



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

Cel Cav LÚCIO MARCOS ROSATI TRENTIN CORRAL

**Como o Departamento- Geral do Pessoal enfrentou a  
crise da saúde**



Rio de Janeiro  
2019



Cel Cav LÚCIO MARCOS ROSATI **TRENTIN** CORRAL

## **Como o Departamento-Geral do Pessoal enfrentou a crise da saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado Escola de Comando e Estado-Maior do Exército, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Ciências Militares, com ênfase em Política, Estratégia e Administração Militar.

Orientador: Cel Art R1 Gerson de Moura Freitas

Rio de Janeiro  
2019

C823c Corral, Lúcio Marcos Rosati Trentin

Como o DGP enfrentou a crise da saúde. / Lúcio Marcos Rosati Trentin  
Corral. —2019.  
55 f. : il. ; 30 cm.

Orientação: Gerson de Moura Freitas Trabalho de Conclusão de Curso  
(Especialização em Política, Estratégia e Alta Administração do Exército)—  
Escola de Comando e Estado-Maior do Exército, Rio de Janeiro,  
2019. Bibliografia: f. 54-55.

1. SAÚDE. 2. CRISE. 3. GESTÃO 4. GOVERNANÇA. 5. FUSEX 6.  
EXÉRCITO I. Título.

CDD 355.6

Cel Cav LÚCIO MARCOS ROSATI **TRENTIN** CORRAL

## **Como o Departamento-Geral do Pessoal enfrentou a crise da saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado Escola de Comando e Estado-Maior do Exército, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Ciências Militares, com ênfase em Política, Estratégia e Administração Militar.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

### COMISSÃO AVALIADORA

---

Gerson de Moura Freitas – Cel Art R1 - Presidente  
Escola de Comando e Estado-Maior do Exército

---

Othon Gomes Melo - Cel Cav - 1º Membro  
Escola de Comando e Estado-Maior do Exército

---

João Luiz de Araújo Lampert - Cel Inf - 2º Membro  
Escola de Comando e Estado-Maior do Exército

A Deus por ter me dado saúde e humildade para executar esta tarefa e a minha amada esposa Luciana e meus filhos Amanda e Vitor, pelo apoio e compreensão durante a execução deste trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador e amigo, Cel Gerson, meus sinceros agradecimentos pela dedicação e paciência durante a elaboração deste trabalho. Agradeço pela orientação firme e objetiva, bem como pelas sugestões que facilitaram a conclusão deste trabalho.

A Deus e a todos meus amigos que me ajudaram nesta tarefa.

## RESUMO

Este trabalho teve por objetivo apresentar uma análise das ações desenvolvidas e coordenadas pelo Departamento Geral do Pessoal após a assinatura, em 2016, da Emenda Constitucional 95, que estabelece o limite do aumento dos gastos públicos. Além disto, procurou evidenciar a importância de diversas ações que corroboram a necessidade de controle de gastos do Fundo de Saúde do Exército, que tem seu reflexo na prontidão da tropa do Exército Brasileiro para sua atividade finalística bem como seus reflexos na saúde das famílias dos militares. Por meio de uma análise de atores e de diversos documentos e trabalhos das mais variadas áreas, levantou-se motivos, fatos e interesse dos principais atores envolvidos no contexto do gerenciamento do FUSEX. Por fim, o trabalho buscou levantar as ações que salvaguardaram o orçamento do FUSEX, cujos reflexos poderiam gerar impactos de nível crítico.

Palavras-chave: DGP Exército Saúde Crise FUSEX Brasil Ações.

## RESUMEN

Este trabajo tuvo por objetivo presentar un análisis de las acciones desarrolladas y coordinadas por el Departamento General del Personal después de la firma, en 2016, de la Ementa Constitucional 95, que establece el límite del aumento del gasto público. Además, intentó evidenciar la importancia de diversas acciones que corroboran la necesidad de control de gastos del Fondo de Salud del Ejército, que tiene su reflejo en la prontitud de la tropa del Ejército Brasileño para su actividad finalista así como sus reflejos en la salud de las familias de los militares. Por medio de un análisis de actores y de diversos documentos y trabajos de las más variadas áreas, se levantaron motivos, hechos e interés de los principales actores involucrados en el contexto de la gestión del FUSEX. Por último, el trabajo buscó levantar las acciones que salvaguardaron el presupuesto del FUSEX, cuyos reflejos pueden generar impactos de nivel crítico.

Palabras-clave: DGP Ejército Saúde Crise FUSEX Brasil Ações.



## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 – Evolução do número de usuários do FUSEx.....	22
Figura 2 – Estrutura do DGP.....	24
Figura 3 – Os pilares do sistema de saúde do EB.....	25
Figura 4 – Rede de saúde do EB.....	25
Figura 5 – Evolução do IPCA, inflação médica e institutos que os calcularam .	27
Figura 6 – Evolução do orçamento do FUSEX.....	28
Figura 7 – Diagnóstico Financeiro.....	28
Figura 8 – Nova organização do DGP.....	30
Figura 9 – Projeto PPP HMAB.....	33
Figura 10 – Sistemática de tele-eletrocardiograma.....	37
Figura 11 – Eventos que envolvem a segurança do paciente.....	40
Figura 12 – Boas práticas do HCE .....	41
Figura 13 – Livros de protocolos do HCE.....	46
Figura 14 – Exemplos de valores diferentes em home care.....	43
Figura 15 – Processo de elaboração de contratos de saúde.....	46
Figura 16 – Painel principal de indicadores do SIGH.....	49
Figura 17 – Diagrama de sustentabilidade.....	50
Figura 18 – Diagnóstico atual.....	50

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
1.1	PROBLEMA.....	11
1.2	OBJETIVO.....	15
1.2.1	<b>Objetivo Geral</b> .....	15
1.2.2	<b>Objetivo Específico</b> .....	15
1.3	HIPÓTESE.....	16
1.4	VARIÁVEIS.....	16
1.5	DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	16
1.6	RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	17
2	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	19
2.1	A EMENDA CONSTITUCIONAL 95.....	19
2.2	O AUMENTO NO NÚMERO DE USUÁRIOS DO FUNDO DE SAÚDE DO EXÉRCITO.....	20
3	<b>METODOLOGIA</b> .....	22
3.1	DINÂMICA DE PESQUISA.....	22
3.2	UNIVERSO E AMOSTRA.....	22
3.3	COLETA DE DADOS.....	22
3.4	TRATAMENTO DOS DADOS.....	23
3.5	LIMITAÇÕES DO MÉTODO.....	23
4	<b>O FUNDO DE SAÚDE DO EXÉRCITO</b> .....	23
4.1	GENERALIDADES.....	23
4.2	IMPACTO DA CRISE NO FUSEX.....	25
4.3	EVOLUÇÃO DAS DESPESAS DO FUSEX .....	27
5	<b>AÇÕES DO DEPARTAMENTO GERAL DO PESSOAL</b> .....	29
5.1	REESTRUTURAÇÃO DO DGP.....	29
5.2	REDUÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS.....	32
5.3	GESTÃO DE PESSOAL.....	34
5.4	CENTRALIZAÇÃO DE PROCESSOS.....	36
5.5	PADRONIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS.....	39
6	CONCLUSÃO.....	51
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	54

## 1 INTRODUÇÃO

O fulcro do presente trabalho é a descrição das ações implementadas pelo Departamento Geral de Pessoal na área da saúde, particularmente no tocante à gestão das ações que impactam nas despesas relacionadas ao Fundo de Saúde do Exército (FUSEx), nos anos de 2017 e 2018, para mitigar os efeitos da crise econômica nacional e garantir a higidez da tropa, contribuindo para a operacionalidade da Força Terrestre.

O trabalho abordará as ações desenvolvidas e coordenadas pelo Departamento Geral de Pessoal ao longo dos anos de 2017 e 2018 na tentativa de mitigar os reflexos, da crise econômico-financeira que atingiu o Brasil, em particular, no citado período, com a finalidade de garantir o funcionamento adequado do Sistema de Saúde do Exército, em especial do Fundo de Saúde do Exército.

Ainda neste contexto, o Departamento Geral de Pessoal, buscou ajustar, por meio de inúmeras ações, as condições financeiras do FUSEx à uma nova regulamentação, lançada pelo Governo Federal Brasileiro, e aprovada pelo Congresso Nacional Brasileiro, em 15 de dezembro de 2016, a Emenda Constitucional 95, que limita por 20 anos os gastos públicos.

Assim que foi aprovada a citada Emenda Constitucional 95, para 2017, primeiro ano de vigência da PEC, o teto foi definido com base na despesa primária paga em 2016 (incluindo os restos a pagar), com a correção de 7,2%, a inflação prevista para este ano.

A partir de 2018, os gastos federais só poderão aumentar de acordo com a inflação acumulada conforme o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

A inflação a ser considerada para o cálculo dos gastos será a acumulada em 12 meses, até junho do ano anterior. Assim, em 2018, por exemplo, a inflação usada será a medida entre julho de 2016 e junho de 2017.

O regime valerá para os orçamentos fiscal e da seguridade social e para todos os órgãos e Poderes da República. Dentro de um mesmo Poder, haverá limites por órgão. Existirão, por exemplo, limites individualizados para tribunais, Conselho Nacional de Justiça, Senado, Câmara, Tribunal de Contas da União (TCU), Ministério Público da União, Conselho Nacional do Ministério Público e Defensoria Pública da União.

O órgão que desrespeitar seu teto ficará impedido de, no ano seguinte, dar aumento salarial, contratar pessoal, criar novas despesas ou conceder incentivos fiscais, no caso do Executivo. (SENADO, 2016)

### 1.1 PROBLEMA

A sociedade, como um conjunto de pessoas que compartilham propósitos, gostos, preocupações e costumes, e que interagem entre si e com o meio onde estão

inseridos seus integrantes, constituindo uma comunidade, é um ente dinâmico, ou seja, está constantemente em mudança, seja para buscar sanar problemas que porventura apareçam, seja para alterar sua posição sobre determinado assunto em face de modificações de conjuntura ou de pensamento de seus integrantes.

As Forças Armadas do Brasil são instituições que estão plenamente inseridas na sociedade brasileira, são integradas por pessoas desta mesma sociedade e também interagem, em conjunto, com a sociedade aonde se inserem.

Essa interação entre a sociedade e as Forças Armadas sempre ocorreu, desde os mais remotos tempos, e obviamente existe um impacto de cada ação de cada uma em relação a outra, ou seja, ambas dividem o mesmo cenário nacional, em todos os seus aspectos, particularmente o econômico e o social.

Ultimamente, no Brasil, tem-se observado um desencadeamento de fatos contribuintes para o agravamento, ou a "evolução", da atual crise econômica vivida em âmbito nacional brasileiro e que se reflete nos mais diversos campos.

Ao mesmo tempo que isto ocorre, os dirigentes, em todos os níveis de poder, buscam adotar ou encontrar soluções que possam degradar as dificuldades existentes e, principalmente e mais do que isto, fundamentalmente buscar a solução para as situações novas que se apresentam cotidianamente.

A atividade militar, como atividade de parcela integrante da sociedade, não está isenta da necessidade de interação com o ambiente a sua volta, seja nas atividades diárias de preparo e emprego da tropa, manutenção do material e aquartelamentos, na manutenção da higiene da saúde tropa e de seus dependentes, nas atividades de adestramento em campanha ou até mesmo nas atividades subsidiárias desenvolvidas pelas Forças Armadas.

Como consequência desta interação e desta representatividade social, as Forças Armadas sofrem as consequências de crises vividas pela sociedade, particularmente as de natureza econômica. Estes reflexos não são somente percebidos como instituição, mas também vividas por seus integrantes, como cidadãos comuns.

Desde há algum tempo, em face a crise econômica nacional, os orçamentos das instituições em todos os níveis são restringidos, seja por diminuição dos lucros obtidos pelas venda de seus produtos e serviços, no caso de organismos privados, seja pela diminuição de arrecadação de impostos, no âmbito dos governamentais.

Do fim dos anos 90 até o início de 2012 houve um aumento significativo no preço das commodities no mercado internacional, impulsionado pela crescente demanda chinesa. Foi um momento muito positivo para a economia brasileira, historicamente dependente da exportação de matérias-primas e produtos agrícolas.

Em 2011, as exportações brasileiras alcançaram o recorde de US\$ 256 bilhões, 14% do Produto Interno Bruto (PIB). A China já era o maior parceiro comercial do Brasil. As exportações para o país asiático cresceram quatro vezes mais que as exportações totais entre 2000 e 2010, com destaque para soja, café, minério de ferro e petróleo.

O Brasil surfava na onda dos altos preços das *commodities* e o conseqüente crescimento gerou euforia. “A popularidade do governo Lula estava associada a esse momento de sorte”, afirma Carlos Primo Braga, ex-diretor do Banco Mundial e professor adjunto da Fundação Dom Cabral.

Ajudado pelo boom das *commodities*, Lula encorajou as exportações e estimulou a liberação de crédito pelos bancos públicos para financiar o desenvolvimento, criando milhões de empregos. As relações diplomáticas com outros países em desenvolvimento foram reforçadas e o Brasil ganhou relevância no cenário internacional.

O modelo econômico adotado na época favoreceu a distribuição de renda e a expansão do consumo. Programas sociais foram expandidos e o salário mínimo aumentou 72,31%, de 2003 a 2014.

Consultor norte-americano Robert Abad diz que o Brasil foi um dos últimos a sentir os efeitos da crise econômica de 2008.

Mais de 40 milhões de brasileiros deixaram a pobreza e se tornaram a “nova classe média”. Eles passaram a ter condições de comprar produtos antes considerados “coisa de rico”, como carros, televisores de tela plana e refrigeradores.

“Quando a crise atingiu os Estados Unidos, em 2008, os mercados emergentes, em especial o Brasil, estavam rindo da nossa cara”, diz o consultor norte-americano, Robert Abad. O país foi um dos últimos a sentir os efeitos da crise. Mas a fraca demanda internacional no pós-crise levou à desaceleração do crescimento brasileiro.

