porto Alegre e a Policlínica Militar de Porto Alegre estão subordinados à 3ªRM. A distribuição e as atribuições de cada tipo de OMS será o tema do item 3.2 deste capítulo.

### 3.2 O SERVIÇO DE SAÚDE HIERARQUIZADO E A DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DO EXÉRCITO NO TERRITÓRIO NACIONAL

É de interesse do Exército Brasileiro a construção de uma rede de serviços de saúde que atenda de forma eficiente a população militar brasileira. Para tal, a saúde dentro da força terrestre é regionalizada e hierarquizada de forma a obedecer a uma escala tecnológica de assistência à saúde, classificada como primária, secundária e terciária.

Para representar o modelo tecno-assistencial utilizado no serviço de saúde do Exército, podemos utilizar a clássica figura de uma pirâmide. No primeiro nível estão as unidades de saúde que atendem a população que está na sua área de cobertura, este nível é responsável pela atenção primária. Seu objetivo é oferecer atenção integral à saúde em relação aos cuidados de atenção primária, funcionando como “porta de entrada” para os níveis mais complexos de atenção à saúde. Dentro do Exército Brasileiro encontramos este nível primário nas Formações de Saúde (FS). Estas formações são subunidades localizadas dentro de quartéis do Exército, e geralmente são compostas por um oficial médico, um oficial dentista, técnicos em enfermagem e padioleiros, e são elas as responsáveis por prestar um apoio de saúde imediato para os integrantes do quartel, e também por realizar procedimentos de controle sanitário da tropa e triagens dos casos que necessitem de tratamento especializado em segundo e terceiro nível de atenção. No segundo plano da pirâmide, encontramos serviços de atenção secundária, como serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, serviços ambulatoriais, alguns serviços de urgência e emergência, procedimentos e pequenas cirurgias e perícias médicas em primeira instância. No Exército este nível é ocupado por Policlínicas Militares e Postos Médicos de Guarnição, localizados em locais com maior concentração de Organizações Militares. No terceiro nível da Pirâmide estão os serviços hospitalares de maior complexidade, casos que necessitem de internação ou tratamento cirúrgico. Os Hospitais Militares são as Organizações de Saúde de terceiro nível no Exército. (LEMOS, 2008).

Quadro 1 — Organizações Militares de Saúde (OMS)

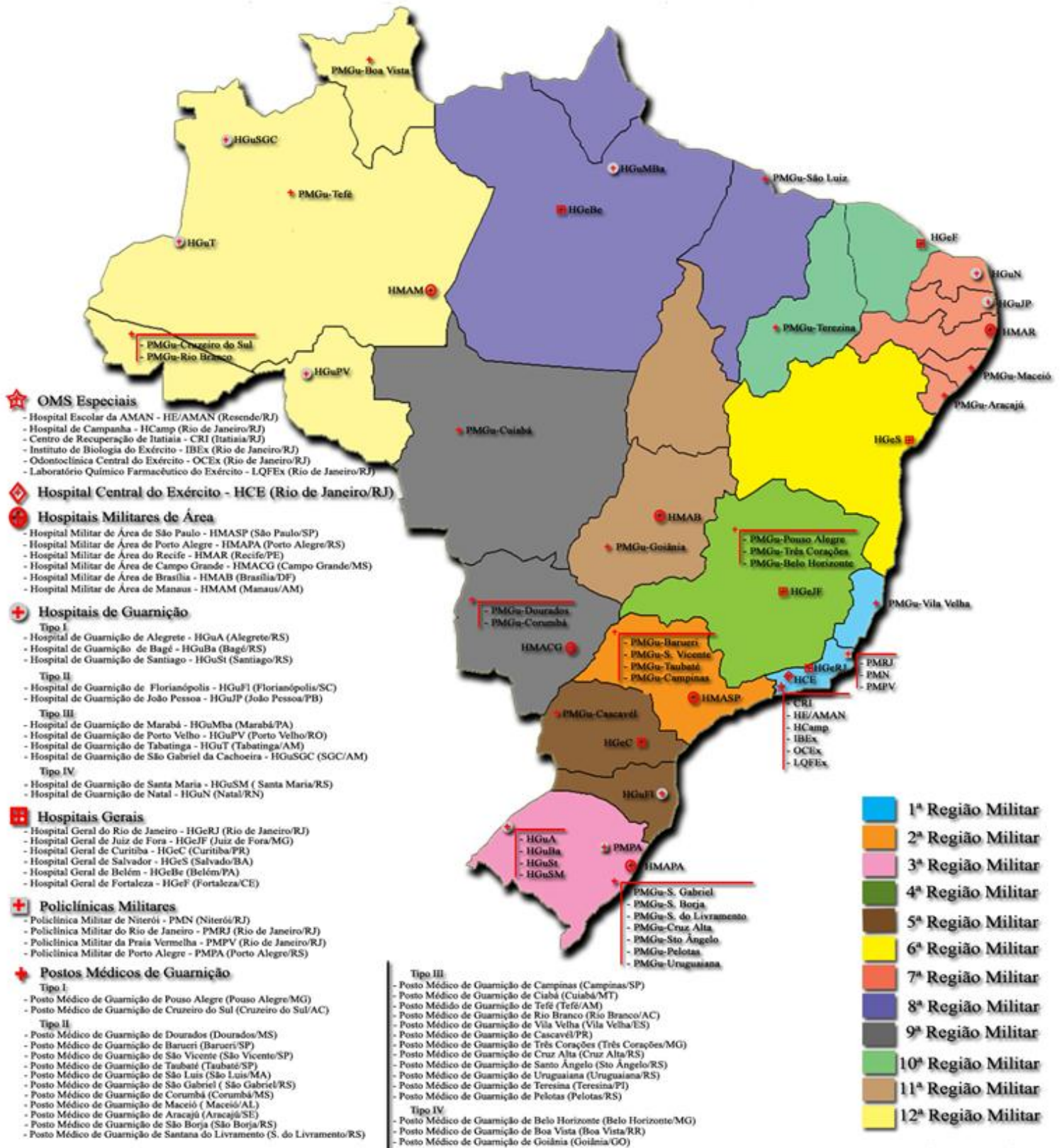
<b>Nível de Atendimento</b>	<b>Organização Militar</b>	<b>Quantidade Existente</b>	<b>Atuação</b>
Nível Primário	Formações de Saúde (FS)	545	Corpos de tropa, Apoio (arsenais, depósitos, escolas, outros)
Nível Secundário	Postos Médicos de Guarnição (PMGu)	28	Ambulatorial, instalados em locais de maior concentração de organizações militares.
	Policlínicas Militares	04	
Nível Terciário	Hospitais Militares de Área	07	Internação Tratamentos cirúrgicos
	Hospitais Gerais	06	
	Hospitais de Guarnição	11	

Fonte: elaborado pelo autor (2013)

Como podemos perceber, neste quadro acima temos bem representado o modelo tecno-assistencial de pirâmide formatado pelo Exército, com um grande número de organizações encarregadas pela atenção primária de saúde, no nível primário da pirâmide, com 32 Organizações Militares de Saúde no nível secundário e 24 Organizações Militares de Saúde no Nível Terciário.

Veremos agora, na figura 2, a distribuição no território brasileiro das OMS de nível secundário e terciário.

Figura 2 — Localização das Organizações Militares de Saúde de nível secundário e terciário



Fonte: Exército Brasileiro (2012)

De acordo com o mapa apresentado, notamos que existe uma enorme concentração de OMS no estado do Rio Grande do Sul, onde temos 8 OMS de nível secundário e 5 OMS de nível terciário, ou seja, cerca de 22% das organizações de saúde estão localizadas em seu território, sendo este o estado com o maior número de OMS. Também percebemos uma concentração de unidades de saúde na região sudeste em detrimento da região nordeste, região esta com apenas uma unidade de saúde por estado. Além disso, podemos perceber que os estados do Amapá e Tocantins não possuem nenhuma OMS. Sobre a discriminação das especificidades de atendimento de cada tipo de OMS apresentada na figura 2, podemos consultar o anexo B deste trabalho.

### 3.3 O SISTEMA SAMMED/FUSEX

Neste ponto será detalhado as fontes de recursos do serviço de saúde do Exército Brasileiro, quais sejam, o SAMMED com recursos provenientes da união e o FUSEx com recursos provenientes de desconto no salário dos militares. Os recursos do FUSEx são destinados aos militares e aos seus dependentes. Já os recursos do SAMMED são destinados aos militares em ano de serviço militar obrigatório e alunos de escola de formação militar, e para atendimentos de saúde provenientes de atos de serviço. Ambas as fontes de recursos financiam os atendimentos nos hospitais próprios do Exército e em entidades vinculadas.

Em 1974, com o Decreto Presidencial nº 73.787, foram aprovadas as condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes, o que foi o marco para a criação, em 1978, dos dois pilares do atual serviço de saúde do Exército, que são: o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, da Ativa, Inativos, Pensionistas e seus dependentes (SAMMED) e o Fundo de Saúde do Exército (FUSEx).

Além da prioridade primária do Exército Brasileiro, que é a garantia da soberania nacional, uma das questões mais importantes para o Comando do Exército tem sido a garantia dos cuidados de saúde aos militares e seus dependentes. As fontes para o financiamento do sistema são: os recursos provenientes da união e os recursos provenientes do desconto sobre o salário dos militares.

Quando tratamos dos recursos obtidos na esfera federal, podemos ressaltar o SAMMED. Segundo o Art. 20 da IG 30-16 (Instruções Gerais para o sistema de Assistência

Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, Pensionistas Militares e seus dependentes) os recursos financeiros que sustentam o SAMMED são decorrentes de:

- I - Dotações orçamentárias, consignadas no Orçamento da União através de propostas anuais dos Ministérios Militares, constituídas de:
- a) recursos financeiros previstos com base no produto do fator de custos de atendimento médico-hospitalar pelo número de militares, da ativa e na inatividade, e de seus dependentes;
  - b) recursos financeiros específicos para o custeio de convênios e contratos;
  - c) outros recursos que visem à assistência médico-hospitalar.

O fator de custo estabelece normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes, e de acordo com Artigo 3º do Decreto 92.512 (BRASIL, 1986), tem seu conceito apresentado da seguinte forma:

XIX - Fator de Custo de Atendimento Médico-Hospitalar é o valor estipulado por militar das Forças Armadas - da ativa ou da inatividade - e por dependente dos militares, fixado pelo Ministro Chefe do Estado-Maior das Forças Armadas, que servirá de base para o cálculo de dotação orçamentária destinada à assistência médico-hospitalar.

O cálculo do montante dos recursos financeiros oriundos do fator de custo também está especificado no Decreto nº 92.512/86 (BRASIL, 1986), em seu Artigo 12º:

- I - para os militares, em função do produto dos efetivos militares da ativa e na inatividade, computados em 31 de dezembro do ano anterior, pelo valor do Fator de Custo de Atendimento Médico-Hospitalar fixado para o militar;
- II - para o dependente dos militares, em função do produto do número de dependentes dos militares (da ativa, na inatividade e falecidos), computados em 31 de dezembro do ano anterior, pelo valor do Fator de Custos de Atendimento Médico- Hospitalar fixado para o dependente.

O Fundo de Saúde do Exército – FUSEx – foi criado com a finalidade de complementar os recursos financeiros necessários para o bom funcionamento do SAMMED, tanto com o atendimento dentro das OMS quanto com os custos de encaminhamento dos pacientes para entidades vinculadas fora do sistema. Este Fundo é gerido por 169 Unidades

Gestoras, que estão localizadas dentro de Organizações Militares de Saúde ou dentro de quartéis. Nestas unidades os usuários têm o seu atendimento prestado pelo SAMMED ampliado por meio de encaminhamentos para uma rede de aproximadamente 3.325 Organizações Civas de Saúde (OCS) e 2.285 Profissionais de Saúde Autônomo (PSA), contratados, conveniados ou credenciados. Desta forma, a demanda não atendida no sistema não deixa de obter prestação de serviço de saúde. O FUSEx possui características que o diferenciam de demais planos de saúde no mercado quais sejam<sup>6</sup>:

- a) inexistência de carência;
- b) não possui limite de prazo para internações hospitalares;
- c) não possui limite de prazo para internações em UTI;
- d) possui ampla cobertura de procedimentos;
- e) não restringe novas tecnologias, desde que necessárias e aprovadas pela Associação Médica Brasileira;
- f) proporciona atendimento odontológico;
- g) fornece órteses, próteses não odontológicas e artigos correlatos;
- h) fornece, em muitos casos, medicamentos de alto custo;
- i) tem baixo valor de contribuição, em comparação com os planos de saúde, principalmente para os menores graus hierárquicos;
- j) perdoa a dívida de titulares falecidos ou a que extrapole a capacidade de pagamento do beneficiário;
- k) possibilita atendimento no exterior, em casos específicos;
- l) proporciona evacuação terrestre e aeromédica; e,
- m) não onera o usuário com aumentos das contribuições decorrentes das mudanças de faixa etária.

