

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

Maj Med **FERNANDA CRISTINA PERES DE OLIVEIRA**

**O envelhecimento da família militar e seu impacto nas
despesas para o Sistema de Saúde do Exército.**



Rio de Janeiro
2023

Maj Med **FERNANDA CRISTINA PERES DE OLIVEIRA**

**O envelhecimento da família militar e seu impacto nas despesas
para o Sistema de Saúde do Exército.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de Comando e
Estado-Maior do Exército, como requisito
parcial para a obtenção do Título de
Especialista em Ciências Militares, com
ênfase em Defesa Nacional.

Orientador: Ten Cel Art **EDUARDO OLIVEIRA**

Rio de Janeiro
2023

O48e Oliveira, Fernanda Cristina Peres de.

O Envelhecimento da família militar e seu impacto nas despesas para o Sistema de Saúde do Exército. / **Fernanda Cristina Peres de Oliveira**. —2023.

38 f.: il.; 30 cm

Orientação: Edwardo Oliveira.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Ciências Militares) — Escola de Comando e Estado-Maior do Exército, Rio de Janeiro, 2023.

Bibliografia: f. 36-38

1. ENVELHECIMENTO DA FAMÍLIA MILITAR. 2. FUSEX. I. Título.

CDD 305.26

Maj Med **FERNANDA CRISTINA PERES DE OLIVEIRA**

O envelhecimento da família militar e seu impacto nas despesas para o Sistema de Saúde do Exército.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Comando e Estado-Maior do Exército, como requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Ciências Militares, com ênfase em Defesa Nacional.

Aprovado em _____ de 2023

COMISSÃO AVALIADORA

EDUARDO COELHO OLIVEIRA- TEN CEL - Presidente
Escola de Comando e Estado-Maior do Exército

ANSELMO DE OLIVEIRA RODRIGUES – CEL- Membro
Escola de Comando e Estado-Maior do Exército

JÚLIO CÉSAR LACERDA MARTINS – MAJ - Membro
Escola de Comando e Estado-Maior do Exército

Dê-me, Senhor, agudeza para entender,
capacidade para reter, método e faculdade
para aprender, sutileza para interpretar, graça
e abundância para falar, acerto ao começar,
direção ao progredir e perfeição ao concluir...

São Tomás de Aquino

AGRADECIMENTOS

A Deus, Senhor dos Exércitos, que colocou em meu coração, tanto o querer, como o realizar este curso, de acordo com a Sua boa vontade. Sou grata pelo dom da vida, grata por ter colocado em meu caminho provas que só confirmaram o quanto eu sou dependente do Seu infinito Amor. Senhor, nunca me deixes esquecer que tudo o que tenho, tudo o que sou e o que vier a ser vem de Ti.

Ao Comandante da ECEME, General de Brigada Sergio Manoel Martins Pereira Junior, meus agradecimentos por nos encorajar a conhecer um pouco mais sobre a história da nossa Escola e do nosso patrono Marechal Humberto de Alencar Castello Branco, homem cujas ideias e ações se transformaram em sua própria história e que em muito me inspirou ao longo do curso.

"O valor dos estudos na Escola de Estado-Maior do Exército não está no muito que o oficial faz como aluno e, sim, no muito que vai realizar depois. O seu diploma só tem valia se valimento houver no desempenho que deve o oficial dar as funções que este documento lhe confere."

Marechal Castello Branco

Ao meu marido Juvenildo Dias Lourenço e ao meu filho Guilherme de Oliveira Lourenço, que me incentivaram nos momentos mais difíceis e compreenderam a minha ausência ao longo deste ano. Sem o apoio de vocês nada disso valeria a pena. Eu os amo demais.

Aos meus pais, Luiz Antonio Peres de Oliveira e Maria Alice Marques de Oliveira, pelo amor incondicional e pelo incentivo ao longo de toda a minha carreira.

A todos os instrutores, pelos conselhos, ajuda e paciência, todos contribuíram muito para o meu aperfeiçoamento diário.

Ao meu orientador, TC Eduardo Oliveira, homem de Deus, que com bastante paciência e atenção fez orientações precisas para melhoria deste trabalho, espero ter correspondido ao empenho e dedicação dispensados a minha pessoa.

Aos meus colegas de curso, com os quais convivi ao longo deste ano, que através das trocas de experiências me fizeram crescer como pessoa.

RESUMO

Com o aumento da expectativa de vida, a parcela de pessoas acima de 60 anos vai aumentar sobremaneira, sendo o envelhecimento dos brasileiros uma tendência irreversível que continuará nas próximas décadas. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o custo assistencial de um idoso acima de 60 anos pode chegar a aproximadamente 7 vezes o custo de um jovem de 18 anos. O aumento da proporção de idosos beneficiários do FUSEX se assemelha ao crescimento da população brasileira. Esses idosos sofrem mais de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes, Alzheimer), que exigem mais consultas médicas, exames, tratamentos prolongados e internações hospitalares do que as faixas etárias inferiores e, conseqüentemente, sobrecarregam os Sistemas de Saúde, já que o FUSEX não onera o usuário com aumentos das contribuições decorrentes das mudanças de faixa etária. O objetivo primário dessa pesquisa foi apresentar possíveis soluções para mitigar os danos do envelhecimento da família militar para o Fundo de Saúde do Exército através do aprimoramento do atendimento do idoso utilizando a estrutura já existente revisando o modelo hospitalocêntrico, onde, para otimizar a gestão da saúde, além de uma estrutura de assistência terciária e quaternária, se faz necessário a elaboração de um plano de cuidados inclusivos para o idoso a partir de uma avaliação multidimensional visando o aumento da fidelização e a aderência ao tratamento, reduzindo hospitalizações e conseqüentemente o custo, permitindo alocar adequadamente os recursos disponíveis para o benefício do coletivo.

Palavras-chave: ENVELHECIMENTO DA FAMÍLIA MILITAR. 2. FUSEX.

ABSTRACT

With the increasing life expectancy, the proportion of people over 60 years old will greatly increase, making the aging of Brazilians an irreversible trend that will continue in the coming decades. According to the National Supplementary Health Agency (ANS), the care cost for an elderly person over 60 can be approximately 7 times the cost of an 18-year-old. The increase in the proportion of elderly beneficiaries of FUSEX resembles the growth of the Brazilian population. These elderly individuals suffer more from chronic non-transmissible diseases (hypertension, diabetes, Alzheimer's) that require more medical consultations, tests, lengthy treatments, and hospitalizations compared to the younger age groups, and consequently, strain the Health Systems, since FUSEX does not burden the user with contribution increases resulting from age bracket changes. The primary goal of this research was to present possible solutions to mitigate the damages of the military family's aging to the Army Health Fund through the improvement of elderly care using the existing structure by revising the hospital-centric model. To optimize health management, in addition to a tertiary and quaternary care structure, it is necessary to develop an inclusive care plan for the elderly based on a multidimensional evaluation aiming to increase loyalty and adherence to treatment, reducing hospitalizations and consequently the cost, allowing for the appropriate allocation of available resources for the collective benefit.

Keywords: AGING OF THE MILITARY FAMILY. 2. FUSEX.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DAC	Doenças Coronarianas Agudas
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DMRI	Degeneração Macular Relacionada à Idade
DSau	Diretoria de Saúde
FR	Fatores de Risco
FUSEX	Fundo de Saúde do Exército
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
IESS	Instituto de Estudos da Saúde Suplementar
IG	Instruções Gerais
MS	Ministério da Saúde
OCS	Organizações Civis de Saúde
OCS	Organizações Civis de Saúde
OMS	Organizações Militares de Saúde
PASS	Plano de Assistência de Saúde Suplementar
PM	Postos Médicos
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PSA	Profissionais de Saúde Autônomos
RM	Regiões Militares

SAMEx-Cmb	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Ex-Combatentes
SAMMED	Sistema de Atendimento Médico-hospitalar aos Militares do Exército e seus Dependentes
SSEX	Sistema de Saúde do Exército
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Healty Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - A população de idosos no Brasil	16
Figura 02 - Estatuto do Idoso	17
Figura 03 - Sistema de Saúde do Exército Brasileiro (SSEx)	19
Figura 04 - Quantitativo de usuários do SSEx	21
Figura 05 - Organizações Militares de Saúde do Exército Brasileiro.....	22
Figura 06 - Sistema de Saúde do Exército Brasileiro (SSEx)	23
Figura 07 - Principais condições crônicas de saúde no idoso	27
Figura 08 - Despesas com saúde no Brasil	29
Figura 09 - Pirâmide por faixas etárias de beneficiário do FUSEX	30
Figura 10 - Hospital Central do Exército	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Usuários PASS / Ex Cmb	20
Tabela 02 - Usuários do FUSEX por RM	20
Tabela 03 - Beneficiário do FUSEX por faixa etária	32