Para manter a economia aquecida, o governo decidiu apostar em medidas anticíclicas e estimular o consumo. A taxa básica de juros foi reduzida em 2009 e 2010, impostos foram cortados e o gasto público expandido por meio de ambiciosos programas de investimento em infraestrutura.

Quando Lula deixou a Presidência, em 2010, o país registrou uma taxa de crescimento do PIB de 7,5%, a maior expansão desde 1986. Mas o estímulo ao consumo e a forte demanda por produtos não foram acompanhados pelo crescimento na produtividade. A indústria brasileira foi a primeira a dar sinais de que a coisa não ia bem.

A forte entrada de dólares durante o superciclo das commodities fez com que o real se valorizasse de forma artificial, minando a competitividade da indústria manufatureira. Em julho de 2011, a moeda brasileira atingiu o maior valor em relação ao dólar desde 1999, o equivalente a cerca de US\$ 0,65.

“Houve uma invasão de produtos importados da China e a indústria nacional não acompanhou, não conseguiu competir. Em 2006 a balança comercial de produtos manufaturados no Brasil teve superávit de US\$ 5 bilhões. Apenas cinco anos depois, em 2011, nós passamos a um déficit de mais de US\$ 92 bilhões”, diz José Augusto Fernandes, diretor de Políticas e Estratégia da Confederação Nacional da Indústria (CNI).

Os preços subiram e para manter a inflação sob controle o novo governo, sob o comando da sucessora de Lula, Dilma Rousseff, lançou uma política fiscal mais austera, elevando a taxa de juros para mais de 12% em 2011. Mas com a piora do contexto internacional devido à desaceleração da economia chinesa, no fim do mesmo ano, a equipe do governo voltou atrás e decidiu retomar as políticas anticíclicas, reduzindo novamente a taxa básica de juros, cortando impostos e ampliando o gasto público.

Na avaliação de Luiz Fernando Furlan, ministro de Desenvolvimento, Indústria e Comércio no governo Lula, houve um exagero nos gastos e subsídios, gerando um aumento da dívida pública e o endividamento das famílias.

“Houve um exagero nos gastos e subsídios, gerando um aumento da dívida pública e o endividamento das famílias”, afirma Luiz Fernando Furlan, ministro de Desenvolvimento, Indústria e Comércio no governo Lula.

No fim do primeiro governo de Dilma, em 2014, a dívida tinha crescido de 51,3% para 57,2% do PIB. Em 2015, saltou para 66,2%. O percentual é bem menor do que o do Japão (229%) ou o da Grécia (179%), por exemplo. A diferença é que, enquanto em vários países desenvolvidos as taxas de juros são nulas ou negativas, no Brasil a taxa de juros está acima de 14%, o que encarece muito o pagamento da dívida e amplia o risco de calote.

A situação das contas públicas se deteriorava e o cenário externo também piorou. A desaceleração da economia chinesa levou a uma queda brusca no preço das commodities. O minério de ferro despencou de US\$ 187,18 a tonelada, em fevereiro de 2011 para US\$ 37 em dezembro de 2015. O petróleo perdeu mais de 60% de seu valor e encerrou 2015 abaixo de US\$ 40 o barril, o menor nível desde 2003, refletindo também o excesso na oferta do produto.

“Produtividade não é tudo, mas no longo prazo é quase tudo”, diz Braga.

Para ele, o grande erro cometido pelos líderes políticos brasileiros na última década foi focar demais no consumo e se esquecer da produtividade. “No Brasil, nos primeiros dez anos deste século, o salário real aumentou mais que a produtividade. Isso pode ser bom do ponto de vista da distribuição de renda, mas não é sustentável no longo prazo. Vários problemas foram se acumulando e resultaram na crise que estamos vivendo”, afirma. (GARCIA 2016)

Há ainda um outro reflexo perverso das crises, o desemprego, que gera uma série de consequências individuais e coletivas, que atingem mesmo aqueles que não foram demitidos, isto acontece pelo esgarçamento do uso das estruturas públicas, que são cada vez mais utilizadas nos momentos de crise.

Particularmente no caso da saúde, nos momentos de crise econômico-financeira existe um maior afluxo de pessoas que busca apoio no sistema público, seja ele qual for, ou em sistemas paralelos alternativos. Isto ocorre, dentre outras inúmeras causas, porque as pessoas passam a priorizar alguns gastos pessoais diários em detrimento a outros, como por exemplo a compra de comida em detrimento ao pagamento dos planos de saúde pessoais e familiares.

A diminuição do número de operadoras de planos de saúde, em funcionamento no país, também causa uma maior busca pelo sistema público de saúde ou outros planos alternativos de menor custo.

Diversas instituições mantêm estruturas de saúde próprias no âmbito nacional, particularmente as Forças Armadas, que dependem do estado físico de seus integrantes para o sucesso de seus propósitos.

No âmbito do Exército Brasileiro, o sistema de saúde, que compreende o Fundo de Saúde do Exército busca, por finalidade, manter a higidez da tropa para o combate e proporcionar assistência de saúde aos dependentes de militares, estes sistemas se diferem mas, em muitos aspectos, se assemelham aos planos de saúde privados, uma das grandes semelhanças é pelo fato de serem geridos com recursos próprios, com finanças oriundas do pagamento de tarifas por seus participantes.

No papel de defensores dos interesses da sociedade que representam, e para cumprirem seu papel Constitucional, as Forças Militares não podem fechar seus olhos para a crescente crise econômica que assola o País e, mais ainda, não pode ignorar as consequências desta crise.

No entanto, não é admissível que qualquer integrante das Forças Armadas, particularmente do Exército Brasileiro, não esteja em condições de saúde de cumprir a sua missão constitucional, por motivos de falta de apoio médico, muito menos que seus dependentes estejam desassistidos quanto à saúde física e mental.

O presente trabalho de conclusão de curso foi desenvolvido em torno do seguinte problema: Quais as ações foram adotadas pelo Departamento Geral do Pessoal para evitar que o aumento dos gastos do FUSEx chegasse ao limite permitido.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Mostrar as ações exitosas implementadas pelo Departamento Geral do Pessoal para garantir a qualidade de atendimento e minimizar os riscos de falta de recursos prejudicarem os beneficiários do FUSEx no período de 2017 a 2018.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o sistema de saúde do Exército Brasileiro;
- b) Visualizar a evolução das despesas do FUSEx de 2017 a 2018;
- c) Descrever os impactos da crise brasileira no FUSEx;
- d) Estudar as ações adotadas no âmbito do Exército Brasileiro, sob a coordenação do DGP, no período de 2017 a 2018, no intuito de minimizar os impactos da crise financeira e do aumento de demanda e despesas do FUSEx.

### 1.3 HIPÓTESE

As ações adotadas e coordenadas pelo Departamento Geral do Pessoal foram exitosas para garantir a qualidade de atendimento e minimizar os riscos de falta de recursos prejudicarem os beneficiários do FUSEx.

### 1.4 VARIÁVEIS

As variáveis do presente estudo têm por finalidade verificar quais as ações adotadas e coordenadas pelo Departamento Geral do Pessoal para garantir a qualidade de atendimento e minimizar os riscos de falta de recursos prejudicarem os beneficiários do FUSEx.

As variáveis independentes serão as ações propostas e adotadas ou coordenadas pelo Departamento Geral do Pessoal com a finalidade de garantir a manutenção do funcionamento do FUSEx.

A medição das variáveis independentes será realizada pela verificação, do fluxo de atendimento no FUSEx e do aumento dos custos do FUSEx.

Já a variável dependente, será verificada por meio da constatação da efetivação ou não dos resultados das medidas adotadas.

Dessa forma, será possível comprovar que as ações adotadas pelo Departamento Geral de Pessoal mitigaram os reflexos do aumento de procura de atendimentos pelo FUSEx e de gastos com o sistema de saúde

### 1.5 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo estará limitado às atividades gerenciadas pelo Departamento Geral do Pessoal do Exército Brasileiro, nos anos de 2017 e 2018, com o intuito de garantir o funcionamento e capacidade de atendimento do FUSEx.

### 1.6 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Os exércitos dependem, em grande parte, da manutenção da higidez da tropa, esta, por sua vez, é composta de vários fatores, como a



alimentação adequada, o apoio de saúde e o preparo físico, por exemplo. Dentre todos estes fatores destaca-se a imperiosa necessidade do apoio de saúde, seja em períodos de paz, seja em períodos de conflitos, pois, sem saúde o combatente não pode se preparar e combater adequadamente.

De igual importância, o apoio de saúde à família do militar, e para o militar já na reserva, é de importância fundamental, por dar tranquilidade e garantir qualidade de vida a este universo.

No Brasil, a responsabilidade pela prestação de apoio de saúde aos militares e seus dependentes está prevista no Decreto 92.512, de 2 de abril de 1986:

Art. 2º A assistência médico-hospitalar, a ser prestada ao militar e seus dependentes, será proporcionada através das seguintes organizações de saúde: I - dos Ministérios Militares; II - Hospital das Forças Armadas; III - de Assistência Social dos Ministérios Militares, quando existentes; IV - do meio civil, especializadas ou não, oficiais ou particulares, mediante convênio ou contrato; V - do exterior, especializadas ou não.

...Art. 20. Os Ministérios Militares, através de seus órgãos competentes, poderão celebrar convênios ou contratos com entidades públicas, com pessoas jurídicas de direito privado ou com particulares, respectivamente, para: I - prestar assistência médico-hospitalar aos seus beneficiários nas localidades onde não existam organizações de saúde das Forças Armadas; II - complementar os serviços especializados de suas organizações militares de saúde; III - outros fins, a critério dos respectivos Ministérios. Parágrafo único. As organizações de saúde das Forças Armadas, através de convênios ou contratos firmados nas mesmas condições deste artigo, poderão prestar assistência médico-hospitalar ao público estranho aos Ministérios Militares, quando inexistir organização civil congênere na localidade. (BRASIL, 1986)

Particular atenção deve ser dada ao aumento da longevidade da população, dentre outros desafios na área, como veremos a seguir:

Para enfrentar os desafios que se enfileiram diante do cenário de maior longevidade, conquista social da maior importância, e dos custos assistenciais e da regulação crescentes, a saúde suplementar precisa, sobretudo, ser conhecida. Mas não bastam os noticiários, artigos e reportagens sempre presentes nos principais veículos de comunicação. A saúde suplementar precisa ser conhecida em seus fundamentos, seus conceitos, sua dinâmica própria e arcabouço regulatório peculiar. Essa não é tarefa fácil, mas crucial para que a sociedade possa avaliar em profundidade um setor com grande contribuição para a geração de riqueza no país, para a inovação tecnológica na cadeia de prestação de serviços médicos, e, que, definitivamente, consolidou contribuição para a proteção e bem-estar de milhões de beneficiários, garantindo-lhes o acesso de qualidade a

tratamentos e serviços de saúde, e, atualmente, produzindo mais de um bilhão de procedimentos médicos anuais. (ALVES, 2015, p 15).

A relevância estratégica do assunto para o Exército Brasileiro foi demonstrada pelos esforços do Departamento Geral de Pessoal, nos anos de 2017 e 2018, para garantir a efetividade e durabilidade temporal do apoio de saúde, em especial do Fundo de Saúde do Exército, que esteve sob risco financeiro, após a aprovação da emenda constitucional do teto dos gastos, a conhecida Emenda Constitucional 95, implementada durante o governo Temer em 2016.

A preocupação com a manutenção da qualidade é fator fundamental neste processo, mas definir o que é a qualidade do serviço na área de saúde é uma tarefa complexa.

Avaliar a qualidade do atendimento hospitalar não é uma preocupação recente e as primeiras propostas datam do início do final da década de 70. Assim, tem-se várias propostas de sistemas de avaliação de serviços de saúde, tanto em nível conceitual de qualidade do atendimento quanto do processo e dos resultados. São questionadas as medidas de eficácia e, ao final dos anos 80, foi aventada a utilização da idéia da melhoria contínua nos serviços de saúde. Dentro da visão de controle de qualidade no atendimento médico a medida da satisfação do usuário, é apontada como fator preponderante de análise (LEMME, NORONHA & RESENDE, 2001). A experiência internacional é controversa quanto à utilização da ótica do usuário na avaliação dos serviços de saúde. Ressalta-se a complexidade técnica das intervenções desses serviços, admitindo-se este julgamento apenas quanto ao aspecto da relação interpessoal. Não obstante, o estudo da satisfação do usuário tem ganho destaque na literatura, à medida em que se estabelece relações entre ela e certas características dos pacientes. Assim é factível pressupor que a decisão de se utilizar um serviço de saúde representa "o elo final de uma cadeia de decisões que se inicia com a percepção pessoal de uma necessidade biológica, caminha para a avaliação da necessidade de cuidado médico para esta alteração, interrogando-se ainda o tipo de cuidado médico ideal, qual serão os seus custos, etc." (STRATMANN, 1995, p. 538). 31 Assim, ao se definir satisfação como uma variável causal são estabelecidas duas dimensões de análise: a primeira diz respeito à satisfação com o sistema de saúde em geral o que motivará a procura de uma unidade (garantia de utilização); a segunda refere-se à satisfação com o processo do atendimento ou só com o resultado (garantia de retorno) que leva à continuidade do tratamento podendo inclusive interferir na eficácia da terapêutica pela maior adesão à mesma (LEMME, NORONHA & RESENDE, 2001). Quanto à relação entre o grau de satisfação e características pessoais do usuário ainda persiste grande divergência entre os autores. WEISS (1988) elencou quatro fatores como de maior relevância, quais sejam: [1] características dos pacientes, incluindo as sócio-demográficas, as expectativas sobre a consulta médica e o estado atual de saúde; [2] características dos profissionais que prestam o atendimento incluindo traços de personalidade, qualidade técnica e a "arte do cuidado" prestado; [3] aspectos da relação médico-paciente, incluindo o estilo de comunicação entre os dois, bem como o "resultado" do encontro; e [4] fatores estruturais e ambientais, incluindo o acesso, forma de pagamento, tempo de tratamento, marcação de consultas e outros. A discrepância entre os autores também é observada em relação à medida da satisfação com o processo ou o resultado do atendimento. Ainda segundo WEISS (1988) existiriam fatores predisponentes, individuais, que teriam ação mais definida sobre o grau de satisfação, destacando-se entre eles: [1] satisfação com a vida em geral e com a comunidade onde reside; [2] nível de credibilidade nos médicos da região; [3]