O FUSEx, que foi criado em 1978 para ser um complemento do financiamento da saúde militar, atualmente já é a maior fonte de financiamento do sistema. Todo militar do efetivo profissional do Exército tem descontado em seu contracheque 3% de seu soldo de contribuição obrigatória para este plano de saúde. Isto é verificado seguindo o segundo parágrafo do Art. 20 da IG 30-16, que trata dos recursos orçamentários que sustentam o FUSEx:

II - Receitas extra-orçamentárias provenientes de:

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

Como visto no artigo 20 desta IG 30-16, o principal recurso financeiro oriundo das receitas extra-orçamentárias provém das contribuições mensais para o fundo de saúde, e de

---

<sup>6</sup> Conforme o Portal do Fundo de Saúde do Exército. Texto disponível em: <[http://dap.dgp.eb.mil.br/aplicativos/materia/aviso/AVISO\\_FUSEx.pdf](http://dap.dgp.eb.mil.br/aplicativos/materia/aviso/AVISO_FUSEx.pdf)>. Acesso em: 28 nov 2012.



acordo com o decreto 92.512/1986, em seu Artigo 3º conceitua este fundo de saúde da seguinte forma:

XX - Fundo de Saúde: é o recurso extra-orçamentário oriundo de contribuições obrigatórias dos militares, da ativa e na inatividade, e dos pensionistas dos militares, destinado a cobrir parte das despesas com a assistência médico-hospitalar dos beneficiários do Fundo, segundo regulamentação específica de cada Força Singular.

O cálculo do montante dos recursos financeiros oriundos do fundo de saúde também está especificado no decreto 92.512/86 em seu artigo 13º:

Os recursos financeiros para a constituição e manutenção dos Fundos de Saúde de cada Força Armada, de que trata a letra "a", do item II, do Art.11, advirão de contribuições mensais obrigatórias dos militares, da ativa e na inatividade, e dos pensionistas dos militares, e destina-se a complementar o custeio da assistência médico-hospitalar.

De acordo com a legislação acima revisada temos duas formas de financiamento do sistema, o SAMMED com recursos orçamentários, e o FUSEx com recursos extra-orçamentários provenientes principalmente da contribuição mensal dos militares.

Agora veremos como e onde é realizado o atendimento financiado por estas fontes, levando em consideração a instrução reguladora para assistência médico-hospitalar aos beneficiários do FUSEx (IR 30-38).

Primeiramente vamos recorrer à definição de beneficiário do FUSEx; “VI - beneficiário do FUSEx - é o(a) militar do Exército, na ativa ou na inatividade, e a(o) pensionista, contribuintes do FUSEx, bem como os seus dependentes instituídos”. Este indivíduo terá o seu atendimento realizado prioritariamente em uma Organização Militar de Saúde, porém, existe a possibilidade de extensão deste atendimento para uma OCS/PSA. Este encaminhamento ocorrerá quando houver impossibilidade ou limitação de atendimento pela OMS e o estado do paciente não recomendar que aguarde vaga. Quando do encaminhamento, o beneficiário poderá escolher a OCS/PSA que melhor lhe convier dentre as conveniadas ou contratadas pelo Exército, na especialidade indicada pelo seu atendimento. Por fim, em sua

maioria, estes atendimentos realizados em OMS ou OCS/PSA, por beneficiários do FUSEx, são financiados pelo próprio FUSEx, ou seja, pelos recursos extra-orçamentários.

Já os recursos orçamentários provenientes do SAMMED são destinados para o atendimento em OMS e OCS/PSA em dois casos. O primeiro caso é quando o militar não é considerado um beneficiário do FUSEx, ou seja, quando o militar do Exército está no seu ano de serviço militar obrigatório, ou quando está em uma escola de formação de oficial ou de sargento. O segundo caso é quando a prestação de serviço médico-hospitalar for proveniente de um ato de serviço, como por exemplo, quando o militar tem de realizar exames antes ou após uma missão no exterior. Logo, em ambos os casos é obrigação do estado prover os meios de saúde para o militar.

### 3.4 RELAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO COM DEMAIS INSTITUIÇÕES CIVIS

O serviço de saúde do Exército Brasileiro mantém uma parceria eficiente e sólida com órgãos vinculados ao Ministério da Saúde, onde se destacam muitos programas civis, como: o Programa Nacional de Imunização (PNI), onde se tem por objetivo erradicar graves doenças e melhorar a qualidade de vida da população brasileira, e o Projeto Sentinela, que é um projeto fundamental para o diagnóstico do perfil epidemiológico de Doenças Sexualmente Transmissíveis na população jovem masculina.

O Exército Brasileiro concede uma enorme contribuição para o PNI, tendo em vista a sua vasta abrangência em território nacional. Em muitas localidades de nosso país, a força terrestre é a única garantia de acesso ao atendimento médico, odontológico e laboratorial para a população, seja ela qual for. Através de um forte sistema logístico, a imunização pode alcançar pontos longínquos, onde existam pelotões de fronteira do Exército, por meio fluvial e até aéreo, “[...] os vacinadores foram a Cabeça do Cachorro, em plena selva amazônica, visitaram pelotões do Exército em São Joaquim, Auaeté. É da rotina do Programa a imunização em áreas que não constam dos mapas e cartas de navegação aérea ou fluvial” (PORTAL [...], 2003). Além do fato exposto, é de se ressaltar que o serviço de saúde do Exército Brasileiro contribui com a produção de soros e vacinas usados no PNI através de seu Laboratório de Biologia do Exército (IBEx).

Todo ano o Exército Brasileiro presta um grande serviço cívico que é o Serviço Militar Obrigatório. Quando desta ocasião, o Serviço de Saúde contribui diretamente com o Ministério da Saúde a partir do momento em que presta relevantes informações ao Projeto Sentinela do Governo Federal. Ao se apresentar ao Exército o jovem de 18 anos passa por uma pesquisa comportamental, onde são coletadas informações como: condições socioeconômicas, práticas sexuais, uso de drogas injetáveis e problemas relacionados às infecções sexualmente transmissíveis.

De acordo com a Lei<sup>7</sup> nº 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, foi firmado entre o Ministério da Saúde e o Exército Brasileiro um protocolo de intenções sobre mútua cooperação em 1992, o qual foi modificado pelo Protocolo Adicional entre o Ministério do Exército e o Ministério da Saúde publicado no Diário Oficial nº19 de 26 de janeiro de 1995, explanando sobre a possibilidade de integração entre os serviços de saúde das forças armadas e o Sistema Único de Saúde (SUS) em tempo de paz, em acordo com o parágrafo 2º do Artigo 45 da referida Lei.

Tendo em vista a legislação citada, é previsto que, independente da específica função militar, as Organizações de Saúde do Exército podem participar das ações e serviços de saúde prestados à população em geral pelos órgãos e instituições públicas federais.

Ainda de acordo com o protocolo firmado entre os Ministérios<sup>8</sup>, o Exército Brasileiro pode assumir ou apoiar ações de proteção e prevenção de saúde,

[...] participando, inclusive, dos programas de saneamento e saúde pública, de autossuficiência em imunobiológicos e em sangue e hemoderivados, da pesquisa científica e tecnológica, da produção e distribuição de medicamentos, assim como da execução de vigilância sanitária e epidemiológica; nas localidades onde as disponibilidades do SUS forem inexistentes ou insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população da área, o Exército poderá assumi-la, total ou parcialmente, mediante as respectivas fontes do financiamento, notadamente nas localidades mais carentes e desassistidas com prioridade para a região da Amazônia Legal e da Fronteira Norte, assim como para outras áreas do Nordeste e do Centro-Oeste; determinadas Organizações de Saúde do Exército, por sua localização estratégica e/ou condições técnicas e operacionais peculiares, poderão ser objeto de acordos especiais com o SUS, tendo por finalidade ações e serviços específicos de

---

<sup>7</sup> Disponível em: < [http://conselho.saude.gov.br/web\\_confmundial/docs/l8080.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/l8080.pdf) >. Acesso em: 23 maio. 2013.

<sup>8</sup> Protocolo adicional entre os Ministérios do Exército e da Saúde de 1995. Disponível em:

[http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/conv\\_c/MEx\\_MS\\_PROT\\_95conv\\_c.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/conv_c/MEx_MS_PROT_95conv_c.doc). Acessado em: 21 mar. 2013.

saúde, de interesse deste último, visando a beneficiar a população em geral, como também a segmentos definidos.

### 3.5 CONCLUSÕES

Neste capítulo, podemos notar que o Exército Brasileiro possui uma estrutura consolidada de serviço de saúde. Esta estrutura está baseada em dois fortes conceitos do cotidiano militar, a disciplina e a hierarquia. Isto está representado na rígida cadeia de comando visualizada no primeiro ponto deste capítulo, com uma forma de organização estrutural bem verticalizada.

Vimos também que, especificamente dentro das unidades de saúde do Exército, existe uma organização fortemente hierarquizada. Nesta organização, utilizamos o exemplo de uma estrutura em forma de pirâmide para representar o modelo tecno-assistencial do serviço de saúde do Exército. Em cada nível desta pirâmide existem organizações militares com as suas respectivas atribuições, tanto de atenção primária, secundária ou terciária de saúde.

No ponto 2.3 do capítulo foi realizada uma análise da legislação que rege o financiamento deste serviço de saúde. A partir deste ponto vimos que existem duas formas de financiamento do serviço de saúde do Exército, a primeira que são os recursos orçamentários que alimentam o SAMMED e a segunda que são os recursos extra-orçamentários que suprem o FUSEx. E são estes dois sistemas juntos que sustentam o serviço de saúde do Exército Brasileiro, o SAMMED destinado a atender não beneficiários do FUSEx e os casos de ato de serviço, e o FUSEx destinado a atender todos os seus beneficiários. Ambos realizando o atendimento tanto nos hospitais próprios do Exército quanto nas entidades vinculadas.

Além disso, este capítulo apresentou que a saúde do Exército não é voltada apenas para a saúde dos militares, ela funciona também como uma assistência social à população brasileira, apoiando o Ministério da Saúde em diversas campanhas em todo o território nacional.

Enfim, após ter clara esta estrutura do serviço de saúde do Exército Brasileiro, vamos ao próximo capítulo averiguar dados sobre o seu funcionamento. Iremos, a partir de dados coletados na terceira região militar (Rio Grande do Sul), realizar um estudo sobre os atendimentos realizados dentro das Organizações Militares de Saúde em contrapartida com os

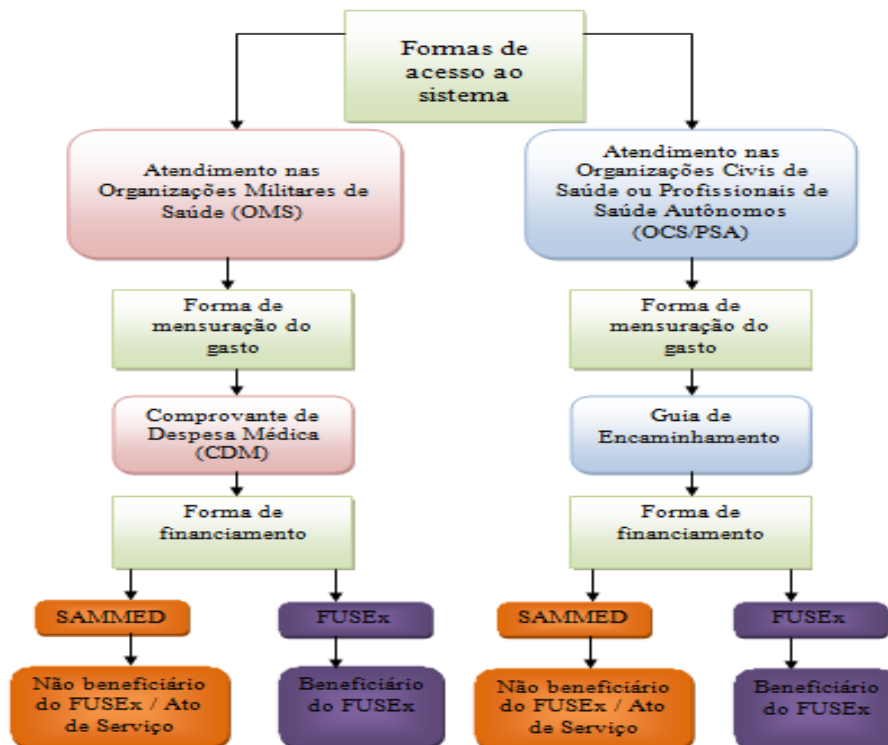
atendimentos que são encaminhados para as organizações civis conveniadas, as quais chamamos de Organizações Civas de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomo (PSA).

## 4 MENSURAÇÃO DOS GASTOS DO SERVIÇO DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO

Após ter sido amplamente discutida a estrutura do serviço de saúde em estudo, serão apresentados neste capítulo dados que retratam a atual situação deste serviço de saúde em alguns indicadores, como: número de atendimentos por faixa etária e “ranking” das consultas e procedimentos mais realizados dentro de Organizações Militares de Saúde e de Organizações Civis de Saúde ou Profissionais de Saúde autônomos. Toda esta análise será feita relacionada a dados do serviço de saúde do Exército aplicado no âmbito da terceira região militar, região responsável pelo Rio Grande do Sul, pois vimos anteriormente que neste estado encontram-se cerca de 23% das unidades de saúde do Exército, sendo assim, uma boa amostra para o estudo.

Como visto no capítulo anterior, existem duas formas do paciente do sistema recorrer ao atendimento de saúde. A primeira forma é através da atividade de atendimento médico-hospitalar e odontológico, realizadas no âmbito das Organizações Militares de Saúde (OMS) do Exército, onde a mensuração dos atendimentos é feita através do Comprovante de Despesas Médicas (CDM). A segunda forma é a de o paciente ser atendido, através de uma guia de encaminhamento, para atendimento em OCS ou PSA credenciadas com o FUSEx.