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	PROBLEMA.....	14
1.2	OBJETIVOS.....	14
1.2.1	Objetivo Geral.....	14
1.2.2	Objetivos Específicos.....	15
1.3	DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	15
2	REFERENCIALTEÓRICO.....	15
2.1	SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO	15
2.2	TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	16
2.3	PROTEÇÃO À VIDA E A SAÚDE DO IDOSO.....	17
3	METODOLOGIA	17
3.1	TIPO DE PESQUISA	18
3.2	COLETA DE DADOS	18
4	SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO	18
5	DOENÇAS COMUNS NO IDOSO	23
6	ATENÇÃO Á SAÚDE DO IDOSO	26
7	GASTOS DAS FAMÍLIAS COM PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL	28
8	SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO E O IDOSO	29
9	PROPOSTA DE MODELO ASSISTENCIAL PARA MITIGAR OS CUSTOS... COM OS IDOSOS NO SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO	33
10	CONCLUSÃO	34
11	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

1 INTRODUÇÃO

A mais recente Projeção de População, divulgada pelo IBGE em julho de 2022, estimou que a parcela de pessoas com 60 anos ou mais passou de 11,3% para 14,7% da população. Em números absolutos, são 31,23 milhões de pessoas. Os dados são da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad Contínua). Nos últimos 10 anos, o contingente de idosos residentes no Brasil aumentou 39,8%. Em 2012, quando teve início a série histórica da Pnad Contínua, moravam no país 22,34 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando na época 11,3% de toda a população residente (Agência Brasil- 2022). Em 2060, segundo o estudo, um quarto da população (25,55%) terá mais de 65 anos. Ou seja, o envelhecimento dos brasileiros é uma tendência irreversível que continuará nas próximas décadas.

Um paciente com menos de 18 anos custa ao ano, para seu plano de saúde, menos de 10% do valor de um idoso com mais de 80 anos, de acordo com dados do Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS). Já pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a internação de um idoso custa, hoje, cerca de 30% mais se comparado com o custo de adultos com idade entre 25 e 59 anos, segundo dados do Ministério da Saúde. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o custo assistencial de um idoso acima de 60 anos é muito superior ao de um jovem, por exemplo, o idoso custa 7,5 vezes mais no item Exames Complementares e 6,9 vezes mais em Internações. Como as pessoas estão vivendo mais, gerando mais custos médico-hospitalares, os gastos com despesas assistenciais até 2030 deverão crescer até 157%, passando de R\$ 149 bilhões para R\$ 383 bilhões.

O conjunto das principais causas de morte no Brasil mudou com a queda da mortalidade, a partir de 1940, após a incorporação de tecnologias às políticas públicas de saúde. Até então, doenças infecciosas, respiratórias e parasitárias eram as principais causas de morte. Hoje, as doenças crônico-degenerativas, associadas à idade, são as preocupações centrais. Em 2016, as maiores causas de internações de idosos, que totalizaram 2,87 milhões, foram doenças do aparelho circulatório, respiratório, digestivo e câncer.

O aumento da proporção de idosos beneficiários do FUSEX se assemelha ao crescimento da população brasileira e este crescimento gera aumento dos custos e

causa desequilíbrio no sistema, já que os integrantes dessa faixa etária geram mais despesas assistenciais em relação às demais. Os idosos sofrem mais de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes, Alzheimer), que exigem acompanhamento médico constante, e de males que demandam exames mais sofisticados e custosos.

Segundo as Instruções Gerais para o Fundo de Saúde do Exército (IG 30-32), aprovadas pela Portaria nº 653, de 30 de agosto de 2005, a contribuição mensal do FUSEX é obrigatória e está limitada em 3,5 % sobre as parcelas que compõem a pensão ou os proventos na inatividade: Contribuição de 3,0% para o contribuinte titular, incluindo, se for o caso, o seu respectivo cônjuge ou companheiro(a). Quota complementar de 0,4% se possuir somente um dependente direto, excluindo o cônjuge ou companheiro(a). Quota complementar de 0,5% se possuir mais de um dependente direto ou um ou mais dependentes indiretos, excluindo o cônjuge ou companheiro(a). Não apresentando aumento gradual conforme o avanço da idade. Já pelos planos de saúde particulares, o cálculo leva em conta a estimativa de utilização, e é esperado que uma pessoa acima de 59 anos utilize mais seu plano e realize mais procedimentos de complexidade alta e é por esta razão que os planos de saúde para idosos possuem um valor mais elevado em relação aos demais.

A escolha do tema justifica-se pela constatação do quadro de envelhecimento da família militar e da necessidade de atender cada vez melhor esse perfil de beneficiário, sabendo que o FUSEX não onera o usuário com aumentos das contribuições decorrentes das mudanças de faixa etária.

1.1 PROBLEMA

Quais as soluções para mitigar os danos do envelhecimento da família militar para o Fundo de Saúde do Exército?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Avaliar as possíveis ações do Comando do Exército a fim de mitigar o impacto, sobre o FUSEX, do envelhecimento da família militar.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a. Apresentar o Sistema de Saúde do Exército Brasileiro e suas particularidades;
- b. Apresentar as doenças comuns no idoso;
- c. Apresentar aspectos da atenção à saúde do idoso;
- d. Apresentar ações que possam mitigar os impactos os danos do envelhecimento da família militar para o Fundo de Saúde do Exército.

1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Com o intuito de atender os objetivos propostos, esse projeto de pesquisa foi delimitado aos pacientes idosos (>60 anos), beneficiários do FUSEX, ao consequente aumento do custo da saúde desta população específica, apresentando possíveis ações para mitigar o desequilíbrio entre receita/despesa.

Em relação ao limite temporal, foi considerada uma pesquisa bibliográfica dos últimos 10 anos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO

O Sistema de Saúde do Exército é responsável por prover assistência médico-hospitalar a militares e seus dependentes, seja em tempo de paz ou de guerra. (BRASIL, 1986).

O Sistema de Saúde do Exército (SSEX) possui 545 seções de Saúde instaladas em organizações militares da Força; 23 postos médicos de Guarnição; quatro

policlínicas militares; 15 hospitais de Guarnição; 11 hospitais-gerais e o Hospital Central do Exército.

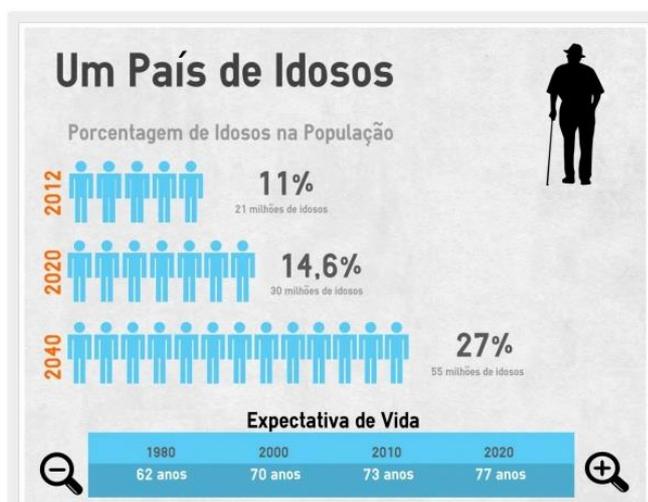
O Sistema de Atendimento Médico-hospitalar aos Militares do Exército e seus Dependentes (SAMMED) é complementado pelo Fundo de Saúde do Exército (FUSEx).

A Diretoria de Saúde (DSAU) apresenta-se como órgão de apoio setorial, técnico, administrativo e gerencial do SSEX e está encarregada da orientação técnica dele.

2.2 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

No Brasil, o envelhecimento da população vem se acelerando nas últimas décadas devido, principalmente, a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada à forte redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida, acarretando o alargamento do topo da pirâmide etária. Este perfil etário mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, faz com que as doenças crônico-degenerativas ocupem um lugar de destaque. Segundo o IBGE, a porcentagem de idosos no Brasil em 2023 é de 15,1% da população. Estima-se que em números absolutos, as pessoas idosas formam um grupo de aproximadamente 30.000.000 pessoas aproximadamente. (Figura 01) (Públicas, 2013).