sentimentos elevados de controle interno (quando o indivíduo considera-se responsável pela sua própria vida) e não de controle externo (quando imagina que a vida é determinada por fatores externos à sua pessoa); [4] continuidade no tratamento garantida pela existência de oferta regular de cuidados e o atendimento sempre feito pelo mesmo profissional; e [5] estado atual da saúde que poderia interferir não só pela gravidade do quadro apresentado que influenciaria de modo positivo ou negativo, mas também pela limitação física, psicológica, social ou mental decorrente da doença. No que tange às características dos profissionais e aspectos da relação médico-paciente deve-se considerar que a atitude passiva do paciente frente ao 32 saber médico e a dificuldade de expressar verbalmente suas dúvidas e inquietações somam-se à natureza despersonalizada da moderna tecnologia médica, dificultando ao médico avaliar a satisfação do usuário no transcorrer de uma consulta. Ainda assim, a qualidade da comunicação médico-paciente é fator determinante da satisfação. Sabe-se, atualmente, que o estilo da comunicação influencia a opinião do paciente sobre a qualidade técnica do atendimento (LEMME, NORONHA & RESENDE, 2001). No Brasil — e mesmo na América Latina — ainda são escassos os estudos exploratórios e prospectivos sobre os fatores determinantes da satisfação do usuário. Todavia, há relativo consenso quanto ao fato de que a satisfação do usuário é essencialmente circunstancial e se relaciona diretamente às representações de qualidade daquele segmento social. Assim, é razoável pressupor que a imagem de qualidade para o usuário militar esteja fortemente associada à disponibilidade de meios e prontidão de resposta, valores cultuados no ambiente castrense. (LIMA 2007)

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A EMENDA CONSTITUCIONAL 95

Tendo em vista o cenário de crise financeira pelo qual o Brasil passava, e ainda passa, o então presidente Michel Temer apresentou ao Congresso Nacional uma proposta de emenda constitucional cuja finalidade era conter o aumento dos gastos públicos, proposição esta aceita pelo Congresso Nacional Brasileiro e que ficaria conhecida como a Emenda do Teto de Gastos.

Encaminhada pelo governo Temer ao Legislativo com o objetivo de equilíbrio das contas públicas por meio de um rígido mecanismo de controle de gastos, a PEC do Teto dos Gastos determina que, a partir de 2018, as despesas federais só poderão aumentar de acordo com a inflação acumulada conforme o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). A inflação a ser considerada para o cálculo dos gastos será a medida nos últimos 12 meses, até junho do ano anterior. Assim, em 2018, por exemplo, a inflação usada será a medida entre julho de 2016 e junho de 2017. Para 2017, primeiro ano de vigência da PEC, o teto será definido com base na despesa primária paga em 2016 (incluídos os restos a pagar), com a correção de 7,2%, a inflação prevista para este ano. O regime valerá para os orçamentos fiscal e da seguridade social e para todos os órgãos e Poderes. Dentro de um mesmo Poder, haverá limites por órgão. Existirão, por exemplo, limites individualizados para tribunais, Conselho Nacional de Justiça, Câmara, Senado, Tribunal de Contas da União (TCU), Ministério Público da União,

Conselho Nacional do Ministério Público e Defensoria Pública da União. O órgão que desrespeitar seu teto ficará impedido de, no ano seguinte, dar aumento salarial, contratar pessoal, criar novas despesas ou conceder incentivos fiscais, no caso do Executivo. A partir do décimo ano, o presidente da República poderá rever o critério uma vez a cada mandato presidencial, enviando um projeto de lei complementar ao Congresso Nacional. Algumas despesas não vão ficar sujeitas ao teto. É o caso das transferências de recursos da União para estados e municípios. Também escapam gastos para realização de eleições e verbas para o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e Valorização do Profissionais da Educação Básica (Fundeb). (SENADO, 2016)

Os gastos com saúde crescem anualmente, quer seja pelos custos dos insumos, seja pelo incremento tecnológico, ou ainda pelo aumento da longevidade dos protegidos pelo sistema, conhecidos como usuários do Fundo de Saúde do Exército. Por conta disso, era importante, preventivamente, que houvesse uma reorganização do sistema para evitar a quebra financeira deste.

Segundo afirmou o próprio chefe do Departamento Geral de Pessoal, na época, esta quebra ocorreria em 2020, e que se nada fosse feito, isto poderia ocorrer ainda antes deste marco temporal.

## 2.2 O AUMENTO DO NO NÚMERO DE USUÁRIOS DO FUNDO DE SAÚDE DO EXÉRCITO

A partir de 2008, a crise financeira que atingiu o Brasil gerou diversos fatores financeiros adversos à população em geral, especialmente o aumento no número de pessoas sem trabalho. Em 2010, a taxa de desemprego era de 7,4% da população, ao passo que, fruto da mudança cenário econômico nacional e internacional, em 2017 passou para 12%, considerando o mesmo universo citado anteriormente. (Trevisan, 2017).

Com o desemprego e até mesmo a diminuição da renda familiar, inúmeras pessoas abandonaram os planos de saúde no País, acarretando o fechamento de dezenas de operadoras de saúde e, por consequência, acabaram passando a utilizar o sistema de saúde do Exército ao qual já faziam jus anteriormente, mas que, por diversas questões não necessitavam.

Sem poder acarretar coma as mensalidades, 2,6 milhões de brasileiros tiveram de abrir mão de convênios médicos nos últimos dois anos e voltaram a depender do sistema oficial. Cm crise fiscal, porém, o atendimento na rede pública piorou. A saúde no Brasil está à beira do colapso. Diante da crise fiscal em municípios, nos estados e na União, os investimentos estão caindo vertiginosamente em uma área de importância vital para a sociedade. Faltam

recursos para manter um padrão mínimo de qualidade no atendimento médico-hospitalar da rede pública. No âmbito privado, o drama também assola milhões de famílias. Em dois anos, quase 2,6 milhões de pessoas perderam o convênio médico em decorrência do aumento dos preços, da alta do desemprego ou do endividamento familiar. Isso aumentou ainda mais a demanda pela saúde pública, fechando um ciclo que impõe sérios desafios aos gestores governamentais e ao setor de saúde suplementar. (Costa, 2017)

Como outro motivo para o fechamento das operadoras de saúde temos o aumento dos custos da saúde, quer por envelhecimento da população, quer por aumento da demanda tecnológica da área, ou mesmo por conjuntos de fatores.

Gasto de operadoras com atendimentos médicos cresce 19% em um ano. No país, já existem 60 empresas com patrimônio líquido negativo, prejudicando beneficiários. Número de internações e exames encarece tratamento. O envelhecimento da população e os avanços da tecnologia, com o surgimento de exames, remédios e procedimentos médicos cada vez mais complexos e caros, estão jogando os gastos com doenças na estratosfera. A inflação da saúde disparou nos últimos anos, sempre acima do custo de vida, e a tendência é que continue em alta, ameaçando a viabilidade econômica de planos privados e de autogestão, assim como o atendimento aos beneficiários.

No ano passado, o aumento dos preços com saúde disparou 11,05%, a maior alta desde 2001 para o setor, enquanto o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), que mede a inflação oficial, foi de 6,29%, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). E a tendência, aponta a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), é continuar subindo.

A instituição calcula que o custo da doença atingiu 9% do Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil em 2010 e, no ano passado, ultrapassou a marca dos 10% do PIB. A estimativa da OCDE é de que, em 2050, encoste em 20% de todas as riquezas produzidas no país. (Kafruni, 2017)

Nos últimos anos, o número de usuários do FUSEx tem aumentado gradualmente, à semelhança dos demais planos de saúde brasileiros. Com isto, as despesas de recursos de saúde aumentam, e com o aumento da expectativa de vida da população a perspectiva é o aumento cada vez maior da despesa per capita na área de saúde. No quadro a seguir, acompanhamos o aumento do número de usuários do sistema, o que só vem a agravar o cenário desenhado para o futuro, no que diz respeito ao aumento de despesas.

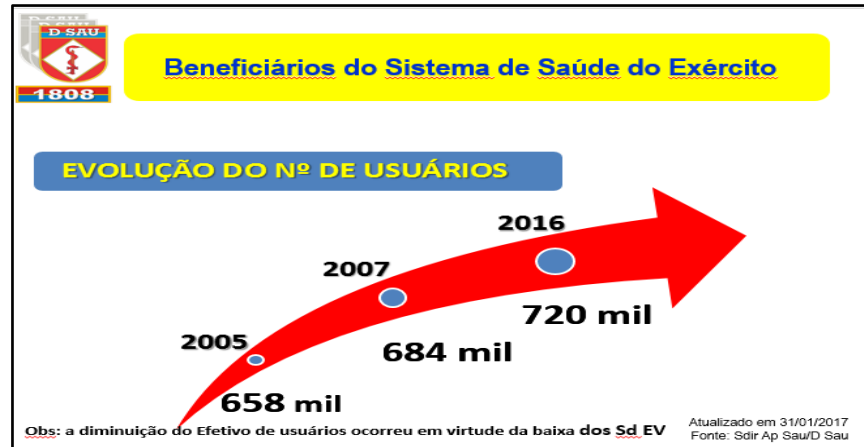


Figura 01: Evolução do número de usuários do FUSEx.  
Fonte: DGP 2017.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo foi realizado, principalmente, por meio de uma pesquisa bibliográfica, pois baseou sua fundamentação teórico-metodológica na investigação sobre os assuntos relacionados as ações do Departamento Geral de Pessoal do Exército Brasileiro para enfrentar a crise da saúde, por meio de pesquisas em palestras, livros, manuais e artigos de acesso livre ao público em geral, incluindo-se nesses aqueles disponibilizados pela rede mundial de computadores.

#### 3.2 UNIVERSO E AMOSTRA

O universo do presente estudo foram as ações implementadas pelo Departamento Geral de Pessoal do Exército Brasileiro para enfrentar a crise da saúde. Como principais amostras, foram utilizadas três do tipo não probabilísticas e classificadas como sendo de por acessibilidade, sendo elas três simpósios de boas práticas na área de saúde, promovidos pelo departamento citado entre os anos de 2017 e 2018.

#### 3.3 COLETA DE DADOS

Conforme Instituto Meira Matos (Exército) (2017), a coleta de dados do presente trabalho de conclusão de curso deu-se por meio da coleta na literatura, palestras, realizando-se uma pesquisa bibliográfica na literatura disponível, tais

como livros, manuais, revistas especializadas, jornais, artigos, internet, monografias, teses e dissertações, sempre buscando os dados pertinentes ao assunto. Nessa oportunidade, foram levantadas as fundamentações teóricas para a comprovação ou não da hipótese levantada.

### 3.4 TRATAMENTO DOS DADOS

Conforme Instituto Meira Matos (Exército) (2017), o método de tratamento de dados que foi utilizado no presente estudo será a análise de conteúdo, no qual foram realizados estudos de textos para se obter a fundamentação teórico para se confirmar ou não a hipótese apresentada.

### 3.5 LIMITAÇÕES DO MÉTODO

A metodologia em questão possui limitações, particularmente, quanto à profundidade do estudo a ser realizado, pois não contempla, dentre outros aspectos, o estudo de campo e a entrevista com pessoas diretamente ligadas aos processos em estudo. Porém, devido ao fato de se tratar de um trabalho de término de curso, e ter sido realizado em aproximadamente seis meses, o método escolhido foi adequado e possibilitou o alcance dos objetivos propostos.

## 4. O FUNDO DE SAÚDE DO EXÉRCITO

### 4.1 GENERALIDADES

As especificidades de uma força armada geram a demanda de fornecer a seus efetivos a prontidão de saúde necessária ao combate, bem como de, assistencialmente, apoiar as necessidades de saúde da família do militar. No caso do Exército Brasileiro, quem cumpre este papel é o DGP.

O Departamento Geral do Pessoal faz parte da estrutura organizacional do Exército Brasileiro e é classificado como Órgão de Direção Setorial, sendo parte integrante da alta administração do Exército Brasileiro. É a estrutura responsável pela gestão da área de saúde do Exército Brasileiro. E tem a missão explicitada abaixo:

Executar as atividades de administração de pessoal que lhe são atribuídas pela legislação específica, bem como realizar o planejamento, a orientação, a coordenação e o controle das atividades relacionadas com assistência social, assistência à saúde, assistência religiosa, promoções, cadastro e avaliação, direitos, deveres e incentivos, inativos e pensionistas, movimentação, pessoal civil e serviço militar. (DGP 2017)



Figura 02: Estrutura do DGP.  
Fonte: DGP 2017.

Dentro destas missões, especificamente na assistência à saúde, o DGP utiliza o Fundo de Saúde do Exército para atender às demandas desta área.

A assistência à saúde à família militar é uma das principais prioridades do Comando do Exército, que tem envidado esforços no sentido de melhorá-la e aperfeiçoá-la, seja na obtenção de recursos financeiros na esfera do governo federal, seja na aplicação judiciosa dos recursos disponibilizados e arrecadados.