Figura 3 — Quadro explicativo das formas de acesso ao atendimento

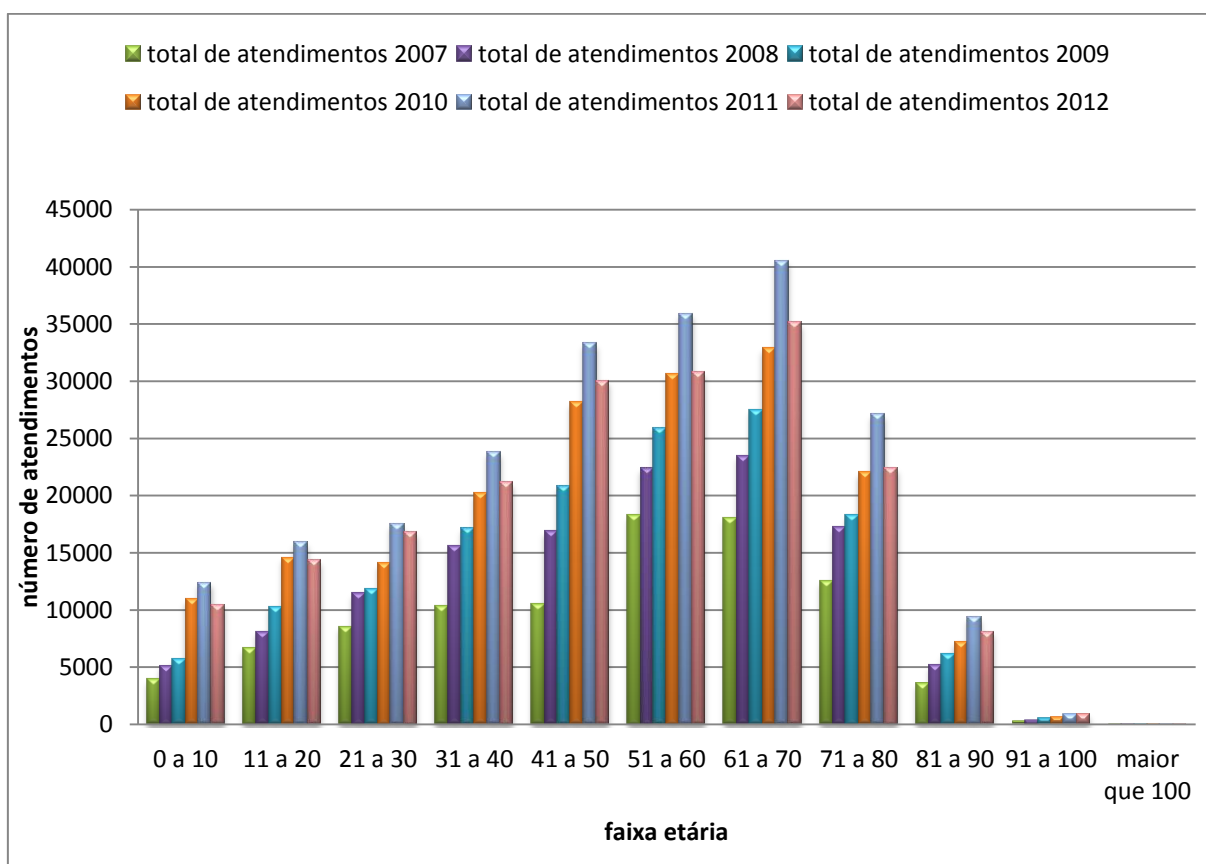


Fonte: elaborado pelo autor (2013)

#### 4.1 CONSUMO DOS SERVIÇOS DO SISTEMA POR FAIXA ETÁRIA

Primeiramente neste capítulo, vamos realizar uma análise da quantidade de atendimento efetuado pelo serviço de saúde do Exército Brasileiro, tanto em OMS, quanto em OCS/PSA separado por faixa etária. Analisaremos também o valor médio e o valor total que estes atendimentos geram ao sistema.

*Gráfico 1 — Número total de atendimentos por faixa etária, na terceira região militar – RS – Brasil – 2007-2012.*



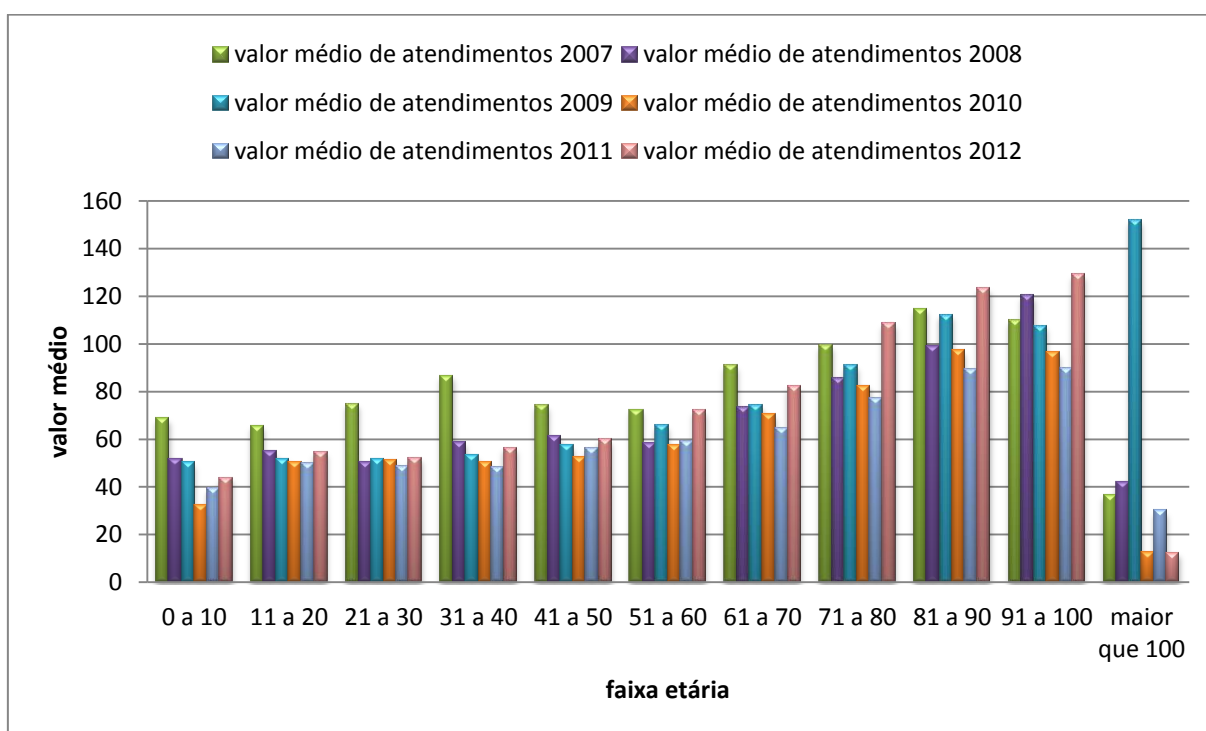
Fonte: Exército Brasileiro (2013)

O Gráfico 1 nos apresenta a soma total do número de atendimentos em OMS e OCS/PSA realizados entre 2007 e 2012 separados pela faixa etária da população da família militar atendida no Rio Grande do Sul. A partir deste gráfico podemos notar que o maior número de atendimentos é realizado para pessoas com idade entre os 61 e 70 anos, em todos os anos estudados. Entre zero e 70 anos existe uma tendência de aumento do número de atendimentos quanto maior a idade. Porém, após os 70 anos o número de atendimento começa a cair, devido à expectativa de vida da população, havendo menos pessoas com mais de 70 anos consumindo os serviços. Notamos também que o número de atendimentos vem

crecendo até 2011 em todas as idades, porém, em 2012, há uma relativa queda no número de atendimentos.

Um encaminhamento realizado para uma pessoa de 20 anos é diferente do encaminhamento realizado para uma pessoa de 70 anos. As patologias tratadas nestas duas idades geralmente diferem em grau de complexidade e duração do tratamento. Quando um jovem de 20 anos recorre ao sistema, sua doença, em geral, pode ser tratada por um médico clínico e tem sua cura efetuada em curto prazo, porém, quando um idoso necessita de suporte em saúde, sua doença é geralmente crônica, necessitando, assim, de um tratamento prolongado, além de ser mais custosa para o sistema, como doenças cardíacas, diabéticas ou pulmonares por exemplo.

Gráfico 2 — Valor médio total de um atendimento por faixa etária, na terceira região militar – RS – Brasil – 2007-2012.



Fonte: Exército Brasileiro (2013)

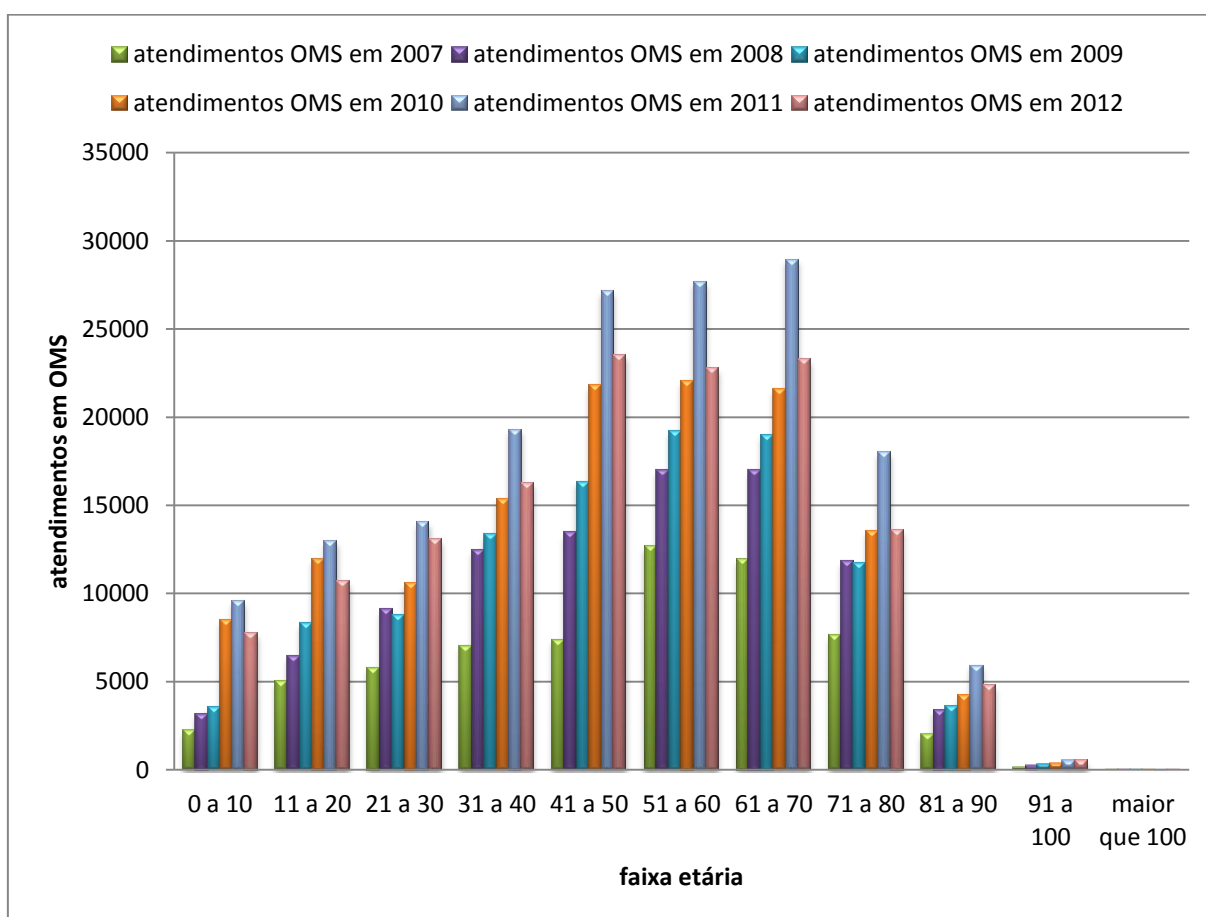
Podemos notar este fenômeno no Gráfico 2, pois nos apresenta o valor médio de um atendimento (somando-se o valor médio de atendimento em OMS e OCS/PSA) realizado entre 2007 e 2012 por faixa etária da população da família militar atendida no Rio Grande do Sul. A partir desse gráfico notamos que em 2007 o valor médio dos atendimentos era alto, esse valor tem uma tendência de redução até o ano de 2010, e volta a subir até 2012, o que pode representar uma melhora na gestão dos recursos até 2010. Quando comparamos as faixas de idade, notamos que o valor médio do atendimento é maior nas faixas etárias mais altas.



Com exceção do ano de 2007, todos os anos apresentam uma tendência de crescimento do valor médio até a faixa etária dos 91 aos 100 anos, comprovando que uma pessoa mais idosa gera atendimentos mais caros. Quanto ao valor médio apresentado nas idades maiores que 100 anos, notamos esta discrepância porque o número de atendimentos realizados com estes pacientes é muito pequeno. Dentro do período estudado foram, em média, 14 atendimentos por ano. Em 2009 foram 10 atendimentos nesta faixa etária, os quais representaram um gasto total de R\$ 1.516,12, ficando o valor médio do atendimento alto, de R\$ 151,61.

Os dois primeiros gráficos mostram o total de atendimentos realizados nas OMS e os realizados nas OCS/PSA. A seguir analisaremos separadamente as OMS e OCS/PSA.