Figura 01 - A população de idosos no Brasil



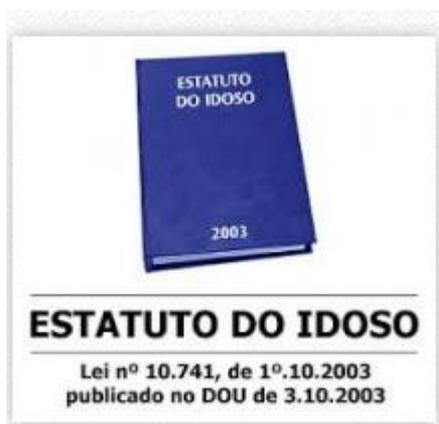
Fonte: Públicas 2013

Pode-se dizer que, devido ao envelhecimento, há uma epidemia de doenças crônico-degenerativas, o que impacta substancialmente no serviço de saúde com o seu maior e mais prolongado uso, sendo considerada um dos maiores problemas globais de saúde pública na atualidade. Neste cenário, deve-se dar atenção especial aos fatores de risco, sintomatologia e prevenção das doenças mais comuns na terceira idade.

2.3 PROTEÇÃO À VIDA E A SAÚDE DO IDOSO

No Brasil, a Lei Federal 10.741/2003, vigente desde 2004, que tem como objetivo principal assegurar os direitos dos idosos, é conhecida como Estatuto do Idoso. Esta lei é um importante instrumento de cidadania e proteção às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. No art. 2º afirma que o idoso deve gozar de todos os direitos fundamentais inerentes ao ser humano, assegurando todas as oportunidades e facilidades para a prevenção de sua saúde física e mental, no 9º art. garante à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde possibilitando um envelhecimento saudável e em condições dignas. (Figura 02) (Sabedoria Política, 2011).

Figura 02 – Estatuto do Idoso



Fonte: Sabedoria Política, 2011

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa para este trabalho é qualitativa e basear-se-á numa revisão bibliográfica sobre o assunto em artigos publicados em periódicos e disponibilizados na rede mundial de computadores.

3.2 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, serão utilizados sítios como PubMed, do Exército, além de consultas a biblioteca da Escola de Saúde do Exército.

4 SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO

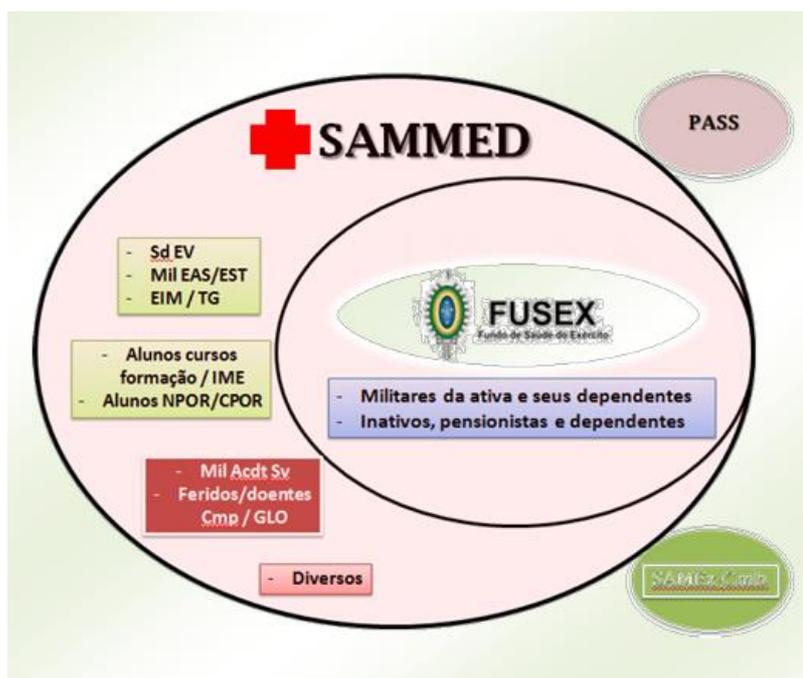
O Sistema de Saúde do Exército é responsável por prover assistência médico-hospitalar a militares e seus dependentes, seja em tempo de paz ou de guerra. (BRASIL, 1986). É composto por um conjunto de estruturas que trabalham sinergicamente para cumprir o objetivo de prestar apoio de saúde às atividades militares e à assistência à saúde aos seus beneficiários. O SSEX é constituído por suas Organizações Militares de Saúde (OMS), Postos Médicos (PM), Seções de Saúde de Organização Militar, além de Organizações Civis de Saúde (OCS) e por Profissionais de Saúde Autônomos (PSA).

O Sistema de Atendimento Médico-hospitalar aos Militares do Exército e seus Dependentes (SAMMED) é complementado pelo Fundo de Saúde do Exército (FUSEx) e pelos recursos orçamentários disponibilizados na forma do Fator de Custo (FC), pela União. A Diretoria de Saúde (DSau) apresenta-se como órgão de apoio setorial, técnico, administrativo e gerencial do SSEX e está encarregada da orientação técnica do mesmo. (Figura 03) (DSAU).

O FUSEx foi criado pela Portaria Ministerial nº 3.055, de 7 de dezembro de 1978. Segundo as Instruções Gerais para o Fundo de Saúde do Exército (IG 30-32), aprovadas pela Portaria nº 653, de 30 de agosto de 2005 a contribuição mensal do FUSEX é obrigatória pelos titulares (militares da ativa, inativos e pensionistas) somados a contraprestação de 20% do custo total dos serviços médicos-hospitalares

utilizados pelo titular e seus dependentes. O desconto do titular é da ordem de 3% do soldo, sendo descontado 0,4% e 0,5% para cada dependente direto e indireto, respectivamente. O valor máximo de contribuição não poderá ultrapassar o valor de 3,5% do soldo.

Figura 03 - Sistema de Saúde do Exército Brasileiro (SSEx)



Fonte: Diretoria de Saúde do Exército

Atualmente, são aproximadamente 800 mil beneficiários do SSEx, em todo território nacional. São considerados beneficiários do SSEx os pertencentes ao: Sistema de Assistência Médico-hospitalar aos Militares do Exército, seus Dependentes e Pensionistas Militares (SAMMED); Fundo de Saúde do Exército (FUSEx); Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Ex-Combatentes, Pensionistas e Dependentes (SAMEx-Cmb); e Plano de Assistência de Saúde Suplementar (PASS) dos Servidores Civis, e seus dependentes, do Comando do Exército. No PASS, os beneficiários titulares contribuem mensalmente com uma cota fixa, de acordo com sua faixa etária e independentemente da sua remuneração. Os valores de contribuição poderão ser consignados na folha de pagamento do(a) servidor(a) civil aposentado(a). (Tabela 01) (Figura 04) (BID-on line/SIRE/SISC).

Tabela 01 - Usuários PASS / Ex Cmb

Universo	Grupo	BDCP	CADBEN	Diferença
PASS	Dependente	5.852	0	5.852
	Pensionista	5.269	0	5.269
	Titular	9.096	0	9.096
Ex Cmb	Dependente	12	0	12
	Pensionista	26.753	0	26.753
	Titular	1.379	0	1.379
Total		48.361	0	48.361