O Sistema de Atendimento Médico-hospitalar aos Militares do Exército e seus Dependentes (SAMMED) atende cerca de 750 mil beneficiários em todo o território nacional, por intermédio de uma rede formada por 29 hospitais militares, 4 policlínicas e 28 postos médicos. Dentre os atendidos pelo SAMMED, 600 mil também são beneficiários do FUSEX, que é uma fonte de recursos que se destina a complementar a assistência à saúde. O Fundo é gerido por 156 unidades gestoras, que atendem à família militar, ampliando o atendimento prestado pelo SAMMED por intermédio de uma rede de, aproximadamente, 6.500 Organizações Cívicas de Saúde e 3.500 Profissionais de Saúde Autônomos, contratados, conveniados ou credenciados, possuindo as seguintes características que o diferenciam dos planos de saúde existentes no mercado:

- inexistência de carência;
- não possui limite de prazo para internações hospitalares;
- não possui limite de prazo para internações em UTI;
- possui ampla cobertura de procedimentos;
- não restringe novas tecnologias, desde que necessárias e aprovadas pela Associação Médica Brasileira;
- proporciona atendimento odontológico;
- fornece órteses, próteses não odontológicas e artigos correlatos;
- fornece, em muitos casos, medicamentos de alto custo;
- tem baixo valor de contribuição, em comparação com os planos de saúde, -
- principalmente para os militares de menores graus hierárquicos;
- possibilita atendimento no exterior, em casos excepcionais;



-proporciona evacuação terrestre e aeromédica; e,  
 -não onera o usuário com aumentos das contribuições decorrentes das mudanças de faixa etária.

Todos os militares e servidores civis diretamente envolvidos no gerenciamento do FUSEx tem consciência da importância que esse Fundo proporciona ao amparar todos os que dele realmente necessitam, principalmente nos momentos de grande aflição pessoal ou familiar, motivados por enfermidades graves. Os depoimentos de inúmeros militares confirmam que o FUSEx foi o suporte que os amparou e minimizou o sofrimento nesses momentos de grande dificuldade, fornecendo recursos para um atendimento de qualidade, independente de seu grau hierárquico ou valor de sua contribuição, o que não seria viável caso o Fundo não existisse. (EXÉRCITO 2019)

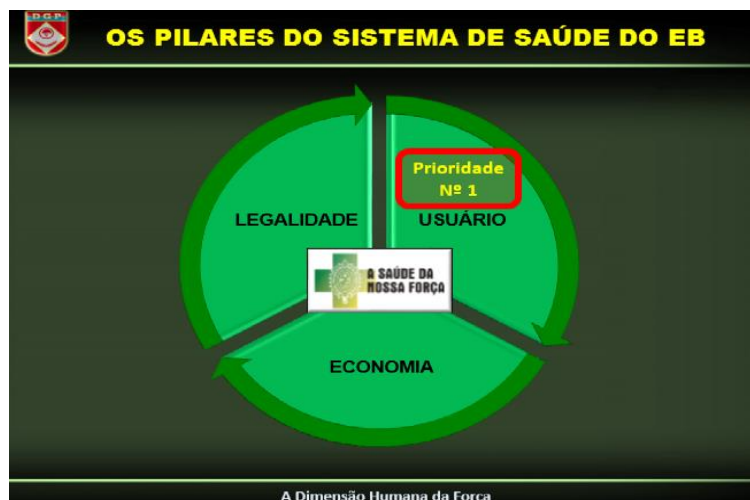


Figura 03: Os pilares do sistema de saúde do EB.  
 Fonte: DGP 2017.



Figura 04: Rede de saúde do EB.  
 Fonte: DGP 2017.

#### 4.2 IMPACTO DA CRISE NO FUSEX

Com a agravação da crise econômica no Brasil, nos anos de 2010 a 2017, muitas pessoas perderam ou diminuíram suas fontes de renda. Houve um aumento

da inflação e dos preços ao consumidor, muitos planos de saúde não conseguiram gerir suas despesas e aliá-las a suas receitas e fecharam as portas, acarretando maior busca ao Sistema Único de Saúde do Governo Federal (SUS) e também ao FUSEX.

Os sinais desta crise remontam a tempos anteriores, como podemos ver neste trecho de reportagem de Sara Teófilo, de 2015: “...os problemas financeiros têm impactado cada vez mais no atendimento prestado. Com os salários atrasados, muitos servidores não têm ido trabalhar, o que gera déficit de pessoal.”

Importante desafio para a manutenção do equilíbrio receita/despesa é o custo crescente da saúde em âmbito global, já que a inflação médica é muito superior à inflação oficial, em função da absorção de novas tecnologias da área de saúde, bem como do aumento da expectativa de vida da população brasileira.

O Departamento-Geral do Pessoal, a fim de enfrentar estes desafios e de proporcionar o adequado atendimento aos beneficiários do Fundo de Saúde do Exército (FUSEX), dentre outras medidas, tem buscado a melhoria nos processos gerenciais, com a implantação de diversos sistemas informatizados para modernizar a gestão do sistema de saúde do EB, a revisão da legislação da assistência à saúde e o reequipamento e a modernização das Organizações Militares de Saúde. Cabe ressaltar que não tem havido contingenciamento de recursos do Fundo de Saúde do Exército (FUSEX) por parte do governo federal e que o montante arrecadado pelo Fundo é totalmente orientado e aplicado na assistência à saúde dos militares e seus dependentes. (EXÉRCITO 2019)

Com a visualização da crise que se aproximava, o chefe do DGP, no período entre os anos de 2016 à 2018, declarou sua preocupação da chegada da crise e seu impacto no FUSEX:

Vejam a crise do sistema de saúde, não vou falar nada do que vocês já não conhecem, apenas vou destacar algumas coisas. Correio Brasiliense – custo na saúde no Brasil dispara e ameaça plano de operadoras e de clientes, quando isso acontece muita gente volta e recorre ao FUSEX. O envelhecimento da população e os avanços da tecnologia e o surgimento de exames, remédios e procedimentos médicos cada vez mais complexos e caros, estão jogando os gastos com doenças na estratosfera, os gastos de saúde. A inflação da saúde disparou nos últimos anos, sempre acima do custo de vida e a tendência é que continue alta ameaçando a viabilidade econômica de planos privados e auto gestão assim como o atendimento ao beneficiário. O Globo - a saúde suplementar vive a sua maior crise, em doze meses fechados em junho, um milhão e seiscentos e quarenta mil pessoas deixaram de ser usuários do plano de saúde. A queda da Unimed paulistana e a crise financeira da Unimed Rio, ambas grandes comercializadoras de planos individuais trouxe reflexo para nós. A unidade paulistana com 850 mil usuários fechou com 2 bilhões na conta. Em dois anos dois milhões e meio de pessoas deixam o plano de saúde (Correio Brasiliense). É um diagnóstico da saúde pública ou privada que sai todo do nosso FUSEX. A saúde do nosso sistema de saúde, dados da agência nacional de saúde suplementar (ANS) apontam que há hoje em todo país 220 operadoras em regime especial de liquidação ou em processo de falência por má gestão. Há casos de empresas cujos donos sumiram com todo o patrimônio deixando a clientela a ver navios. Muitas das companhias prometiam convênios e preços baixos sem a menor condição de prestar os serviços ofertados. Mas há casos gigantes da Unimed

Paulistana e Unimed Brasília que ruíram por incompetência administrativa e desvio de recursos. (correio Brasiliense – julho 2016). Senhores, diante deste diagnóstico da saúde pública e privada, a partir de agora dados que vou apresentar para os senhores, eu quero dizer que nós visualizamos para o nosso sistema de saúde. Teremos uma crise no sistema brasileiro de saúde em 2020. (PAFIADACHE 2017)

#### 4.3 EVOLUÇÃO DAS DESPESAS DO FUSEX

Antes de analisarmos a evolução das despesas do FUSEX é de fundamental importância apresentarmos alguns fatores que compõe este cenário, são eles a inflação médica e uma pequena série histórica de orçamento do Fundo.

Por definição, a inflação se dá pelo aumento do nível de preços de um determinado setor ou cesta mais abrangente de serviços, tais como, IGPM, IPCA, IPC/FIPE, INPC, etc. Do mais abrangente ao mais específico, todos consideram a **variação de preços** como inflação ou para descrever mais tecnicamente, a inflação é o “Aumento persistente dos preços em geral, de que resulta uma contínua perda do poder aquisitivo da moeda.” (SANDRONI, Paulo – *Novíssimo Dicionário de Economia*)

Porém quando falamos de inflação médica deveremos levar em conta outros fatores que incidem basicamente na área de saúde, como aumento dos preços dos planos de saúde, por exemplo. Diferentemente da inflação que é elaborada por institutos isentos, a inflação médica é calculada pelo próprio setor, que define seus valores anuais, e que às vezes apresenta valores dissonantes de acordo com a operadora de saúde que o divulga.

Este fato se torna claro quando observamos a figura abaixo, aonde verificamos os históricos da inflação e o da inflação médica, bem como os institutos que calcularam seus índices:

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Acumulado
Preço geral ao consumidor	INPC	6,18%	4,11%	6,47%	6,08%	6,2%	5,56%	6,23%	11,28%	6,58%	2,07%	80,50%
	IPC-FIPE	6,17%	3,65%	6,41%	5,8%	5,11%	3,89%	5,21%	11,08%	6,55%	2,28%	72,3%
	IPCA	5,9%	4,31%	5,91%	6,5%	5,83%	5,91%	6,29%	2,95%	6,29%	2,95%	80%
Inflação médica	IPC – FIPE-SAÚDE	6,42%	6,82%	5,85%	7,29%	5,93%	7,07%	7,02%	9,97%	11,66%	8,55%	108,90%
	ANS-INDIV	5,48%	6,76%	6,73%	7,69%	7,93%	9,04%	9,65%	13,55%	13,57%	13,55%	144,60%
	IESS - VCMH	10,80%	12%	7,60%	12,9%	15,40%	16%	17,7%	17,1%	20,4%	16,5%	290,13%

Figura 05: Evolução do IPCA, inflação médica e institutos que os calcularam.

Fonte: FEITOSA 2018.

Após a verificação do conceito de inflação médica e seus últimos valores, que sempre sobem muito mais do que a inflação, ou o IPCA, serão apresentados, a seguir, uma pequena série histórica do orçamento do FUSEX, recursos estes que são direcionados ao pagamento das despesas dos usuários no uso deste fundo.

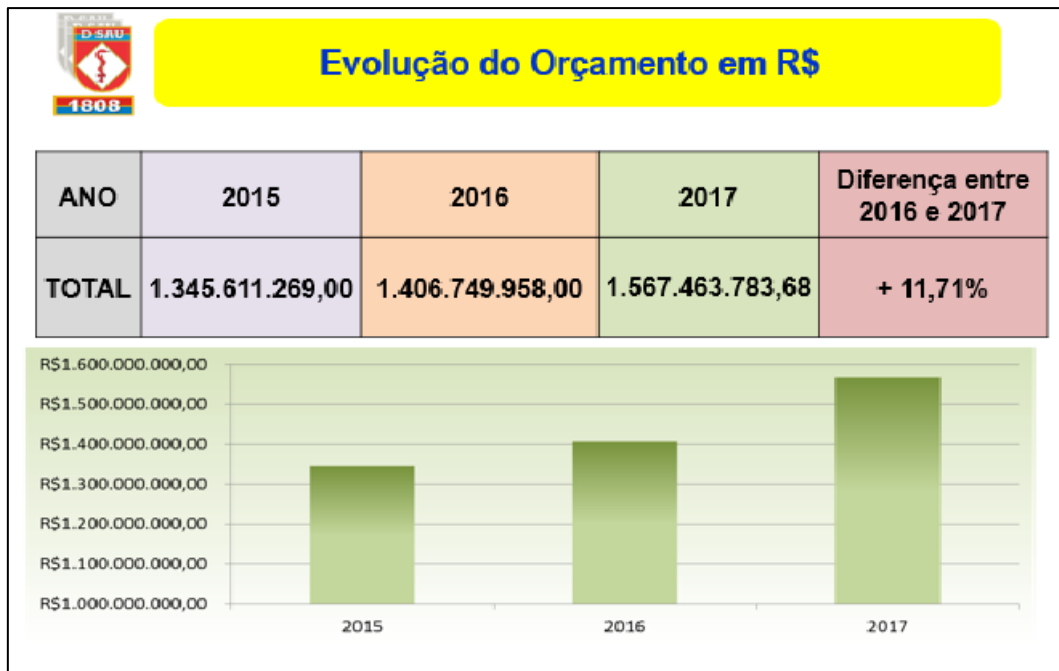


Figura 06: Evolução do orçamento do FUSEX.  
Fonte: DGP 2017.

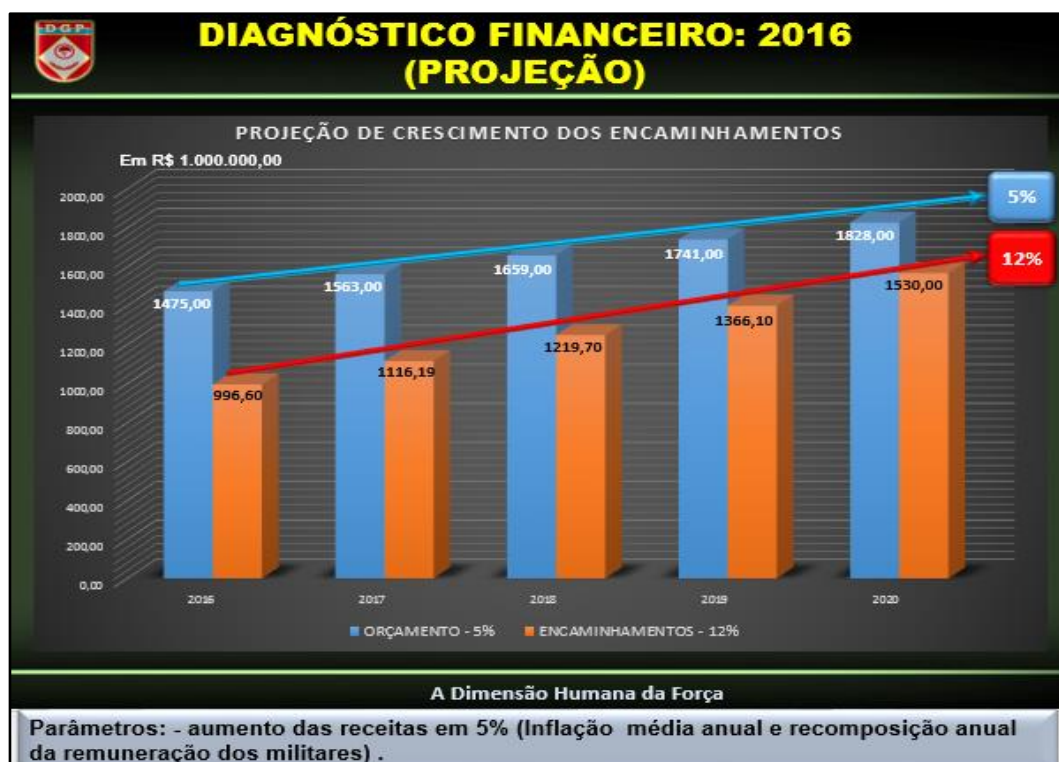


Figura 07: Diagnóstico Financeiro.  
Fonte: DGP 2017.