Gráfico 3 — Número de atendimentos em OMS por faixa etária, no âmbito da terceira região militar – RS – Brasil - 2007-2012

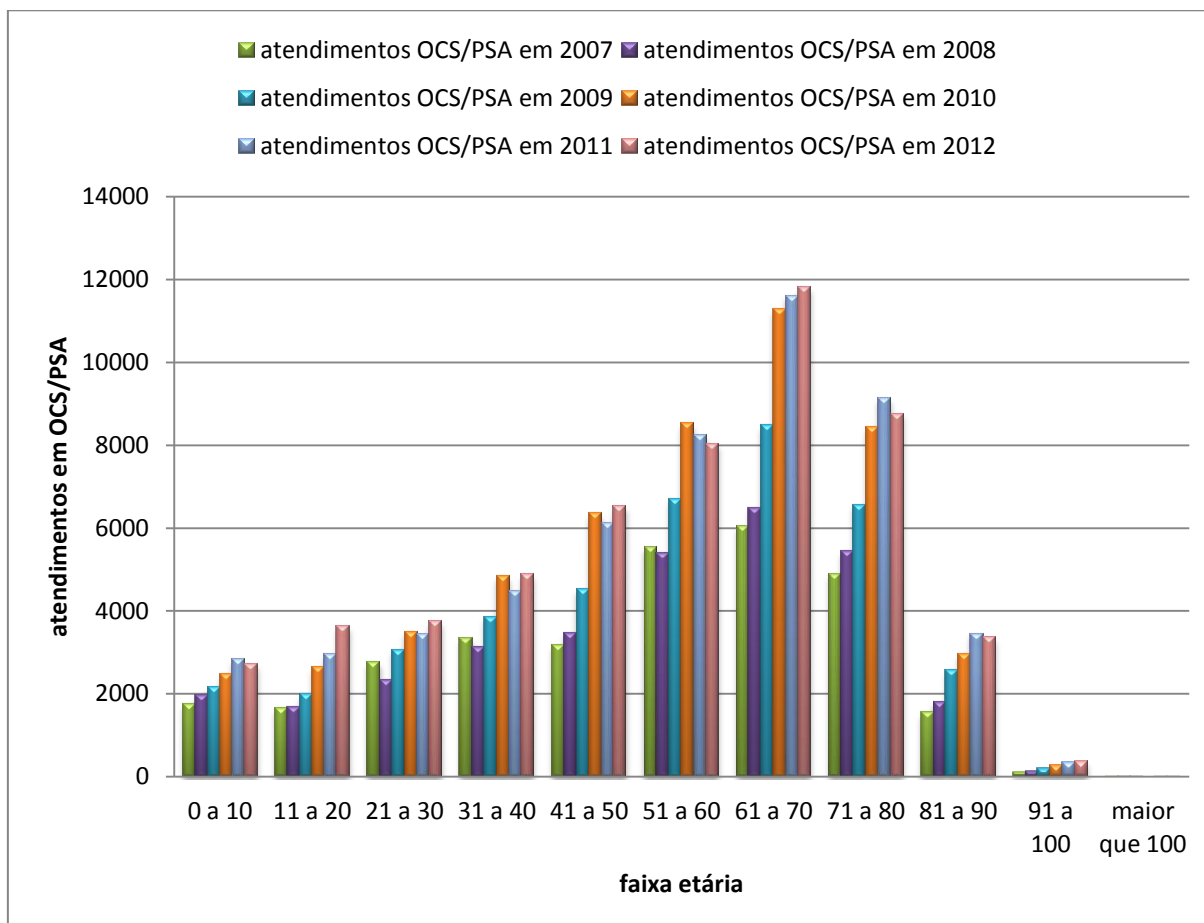


Fonte: Exército Brasileiro (2013)

Primeiramente analisaremos os atendimentos na OMS. Como podemos notar no Gráfico 3, o número de atendimento apresenta crescimento até o ano de 2011 em todas as faixas etárias, porém existe uma queda no número de atendimentos em 2012. Podemos notar

que a população que mais procura o atendimento, está entre 41 e 70 anos, ou seja, o aumento no número de atendimento inicia em uma faixa etária relativamente jovem.

Gráfico 4 — Número de atendimentos em OCS/PSA por faixa etária, no âmbito da terceira região militar – RS – Brasil – 2007-2012



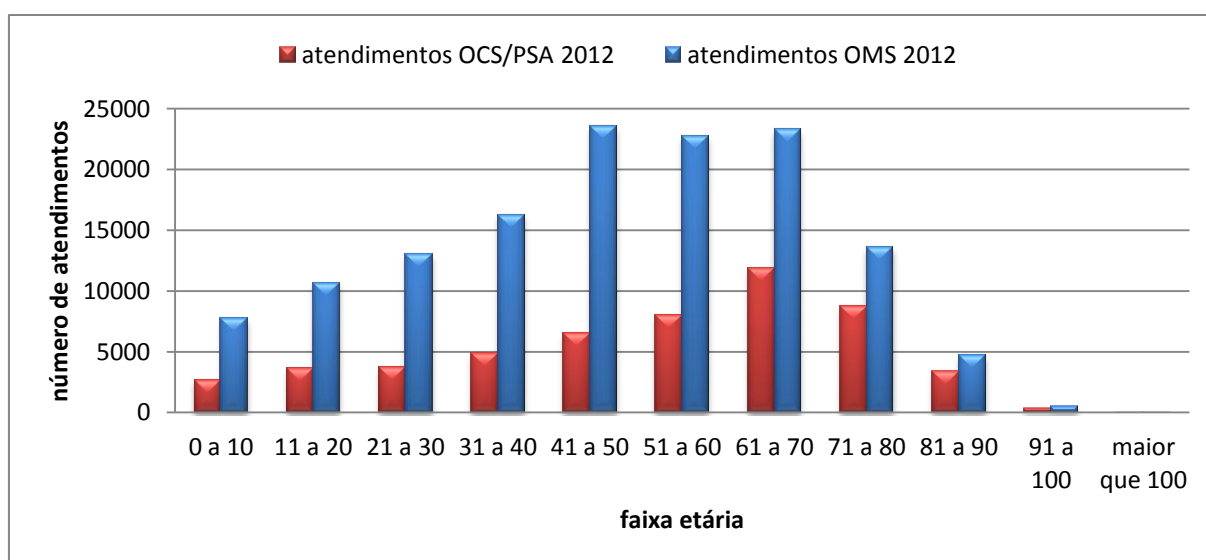
Fonte: Exército Brasileiro (2013)

No gráfico 4, temos o número de atendimentos nas OCS/PSA, notamos que existe crescimento ao passar dos anos em todas as faixas etárias. Na faixa etária dos 30 aos 60 anos existe uma redução de atendimento do ano de 2010 para 2011. Já no gráfico 3 acontece o contrário nessas faixas etárias, existe um aumento de atendimento dentro das OMS entre 2010 e 2011. Com esta informação podemos constatar que houve uma transferência de atendimento de OCS/PSA para OMS nesse período. Quanto à faixa etária mais atendida, notamos que a faixa de 71 a 80 anos está consumindo mais este tipo de atendimento do que a faixa etária de 51 a 60, ao contrário do que acontece nos atendimentos dentro das organizações militares de saúde, o que nos mostra que quanto mais velha a população, mais atendimentos são realizados fora das Organizações Militares de Saúde. Observamos que no gráfico 3 a faixa etária dos 41 aos 50 anos consome bastante o serviço de atendimento na OMS, e neste gráfico 4 ela

consome pouco o serviço de atendimento na OCS/PSA, gerando a contrapartida de que as populações jovens consomem mais o serviço dentro das OMS.

Após ter sido realizada a apresentação dos números de atendimentos realizados nas Organizações Militares de Saúde e nas Organizações Civas de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomos, faremos um comparativo entre a quantidade destes tipos de atendimentos no ano de 2012, tendo em vista ser o ano mais recente, a fim de sabermos a proporção de onde se realiza mais atendimento.

Gráfico 5 — Número de atendimentos em OCS/PSA x número de atendimentos em OMS, no âmbito da terceira região militar – RS – Brasil – 2012



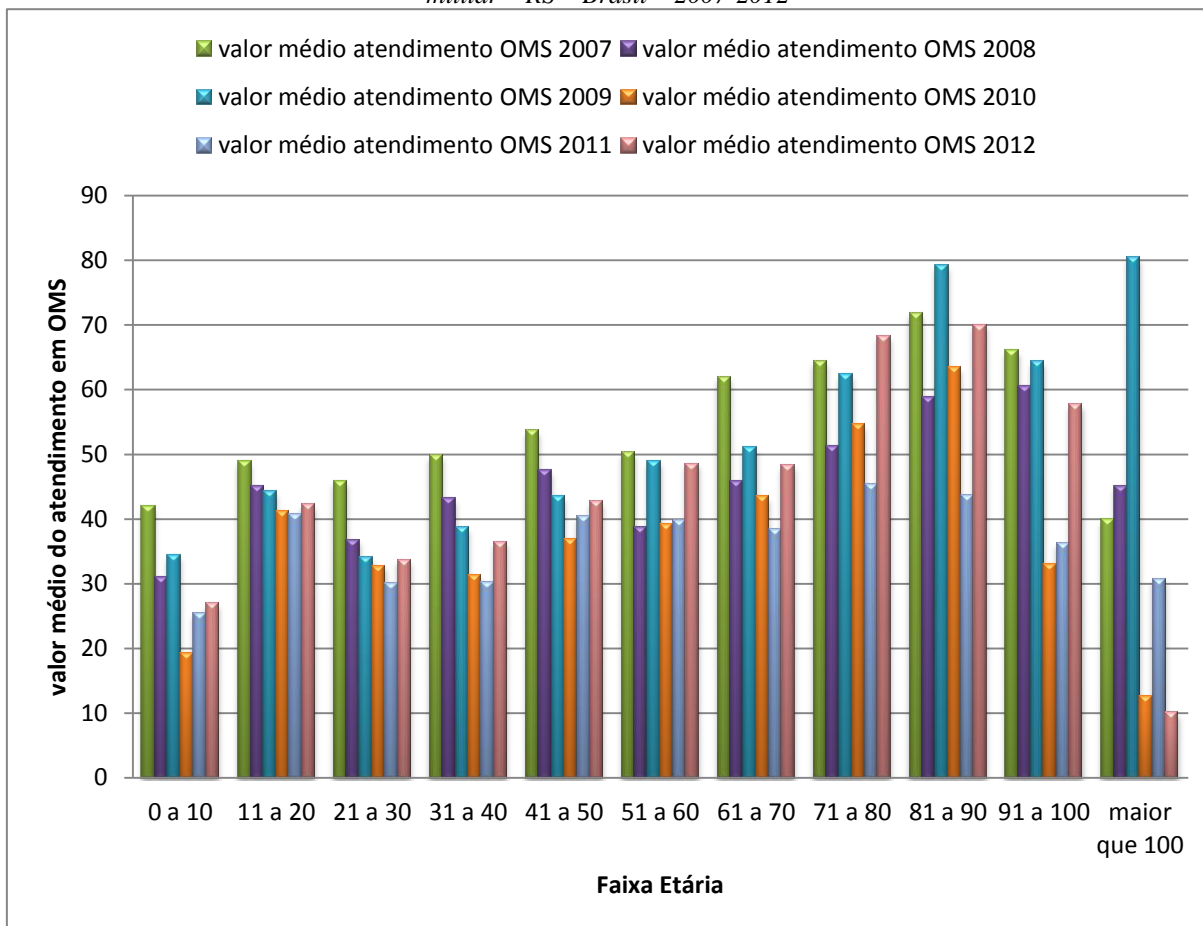
Fonte: Exército Brasileiro (2013)

No Gráfico 5 observamos o número maior de atendimentos realizados nas OMS em detrimento das OCS/PSA. Ocorre um aumento na proporção destes atendimentos quanto maior a faixa etária. A partir dos 61 anos, a proporção de atendimentos realizados em OCS/PSA passa da casa dos 50% dos atendimentos realizados em OMS. Comparando, temos a menor proporção nos 21 a 30 anos, onde o atendimento realizado em OCS/PSA é de 29% em relação aos atendimentos realizados em OMS. Essa relação atinge seu pico na faixa etária de 81 a 90 anos com 70%. Ou seja, as populações mais velhas, são proporcionalmente mais atendidas em OCS/PSA, do que a população mais jovem, a qual é proporcionalmente mais atendida em OMS.

A partir de agora, analisaremos o valor médio dos atendimentos realizados em OMS e dos atendimentos realizados em OCS/PSA por faixa etária, entre os anos de 2007 e 2012. O

valor médio foi calculado a partir valor total de todos os atendimentos realizados dentro de cada faixa etária dividido pelo número de atendimentos.