Tupã 11 set 23

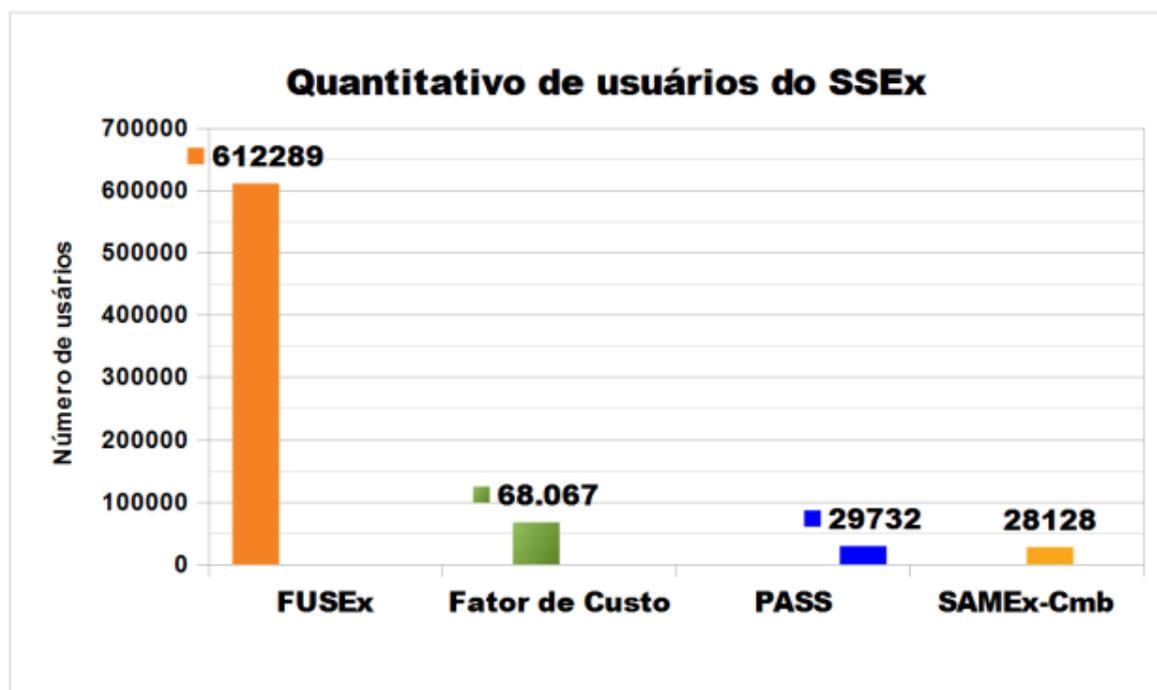
Tabela 02 Usuários do FUSEX por RM

Período Analisado: SET a SET

RM	Ex Cmb		FUSEX		NÃO FUSEX		PASS		Total	
	Qtd	% na RM	Qtd	% na RM	Qtd	% na RM	Qtd	% na RM	Qtd	% na RM
1	8.549	5,75%	123.818	83,25%	10.673	7,18%	5.688	3,82%	148.728	100,00%
2	3.075	5,61%	45.160	82,33%	5.369	9,79%	1.248	2,28%	54.852	100,00%
3	2.115	2,16%	81.924	83,54%	12.209	12,45%	1.813	1,85%	98.061	100,00%
4	2.456	6,51%	30.674	81,25%	3.242	8,59%	1.382	3,66%	37.754	100,00%
5	3.558	6,31%	45.975	81,51%	5.845	10,36%	1.027	1,82%	56.405	100,00%
6	858	4,68%	14.637	79,76%	1.938	10,56%	919	5,01%	18.352	100,00%
7	5.319	9,47%	44.209	78,73%	5.131	9,14%	1.492	2,66%	56.151	100,00%
8	436	1,44%	26.343	86,77%	2.828	9,31%	753	2,48%	30.360	100,00%
9	615	1,40%	38.299	87,41%	4.201	9,59%	701	1,60%	43.816	100,00%
10	471	2,10%	19.053	84,90%	1.723	7,68%	1.195	5,32%	22.442	100,00%
11	573	0,71%	71.624	88,47%	6.035	7,45%	2.725	3,37%	80.957	100,00%
12	107	0,22%	43.883	88,36%	4.400	8,86%	1.274	2,57%	49.664	100,00%
Total	28.132	4,03%	585.599	83,95%	63.594	9,12%	20.217	2,90%	697.542	100,00%

Fonte Tupã - 11 set 23

Figura 04 – Quantitativo de usuários do SSEx



Fonte: Seção de Controle de Beneficiários (BID-on line/SIRE/SISC), em julho de 2018.

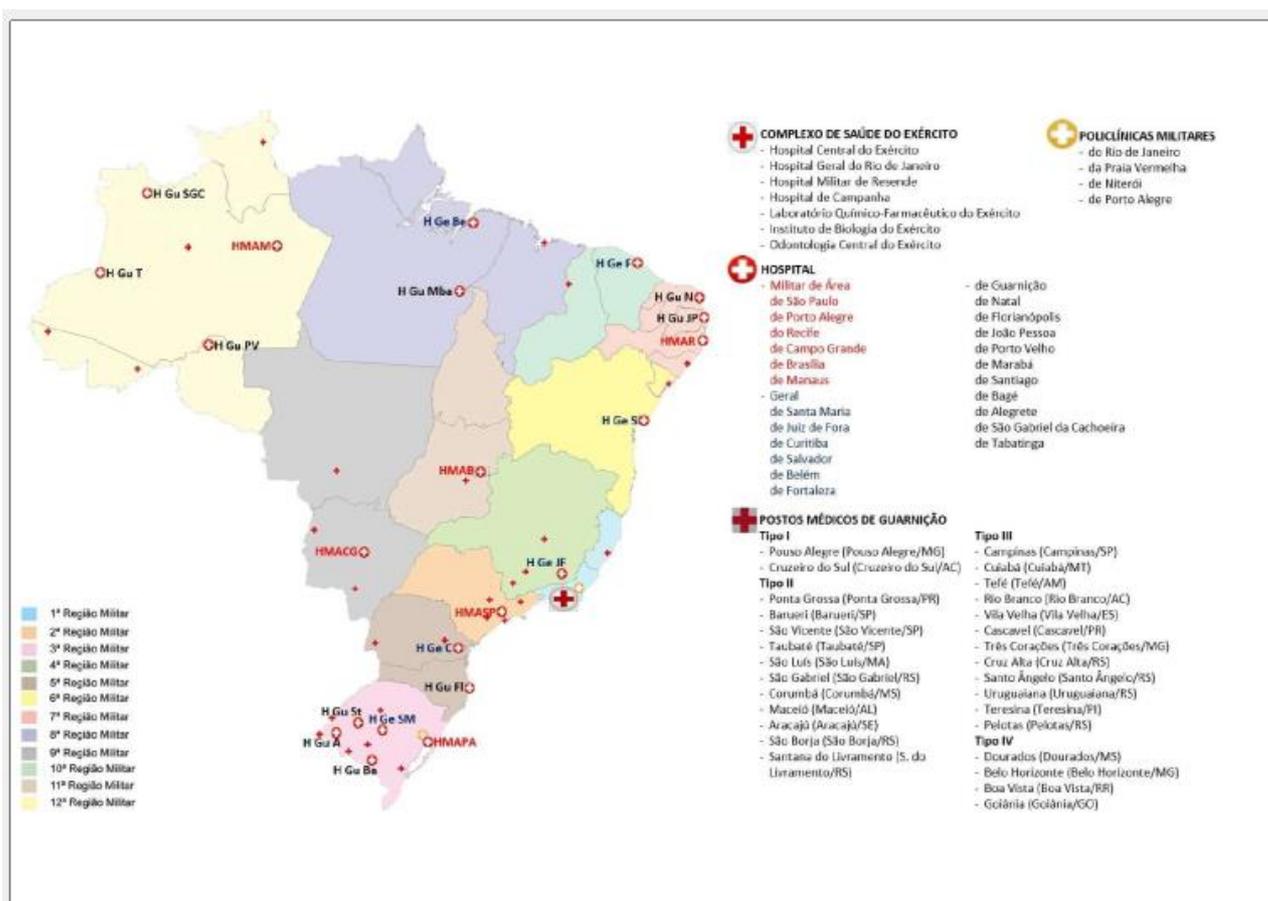
O SSEx possui particularidades que o diferenciam dos planos de saúde e que torna o serviço mais amplo e inclusivo abrangendo e beneficiando a todos da família militar independente do seu grau hierárquico. Dentre estas particularidades estão: ausência de carência; ausência de prazo limite para internações hospitalares e internações em UTI; cobertura ampla para procedimentos sem restrições de novas tecnologias; atendimento odontológico; acesso à órteses, próteses não odontológicas e medicamentos de alto custo; baixo custo quando comparado com planos de saúde particulares; prevê evacuação terrestre e aeromédica e (em casos excepcionais) atendimento no exterior; além de não ter aumento das contribuições decorrentes do avanço da faixa etária.

Segundo dados do site da Diretoria de Saúde do Exército (DSau), o SSEx está presente em todas as Regiões Militares (RM) e está organizado da seguinte maneira: 545 seções de saúde instaladas em organizações militares da Força; vinte e nove Postos Médicos de Guarnição, classificados em Tipos I, II, III e IV; quatro Policlínicas Militares; dez Hospitais de Guarnição também classificados em Tipo I, II, III e IV; sete Hospitais Gerais, seis Hospitais Militares de Área e um Hospital Central do Exército. Destacam-se, ainda, como OMS especiais, o Hospital de Campanha, o Instituto de

Biologia do Exército, a Odontoclínica Central do Exército e o Laboratório Químico Farmacêutico do Exército. (Figura 05) (DSAU, 2023).