Destes dados anteriores, verifica-se que, o aumento dos recursos que entram em caixa, para o Fundo, estes cresceram 11,71 % de 2016 a 2017, e a inflação

médica, no mesmo período, cresceu cerca de 18,5%. Estes valores mostram que se as receitas e o valor das despesas continuassem seguindo estes números teria ocorrido uma dificuldade cada vez maior no pagamento das despesas do FUSEX o que geraria a possível crise em 2020, ano que o DGP visualizou a possível falta de capacidade de pagamento e quebra do FUSEX.

## **5 AÇÕES DO DEPARTAMENTO GERAL DO PESSOAL**

Como visto anteriormente, a manutenção da durabilidade do FUSEX, quer em qualidade, quer em quantidade de atendimentos, estava sendo colocada em risco em face aos fatores já bastante descritos neste trabalho.

Antevendo a crise que se avizinhava e com o grande objetivo de evitar que este grave problema ocorresse, o gestor da saúde, no âmbito do Exército Brasileiro, o Chefe do Departamento Geral do Pessoal, efetuou inúmeras ações, direta ou diretamente.

Serão apresentadas algumas das ações realizadas, durante o período entre os anos de 2017 e 2018, para tentar evitar a citada situação. Apesar da transversalidade da grande maioria das medidas implementadas, apenas para fins de estudo, estas são apresentadas agrupadas por tipos de ações, as quais passaremos a descrever.

### **5.1 REESTRUTURAÇÃO DO DGP**

Inicialmente, foram desencadeados, dentro do DGP, alguns trabalhos de análise para diagnóstico da situação geral e visualização de possíveis ações a realizar.

Neste diagnóstico, dentre as diversas origens dos custos do sistema de saúde, se destacaram a judicialização, os custos com os insumos de custeio hospitalar, as necessidades de investimentos, e os encaminhamentos externos, aspectos citados sem ordem de prioridade ou de montante de recursos envolvidos.

No quesito judicialização destacou-se a reinserção no universo atendido pelo FUSEX de militares reintegrados judicialmente que requereram tratamentos médicos para si ou para seus dependentes.

No âmbito do custeio hospitalar constatou-se que há uma gama imensa de materiais, desde os exclusivos no uso médico chegando até os de uso geral, como material de limpeza. Estão incluídos, neste universo, os contratos de prestação de

serviço no âmbito da atividade hospitalar, como o recolhimento de lixo especial, por exemplo.

Outro fator contribuinte identificado para estas despesas foi o número e valores de encaminhamentos a unidades externas ao sistema de rede hospitalar militar ou a profissionais de saúde autônomos fora do EB.

Após realizados os estudos para enfrentar o problema em tela, dentre outras ações, foram implementadas, em 2017, na organização do DGP, duas assessorias: a Assessoria de Planejamento Estratégico do Sistema de Saúde a APCESS, e a Assessoria de Apoio ao Pessoal. Sendo que esta última, posteriormente, evoluiu para Assessoria de Planejamento e Controle Orçamentário, a APPCO.

Ambas organizações foram colocadas subordinadas diretamente ao DGP e o foram com o objetivo de otimizar o planejamento de saúde e a utilização dos recursos, respectivamente, com isto, exonerou-se, então, a Diretoria de Saúde de pensar estrategicamente e gerir estes recursos.

Tais medidas foram tomadas com a finalidade de dar mais flexibilidade, velocidade, oportunidade e presteza em todo esse trabalho da Diretoria de Saúde que é cuidar da saúde. Então essa foi a nova estrutura adotada em 2017.

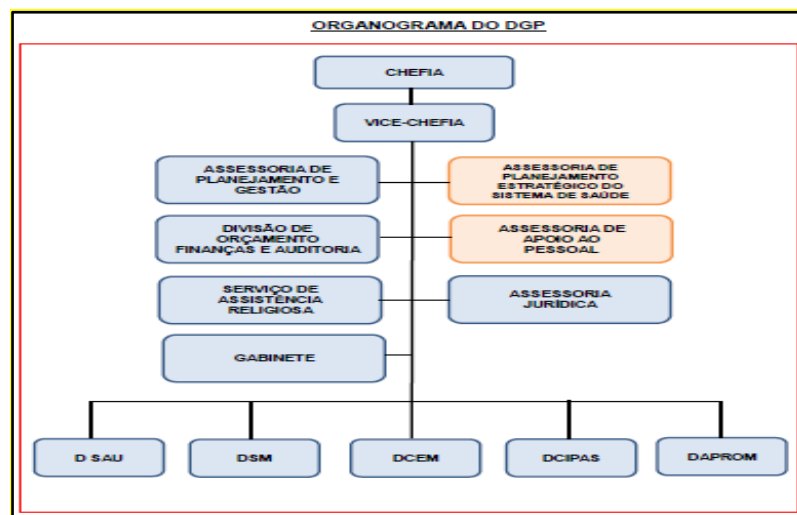


Figura 08: Nova organização do DGP em 2017.  
Fonte: DGP 2017

Mais detalhadamente, as missões da Assessoria de Planejamento Estratégico do Sistema de Saúde foram estabelecidas para: prestar assessoramento imediato e oportuno ao Chefe do DGP em questões consideradas estratégicas à área de saúde, identificar seus processos finalísticos, propor os ajustes necessários ao regulamento

e regimento interno do DGP, prosseguir em sua organização estrutural conforme as demandas identificadas.

A APESS foi criada com a missão de secretariar o Conselho Consultivo do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro (CONSSEB), realizar estudos, em coordenação com o Estado Maior do Exército e com o Departamento de Ensino e Cultura do Exército, dentre outros assuntos, com o intuito de verificar a viabilidade de criação de uma faculdade militar de medicina na área do Comando Militar do Sudeste, com a finalidade de suprir a carência de pessoal médico dentro da Força Terrestre.

A criação da Assessoria de Planejamento, Programação e Controle Orçamentário no âmbito do DGP teve formação como base a Divisão de Orçamento e Finanças da estrutura do DGP e de duas seções da extinta Subdiretoria de Apoio à Saúde, e teve como objetivo a centralização da gestão de todo o orçamento do DGP e de suas Diretorias subordinadas. Somente para destacar o montante financeiro gerenciado por ela, no ano de 2018, gerenciou recursos no valor aproximado de três bilhões e trezentos milhões de reais.

A missão determinada para a APPCO foi a de Assessorar o Chefe e Vice Chefe do DGP nos assuntos atinentes a planejamento, controle, execução, acompanhamento orçamentário e financeiro, referentes à programação orçamentária dos recursos alocados ao DGP e suas diretorias, com sua atuação mais abrangente do que somente a área de saúde.

A criação destas assessorias se deu pela complexidade da atividade orçamentário-financeira que é enorme e extremamente dinâmica, pois está sujeita às constantes modificações inseridas pela área econômica do governo federal, requerendo do Comando do Exército e do Departamento-Geral do Pessoal uma atenção especial no que tange à capacitação de recursos humanos, desenvolvimento e aquisição de novos sistemas, reorganização e racionalização das estruturas administrativas, tudo com a finalidade de manter o apoio à saúde.

A importância e efetividade do cumprimento da missão desta assessoria foi tão grande que, em agosto de 2018, a APESS foi transformada em Diretoria de Planejamento e Gestão Orçamentária, permanecendo subordinada ao DGP, sob o comando de um oficial general de intendência.

## 5.2 REDUÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS EXTERNOS

Como destacado anteriormente, os custos de encaminhamentos externos ao Sistema de Saúde do Exército foram identificados como componentes das despesas a serem trabalhadas à época. Neste sentido, outra ação identificada nos estudos diagnósticos já citados foi estruturar o projeto que implementa a interação do Hospital Militar de Área de Brasília ao Hospital das Forças Armadas. Estes hospitais, ambos na cidade de Brasília, têm subordinações distintas, o primeiro subordinado ao Exército Brasileiro e o segundo ao Ministério da Defesa.

Este foi um projeto básico, para testar e analisar se este modelo poderia ser implementado em todo o país, no âmbito das Forças Armadas, ou seja, verificar a possibilidade de que o atendimento a pacientes de outras forças armadas seja realizado nos hospitais das outras Forças.

Os objetivos do projeto foram diminuir os encaminhamentos externos ao sistema de saúde do EB, na Guarnição de Brasília, o que reduz as despesas do sistema e, indiretamente, fortalecer o HFA, tornando-o referência em atendimentos em alta e média complexidade, ambas atividades que resultariam na redução dos encaminhamentos dos pacientes a prestadores de serviços de saúde externos, identificado como uma das maiores despesas do FUSEx.

Neste escopo, foi buscado implantar uma nova filosofia de atendimento ao usuário, na fase de acolhimento do paciente, o Projeto de Atendimento Básico de Saúde (ABAS) e otimizar a distribuição de recursos humanos, especificamente médicos e dentistas.

A primeira fase deste processo se consistiu da centralização do pronto atendimento médico (PAM) do HMAB no HFA, desativando a estrutura equivalente do HMAB para esta finalidade.

Na segunda fase deste projeto foi efetivado o atendimento básico de saúde sob a filosofia do acolhimento. Sob esta ótica, o usuário chega e deve se sentir num ambiente de convivência, agilidade, qualidade e humanização, que foram os grandes objetivos que buscaram alcançar com esta nova filosofia.

Neste modelo o usuário chega, é atendido por uma equipe médica, depois pode ser encaminhado, caso necessário, para o especialista do HMAB, e se for o caso, o HMAB encaminha para o HFA. Esta organização leva a que as decisões clínicas sejam da equipe e não apenas de um médico, esse é o modelo do ABAS – Atendimento Básico de Saúde. Somente não havendo o especialista no HMAB e HFA,



só assim o usuário é encaminhado para uma Organização Civil de Saúde ou Profissional de Saúde Autônomo. Estas ações demonstraram-se eficazes na redução dos encaminhamentos externos e na conseqüente redução de despesas.

Na busca de um novo modelo de atendimento foi buscada a estruturação de uma Parceria Público Privada, entre o EB e a iniciativa privada para a implantação e gerenciamento de um hospital em Brasília, como projeto piloto. Esta parceria tem por finalidades reduzir os custos de investimento e manutenção da infraestrutura hospitalar e das demais despesas tais como exames de alto custo e insumos diversos. Este processo não foi finalizado ainda dentro do período de estudo deste trabalho.

**AÇÕES EM ANDAMENTO**

**PROJETO PPP**

Projeto visa à gestão compartilhada entre a iniciativa privada e o Exército Brasileiro para **Projetar, Construir, Financiar, Operar e Manter** o novo HMAB

**JUSTIFICATIVAS**

1. Concentração dos esforços nas atividades finalísticas.
2. Aproveitamento dos conhecimentos e da experiência do setor privado.
3. Vinculação da remuneração ao desempenho.
4. Contrato de longo prazo.
5. Economia à administração pública e real ganho de eficiência.
6. Possibilidade da contratação de empreendimento altamente competitivo.
7. Aproveitamento de experiências bem sucedidas.
8. Repartição objetiva dos riscos entre os parceiros.

**DESENVOLVIMENTO DO PROJETO PPP**

**RESULTADOS E BENEFÍCIOS ESPERADOS**

1. Eliminar/Reduzir os encaminhamentos às OCS.
2. Aperfeiçoar a qualidade do atendimento médico-hospitalar.
3. Suprir a falta de leitos (UII - UCI).
4. Ampliar a disponibilidade de serviços.
5. Ampliar a capacidade de atendimento.
6. Modernizar a gestão dos serviços de saúde.
7. Incorporar novas tecnologias.
8. Reduzir os custos de transação - 39 contratos para 1, no HMAB e de 492 para 1, no HMAB.
9. Implantar a contraprestação variável atrelada ao desempenho pelos serviços prestados.

Figura 09: Projeto PPP HMAB.

Fonte: DGP 2017

Tratando agora da busca pela maior produção dentro dos hospitais do Força, quando se fala deste conceito se atende à capacidade resolutive, principalmente com adoção de ações de ensino e gestão. Neste sentido, aumentou-se, com a implementação de diversas atividades de racionalização e otimização, o número de cirurgias e atendimentos realizados, particularmente, dentro do HCE, sem necessitar encaminhar para OCS.

Pode-se destacar a otimização das rotinas, a busca pela atenção aos procedimentos de mais alto custo dentro dos hospitais e a implementação de equipamentos novos. São pacientes que deixaram de esperar na fila da cirurgia, ou de serem encaminhados externamente, são idosos que aguardavam às vezes um mês para fazer a sua cirurgia definitiva. Depois da implementação destas ações os

pacientes passaram a realizar suas cirurgias, em média, com uma semana, dentro do HCE. Isto foi o aumento da resolubilidade.