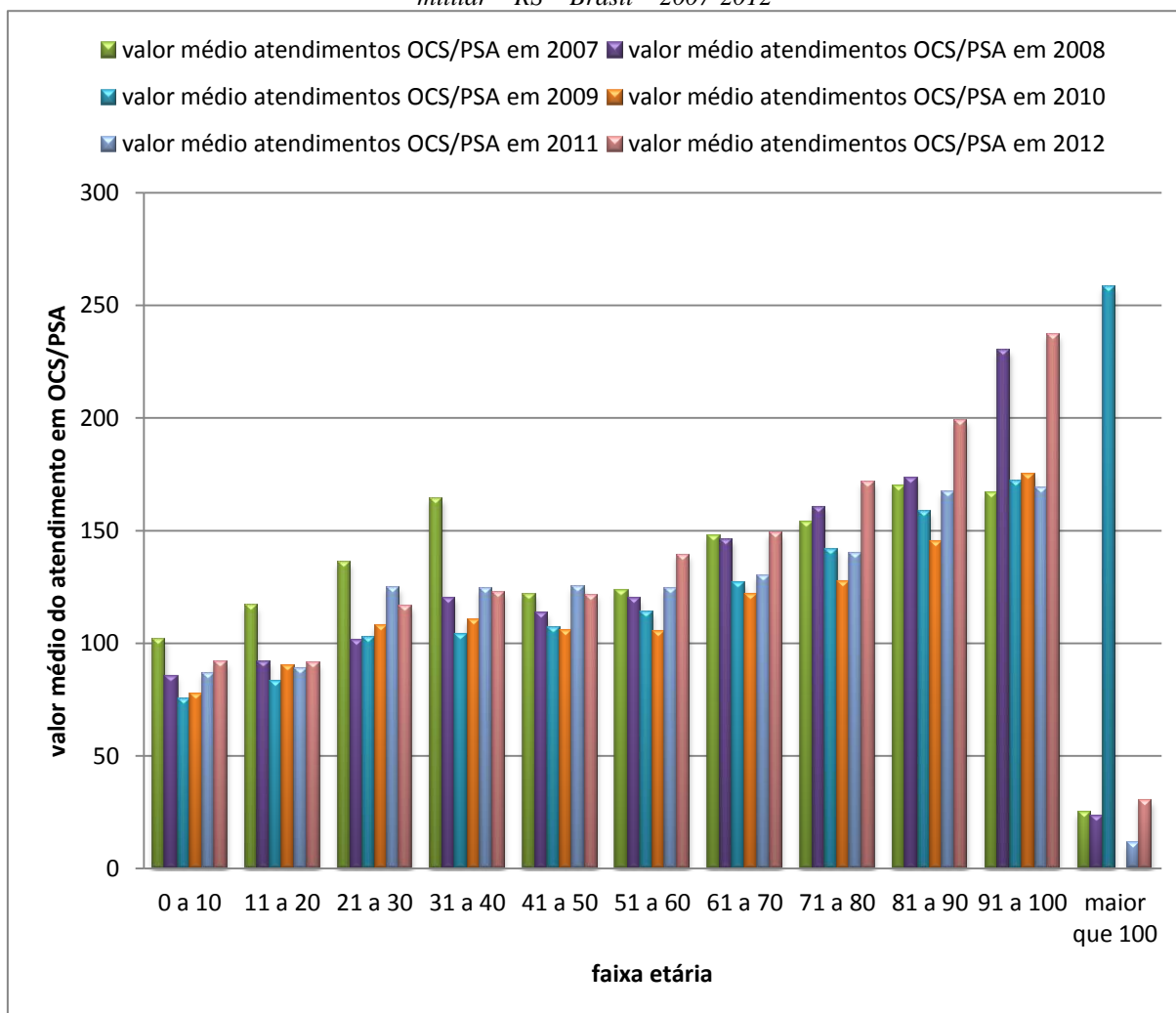
Gráfico 6 — Valor médio de um atendimento em OMS em R\$ por faixa etária, no âmbito da terceira região militar – RS – Brasil – 2007-2012



Fonte: Exército Brasileiro (2013)

O Gráfico 6 nos apresenta o valor médio dos atendimentos realizados em OMS. A partir dele, notamos que a faixa etária compreendida entre os 81 a 90 anos representa o maior valor médio de todos os anos. Observamos que existe em todas as faixas etárias uma tendência de queda do valor médio dos atendimentos de 2007 a 2011, representando uma boa gestão dos recursos, com exceção do ano de 2012 que apresenta um aumento do valor médio. Novamente encontramos uma discrepância na faixa etária maior de 100 anos, explicada pelo menor número de atendimentos com essa idade. Em 2009, ocorreram apenas seis atendimentos em OMS com pessoas com mais de 100 anos, os quais representaram um total de R\$ 482,32, sendo a média de R\$ 80,39 por atendimento.

Gráfico 7 — Valor médio de um atendimento em OCS/PSA em R\$ por faixa etária, no âmbito da terceira região militar – RS – Brasil – 2007-2012

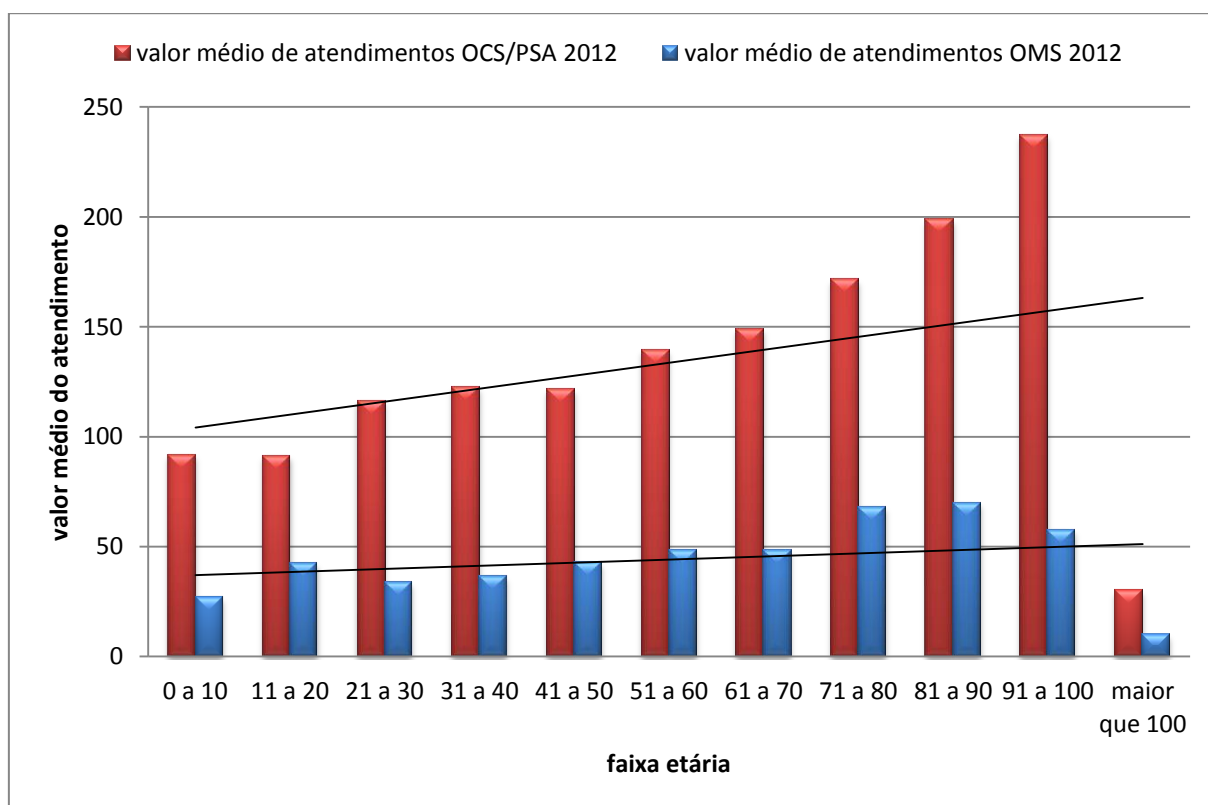


Fonte: Exército Brasileiro (2013)

Já quando analisamos os valores médios por atendimento realizados em OCS/PSA, observamos que o maior valor encontra-se na faixa etária dos 91 aos 100 anos, uma faixa etária acima da qual isto aconteceu no Gráfico 6. Existe, novamente, uma tendência da formação de um “U” no gráfico dentro das faixas etárias, onde o primeiro ano representa um maior valor médio, que tem seu mínimo nos anos de 2009 ou 2010 e após isto existe uma tendência de aumento do valor médio. O maior valor médio do gráfico encontra-se novamente na faixa etária maior que 100 anos e em 2009. Neste caso houve apenas quatro atendimentos que apresentaram um valor total de R\$ 1033,80, e o valor médio por atendimento R\$ 258,45.

Após fazer a análise individual do valor médio dos atendimentos, nas OMS e nas OCS/PSA, vamos comparar estes valores no ano mais recente, o ano de 2012.

Gráfico 8 — Valor médio de atendimentos em OCS/PSA x valor médio de atendimentos em OMS no âmbito da terceira região militar – RS – Brasil - 2012

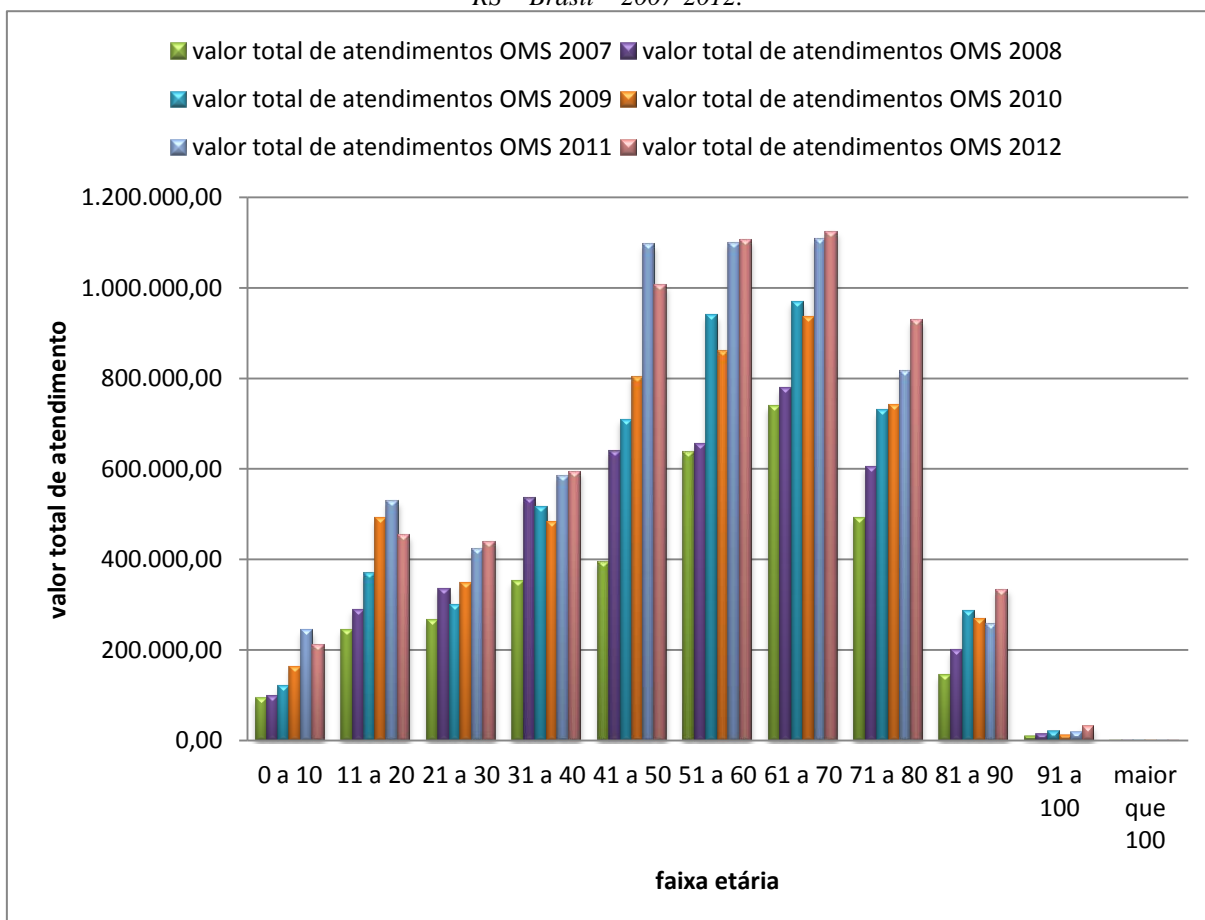


Fonte: Exército Brasileiro (2013)

Com o gráfico comparativo entre o valor médio de atendimento em OCS/PSA e o valor médio de atendimento em OMS, fica claro que o atendimento em OCS/PSA é mais caro do que o atendimento em OMS. O interessante neste gráfico é analisarmos as linhas de tendência, ambas apresentam uma tendência de maior valor médio quanto maior a idade. Porém no caso da OCS/PSA a linha de tendência é mais inclinada, ressaltando que quanto maior a idade, mais alta é a taxa de crescimento do valor médio, ao contrário do caso da OMS, onde o crescimento de valor médio não é muito acentuado quanto maior a idade, ele gira em torno de um valor de R\$ 50,00.

Depois desta explanação sobre o número de atendimentos e o valor médio dos mesmos, vamos agora analisar o valor total dos atendimentos em OMS e em OCS/PSA.