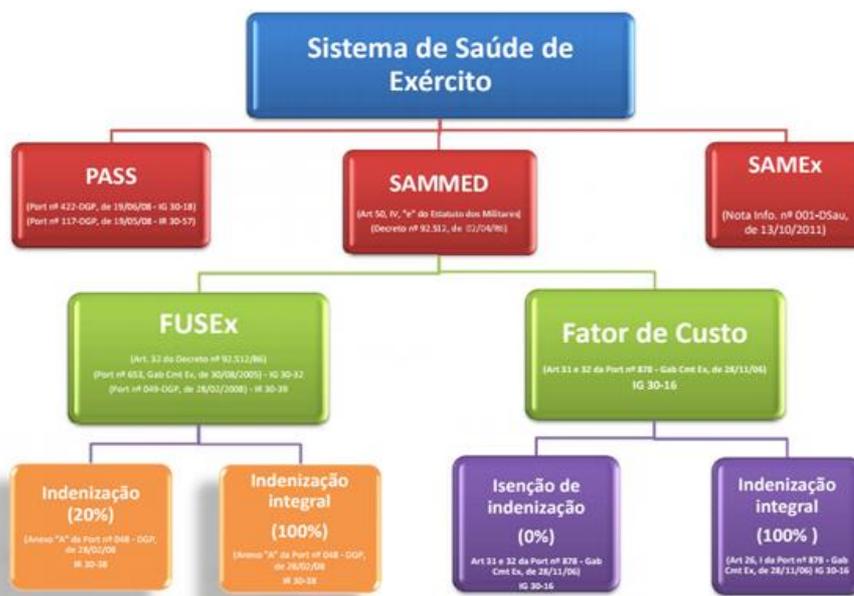
Quando necessário, a estrutura do SSEX é complementada pelo Fundo de Saúde do Exército (FUSEX), responsável por efetivar contratos e credenciamentos com Organizações Civas de Saúde (OCS) e com Profissionais Autônomos da Área de Saúde (PSA). Esse expediente possibilita que a demanda excedente nas OMS seja encaminhada para atendimento externo, mediante o pagamento dos serviços prestados. Devido sua complexidade, valores movimentados, extensão e ampla abrangência, o SSEX pode ser considerado uma das principais redes de assistência de saúde do Brasil depois do Sistema Único de Saúde (SUS). (Figura 06) (DSAU, 2018).

Figura 05 - Organizações Militares de Saúde do Exército Brasileiro.



Fonte: Diretoria de Saúde do Exército

Figura 06 - Sistema de Saúde do Exército Brasileiro (SSEx)



Fonte: Diretoria de Saúde do Exército

5 DOENÇAS COMUNS NO IDOSO

No Brasil, o envelhecimento da população vem se acelerando nas últimas décadas devido, principalmente, a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada à forte redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida, acarretando o alargamento do topo da pirâmide etária. Este perfil etário mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, faz com que as doenças crônico-degenerativas ocupem um lugar de destaque.

“O incremento das doenças crônicas implicará a necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender as crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social” (MENDES, 2011).

Pode-se dizer que, devido ao envelhecimento, há uma epidemia de doenças crônico-degenerativas, o que impacta substancialmente no serviço de saúde com o seu maior e mais prolongado uso, sendo considerada um dos maiores problemas

globais de saúde pública na atualidade. Neste cenário, deve-se dar atenção especial aos fatores de risco, sintomatologia e prevenção das doenças mais comuns na terceira idade.

Dentre as causas mais comuns de doenças no idoso pode-se destacar as cardiovasculares (hipertensão arterial, as doenças coronarianas agudas (DAC), insuficiência cardíaca (IC) e acidente vascular cerebral (AVC), além das degenerativas (Alzheimer, osteoporose e osteoartrose), da diabetes, das doenças pulmonares (pneumonias, enfisemas, bronquites e as gripes, estas principalmente no inverno), além dos diversos tipos de câncer (câncer de mama, câncer de próstata, câncer de pele não-melanoma, câncer de estômago e Tumor de cólon e reto).

5.1 DOENÇAS CARDIOVASCULARES

As doenças cardiovasculares são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos e correspondem as principais causas de morte no mundo. No Brasil, em torno de 7% da população em geral tem algum tipo de doença cardiovascular, e destes, pelo menos 400 mil morrem por ano, o que representa 30% das causas de morte no país.

Os ataques cardíacos e os acidentes vasculares cerebrais normalmente são agudos e causados pela interrupção do fluxo sanguíneo para o coração e para o cérebro. Os principais fatores de risco (FR) para doenças cardiovasculares são: idade, tabagismo, hipertensão, obesidade, estresse, depressão e diabetes.

Ter o conhecimento prévio destes (FR) é de grande importância para o desenvolvimento de ações assistenciais e de educação continuada que promovem o cuidado com a saúde dos idosos. Tais iniciativas tem por objetivo reduzir os agravos das doenças cardiovasculares, além de colaborar na abordagem multiprofissional à saúde do idoso.

5.2 DOENÇAS DEGENERATIVAS

As doenças degenerativas são aquelas em que a pessoa sofre uma gradual limitação de funções vitais. Este termo pode englobar múltiplas doenças como doença

de Alzheimer, mal de Parkinson, doenças oftalmológicas comuns do idoso, osteoporose dentre outras.

A doença de Alzheimer é uma doença neurodegenerativa progressiva e irreversível de aparecimento insidioso, caracterizada pela perda da memória e diversos distúrbios cognitivos. A sua prevalência é diretamente proporcional ao aumento da expectativa de vida.

Já o mal de Parkinson é uma doença neurológica que causa degeneração das células situadas numa região do cérebro chamada substância negra que são responsáveis por produzir dopamina. A dopamina conduz as correntes nervosas (neurotransmissores) ao corpo. A falta ou diminuição da dopamina afeta os movimentos provocando tremores, lentidão de movimentos, rigidez muscular, desequilíbrio, além de alterações na fala e na escrita. Sua incidência é maior após os cinquenta (50) anos e possui uma evolução lenta e gradual. Os pacientes portadores do mal de Parkinson, devido a rigidez e falta de equilíbrio são mais suscetíveis à queda, numa fase mais avançada, o paciente pode desenvolver demência e ficar totalmente dependente e acamado.

Dentre as principais doenças oftalmológicas que acometem os idosos estão a catarata, o glaucoma, a retinopatia diabética, a degeneração macular relacionada à idade (DMRI) e o descolamento da retina. Tais doenças podem levar a dificuldades em ler, dirigir e realizar outras atividades do cotidiano e se não tratadas adequadamente, podem evoluir para a cegueira. A deficiência visual tem um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes idosos, levando à dependência e aumentando o risco de queda.

A osteoporose é uma condição em que os ossos se tornam finos e perdem sua força. Isso pode levar a fraturas, que causam dor e tornam as atividades diárias extremamente difíceis. É a principal causa de fraturas na população acima de 50 anos e afeta especialmente as mulheres na pós-menopausa e idosos.

5.3 NEOPLASIAS NA TERCEIRA IDADE

O câncer tem uma incidência maior em idosos. Muitos tumores sólidos e neoplasias hematológicas são mais frequentes em pacientes idosos do que em

peças jovens, mais de 60% dos diagnósticos de câncer são em idosos (Del Giglio; Karnakis, 2012). De 5% a 10% das neoplasias são resultados diretos da herança de genes relacionados ao câncer e grande parte dos casos envolve danos ao material genético, de origem física, química ou biológica que se acumulam ao longo da vida (DIAS et al., 2012). Dentre os mais comuns na terceira idade estão o câncer de mama, na população feminina, o de próstata, na população masculina, além do câncer de pele não-melanoma, câncer de estômago e Tumor de cólon e reto. O câncer caracteriza-se por ser uma das principais causas de morte nos idosos.

6 ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

No idoso, a atenção à saúde, é muito complexa e não deve se ater apenas à agudização das principais condições crônicas (descompensação das doenças crônicas devido manejo clínico ou gestão da clínica insatisfatório). Necessita-se compreender a saúde do idoso como um todo, ciente que as incapacidades, automedicação, iatrogenia e a própria vulnerabilidade estão associadas ao envelhecimento. (Figura 07) (MORAES, 2012).