Além da capacidade cirúrgica aumentada, ainda no HCE, em outra área de tratamento de alto custo da medicina, a oncologia, foram adotados alguns procedimentos no sentido de aumentar a resolubilidade do sistema, com parcerias de capacitação com o Instituto Nacional do Câncer e instalação de novos equipamentos no hospital, aumentando a resolubilidade.

Estes foram apenas alguns exemplos, mas todas as unidades de saúde realizaram procedimentos com o intuito de reduzir os encaminhamentos externos aumentando a resolubilidade do sistema.

### 5.3 GESTÃO DE PESSOAL

Nas questões da administração de pessoas, outra medida implementada foi um reforço, na diretriz do Chefe do DGP, para recadastramento dos usuários no FUSEx por todo o Brasil. Este trabalho consistiu em diversas etapas, dentre elas a reapresentação dos documentos necessários ao reconhecimento dos diversos casos de dependência para fins de uso do FUSEx, por parte dos instituidores, ou seja, dos militares da ativa, dos da reserva ou pensionistas já cadastrados.

Neste trabalho de análise, para validar estes cadastros foram qualificados diversos profissionais por todo Brasil para conduzir a análise criteriosa da documentação. Esta ação ratificou a importância do processo rígido de inserção de dependentes no FUSEx, fato que se comprovou pela quase desprezível verificação de erros neste processo.

Mais do que simplesmente auditar os atuais dependentes, foram estudados os principais casos de inconsistências documentais, de judicialização e efetuadas parcerias com a Consultoria Jurídica da União para estudar estes casos e orientar novos processos, procedimentos e necessidades de aperfeiçoamento da legislação, tudo para minimizar as judicializações e equívocos administrativos que acarretam maiores custos ao sistema.

Na área de pessoal especializado, para reduzir a falta de especialistas militares em algumas áreas médicas foi estudada a possibilidade de realizar um processo seletivo para a contratação de maiores temporários, os chamados maiores R-3, para suprir estas demandas específicas da Força, com especialistas de altíssimo nível na saúde. Todo este processo teve por objetivo reduzir os encaminhamentos externos

aos hospitais militares, reduzindo assim os custos de encaminhamentos a OCS e PSA.

Neste mesmo sentido, buscando melhorar a qualificação dos profissionais, foi inserido, no quadro de qualificação funcional específica a especialidade administração hospitalar, isto ocorreu no caminho da especialização da gestão nas organizações militares de saúde, isto facilitou as análises e melhorias de processos, diminuindo os custos destas unidades, e conseqüentemente do FUSEX, além disto, melhorou a governança do sistema devido à especificidade da gestão em unidades hospitalares e de saúde.

Ainda caminhando na direção da especialização e gestão de pessoas, foi verificada a necessidade de emprego de profissionais com a especialidade em engenharia clínica, para analisar e acompanhar as demandas de modernização, de inserção de equipamentos e sistemas nas unidades hospitalares. Desde o momento desta identificação, foram inseridos nos processos seletivos de pessoal técnico estes profissionais, para atenderem a demanda das regiões militares.

Além das citadas anteriormente, foi destacada a necessidade de aperfeiçoamento de profissionais para a atividade pericial de saúde, essencial para manutenção dos efetivos e redução de riscos de erros em processos deste tipo. Para tal foram estimulados os cursos dentro e fora da Força, para os profissionais da ativa, e aumentada a contratação de militares temporários com especialização comprovada nesta área.

Atuando na área de capacitação do pessoal, e conseqüentemente, aumentando o número de especialistas dentro de nossos hospitais, as residências médicas dentro de unidades de saúde hospitalares foram incentivadas, com o objetivo de aperfeiçoar mais profissionais, criar condições de valorização e projeção de nossos hospitais e da imagem da força no âmbito da sociedade médica. Isto atraiu mais especialistas para a Força, aumentou a quantidade de médicos especializados, diminuindo os custos de encaminhamentos externos. Foi verificado pelo DGP que um hospital com residência médica fica com mais corpo e se destaca no cenário regional e nacional e isto atrai médicos especialistas. *Não podemos deixar de lado o ensino em nossas unidades de saúde, estamos avançando e bem.* (PAFIADACHE 2017)

Ainda na capacitação de pessoal, foi ampliado o PROCAP Sau, Programa de Capacitação e Atualização Profissional dos Militares do Serviço de Saúde. Este programa se desenvolve para capacitar esses profissionais, para que no futuro, sejam

especialistas para o Exército. A importância da atividade de ensino dentro dos hospitais da Força merece especial destaque pois as capacidades que o médico militar tem que adquirir dentro do hospital militar são capacidades voltadas para as necessidades do Exército e dos usuários do sistema de saúde, sob as condições normais e de emprego militar.

Por estes aspectos, a complexidade dos hospitais militares sempre foi além do hospital civil, até mesmo na atividade de ensino. Neste cenário há que se ensinar a um cirurgião, que está em formação, apenas abrir um doente e fazer um tratamento cirúrgico. Curar uma vesícula ou qualquer outro procedimento, tudo isto dentro de um centro cirúrgico ou mesmo dentro de um hospital de campanha. Essa é peculiaridade de formação do profissional militar.

#### 5.4 CENTRALIZAÇÃO DE PROCESSOS

Diversos processos foram estudados, aperfeiçoados e implementados. Como exemplo, foram estudados, normatizados e centralizados os procedimentos em caso de neurocirurgia, por serem de elevadíssimo custo. Fruto dos estudos, e de instalações locais adequadas no Hospital Militar de Área de São Paulo, chegou-se à conclusão que os usuários que necessitam desta especialidade deveriam ser encaminhados para o citado nosocômio, caso a situação clínica do paciente o permita e que seja dentro de uma lógica orçamentária, analisada diretamente pelo DGP, que centralizou estes encaminhamentos.

Ainda no processo de centralização de processos, os contratos de prestação de serviços de saúde foram objeto de estudos e análises. Como dito anteriormente, às vezes há a necessidade de encaminhar o paciente para hospitais ou profissionais fora da Força, o que é feito para locais ou pessoas contratadas previamente. No âmbito de melhoria dos contratos, foi determinado, que os contratos com as Organizações Cíveis de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomos passassem a ser encaminhados para a Diretoria de Saúde, com antecedência mínima de noventa dias, antes do vencimento, para que fossem analisados, o que não ocorria anteriormente.

Esta análise demonstrou a variedade de contratos existentes e com diferentes condições contratuais, foi então que após a análise de inúmeros contratos, foram elaborados modelos e foram difundidos para sua adoção por todo o Brasil, divulgando e padronizando as boas práticas e os conhecimentos específicos que resultaram em ações de sucesso, aliando a economicidade e a necessidade.

Devido à capilaridade das unidades da Força, distribuída em todo território nacional, a dificuldade de atender com especialistas todos os locais, foi identificada uma maneira de solucionar a questão. Isto foi feito fruto de um projeto de parceria da Universidade Federal Fluminense, inicialmente com o Hospital Central do Exército, e mais tarde, capitaneado pelo DGP, foi estudada e testada a implantação da sistemática da telemedicina.

Esta tecnologia consiste em utilizar meios de telecomunicações modernos para que um médico especialista, que está fisicamente a centenas ou milhares de quilômetros da localização do paciente, realize uma consulta médica. Isto reduz muitos custos de transporte de pacientes aos grandes centros, além de agilizar os procedimentos, quer seja para as localidades mais distantes dentro do Brasil ou mesmo em outros locais no mundo aonde o militar ou sua família estejam localizados por necessidade do serviço. Cabe ressaltar que este foi um processo ainda em fase experimental, dentro do período de estudo deste trabalho, que ainda buscava a legalidade completa, ao final do período de estudo deste trabalho, e aperfeiçoamento do processo para o melhor apoio aos usuários do FUSEx e colaboração para a sustentabilidade do sistema.

Na mesma direção deste projeto, foi implantado o tele eletrocardiograma, que facilitou o acesso dos usuários a este tipo de exame cardiológico sem necessidade de deslocamento para outras cidades na busca deste tipo de exame, com as mesmas vantagens citadas anteriormente.

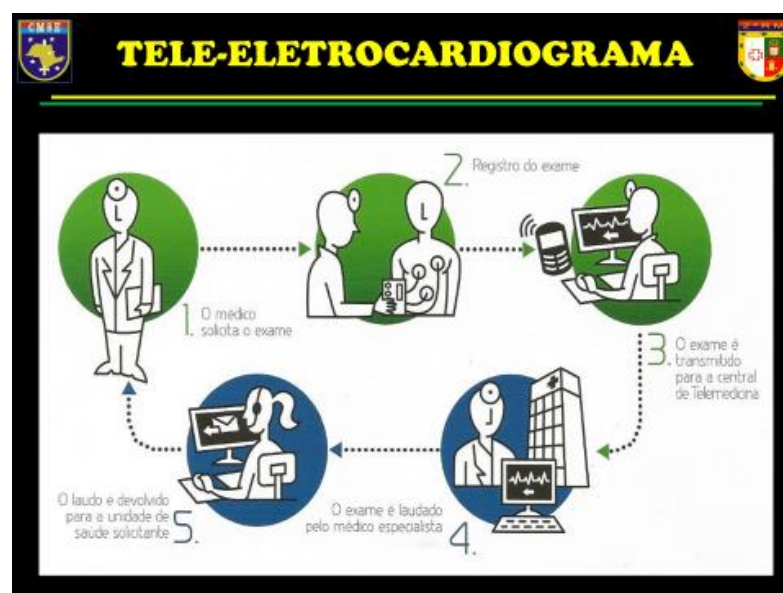


Figura 10: sistemática do tele eletrocardiograma.  
Fonte: DGP 2017

Neste mesmo foco, de otimização dos processos, foram analisadas as possibilidades de centralização de aquisições a nível nacional, regional, ou a manutenção das descentralizações, como ocorre atualmente, pois, segundo o atual modelo, em análise, as aquisições eram efetuadas de maneira completamente descentralizada dentro das unidades gestoras<sup>1</sup>.

Uma das grandes etapas que foram analisadas, além as demais já citadas, foi a possibilidade da centralização das aquisições por meio de instalação de uma base de apoio de saúde, que realizaria as compras no âmbito do Exército.

Após diversos estudos sobre este assunto, e devido à complexidade do tema, aliados às peculiaridades dos materiais médicos, da diversidade de características locais dentro do território brasileiro e de saúde, foi adotado o modelo de teste de implantação por etapas.

Neste processo de busca de otimização de utilização de recursos, foi criada a Base de Apoio de Saúde no Rio de Janeiro, que tem se organizado e elaborado, gradativamente, processos de compra de materiais comuns de saúde.

Seguindo a metodologia gradual do processo de implantação, essa OM realiza gradativamente a ampliação da centralização de processos das aquisições de material de saúde mais complexos, até atingir a totalidade da aquisição deste tipo de material para a Guarnição do Rio de Janeiro. Isto poderá prosseguir, posteriormente, e paulatinamente ampliando suas ações até o âmbito nacional, mas respeitando as peculiaridades dos materiais e regiões brasileiras. Para isto seguem-se, posteriormente, os estudos da admissibilidade e aplicabilidade de mudança dos atuais modelos de compras utilizados nas diversas guarnições.

Em âmbito nacional, sob a supervisão direta do DGP, buscou-se a centralização, visando a redução de custos, da aquisição de materiais médicos de alto custo, como por exemplo os pregões<sup>2</sup> de Órteses Próteses e Materiais Especiais e os de Material Oncológico, instrumentos nos quais buscou-se utilizar de protocolos de ortopedia de joelho, de quadril, e de ombro e os de neurologia e cardiovascular como pilotos.

---

<sup>1</sup> São as unidades que recebem recursos para a gestão de suas missões e aquisição de materiais ou gerenciam materiais e instalações. (NOTA DO AUTOR)

<sup>2</sup> É uma modalidade de licitação para a aquisição de materiais ou serviços, utilizada, neste caso, pelo serviço público.

Neste mesmo caminho, também buscou-se a redução de custos e otimização do pessoal por meio da centralização dos laboratórios de análises clínicas nas áreas das Regiões Militares, neste processo foi adotado com modelo o da Policlínica Militar de Porto Alegre, que efetua este trabalho para toda a 3ª Região Militar e o do Instituto de Biologia do Exército que apoia algumas unidades por todo o Brasil, particularmente na região amazônica, mesmo estando situado no Rio de Janeiro.

Seguindo na redução de custos laboratoriais foi implementado, após inúmeros estudos, a contratação de maquinário de análises clínicas por comodato<sup>3</sup>, e não mais por aquisição do material permanente. Neste sistema, a licitação é realizada e o pagamento ao vencedor, já após a instalação das máquinas, é realizado com base nos insumos laboratoriais consumidos. Este modelo favorece a economia, pois reduz os custos de manutenção com os equipamentos, evita a obsolescência dos equipamentos e mantém em excelente qualidade os resultados dos exames. Importante destacar que este tipo de prática também foi adotada na área da odontologia.

A difusão e incentivo do DGP à adoção de modelos de contratos realizados na Odontoclínica Central do Exército, por comodato trouxe uma economia na área da odontologia, por exemplo, a economia de mais de oitenta por cento nos custos de confecção de alguns tipos de prótese dentária, sendo esta economia para o sistema FUSEx mas que também afeta o usuário, pois este último paga vinte por cento do valor dos procedimentos por ele utilizados.

## 5.5 PADRONIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Relacionando a judicialização e o aumento de custos do sistema, existe um conceito amplo que é transversal a todas as áreas de saúde, o de segurança do paciente.

Como observa-se no quadro, eventos de insegurança do paciente acarretaram inúmeras consequências, das aparentemente menos graves à mais extrema, que é o óbito. A importância deste tema se retrata no quadro a seguir.

---

<sup>3</sup> Empréstimo gratuito de coisa não fungível, que deve ser restituída no tempo convencionado pelas partes.