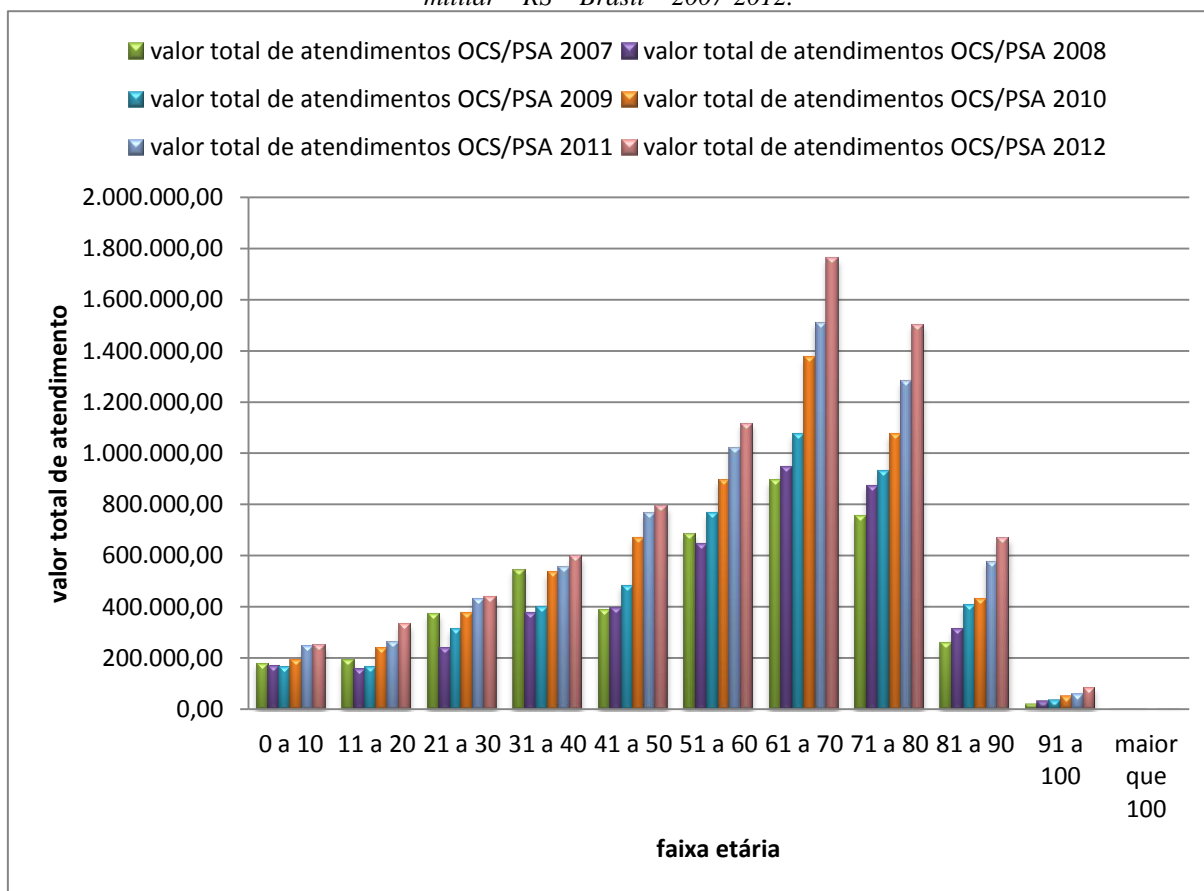
Gráfico 9 — Valor total de atendimento em OMS em R\$ por faixa etária, no âmbito da terceira região militar – RS – Brasil – 2007-2012.



Fonte: Exército Brasileiro (2013)

Primeiramente, analisando o valor total com atendimentos em OMS, temos o Gráfico 9, que nos mostra o valor total dos atendimentos realizados dentro de OMS entre 2007 e 2012. Quando o analisamos, notamos que as faixas etárias que representam o maior gasto são as de 51 a 70 anos, nestas faixas, tem-se gastado mais de 1 milhão de reais nos últimos dois anos dentro das OMS. Após os 70 anos, nota-se uma queda de gasto total com atendimento nas faixas etárias seguintes, por mais que nestas idades os valores médios de atendimentos sejam maiores, a população atendida, como vimos antes no Gráfico 3 é menor, e com o passar do tempo verificamos uma tendência de aumento do custo total.

Gráfico 10 — Valor total de atendimento em OCS/PSA em R\$ por faixa etária, no âmbito da terceira região militar – RS – Brasil – 2007-2012.



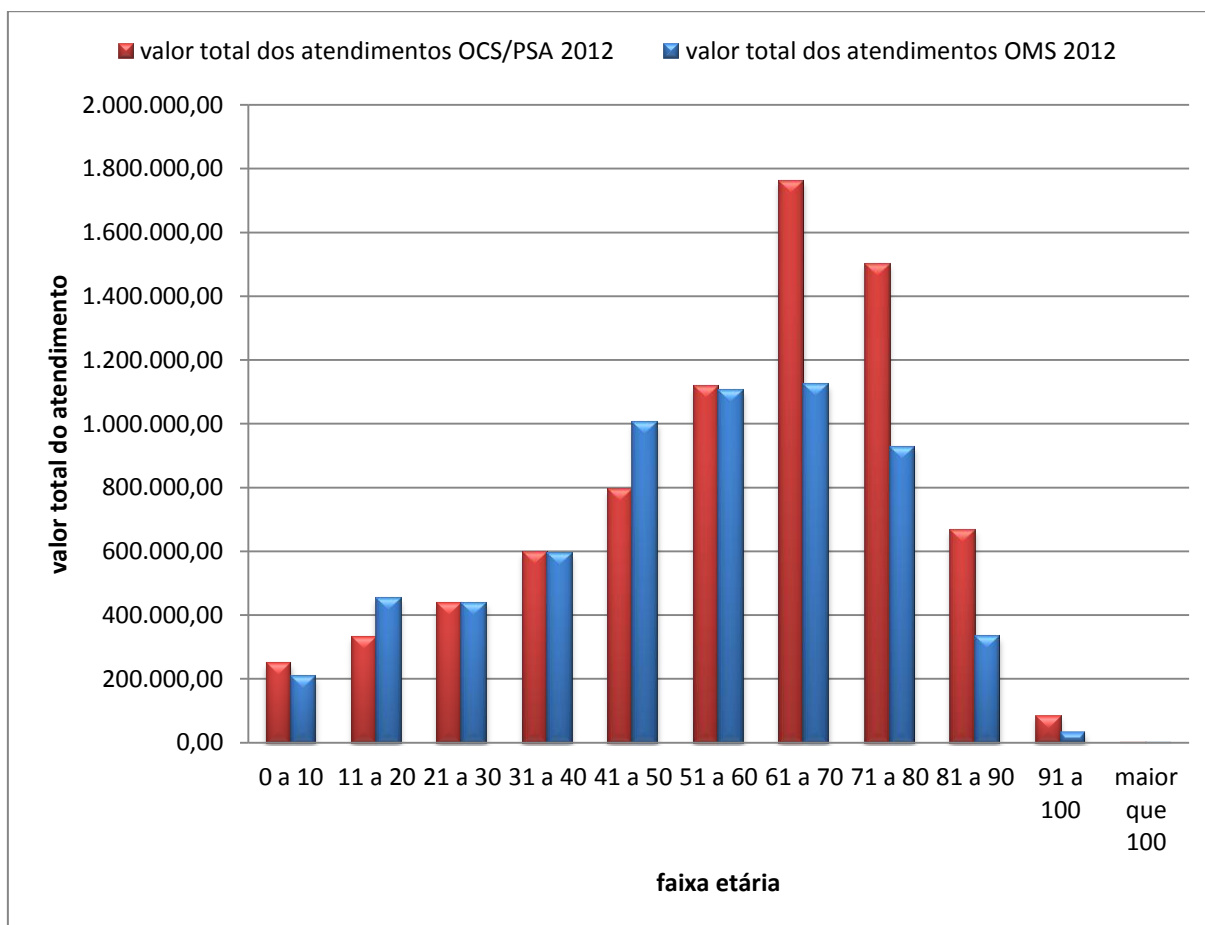
Fonte: Exército Brasileiro (2013)

Já quando analisamos o Gráfico 10, que nos mostra o valor total dos atendimentos em OCS/PSA, notamos que o maior valor total encontra-se mais concentrado na faixa etária de 61 a 70 anos. Isso porque já vimos que a população mais velha é mais atendida em OCS/PSA e que o valor médio é maior para esse grupo. O valor total de atendimentos em OCS/PSA tem um aumento mais uniforme quanto maior a faixa etária, com exceção dos 21 aos 40 anos, onde notamos que houve um grande gasto em 2007, o que, se voltarmos ao Gráfico 7, notaremos que o valor médio dos atendimentos foram altos neste caso.

Por fim, estudaremos agora a comparação entre os valores totais de atendimento por faixa etária em 2012, entre OCS/PSA e OMS.



Gráfico 11 — Valor total dos atendimentos em OCS/PSA x valor total dos atendimentos em OMS, no âmbito da terceira região militar – RS – Brasil - 2012



Fonte: Exército Brasileiro (2013)

Ao compararmos os valores totais de atendimento entre OMS e OCS/PSA notamos que existe certa equidade de valores dentro das faixas etárias. Isto acontece devido ao fato de ocorrer mais atendimentos em OMS por valores mais baixos e em contrapartida menos atendimentos em OCS/PSA com valores mais altos. Como podemos ver no gráfico, essa relação é praticamente igual em todas as faixas, exceto no grupo a partir de 61 anos. A partir desta idade, o valor total dos atendimentos realizados nas OCS/PSA é superior ao valor total dos atendimentos realizados nas OMS. Para explicar retornamos ao gráfico 5, observamos que a proporção do número de atendimentos realizados em OCS/PSA em relação aos números de atendimentos realizados em OMS é maior em idades mais avançadas para as mais jovens, ou seja, em todas as idades existe mais atendimento em OMS do que em OCS/PSA, mas nas idades a partir de 61 anos esta relação é menor. E quanto ao Gráfico 7, ele nos apresenta uma tendência maior de valor médio de atendimento nas faixas etárias mais velhas, e é a

combinação destes fatores que culmina na informação do Gráfico 11, que está nos mostrando que a partir dos 61 anos o valor total do atendimento em OCS/PSA é maior que o valor total do atendimento em OMS. Isto demonstra que o sistema, mesmo atendendo menos pessoas em OCS/PSA, realiza um gasto total maior com estas organizações. Em 2012 o valor total dos atendimentos em OMS, somando-se todas as faixas etárias, foi de R\$ 6.219.427,54 enquanto em OCS/PSA foi de 7.539.365,75.

#### 4.2 CONSUMO DOS SERVIÇOS DO SISTEMA POR PROCEDIMENTOS

Após ter sido realizada a análise do número de atendimentos e seus valores médios e totais, vamos agora complementar o estudo observando o ranking de consultas, exames e procedimentos realizados tanto em OMS quanto em OCS/PSA no ano de 2012, tendo em vista este ser o ano com os dados mais recentes. Novamente serão apresentados dados referentes aos atendimentos realizados no âmbito da terceira região militar, região responsável pelo Rio Grande do Sul, a fim de comparar as duas situações.

*Quadro 2 — “Ranking” das consultas mais realizadas em OMS X consultas mais realizadas em OCS/PSA no âmbito da terceira região militar-RS em 2012*

#### CONSULTAS REALIZADAS EM OMS X CONSULTAS REALIZADAS EM OCS/PSA

Ranking	Especialidade	Quantidade		Ranking	Especialidade	Quantidade
1°	Consulta ao clínico médico	7272		1°	Consulta ao cardiologista	5233
2°	Consulta ao ginecologista	7193		2°	Consulta ao oftalmologista	3773
3°	Consulta ao oftalmologista	6294		3°	Consulta ao nutricionista	3415
4°	Consulta ao fisiatra	4000		4°	Consulta ao otorrinolaringologista	1708
5°	Consulta Psiquiatra	3987		5°	Consulta ao pneumologista	1313
6°	Consulta ao Pediatra	3406		6°	Consulta ao dermatologista	1229

7º	Consulta ao dermatologista	3350	X	7º	Consulta ao neurologista	827
8º	Consulta ao(à) psicólogo(a)	3290	X	8º	Consulta ao ginecologista	647
9º	Consulta odontológica (Prótese)	3002	X	9º	Consulta Psiquiatra	510
10º	Consulta ao urologista	2594	X	10º	Consulta ao gastroenterologista	461

Fonte: Exército Brasileiro (2013)

Primeiramente, vamos analisar as consultas mais realizadas em OMS e OCS/PSA, informação esta contida no quadro 2. A partir deste quadro, notamos que a maioria das consultas é realizada dentro da OMS, confirmando o observado anteriormente de que nessas organizações a quantidade de atendimentos é maior, e que a demanda não atendida é encaminhada para atendimento em OCS/PSA. Este caso fica evidente em algumas situações. O quadro 2 mostra que as consultas clínicas representam o maior número de atendimento em OMS, o que mostra que estas organizações agem de forma a fazer a triagem de seus pacientes na maioria das vezes. Os outros exemplos que demonstram a existência de uma demanda reprimida encaminhada para OCS/PSA se encontra no caso da consulta ao ginecologista, que está em 2º lugar em número de consultas em OMS com 7.193 atendimentos e em 8º lugar em OCS/PSA com 647 atendimentos, assim como a consulta ao oftalmologista com 6.294 atendimentos em OMS e 3.773 atendimentos em OCS/PSA, a consulta ao psiquiatra com 3.987 atendimentos em OMS e 510 atendimentos em OCS/PSA, e a consulta ao dermatologista com 3.350 atendimentos em OMS e 1.229 atendimentos em OCS/PSA. Em todos estes casos citados notamos que foram realizados mais consultas em OMS do que em OCS/PSA. Logo, o que o sistema não teve capacidade de atender dentro de suas unidades de saúde, teve que encaminhar para as organizações civis. Outro fenômeno que foi observado na primeira parte do capítulo foi o de que as pessoas mais idosas realizam, na maioria das vezes, o seu atendimento em OCS/PSA. Podemos notar isso no quadro 2 quando verificamos as duas primeiras posições no ranking. O primeiro atendimento realizado em OCS/PSA é típico de pessoas mais idosas, cardiologia, enquanto o primeiro atendimento verificado em OMS engloba tipos de atendimentos realizados a pessoas mais jovens, clínico geral.