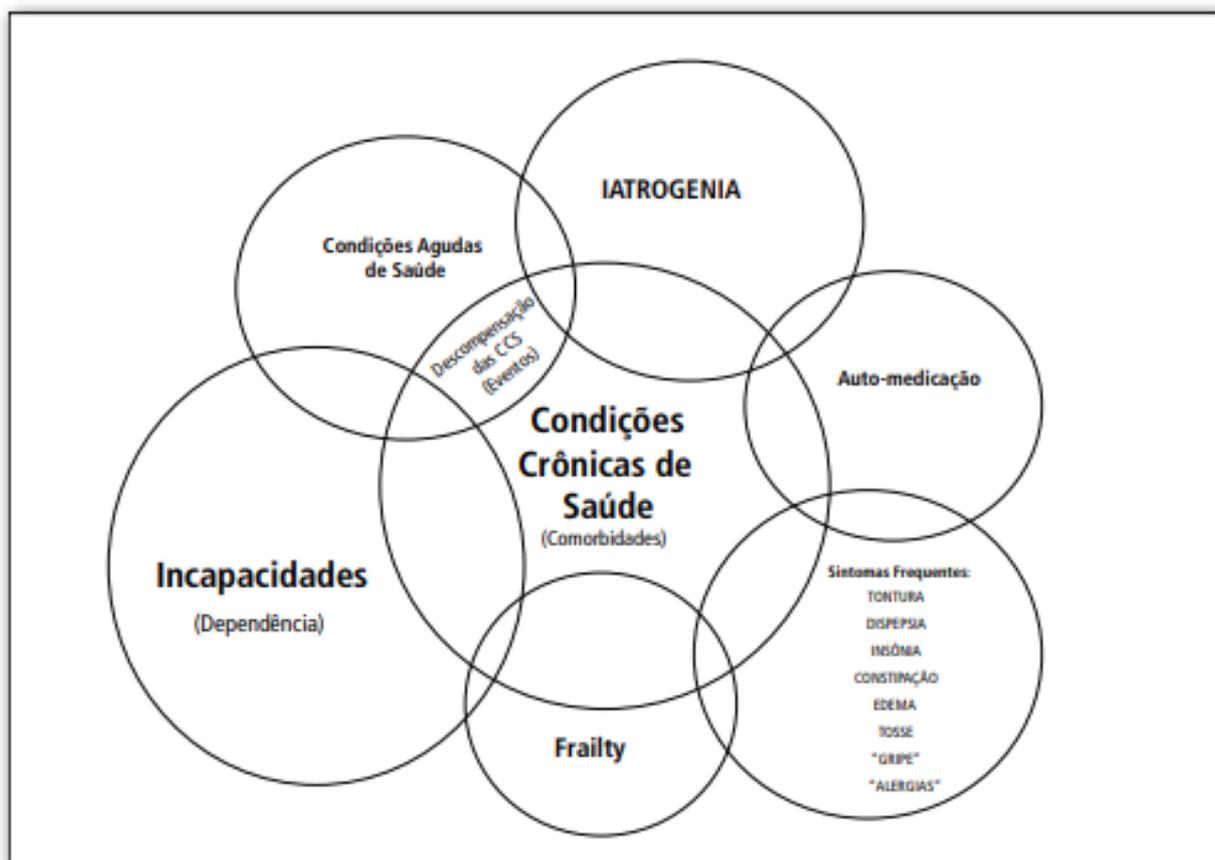
Uma grande parcela da população idosa portadora de doença crônica não transmissível (DCNT) não está sendo tratada de forma adequada, tornado este grupo de pacientes expectadores passivos das descompensações, sobrecarregando as emergências e aumentando o custo do tratamento com piora significativa do prognóstico e da qualidade de vida.

Portanto, para otimizar a gestão da saúde, além de uma estrutura de assistência terciária e quaternária capaz de atender os períodos de descompensação das doenças crônicas, a assistência básica, com o fortalecimento da assistência primária e secundária são de extrema importância, aumentando a fidelização e a aderência ao tratamento, reduzindo hospitalizações e consequentemente o custo.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a atenção primária à saúde (APS) consiste em realizar ações e atendimentos voltados à prevenção e promoção à saúde. Neste estágio é possível fazer consultas e exames básicos de rotina, com uma equipe multidisciplinar, o que facilita a aderência ao tratamento e controle dos fatores de

riscos como hipertensão, diabetes, sedentarismo, colesterol, evitando assim, agravos nas doenças cardiovasculares, por exemplo.

Figura 7 Principais condições crônicas de saúde no idoso.



Fonte: Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. (2012).

A atenção especializada é dividida em dois estágios: atenção secundária ou média complexidade e terciária ou alta complexidade (ambulatorial e especializada hospitalar). A média complexidade é composta por serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatórios como pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, oftalmologia entre outras especialidades médicas. Já a atenção de alta complexidade ocorre em hospitais gerais de grande porte, com leitos de UTI, centros cirúrgicos grandes e com procedimentos que demandam alta tecnologia sendo os custos maiores, tendo como exemplos os tratamentos oncológicos, cardiovasculares, transplantes e partos de alto

risco. Os médicos especialistas que se encontram neste último estágio portanto, estão aptos para tratar casos que não puderam ser atendidos na atenção primária ou na média complexidade da atenção especializada, por serem mais singulares ou complexos.

No livro *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos* (PORTER; TEISBERG, 2009), os autores defendem que a saúde precede a assistência.

“O foco de qualquer política contemporânea deve ser a promoção do envelhecimento saudável, com manutenção e melhoria – na medida do possível – da capacidade funcional dos idosos, e a prevenção e/ou estabilização de doenças e recuperação da saúde dos que adoecem, bem como a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida” (Veras; Caldas, 2008).

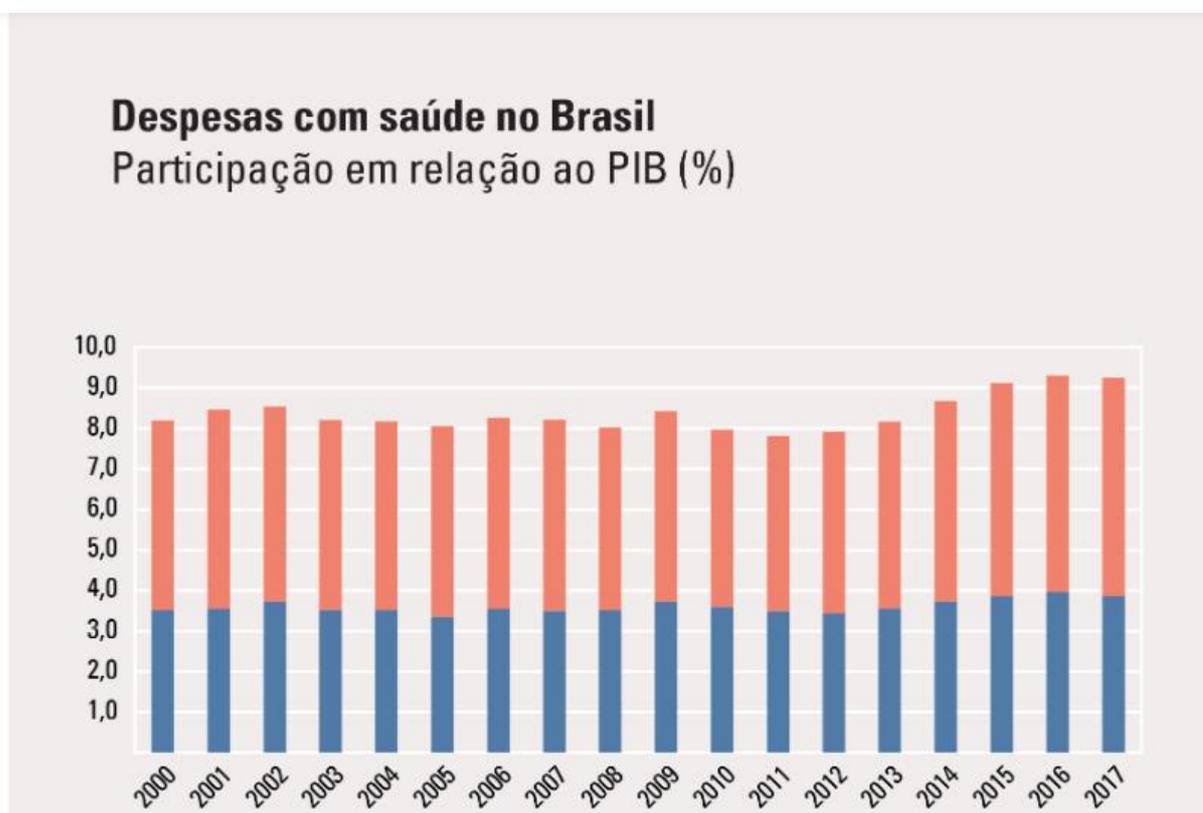
Portanto, segundo (VERAS) um modelo moderno para a atenção à saúde do idoso deve ter um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos. organizada de maneira integrada, com uma coordenação dos cuidados ao longo do percurso assistencial dentro de uma lógica de rede, desde a entrada do paciente no sistema até os cuidados ao fim da vida. Tudo isso, visando a eficácia e eficiência da assistência à saúde com melhor gestão dos recursos financeiros.

7 GASTOS DAS FAMÍLIAS COM PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

Estima-se, que no Brasil, os gastos das famílias com saúde têm crescido ao longo das décadas. Na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2017/2018) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a participação do gasto com saúde no consumo total saiu de 4,2% em 1974/1975 para 8% em 2017/2018, correspondendo a um aumento de 90,5% na participação desde os anos 1970. Esse aumento tem relação com a crescente adesão a planos de saúde privados pela população. A POF 2017/2018 mostrava planos e seguros de saúde como responsáveis ao equivalente a 58% das despesas totais das famílias com serviços de saúde.

Com o aumento da idade, os planos de saúde passam a impactar na renda familiar podendo comprometer até 40% da renda domiciliar per capita apenas com o pagamento mensal dos seguros. Com isso, os planos de saúde fazem que um percentual significativo dos idosos tenha gastos altos com saúde mesmo sem considerar os gastos com medicamentos. Dentre as pessoas com 60 anos ou mais de idade que pagam planos de saúde, as que comprometem a maior parte de sua renda com o pagamento dos planos são as com menor renda e mais idade, em geral as que usam mais os serviços de saúde. (Figura 08) (IBGE, 2019).