Figura 11: Eventos que envolvem a segurança do paciente de 2014 a 2017.  
Fonte: ANVISA 2017

Não trataremos das questões éticas envolvidas, mas somente da necessidade de prevenir acidentes hospitalares, por mais simples que sejam, pois, além do risco ao paciente, o que é gravíssimo, aumenta os custos do sistema, seja por reparação de dano causado, seja por indenizações judiciais impostas como reparação seja, ainda, pela necessidade de procedimentos diversos para mitigar os reflexos do acidente.

Tal análise foi identificada como muito importante e, conseqüentemente determinada a implementação de Núcleos de Segurança do Paciente nas unidades de saúde, seguindo as normas da ANVISA, utilizando-se das ferramentas de gestão de risco, dentre outras.

Ao mesmo tempo foram estudados e desenvolvidos diversos protocolos hospitalares, nas mais diversas áreas, com a finalidade de padronizar as ações, dirimir dúvidas, reduzir os riscos e difundir conhecimento, que serão mais detalhados a seguir.

A questão da gestão em hospitais militares foi foco do trabalho do DGP, por apresentarem capacidades de resolubilidade alta e conseqüente redução dos encaminhamentos externos, além disto, a complexidade de um hospital militar, vai acima de hospital civil (FALCÃO 2017).

Isto ocorre em função das peculiaridades de uma organização militar de saúde, pois além da saúde assistencial<sup>4</sup>, existe a saúde operacional<sup>5</sup> e cabe lembrar da

<sup>4</sup> São as atividades de saúde em tempo de paz, excetuando os treinamentos de combate. (NOTA DO AUTOR)

<sup>5</sup> São as atividades de saúde em operações militares, mesmo em exercícios de campanha. (NOTA DO AUTOR)



preservação dos valores militares. Dentro dessas três ações, que são extremamente importantes, há ainda as questões de governança das unidades hospitalares, que tem que ser consideradas de uma maneira muito importante.

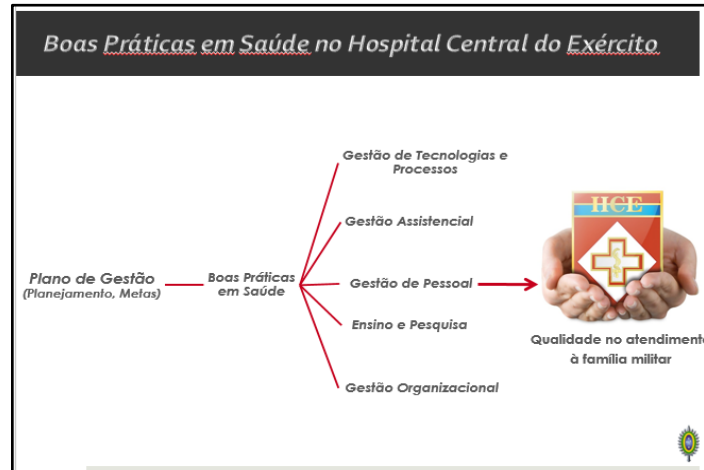


Figura 12: Boas Práticas no HCE.  
Fonte: DGP 2017

O negócio mais difícil de se administrar era um aeroporto, pelas grandes variáveis que existem no aeroporto. E o segundo negócio mais difícil de ser administrado era um Hospital. (FALCÃO 2017)

Focado na importância do plano de gestão, buscaram-se as boas práticas em saúde, pela gestão de tecnologias e processos, gestão assistencial, gestão de pessoal ensino e pesquisa e gestão organizacional. Tudo isso para promover a qualidade no atendimento à família militar.

Foram implantadas ações de gestão de tecnologias e processos: manual de rotinas e procedimentos médicos e capacidade tecnológica do hospital. Um dos pontos de destaque é em relação aos protocolos, o estabelecimento de rotinas e procedimentos em todos os níveis: dentro da divisão de medicina, farmácia, enfermagem, odontologia, contingente, administrativa, fisioterapia. O protocolo criou uma rotina de atendimento padrão, em relação a qualquer tipo de ação realizada no hospital. Esses protocolos foram estabelecidos criando uma rotina de serviço, e esses protocolos eles são importantíssimos para o processo de acreditação. Um Hospital para ser acreditado ele precisa estabelecer os seus protocolos de rotinas de atendimento.

Um protocolo fundamental foi o protocolo emergência e urgência, um guia de orientação das situações que acontecem no hospital no dia a dia principalmente na emergência. Esse manual ele criou rotinas dentro do hospital.

O paciente chega na emergência com uma infecção urinária ou pneumonia, O aspirante inexperiente ele inicia um antibiótico de maior custo, de maior espectro de ação, Isso aí o problema não é só o custo do antibiótico no primeiro atendimento, Porque o paciente quando interna e usando um antibiótico de um nível mais elevado já no início, ele escalona todo meu tratamento. Porque se esse paciente faz uma complicação, uma resistência bacteriana, o próximo antibiótico que eu tiver que usar para ele, vai ser lá em cima Então isso esgota rapidamente a minha capacidade de tratamento e eleva o custo do paciente internado. Então, nós estabelecemos rotinas que quando o paciente que for admitido com uma pneumonia comunitária tem que iniciar o tratamento pela base. (FALCÃO 2017)

Foram criados, então, três volumes deste protocolo: um caderno infantil, um de clínica médica e um volume de cirurgia, todos para retirada de dúvidas outro de orientação de rotinas e condutas. Isto vai compensar, às vezes, a inexperiência, dando uma ferramenta para que os médicos possam consultar como iniciar o tratamento de uma forma estabelecida pelo hospital, acarretando economia de recursos.

Houve ainda a preocupação com a necessidade de se tratar do conceito de resolubilidade, que é a capacidade da unidade de saúde em atender às demandas dos pacientes dentro dos hospitais da Força, sem encaminhar aos conveniados, diminuindo os custos, para isto algumas medidas foram adotadas para melhorar a capacidade de atendimento.



Figura 13: Livros de Protocolos do HCE.  
Fonte: DGP 2017

Com o objetivo de agilizar e padronizar os procedimentos de consultas oftalmológicas foram criados os protocolos de atendimento desta área, padronizando as ações e evitando esquecimentos, evitando retrabalho ou agravamento da situação dos pacientes, o que ocasionaria maiores custos ao sistema.

Tudo isto foi estabelecido com o foco preventivo, para melhorar a atenção aos pacientes e, como resultado secundário, a redução de custos.

No que tange a uma das grandes despesas do sistema, o atendimento domiciliar, chamado Home-Care, após estudos sobre o tema, foi emitida uma Diretriz do Chefe do DGP para atendimento domiciliar, pois, somente na guarnição de Brasília foram gastos dezoito milhões de reais, em 2016, no FUSEX com este tipo de atendimento.

Esta diretriz especifica a abrangência do serviço, determina a sistemática de acompanhamento em caso de necessidade de adoção deste tipo de atendimento e estabelece modelos de execução que reduzem os custos sem causar prejuízos aos usuários. Um exemplo das diferenças encontradas nestas auditorias<sup>6</sup> encontra-se exemplificada no quadro a seguir.

<b>VISITA DE APOIO EM AUDITORIA EM HOME CARE</b>			
<b>OM VISITADA: 2º BATALHÃO DE ENGENHARIA DE COMBATE - PINDAMONHAGABA-SP (16 a 18 OUT)</b>			
<b>ITEM</b>	<b>VALOR 2º BEComb</b>	<b>VALOR PMGu8H</b>	<b>ANÁLISE</b>
<b>Equipo Nutrição</b>	1.178,00	111,60	Valor elevado. Fazer tabela própria
<b>Dieta</b>	14.490,00	4.860,00	Valor elevado. Fazer tabela própria. Preparar a família para o desmame por meio de Termo de Adesão
<b>Teç Enfermagem 12 h</b>	9.114,00	0,00	Paciente sem indicação ao Programa de Alta Complexidade, conforme a NEAD
<b>Sonda aspiração</b>	1.107,00	200,49	Valor elevado. Fazer tabela própria
<b>Cama Elétrica</b>	465,00	0,00	Tratamento pode ser realizado com cama hospitalar básica
<b>Fluxômetro O2</b>	60,00	0,00	Item faz parte do conjunto do cilindro de oxigênio. Não deve ser cobrado em separado.
<b>Outros</b>	...	...	...
<b>OBSERVAÇÃO: de uma mostra de 05 pacientes em um universo de 15, a economia estimada será de R\$ 94.969,73</b>			

Figura 14: Exemplo de valores diferentes em home care em 2017.  
Fonte: DGP 2017

Ainda fruto dos estudos do Departamento, foi elaborada e emitida pelo DGP uma diretriz para normatização das auditorias médicas, nela foi descrita a necessidade de atuar com o máximo empenho em todas as fases da auditoria

<sup>6</sup> Exame analítico, minucioso, relativo às operações contábeis e financeiros de uma empresa ou instituição. (MICHAELIS 2018)

(prospectiva<sup>7</sup>, corrente<sup>8</sup>, retrospectiva<sup>9</sup> e contábil<sup>10</sup>), foram incentivadas a capacitação recursos humanos nesta área, divulgado o conhecimento e fiscalizado o empregado dos nossos recursos. Como exemplo, somente em Brasília se gastava um quinto do total dos recursos da Força na área da saúde.

O objetivo é mostrar para os senhores que a auditoria é um ato médico eminentemente técnico, não é qualquer médico ou enfermeiro que pode se habilitar a fazer a auditoria ele tem que ter realmente cursos e uma experiência de campo que demanda longo tempo de aprendizado, o fato é o seguinte, hoje os hospitais civis eles tem equipes na contabilidade dos hospitais que são especializados em maquiagem o prontuário médico e enxertar despesas sendo das mais variadas como medicamentos, gases, tudo que se refere a atendimento médico hospitalar e se não nos contrapormos a isso nós vamos ficar sempre ao redor e perdendo o jogo, eu não tenho dúvidas que uma auditoria vença e outra coisa que é interessante fixar quando a organização civil de saúde conveniada conosco percebe que não existe uma vigilância acirrada com as contas médicas ela fica cada vez mais ousada e vai inserindo nas contas médicas coisa mirabolantes às vezes, mas a partir do momento que a auditoria começa a funcionar seja auditoria prévia ou com glosar os procedimentos e não é só glosar por glosar não, a glosa ela tem que ser claro tem que haver um relatório de glosa, ela tem que ser justificada de acordo com as normais da ANS nos manuais de auditoria, não e simplesmente glosar por glosar e existe também um recuso de glosa que pode ser apresentado pela OCS pra ser analisado pelos auditores, mas a partir do momento que o hospital percebe que não tem destino as contas que realmente com detalhes o faturamento que é lançado, que as etiquetas de rastreabilidade estão sendo cobradas, que os lotes são comparados com as etiquetas de rastreabilidade, os lotes dos produtos. Então, ou seja, todo o processo de auditoria está sendo implementado, eles se recolhem, vamos dizer assim, a essa prática, são inibidos e a tendência é a glosa cair para níveis de 4 a 5 por cento apenas, mas nós temos casos de quando se implanta a auditoria tem 30, 40, 50 por cento de glosa numa conta, às vezes até mais. Está ali um caso de oclusão e estenose da artéria carótida e para esse paciente foi solicitado 3 tipos de procedimentos: procedimento de angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso (procedimento principal), teste de oclusão da artéria carótida e uma radioscopia para acompanhamento do procedimento cirúrgico. Então o primeiro procedimento foi analisado por nós e foi compatível, o segundo também, mas o terceiro não poderia ser autorizado uma vez que o procedimento principal já contempla a radioscopia mas quem sabe desse detalhe é o auditor, o especialista, eu particularmente não sabia disso fiquei sabendo depois, então são detalhes

---

<sup>7</sup> Análise e verificação do procedimento solicitado: relatório médico; indicação; exames já realizados; adequação de códigos sobrepostos); exames solicitados, cobertura, analisar se os materiais tem cobertura pelo rol da ANS; analisar se os materiais constam na tabela própria negociada; checar relação de procedimento x material; checar se o procedimento solicitado é compatível com o caso clínico e checar se o procedimento e o material solicitado tem base científica. (OLIVEIRA 2017)

<sup>8</sup> Acompanhamento do atendimento que está sendo realizado em conjunto com o médico assistente; auditoria em sala de cirurgia; verificar e confirmar o uso de materiais solicitados; facilitar a autorização de materiais extras necessários durante o procedimento; confirmar mudança ou acréscimo do procedimento; e avaliação da internação domiciliar. (OLIVEIRA 2017)

<sup>9</sup> Análise e verificação dos procedimentos que já foram realizados. (OLIVEIRA 2017)

<sup>10</sup> Checar se o procedimento foi realizado; checar se a quantidade de materiais confere com a autorização; checar se o fornecedor é o mesmo do material utilizado e devidamente cadastrado; confirmar o uso dos materiais solicitados (embalagens, etiquetas de registro da anvisa); e conferir se o material corresponde ao da nota fiscal apresentada. (OLIVEIRA 2017)

de natureza técnica que a gente tem que acompanhar de maneira cerrada. Um outro caso capsulite adesiva de ombro, foi solicitado esse procedimento a correção da ruptura do manguito rotador e dos 5 itens, 3 não foram autorizados. Esses 6 casos que eu mostrei, se eu não me engano só nessa auditoria, representaram uma economia 96 mil reais só na auditoria prévia. Qual a importância da auditoria concorrente? A auditoria concorrente é aquela que é feita durante a internação do paciente, vamos dizer que o paciente está internado em uma UTI e o auditor vai lá e analisando o prontuário dele verifica que ele já tem condições por exemplo de sair da UTI e ir pro quarto ou vê que esse antibiótico que não é compatível com antibiograma dele ou que aquele volume de gás que está sendo ministrado não é compatível com os exames gasométricos realizados no paciente, então são detalhes que o auditor médico e enfermeiro tem percepção durante as visitas que são feitas aos pacientes internados é fundamental essa auditoria concorrente. Nós estamos trabalhando com a auditoria lá na D Sau que está nos auxiliando a montar um registro de preço, mas nós tivemos receio de lançar esse RP e ele não corresponder às expectativas de nossos ortopedistas e neurocirurgiões então a própria empresa nos recomendou que nós realizássemos reuniões para definir quais seriam os protocolos cirúrgicos em termos de utilização de OPME que seria incluídos nos registros de preços esses de ortopedia já está pronto, essa semana está ocorrendo a de quadril, trauma e ombro devem ocorrer no início de março e depois essa de neuro e cardioendovascular, na realidade o protocolo de neurocirurgia nós vamos deixar por último. (TÚLIO 2017)

Com o foco na racionalização dos recursos foi dada maior ênfase ao contrato de objetivos de saúde do DGP, também conhecido como COS. Este contrato é um documento único e anual, que contém o resumo das necessidades de recursos solicitadas pelas regiões militares ao DGP, aonde constam os valores previstos para o ano seguinte, obviamente após sua consolidação e assinatura entre os envolvidos.