Quadro 3 — “Ranking” dos procedimentos odontológicos mais realizados em OMS no âmbito da terceira região militar em 2012

**PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS REALIZADOS EM OMS**

Ranking	Grupo	Quant	Valor total	Média
1°	Odontologia – Periodontia	6016	R\$ 686.190,12	R\$ 114,06
2°	Odontologia – Dentística Restauradora	6430	R\$ 299.204,08	R\$ 46,53
3°	Odontologia – Ortodontia	3744	R\$ 345.892,40	R\$ 92,39
4°	Odontologia – Endodontia	3684	R\$ 278.491,72	R\$ 75,59

Fonte: Exército Brasileiro (2013)

Quadro 4 — “Ranking” dos procedimentos odontológicos com maior custo em OCS/PSA no âmbito da terceira região militar em 2012

**PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS REALIZADOS EM OCS/PSA**

Ranking	Procedimento	Quant	Valor total	Média
1°	Diagnóstico – Radiografia	1369	R\$ 152.502,87	R\$ 111,40
2°	Prótese Odontológica	150	R\$ 24.734,50	R\$ 164,90
3°	Odontologia – Cirurgia Oral E Traumatológica Buco-Maxilo-Facial	2	R\$ 753,00	R\$ 376,50
4°	Odontologia – Radiografia	1	R\$ 49,00	R\$ 49,00

Fonte: Exército Brasileiro (2013)

Como visto no Capítulo 3 deste trabalho, o serviço de saúde do Exército também realiza procedimentos odontológicos, tendo dentro de seus hospitais grandes clínicas odontológicas a serviço da família militar. Para termos noção de tal estrutura, encontramos

nos quadros 3 e 4 um ranking dos procedimentos odontológicos mais realizados em OCS/PSA e OMS no ano de 2012. Novamente chegamos à conclusão de que são realizados mais atendimentos dentro da OMS do que na OCS/PSA. Porém, os procedimentos que as OMS não suprem, e que são encaminhados para a OCS/PSA, são de maior complexidade. Observamos isto no segundo e terceiro lugar do ranking da OCS/PSA, onde o valor médio dos procedimentos é mais alto em relação aos demais.

*Quadro 5 — “Ranking” dos exames de alto custo com maior custo total em OMS no âmbito da terceira região militar em 2012*

### EXAMES DE ALTO CUSTO REALIZADOS EM OMS

Ranking	Procedimento	Valor total	Quant	Média
1°	Ecodopplercardiograma transtoracico	R\$ 59.786,72	411	R\$ 145,47
2°	Monitorizacao ambulatorial da pressao arterial - MAPA (24 horas)	R\$ 23.609,60	248	R\$ 95,20
3°	Articular (por articulacao)	R\$ 9.597,68	190	R\$ 50,51
4°	Ecodopplercardiograma fetal com mapeamento de fluxo em cores	R\$ 8.346,24	69	R\$ 120,96
5°	Biometria ultra-sonica - monocular	R\$ 6.115,20	116	R\$ 52,72
6°	Holter de 24 horas - 2 ou mais canais - analogico	R\$ 1.142,38	12	R\$ 95,20
7°	Doppler colorido de vasos cervicais arteriais bilateral (carotidas e vertebrais)	R\$ 602,00	5	R\$ 120,40
8°	Obstetrica convencional com Doppler colorido	R\$ 552,72	7	R\$ 78,96

Fonte: Exército Brasileiro (2013)

Quadro 6 — “Ranking” dos exames de alto custo com maior custo total em OCS/PSA no âmbito da terceira região militar em 2012

**EXAMES DE ALTO CUSTO REALIZADOS EM OCS/PSA**

Ranking	Procedimento	Valor total	Quant	Média
1°	Cintilografia do miocárdio perfusão - repouso e estresse	R\$ 229.072,36	276	R\$ 829,97
2°	Tomografia de coerência óptica - monocular	R\$ 55.013,21	241	R\$ 228,27
3°	Polissonografia de noite inteira (PSG) (inclui polissonogramas)	R\$ 49.379,00	120	R\$ 411,49
4°	Eletroneuromiografia de MMSS e MMII	R\$ 40.548,00	122	R\$ 332,36
5°	Cintilografia do miocárdio perfusão - estresse farmacológico	R\$ 35.702,95	45	R\$ 793,40
6°	Eletroneuromiografia de MMII	R\$ 35.478,56	217	R\$ 163,50
7°	Monitorizacao ambulatorial da pressao arterial - MAPA (24 horas)	R\$ 33.285,00	317	R\$ 105,00
8°	Eletroneuromiografia de MMSS	R\$ 28.725,23	174	R\$ 165,09

Fonte: Exército Brasileiro (2013)

O ranking acima é o comparativo do valor total dos exames realizados em OCS/PSA e os realizados em OMS em 2012. A partir dos quadros 5 e 6 notamos que o custo dos exames realizados em OCS/PSA é mais elevado. Se somarmos o valor total dos 8 exames mais realizados em OCS/PSA teremos R\$ 507.204,31 com um total de 1.512 exames realizados, e se somarmos o valor total dos 8 exames mais realizados em OMS temos apenas R\$ 109.752,54 com um total de 1.058 exames. Os exames realizados na OMS são de baixa complexidade, o maior valor médio de um exame realizado nestas organizações é de R\$ 145,47 com o exame “ecodopplercardiograma transtorácico”, enquanto o maior valor médio dos exames em OCS/PSA é de R\$ 829,97 com o exame “cintilografia do miocárdio perfusão — repouso e estresse”.

Quadro 7 — “Ranking” dos procedimentos de alto custo com maior custo total em OMS no âmbito da terceira região militar em 2012

**PROCEDIMENTOS DE ALTO CUSTO REALIZADOS EM OMS**

<b>Ranking</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Valor Total</b>	<b>Quant</b>	<b>Média</b>
1°	Peginterferona alfa 2A ou alfapeginterferona 2A - 180 mcg	R\$ 177.600,00	10	R\$ 17.760,00
2°	Entecavir - 1 mg	R\$ 175.015,92	11	R\$ 15.910,54
3°	Facetomia com lente intra-ocular com facoemulsificacao	R\$ 59.584,00	191	R\$ 311,96
4°	Omalizumabe 150mg	R\$ 11.666,16	3	R\$ 3.888,72
5°	Brometo de tiotropio	R\$ 9.602,10	6	R\$ 1.600,35
6°	Ribavirina - 250 mg	R\$ 5.398,20	9	R\$ 599,80
7°	Clozapina - 100 mg	R\$ 3.532,50	3	R\$ 1.177,50
8°	Ácido Ursodesoxicólico 300 mg	R\$ 2.680,20	2	R\$ 1.340,10

Fonte: Exército Brasileiro (2013)

Quadro 8 — “Ranking” dos procedimentos de alto custo com maior custo total em OCS/PSA no âmbito da terceira região militar em 2012

**PROCEDIMENTOS DE ALTO CUSTO REALIZADOS EM OCS/PSA**

Ranking	Procedimento	Valor Total	Quant	Média
1°	Facectomia com lente intra-ocular com facoemulsificacao	R\$ 359.701,81	359	R\$ 1.001,95
2°	Bevacizumab - 100 mg/4ml	R\$ 116.440,00	107	R\$ 1.088,22
3°	Vitrectomia vias pars plana	R\$ 83.370,35	37	R\$ 2.253,25
4°	Delaminação corneana com fotoablação estromal - LASIK	R\$ 56.000,00	15	R\$ 3.733,33
5°	Palpebra - reconstrucao total (com ou sem ressecao de tumor) - por estagio	R\$ 26.652,20	21	R\$ 1.269,15
6°	Cirurgias fistulizantes antiglaucomatosas	R\$ 26.185,37	27	R\$ 969,83
7°	Endolaser/Endodiatermia	R\$ 19.496,54	24	R\$ 812,36
8°	Retinopexia com introflecao escleral	R\$ 19.215,75	17	R\$ 1.130,34

Fonte: Exército Brasileiro (2013)

Por último temos os quadros 7 e 8, que apresentam o ranking dos procedimentos de alto custo com maior valor total realizados em OCS/PSA e OMS. Notamos novamente que o valor despendido com procedimentos de alto custo é maior em OCS/PSA do que em OMS. O interessante deste quadro é notarmos que os procedimentos de alto custo realizados em OMS são, por sua maioria, a distribuição e aplicação de medicamentos de alto custo de uso contínuo, o que é o caso do 1°(peginterferona alfa 2<sup>a</sup>), 2°(Entecavir - 1 mg) e 6°(Ribavirina - 250 mg) lugar que são medicamentos para o tratamento de hepatite, do 4°(Omalizumabe 150mg) e 5°(Brometo de tiotrópio) lugar que são medicamentos para problemas respiratórios e o 7°(Clozapina - 100 mg) lugar que é medicamento para tratamento de esquizofrenia.



Outra situação que este quadro nos revela é a diferença de custo que pode haver entre um procedimento realizado em OMS e o custo de um procedimento realizado em OCS/PSA. A facectomia com lente intra-ocular com facoemulsificação é um procedimento conhecido como cirurgia de catarata. Dentro da OMS foram realizadas 191 cirurgias de catarata em 2012 com o custo médio de R\$ 311,96, e na OCS/PSA foram realizadas 359 cirurgias de catarata ao custo médio de R\$ 1.001,95. Ou seja, é muito mais caro realizar este procedimento em OCS/PSA do que em OMS, porém, notamos que a capacidade de cirurgias a serem realizadas em OMS é menor do que a sua demanda, tendo que ser encaminhado este procedimento para OCS/PSA. Se somarmos o custo total com cirurgias de catarata em 2012, realizadas tanto em OCS/PSA quanto em OMS, teríamos o valor de R\$ 419.285,81. Toda via, se as 550 cirurgias realizadas em 2012 fossem feitas na OMS com seu custo médio mais baixo, o valor total das cirurgias cairia para R\$ 171.578,00, ou seja, um valor em torno de 60% menor do que o realmente gasto com este procedimento em 2012.

#### 4.3 RESUMO DO CAPÍTULO

Iniciamos este capítulo visualizando dois grandes gráficos. O primeiro que abordava os atendimentos em Organizações Militares de Saúde mais os atendimentos em Organizações Civis de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomo, e o segundo que abordava os valores médios de todos estes atendimentos. A partir destes gráficos já notamos algumas tendências gerais do sistema, que é atender populações mais idosas, com um valor médio mais elevado.

Após esta análise geral, foram feitas três análises separando os gráficos em OMS e em OCS/PSA e depois os confrontando. A primeira análise referiu-se ao número de atendimentos realizados nos dois tipos de organizações, onde foi concluído que as OMS atendem em maior volume que as OCS/PSA, porém estas últimas apresentam uma tendência maior de atender proporcionalmente mais a população idosa. A segunda análise foi a de comparar os valores médios dos atendimentos em OMS e OCS/PSA, nesse momento chegou-se a conclusão que os valores dos atendimentos realizados em OCS/PSA são maiores dos que os realizados em OMS, e que os valores médios de atendimento de populações mais idosas são mais custosos. Por fim, a última análise trouxe a tona o comparativo do valor total dos atendimentos realizados nos dois tipos de organização, e conclui-se que o serviço de saúde do Exército

Brasileiro despende mais recursos com atendimentos em OCS/PSA do que em OMS, e este fenômeno é mais acentuado em faixas etárias mais elevadas.

Na segunda parte do capítulo confrontamos os tipos de consultas, procedimentos e exames realizados em OMS e em PSA. A partir destes dados ficaram evidentes algumas conclusões já obtidas no ponto anterior. A partir do ranking das consultas realizadas, notamos que existe uma demanda que não consegue ser suprida apenas com as OMS, e que os pacientes tem que ser encaminhados para OCS/PSA. E avaliando os procedimentos e exames, notamos que os realizados em OMS possui um valor médio baixo, ou seja, são menos complexos dos que os realizados em OCS/PSA, estes com custos mais elevados.

## 5 CONCLUSÃO

Durante sua evolução histórica, podemos concluir que houve um enorme desenvolvimento da estrutura do serviço de saúde, demonstrando ser bastante hierarquizado e disciplinado. Antes de 1808 a saúde militar era dispersa, e após a chegada da família real ao Brasil essa situação começou a mudar. Foi em 1849 que o serviço de saúde do Exército brasileiro se tornou independente, continuando a sua caminhada de grande evolução. A saúde militar brasileira foi influenciada por franceses e alemães durante a sua formação, e participou ativamente das grandes guerras mundiais. Hoje, sua estrutura detém abrangência nacional, relacionando-se com outras instituições civis de saúde do País.

Baseado na disciplina e na hierarquia, o Exército possui uma estrutura verticalizada em sua organização. Além disso, foi verificada a presença da hierarquia no modelo tecno-assistencial do serviço de saúde, onde as unidades de saúde estão dispostas em território nacional de acordo com seu nível tecnológico, em um modelo de pirâmide com três níveis.