Figura 8 Despesas com saúde no Brasil



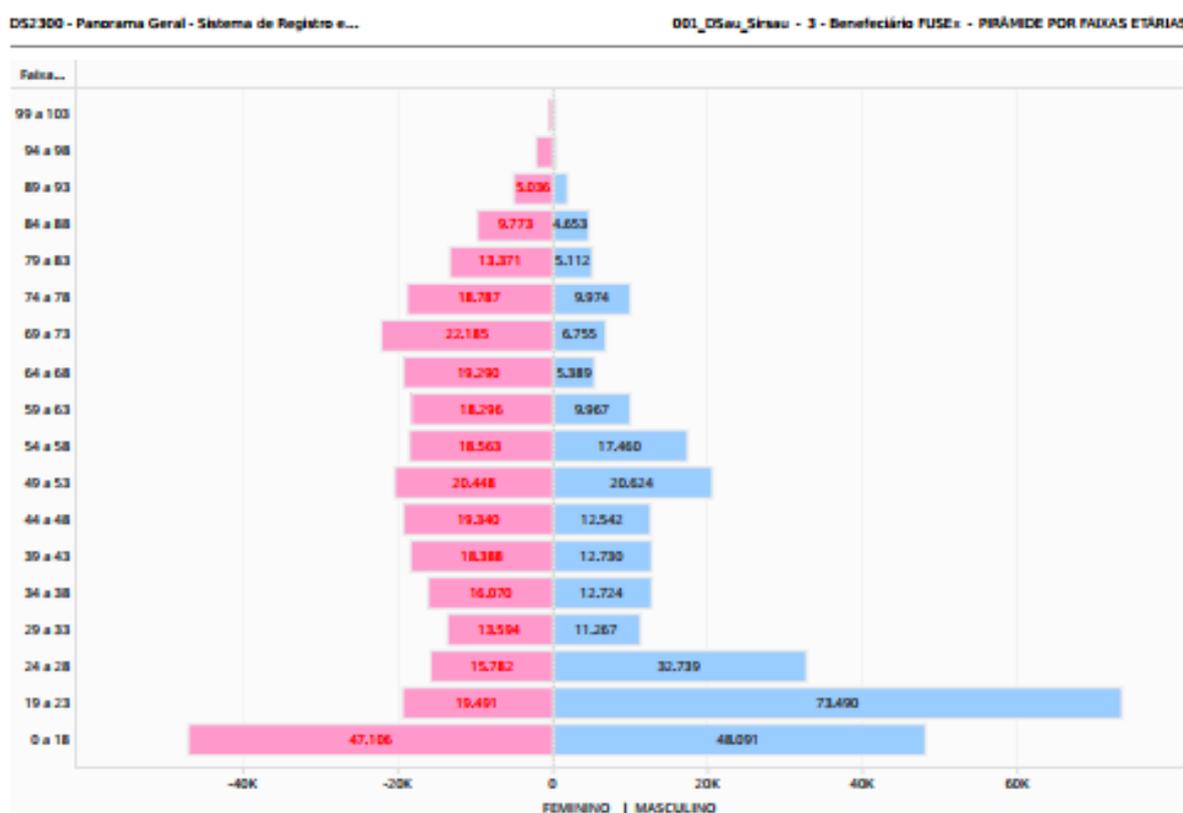
Fonte: IBGE, 2019

8 SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO E O IDOSO

Com o comprometimento cada vez maior da renda familiar com os gastos em saúde, por incapacidade de pagamento, observa-se uma migração natural dos pacientes idosos (beneficiários do FUSEX) que antes pagavam seus planos de saúde para o Serviço de Saúde do Exército, sobrecarregando ainda mais o já

sobrecarregado SSEX e os gastos com o FUSEX. O aumento da proporção de idosos beneficiários do FUSEX se assemelha ao crescimento da população brasileira e este crescimento gera aumento dos custos e causa desequilíbrio no sistema. (Figura 09) (DSAU, 2023). (Tabela 03).

Figura 9 Pirâmide por faixas etárias de beneficiário do FUSEX



Fonte: Diretoria de Saúde do Exército

O Sistema de Saúde do Exército Brasileiro baseia-se no modelo hospitalocêntrico, onde os cuidados da saúde estão centrados em hospitais como locus de atuação, nas ações centrais do médico, no corpo dividido em partes, nas especialidades médicas, na doença e na cura desta. Há uma remediação da doença já instalada ao invés de utilizarem a forma de prevenção primária (que não precisaria ir ao hospital).

Devido à evolução demográfica, epidemiológica e estrutural na sociedade brasileira, já avaliadas anteriormente, que também afetam a família militar, há uma necessidade de mudanças estruturais no SSEX. Com o aumento da longevidade, o aumento da quantidade de idosos a serem atendidos, a alta incidência de doenças crônico-degenerativas, o aumento na quantidade de consultas ambulatoriais, o

aumento na necessidade de procedimentos médicos, o aumento na necessidade de procedimentos multiprofissionais especializados, o aumento em quantidade e duração das internações hospitalares e a evolução tecnológica na saúde, o modelo hospitalocêntrico necessita de revisão. (Figura 10) (HCE, 2023).

Figura 10 Hospital Central do Exército



Fonte: HCE 2023

Em decorrência do modelo vigente, fica difícil atender a demanda reprimida e manter o equilíbrio receita/despesa sendo necessário uma adequação dos modelos assistenciais atuais para modelos evolutivos baseados no conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico da população assistida e que priorizem a qualidade de vida dos pacientes idosos. Onde, para otimizar a gestão da saúde, além de uma estrutura de assistência terciária e quaternária, a elaboração de um plano de cuidados inclusivos para o idoso a partir de uma avaliação multidimensional pode fornecer subsídios para estruturar as ações de Saúde no que se refere a sua população-alvo, aumentando a fidelização e a aderência ao tratamento, reduzindo hospitalizações e consequentemente o custo, permitindo alocar adequadamente os recursos disponíveis para o benefício do coletivo.

Tabela 03 - Beneficiário do FUSEX por faixa etária

Faixa Etária	MASCULINO	FEMININO
99 a 103	160	457
94 a 98	416	2122
89 a 93	1.920	5.036
84 a 88	4.653	9.773
79 a 83	5.112	13.371
74 a 78	9.974	18.787
69 a 73	6.755	22.185
64 a 68	5.389	19.290
59 a 63	9.967	18.296
54 a 58	17.460	18.563
49 a 53	20.624	20.448
44 a 48	12.542	19.340
39 a 43	12.730	18.388
34 a 38	12.724	16.070
29 a 33	11.267	13.594
24 a 28	32.739	15.782
19 a 23	73.490	19.491
0 a 18	48.091	47.106
Total	286.013	292.941
Total Geral	578.954	

Fonte: Banco dados CAB BEN FUSEx - Julho de 2023

O Exército Brasileiro, há mais de uma década, está preocupado com a revitalização do Serviço de Saúde do Exército. Atento à geriatria da população brasileira, com o conseqüente aumento dos custos da assistência médico-hospitalar, provocado pela evolução tecnológica em curso e pela evolução dos tratamentos, promovendo o que foi chamada de “inflação médica”, em 2009 publicou a Portaria Nr 457, de 15 de julho, do Comandante do Exército, aprovando a Diretriz para Implantação do Plano de Revitalização do Serviço de Saúde do Exército. Essa normativa foi destinada a definir quais seriam as possíveis ações para promoção de um processo de modernização e revitalização do SSEX. Essa Portaria foi o primeiro passo num processo contínuo e progressivo de transformação, modernização e adequação no âmbito do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro.

9 PROPOSTA DE MODELO ASSISTENCIAL PARA MITIGAR OS CUSTOS COM OS IDOSOS NO SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO

O modelo assistencial para idosos no SSEX deve focar em ações que visem um envelhecimento saudável, com qualidade de vida e que respeitem as particularidades desta população específica. Essas ações também devem trazer benefícios na sustentabilidade do SSEX como um todo, o que é um grande desafio.

A saúde precede a assistência, para tanto, há necessidade de medir e minimizar o risco de doenças, oferecer um gerenciamento abrangente das enfermidades e garantir serviços de prevenção para todos os pacientes, inclusive os saudáveis. Portanto, o desafio do modelo assistencial para idosos é migrar de um sistema que valoriza a consulta com o médico especialista e o atendimento terceário e quartenário (internações hospitalares sucessivas) para uma avaliação com o médico generalista ou de família com o intuito de absorver de 85% a 95% desses pacientes. Além disso, esse médico generalista poderá utilizar profissionais de saúde com formações específicas (em Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia), através de encaminhamentos.

Uma proposta de modelo assistencial para mitigar os custos com os idosos no Sistema de Saúde do Exército: a partir de um ponto de corte, que poderá ser de 60 anos de idade, atendendo a legislação brasileira Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741, de 1.º de outubro de 2003), onde define que idoso é a pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, coloca-se a disposição uma dupla de profissionais médico geriatra/generalista e um enfermeiro gerontólogo, onde o médico faz a gestão clínica e o enfermeiro atua como gerente de cuidados, monitorando as condições de saúde dos usuários e consolidando o papel de referência por meio do acolhimento e do fortalecimento de vínculo com a família do idoso. Esse atendimento pode ser realizado nas Policlínicas ou OCS conveniadas. Esta equipe pode contar ainda com apoio de fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo e nutricionista. As consultas com especialistas estariam vinculadas ao encaminhamento para o apoio do médico generalista em especialidades específicas: Cardiologia, Ginecologia, Uro-proctologia, Dermatologia, Fonoaudiologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

A entrada do paciente neste modelo dá-se pelo acolhimento, após a avaliação inicial, é definido um plano terapêutico individual com periodicidade de consultas, encaminhamento para equipe multidisciplinar, e, se for o caso, avaliação de especialistas médicos. Deverá ser aberto um prontuário eletrônico com informações de todas as instâncias de cuidado do modelo assistencial, desde o primeiro contato até o cuidado paliativo na fase final da vida. Deve conter informações sobre a história clínica e os exames físicos do paciente idoso, além de informações sobre seu dia a dia, sua família e seu apoio social, entre outras. Deverá também contar com os dados fornecidos pelos demais profissionais não médicos, como fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos etc.

Em caso de internação, o médico assistente passará para o hospital detalhes do histórico do paciente idoso evitando procedimentos desnecessários ou internações em unidade intensiva, reduzindo o tempo de hospitalização e garantindo direcionamento pós-alta, sem necessidade de consulta a vários especialistas. Aumentando a qualidade assistencial, com significativa redução de custos e impacto positivo nas contas médicas.

10 CONCLUSÃO

Estima-se que o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos até 2025, segundo dados da OMS, este aumento na expectativa de vida já está impactando o Sistema de Saúde do Exército (SSEx) devido o crescimento de beneficiários idosos.

A revitalização do Serviço de Saúde há mais de uma década é preocupação do Exército Brasileiro. No ano de 2009 foi publicada a Portaria Nr 457, de 15 de julho, do Comandante do Exército, aprovando a Diretriz para Implantação do Plano de Revitalização do Serviço de Saúde do Exército. Essa normativa foi destinada a definir quais seriam as possíveis ações para promoção de um processo de modernização e revitalização do SSEx. Apesar da Diretriz definir ações específicas, poucas ações foram colocadas em prática e/ou surtiram o efeito desejado.

Portanto, este assunto é de grande importância para a Força que encontra-se no dilema de equalizar receita/despesa adequando os modelos assistenciais atuais para modelos evolutivos baseados no conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico da população assistida que priorizem a qualidade de vida dos pacientes idosos, aumentando a qualidade assistencial com significativa redução de custos.

Desse modo, com base no que fora apresentado e discutido nestas páginas, e retornando à pergunta-problema, o objetivo geral deste texto foi apresentar possíveis soluções para mitigar os danos do envelhecimento da família militar para o Fundo de Saúde do Exército. Em vista de ser um debate bastante difundido no meio acadêmico na área de envelhecimento da família militar, tendo vários Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) abordando o mesmo assunto, este texto almeja tratar esta temática com um novo viés e pioneirismo, apresentando uma proposta de modelo assistencial para mitigar os custos com os idosos no Sistema de Saúde do Exército.

Baseada no atendimento de um sistema que valorizava a consulta com o médico especialista e o atendimento terceário e quartenário para uma avaliação com o médico generalista ou de família com o intuito de absorver de 85% a 95% desses pacientes, colocando a disposição uma dupla de profissionais médico geriatra/generalista e um enfermeiro gerontólogo, onde o médico faz a gestão clínica e o enfermeiro atua como gerente de cuidados, monitorando as condições de saúde dos usuários e consolidando o papel de referência por meio do acolhimento e do fortalecimento de vínculo com a família do idoso. Pode este atendimento ser realizado nas Policlínicas ou OCS conveniadas, solução de baixo custo e que devem trazer benefícios na sustentabilidade do SSEX como um todo, permitindo alocar adequadamente os recursos disponíveis para o benefício do coletivo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA DEFESA (2017). Forças Armadas e EMCFA: Exército Brasileiro. Brasília. Disponível em: <http://www.defesa.gov.br/index.php/forcas-armadas/exercito-brasileiro>

_____. PORTARIA Nº 653, DE 30 DE AGOSTO DE 2005 (2005). Aprova as Instruções Gerais para o Fundo de Saúde do Exército (IG 30-32) e dá outras providências. Brasília: Ministério da Defesa. Disponível em: http://dap.dgp.eb.mil.br/aplicativos/materia/legislacao/Legislacao_FUEx_IG_Nr30-32.pdf

_____. BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (2007). Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília: CONASS. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro9.pdf

_____. EXÉRCITO BRASILEIRO. DEPARTAMENTO GERAL DE PESSOAL (2017). Competências do DGP. Brasília. Disponível em: <http://www.dgp.eb.mil.br/index.php/institucional?layout=edit&id=79>

_____. CENTRO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL DO EXÉRCITO BRASILEIRO. REVISTA VERDE OLIVA (2013). Inativos e Pensionistas: a meta é aprimorar o atendimento àqueles que já serviram. Ano XLI, nº 220, Especial, julho 2013.

_____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL (2017). Lei 6880 de 09 de dezembro de 1980 – Estatuto dos Militares. Brasília: Palácio do Planalto. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6880.htm

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA E APLICADA – IPEA (2016). VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Nota Técnica nº 28, IPEA: Brasília. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=28589

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA E APLICADA – IPEA (2016). VIEIRA, Fabiola Sulpino. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? Nota Técnica nº 26, IPEA: Brasília. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160822_nt_26_disoc.pdf

_____. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de informática do SUS. DATASUS: informações de saúde – TABNET. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>

CARLOS, Fernanda Shayonally Araújo; PEREIRA, Fábio Rodrigo Araújo. Principais doenças crônicas acometidas em idosos. In: IV Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, Anais, Campina Grande. 2015.

- MORAES, Edgar Nunes de. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. 2012.
- DELGADO, Isabel Cristina Cunha. Os impactos do envelhecimento da população brasileira para o Sistema de Saúde do Exército: uma abordagem focada na qualidade de vida. 2021.
- REIS, Ana Paula Carvalho. Benefícios e desafios para a implantação de um centro gerontológico no Exército Brasileiro. 2021.
- DIAS, Horrana Lais Dantas et al. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E NEOPLASIAS NA TERCEIRA IDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.
- DE JANEIRO, Seção Judiciária do Rio. Justiça Federal. Seção Judiciária do Rio de Janeiro. Ação Popular n, v. 77, n. 4.02, p. 5102, 1786.
- BRASIL. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 5 de abril de 2023
- _____. Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L11079.htm.
- _____, Exército. Portaria nº 457- COMANDANTE DO EXÉRCITO, de 15 de julho de 2009. Diretriz para Implantação do Plano de Revitalização do Serviço de Saúde do Exército. Brasília, DF, 2009.
- _____, Exército. Portaria nº 034- EME, de 26 de fevereiro de 2014. Brasília, DF, 2014. Disponível em: www.epex.mil.br/index.php/historico
- _____, Exército. Portaria nº 1.538 - Comandante do Exército, de 14 de junho de 2021. Regulamento do Estado-Maior do Exército. Brasília, DF, 2021
- VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira; CORDEIRO, Hesio de Albuquerque. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1189-1213, 2013.
- PORTER, M.E.; TEISBERG, E. O. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- VERAS, Renato Peixoto. Modelo assistencial contemporâneo para os idosos: uma necessidade premente. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 25, p. e230065, 2023.
- MASSA, Kaio Henrique Correa; DUARTE, Yeda Aparecida Oliveira; CHIAVEGATTO, Alexandre Dias Porto. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 105-114, 2019.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares: primeiros resultados: 2017-2018. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2019.

World Health Organization. Monitoring Sustainable Development Goals – indicator 3.8.2. https://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/monitoring-sdg/en/ (acessado em 18/Ago/2023).

Barros AJD, Bastos JL, Dâmaso AH. Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution. *Cad Saúde Pública* 2011; 27 Suppl 2:S254-62.

MORAES, Ricardo Montes de et al. Gastos das famílias com planos de saúde no Brasil e comprometimento da renda domiciliar: uma análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares (2017/2018). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, p. e00354320, 2022.