Os resultados apresentados no trabalho foram os de um serviço de saúde financiado por recursos financeiros oriundos das dotações orçamentárias, representado pelo SAMMED, e por recursos financeiros oriundos de receitas extra-orçamentárias provenientes, principalmente, da contribuição mensal dos militares, representado pelo FUSEx. O SAMMED financia o atendimento de militares que não são beneficiários do FUSEx, quais sejam: militares no serviço militar obrigatório e militares nas escolas de formação. Além destes, o SAMMED financia o atendimento de saúde referente a atos de serviço. Já o FUSEx financia o atendimento aos seus beneficiários, que são os militares contribuintes e seus dependentes e pensionistas. Ambos realizando o atendimento tanto nos hospitais próprios do Exército quanto nas entidades vinculadas.

Este trabalho demonstrou que as faixas etárias mais idosas consomem mais o serviço de saúde do Exército, e o custo de seus atendimentos são mais elevados em relação às faixas etárias mais jovens. Outra conclusão é de que os exames e procedimentos realizados dentro das Organizações Militares de Saúde são de menor complexidade e de menor custo do que os encaminhados para realização em organizações civis conveniadas do sistema.

O maior grupo de usuário atendido está na faixa etária dos 50 aos 70 anos e o atendimento com maior custo médio realizado na faixa etária dos 71 aos 90 anos.

Outro resultado é de que o sistema detém uma demanda encaminhada para atendimento em organizações civis. Os atendimentos realizados nestas organizações têm um custo mais elevado e maior complexidade tecnológica.

Existe uma tendência de aumento no número de atendimentos ao passar dos anos, porém não foi verificada esta tendência em 2012, aconteceu uma redução no número de atendimentos neste ano. Não houve dados nem informações que provassem o motivo desta redução. Muitos podem ser os motivos para este fato, como uma redução no número de médicos ou reformas em algumas unidades de saúde.

Apesar de ser apresentado neste trabalho a maioria das informações sobre a estrutura do Sistema de Saúde do Exército, o assunto não está esgotado, existindo ainda uma série de questões abertas para discussão, como: a proporção de gastos orçamentários aos gastos extra-orçamentários, a economicidade de se ter uma estrutura que atenda toda a demanda dentro dos hospitais do sistema, entre outros.

## REFERÊNCIAS<sup>9</sup>

BAHIA, Lígia. Padrões e mudanças no financiamento e na regulação do sistema de saúde brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e o privado. **Saúde e Cidadania**, São Paulo, v.14, n.2, p.9-30, 2005.

BRASIL. Decreto nº 92.569, de 2 de abril de 1986. Estabelece normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 abr. 1986.

BRASIL. Ministério da Defesa. Exército Brasileiro. Departamento-Geral do Pessoal. Portaria nº 048, de 28 de fevereiro de 2008. Aprova as Instruções Reguladoras para assistência Médico-Hospitalar aos Beneficiários do Fundo de Saúde do Exército. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 fev. 2008.

CARDOSO, Rachel Motta. O Serviço de Saúde do Exército no período entreguerras. In: XIV ENCONTRO REGIONAL DA ANPUH-RIO MEMÓRIA E PATRIMÔNIO, 8., 2010, Rio de Janeiro: **Anais...** Rio de Janeiro: ANPUH-RIO, 2010.

DA CRUZ, Marcelo Wernek Azevedo. **O Serviço de Saúde da F.E.B na 2ª Guerra Mundial**. Rio de Janeiro: Escola de Saúde do Exército, 2008.

DEPARTAMENTO-Geral do Pessoal. Brasil: Governo Federal, 2012. Disponível em: <<http://www.dgp.eb.mil.br>>. Acesso em: 14 nov. 2012.

EXÉRCITO BRASILEIRO. 2012. Disponível em:<<http://dsau.dgp.eb.mil.br/imagens/oms/target0.html>>. Acesso em: 14 nov. 2012.

EXÉRCITO BRASILEIRO. 2013. Sistema de Registro dos Encaminhamentos – SIRE 2013. Acesso restrito a pesquisadores autorizados.

EXÉRCITO BRASILEIRO. 2013. Disponível em:<<http://www.exercito.gov.br/web/guest/estrutura-organizacional>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

FERRO, Marco Aurélio Chaves; RAMOS, Marilene. Aspectos Socioambientais do Exército Brasileiro. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 8., 2011, Rezende. **Artigos...** Rezende: Associação Educacional Dom Bosco, 2011.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

IBÁÑES, Nelson; MARSIGLIA, Regina. **Medicina e Saúde: um enfoque histórico**. São Paulo, 2000

LEMONS, Michele Scardine Corrêa de. **Análise da Gestão Administrativa e Financeira do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro e do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Escola de Saúde do Exército, 2008.

---

<sup>9</sup> De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas - NBR 6023:2002.

MARRONI, Diego de Carvalho. **General João Severiano da Fonseca e o Serviço de Saúde do Exército: Braço forte, mão amiga: ontem, hoje e sempre.** Rio de Janeiro: Escola de Saúde do Exército, 2008.

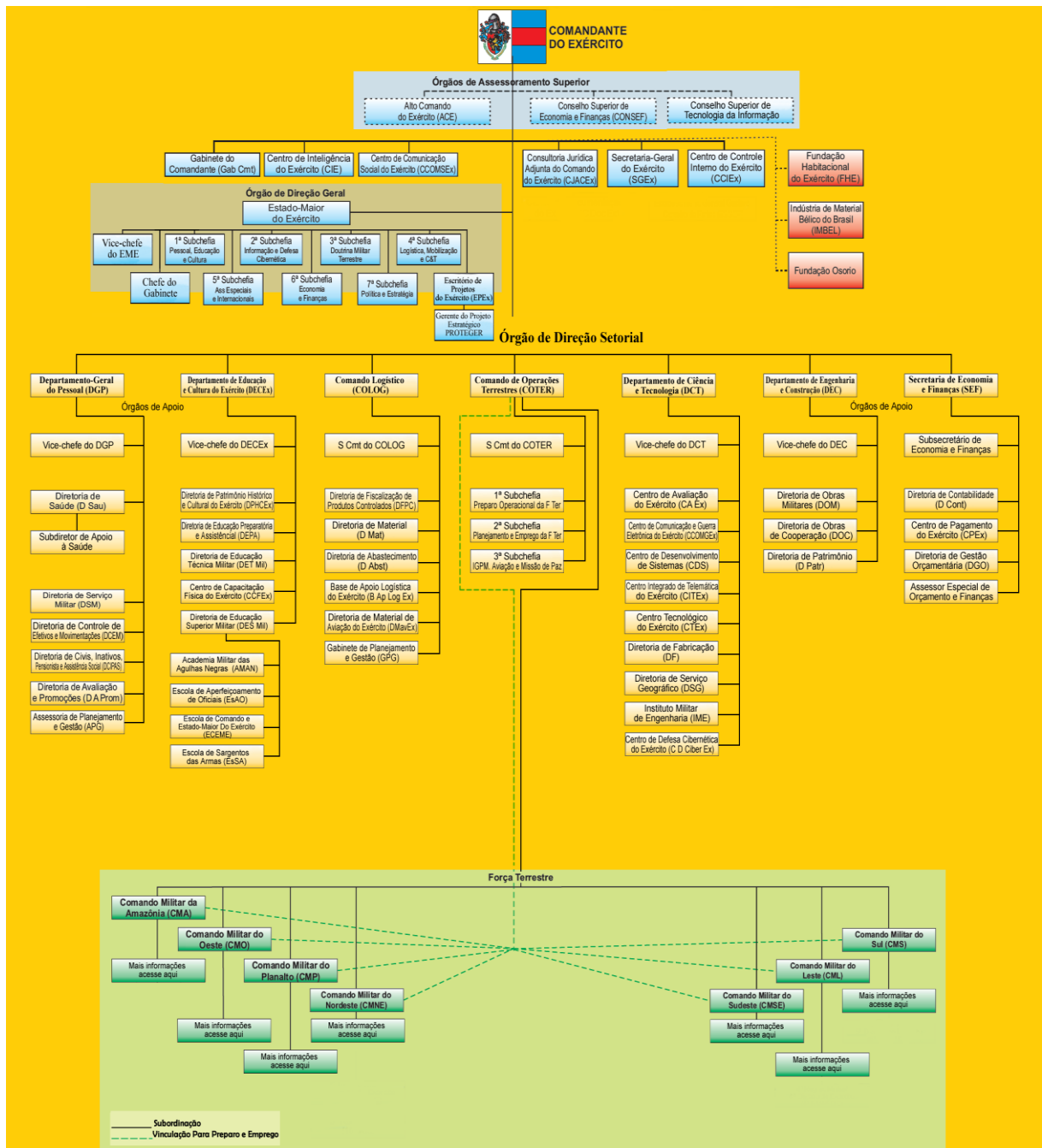
PORTAL da Saúde. Brasil: Governo Federal, 2003. Programa Nacional de Imunizações (PNI) da Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=30281](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=30281)>.  
Acesso em: 31 mar. 2013.

SILVA, Arthur Lobo da. **O Serviço de Saúde do Exército Brasileiro: História evolutiva desde os tempos primórdios até os tempos atuais.** Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército, 1958.

STORTE, Fernando. **Unificação e padronização do serviço de saúde nas forças armadas: uma proposta.** Rio de Janeiro: Escola Superior de Guerra, 2011.

**ANEXOS**

# ANEXO A — ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO EXÉRCITO BRASILEIRO



Fonte: Exército Brasileiro (2013)



## ANEXO B — LEGENDA DA FIGURA 2

### a) **Hospital Geral Tipo I**

Hospital de médio porte que, em princípio, está localizado em sede de Comando de RM e que se destina à assistência médico-hospitalar de pacientes oriundos da sua e de outras guarnições, oferecendo serviços mais especializados que um hospital de guarnição, de acordo com a disponibilidade técnica definida em seu QCP.

### b) **Hospital Geral Tipo II**

Hospital de médio porte, com características de maior complexidade de assistência médico-hospitalar e potencial de atendimento a um número maior de usuários, que o hospital geral do tipo I, de acordo com a disponibilidade técnica definida em seu QCP.

### c) **Hospital Geral Tipo III**

Hospital de médio ou grande porte, destinado a constituir-se em centro de referência, coordenação e integração do serviço médico-hospitalar de uma RM, devendo estar capacitado a prestar assistência especializada, mais diferenciada, a pacientes encaminhados de outros hospitais do Sistema de Saúde do Exército. Estas OMS poderão desenvolver atividades de ensino em sua área de ação, dentro de suas possibilidades técnico-profissionais.

### d) **Hospital de Guarnição Tipo I**

Hospital de pequeno porte destinado a servir à população de determinada guarnição militar, prestando assistência ambulatorial e de hospitalização, no mínimo, nas áreas básicas de: Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia, de Emergência e em outras especialidades, de acordo com a disponibilidade técnica definida em seu Quadro de Cargos Previstos (QCP).

### e) **Hospital de Guarnição Tipo II**

Hospital de pequeno porte destinado a servir à população de determinada guarnição militar e a pacientes encaminhados de outras guarnições, nas áreas básicas de: Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia, de Emergência e em outras especialidades, de acordo com a disponibilidade técnica definida em seu QCP.

### f) **Hospital de Guarnição Tipo III**

Hospital de pequeno ou médio porte destinado a servir à população de determinada guarnição militar sede de grande número de Organizações Militares (OM), caracterizada por

expressivo efetivo de usuários do SAMMED e a pacientes encaminhados de outras guarnições, nas áreas básicas de: Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia, de Emergência e em outras especialidades, de acordo com a disponibilidade técnica definida em seu QCP.

**g) Policlínica Militar Tipo I**

Estabelecimento de Saúde destinado à assistência ambulatorial, para o atendimento a pacientes de sua guarnição, com serviços médicos especializados.

**h) Policlínica Militar Tipo II**

Estabelecimento de Saúde destinado à assistência ambulatorial, para o atendimento a pacientes de sua e de outras guarnições, com serviços especializados de maior complexidade que os desenvolvidos nas policlínicas de tipo I.

**i) Posto Médico de Guarnição tipo I**

Estabelecimento de Saúde destinado à assistência ambulatorial, para o atendimento a pacientes de sua guarnição, de acordo com as possibilidades de seu QCP e estrutura sumária instalada em OM.

**j) Posto Médico de Guarnição Tipo II:**

Estabelecimento de Saúde destinado à assistência ambulatorial, para o atendimento a pacientes de sua guarnição, de acordo com QCP específico para o tipo de atendimento a ser desenvolvido e estrutura sumária instalada em OM.

**k) Posto Médico de Guarnição Tipo III**

Estabelecimento de Saúde destinado à assistência ambulatorial, para o atendimento a pacientes de sua guarnição, de acordo QCP específico para o tipo de atendimento a ser desenvolvido, com estrutura completa em instalações próprias, que podem evoluir, modularmente, para policlínica ou hospital de guarnição.

**l) OMS Especiais:**

- Hospital Central do Exército (HCE);
- Centro de Recuperação de Itatiaia (CRI);
- Laboratório Químico-Farmacêutico do Exército (LQFEx);
- Instituto de Biologia do Exército (IBEx);
- Hospital Escolar da Academia Militar das Agulhas Negras (HE/AMAN);
- Odontoclínica Central do Exército (OCEEx); e

- Hospital de Campanha (H Cmp).  
(MARRONI, 2008)