Este documento passou a ser gerido por meio de um processo, que começa com a solicitação da unidade interessada, passa pelo despacho detalhado dos comandantes de regiões militares até chegar ao despacho pessoal do Chefe do DGP e os comandantes de regiões militares<sup>11</sup>.

Neste processo há o gerenciando item a item das solicitações de recursos para o emprego de recursos e investimentos no FUSEX. Este trabalho levou ao estudo detalhado por dias a fio, de cada real a ser empregado, sendo feita uma análise minuciosa de diversos detalhes, principalmente quando os recursos solicitados envolviam a instalação de equipamentos ou materiais. Mais importante que isto, ocorreu a mudança da sistemática de elaboração deste documento. Neste processo a APSS teve papel fundamental na triagem prévia das solicitações.

---

<sup>11</sup> São grandes comandos administrativos e logísticos dentro da estrutura do Exército Brasileiro.



Figura 15: Processo de elaboração dos contratos de saúde em 2017.  
Fonte: DGP 2017

No âmbito externo foi estudado o apoio de saúde no exterior a militares e seus familiares em missões fora do Brasil. Após este estudo foram emitidas diretrizes mais restritivas, porém sem comprometer a segurança da saúde destas pessoas, para evitar desperdícios de recursos.

Com o objetivo de restringir um fenômeno conhecido popularmente como o turismo de saúde, que consiste no paciente solicitar uma consulta em um dia próximo ao final de semana ou feriado em uma cidade turística, para aproveitar das passagens custeadas pelo FUSEX e passar a folga nestes locais, foi determinado que qualquer consulta fora da região militar de vinculação do militar deve ser previamente autorizada pela região militar de destino. Sem esta autorização não é possível a realização da consulta nem a aquisição das passagens.

Com o objetivo de trocar experiências e propagar as boas práticas na área de saúde, no âmbito do Exército Brasileiro, foi criada uma atividade centralizada dos envolvidos neste complexo processo, reunindo estes profissionais de todo o Brasil, como já citado anteriormente, os chamados Simpósios de Boas Práticas na Área de Saúde.

Estas atividades têm sido realizadas até hoje em dia, porém, no período estudado foram realizadas três. Compareceram a elas a cúpula do DGP, D Sau, APESS, APPCO e todos os gestores regionais de saúde, que são os comandantes de

regiões militares, os diretores de hospitais do EB e inúmeros especialistas de dentro e fora das Forças Armadas.

Com o objetivo de analisar isentamente os resultados das ações implantadas pelas unidades de saúde foi incentivado e criado um programa de acreditação hospitalar<sup>12</sup>. Este refere-se à qualidade da assistência prestada, partindo da premissa de que as organizações prestadoras de serviços de saúde (OPSS) devem ser locais seguros tanto para o exercício profissional quanto para a obtenção da cura ou melhoria das condições de saúde.

O Objetivo foi incentivar a implementação de um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde, promovendo a melhoria contínua dos serviços em todas as organizações prestadores dos serviços de saúde. Podemos destacar como vantagens da acreditação: aumenta a segurança para pacientes e profissionais, colabora com o combate a judicialização na saúde, estimula a melhoria contínua, aumenta a capacidade de trabalho, reduz custos, uso do processo como ferramenta de motivação e agrega valor à imagem da instituição.

Foram aperfeiçoadas as ferramentas gerenciais da área de saúde, como a criação do Portal Tupã, por exemplo. Com este portal os gestores envolvidos, desde o nível estratégico até o nível tático tem as informações de custos e acompanhamentos pormenorizados, acarretando uma melhor governança do sistema, com diagnósticos precisos e medição de resultados nas mais diversas combinações de dados, tudo com a utilização da inteligência artificial e disponível online vinte e quatro horas por dia via internet. Esta ferramenta facilitou e favoreceu a gestão racional dos recursos do FUSEx por facilitar e congrega os dados do sistema de maneira simples e completa.

Além desta tecnologia mais avançada foi difundido o uso de tecnologias mais simples para acesso rápido nas mãos do gestor de diversos níveis, um grande exemplo disto é o emprego de planilhas, *online*, de acompanhamento da situação de pacientes internados em OCS e PSA, de maneira que o gestor, os profissionais envolvidos nesse monitoramento e incluindo o médico responsável possam acompanhar detalhadamente caso a caso.

---

<sup>12</sup> Acreditação é um sistema de verificação externo para determinar conformidade com um conjunto de padrões, devidamente estabelecidos. (NOTA DO AUTOR)

Em se tratando de economia de recursos pode-se lidar com alguns conceitos, como gestão, por exemplo, conceito amplamente conhecido.

Embora não seja possível encontrar uma definição universalmente aceita para o conceito de gestão e, por outro lado, apesar deste ter evoluído muito ao longo do último século, existe algum consenso relativamente a que este deva incluir obrigatoriamente um conjunto de tarefas que procuram garantir a aplicação eficaz de todos os recursos disponibilizados pela organização, afim de serem atingidos os objetivos pré-determinados. Por outras palavras, cabe à gestão a otimização do funcionamento das organizações através da tomada de decisões racionais e fundamentadas na recolha e tratamento de dados e informação relevante e, por essa via, contribuir para o seu desenvolvimento e para a satisfação dos interesses de todos os seus colaboradores e proprietários e para a satisfação de necessidades da sociedade em geral ou de um grupo em particular. (NUNES 2011)

Destacou-se ainda, nas buscas por soluções do DGP, a ferramenta gerencial de controle custos e prazos da Terceira Região Militar, que foi difundida para as demais áreas do Brasil como fator de economia e facilitadora na gestão.

Nesta mesma área, destaque importante há que ser dada à grande quantidade de ações que objetivaram mais que a redução de custos, buscaram atividades de conscientização da importância da saúde preventiva, por meio de iniciativas espalhadas por todo o Brasil, todas com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos usuários do sistema, reduzir o diagnóstico tardio de doenças e prevenir moléstias. Isto foi realizado com o trabalho de equipes interdisciplinares, no controle e prevenção de doenças crônicas tais como diabetes, hipertensão, obesidade, alteração no colesterol e triglicérides e com a realização palestras e de exames médicos e odontológicos de acordo com protocolos assistenciais específicos.

Em se tratando de gestão hospitalar, bons resultados com mudança de forma de administração foram obtidos com a sistemática de implementação e acompanhamento de dados hospitalares, por meio de um sistema informatizado, o Sistema Integrado de Gestão Hospitalar, difundida para todos os hospitais pelo DGP.

Esta sistemática envolve o monitoramento dos indicadores da unidade e a apresentação destes em painéis centralizados em uma sala de gerenciamento. Nesta sala se reúnem, duas vezes ao dia, os responsáveis por todos os setores da unidade hospitalar para avaliar os indicadores dos leitos normais, das salas de cirurgia, dos atendimentos na emergência, leitos de UTI e outros.

A análise dos indicadores nestas reuniões otimizou os processos de entrada, baixa, alta hospitalar, agendamento cirúrgico dentre outras atividades. Com a



implementação desta metodologia o Hospital Militar de Área de Porto Alegre aumentou em trinta e um por cento o número de cirurgias realizadas, reduziu o tempo espera de atendimento no Pronto Atendimento Médico, reduziu a taxa de ocupação hospitalar e, em consequência destas e outras melhorias aumentou a produtividade e a economicidade da unidade.



Figura 16: Painel Principal de Indicadores do SIGH.  
Fonte: DGP 2017

Na procura de soluções de sucesso foram pesquisadas experiências de congêneres, neste sentido, buscou-se a maior integração com a Marinha do Brasil e a Força Aérea Brasileira, especificamente dos sistemas de saúde, para tal foi feita uma orientação normativa assinada pelo diretor de saúde das três forças e teve por objetivo regular a descentralização orçamentária e financeira, originada da prestação recíproca de assistência médico-hospitalar oferecida entre as organizações militares de saúde.

Este ajuste acarretou uma interação muito importante para o atendimento dos usuários das três Forças, aumentando a rede de hospitais à disposição e, por consequência, de médicos especialistas dentro do meio militar, reduzindo mais uma vez a necessidade de encaminhamento externo.

Fruto de todas estas ações desenvolvidas pelo DGP, seja diretamente, ou pela difusão de boas práticas desenvolvidas em quartéis para todo o território Nacional, e após diversos estudos, foi elaborado o chamado diagrama de sustentabilidade do FUSEx.

Esta figura, resumidamente, retrata que as ações adotadas, neste período, para a sustentabilidade do FUSEx nos anos de 2017 e 2018, e evitar a crise de 2020, foram em busca da racionalização dos encaminhamentos externos, na busca do aumento da produtividade dos profissionais e das unidades de saúde, no permanente controle e checagem dos beneficiários e em mecanismos de auditoria permanentes, todos estes temas sendo fundamentais para a sustentabilidade com qualidade do Sistema.



Figura 17: Diagrama da sustentabilidade.  
Fonte: DGP 2017

Após o final do período de estudo deste trabalho, dentro dos constantes trabalho de monitoramento e acompanhamento do sistema de saúde, o DGP elaborou um diagnóstico do Sistema, que, resumidamente, consta da figura a seguir.

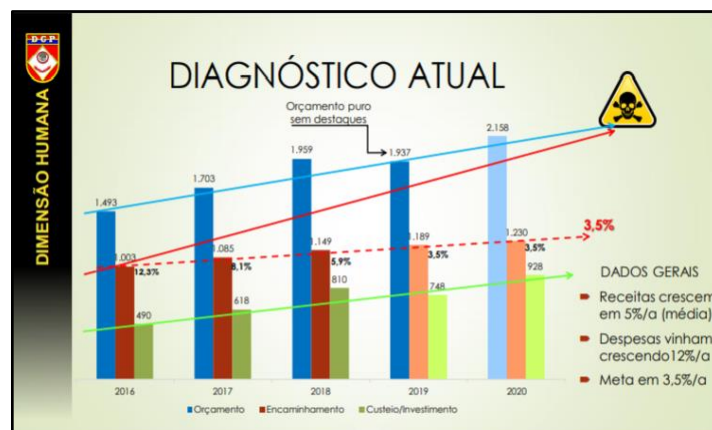


Figura 18: Diagnóstico atual.  
Fonte: DGP 2019

Dos dados constantes acima, difundidos no início de 2019, observa-se que a temida crise de 2020 do FUSEx foi afastada, pois as ações adotadas foram efetivas e resultaram em redução de despesas para o sistema, no período estudado.

## **6. CONCLUSÃO**

Executar a pesquisa do referente tema foi de importância ímpar no sentido de ampliar os conhecimentos e abrir novos horizontes para o autor sobre o tema, cabendo ressaltar que os assuntos aqui abordados foram de extrema relevância durante o Curso de Política, Estratégia e Alta administração do Exército (CPEAEx), isto ocorreu por terem sido integrados conhecimentos deste trabalho em várias disciplinas e estudos realizados.

No tocante às Forças Armadas (incluindo neste âmbito o Ministério da Defesa, Marinha do Brasil, Exército Brasileiro e Força Aérea do Brasil), esta investigação também contribui significativamente, elencando um modo como uma destas instituições podem buscar o aperfeiçoamento da gestão interna, obtendo resultados expressivos. Esta experiência pode ser aproveitada dentro das Forças ou até mesmo em atividades integradas de apoio mútuo, amplificando a capacidade de redução de recursos em seus sistemas de saúde assistencial.

A análise do sistema de saúde como um todo, conduzida pelo DGP, foi fundamental para diagnosticar os processos, custos, modelos organizacionais, fluxos de informações, modelos de processamento de trabalho, de governança e de gestão de pessoas e materiais. Sem esta etapa seria infrutífero implementar qualquer ação de reorganização para solucionar o problema em pauta.

A implementação de estudos da base normativa atinente à saúde, de adequação organizacional e estruturante, de capacitação de pessoal e de adaptação das capacidades instaladas às novas demandas e ao novo cenário, por parte do DGP e seus subordinados direta ou tecnicamente, foram basilares para o desenvolver das ações exitosas estudadas.

Do estudo das ações realizadas pelo DGP, verificou-se a importância da governança, estabelecida por meio da gestão moderna do sistema de saúde, além de outras com o uso de ferramentas de inteligência artificial, do aperfeiçoamento de práticas e constante melhoria de processos como ferramentas de sobrevivência do sistema.

Com a realização das diversas reuniões setoriais, e particularmente dos Simpósios de Boas Práticas na Área de Saúde, foi possível a padronização, difusão e adoção destas melhores práticas, por todas as unidades de saúde do EB, utilizando as experiências pontuais como catalisadoras de melhorias de resultados, economizando recursos, o que elevou a níveis nacionais os sucessos alcançados localmente.

Uma ação que merece destaque e engloba as inúmeras ações implementadas e analisa as práticas de gestão e de governança é a acreditação hospitalar, que contribui com uma auditoria externa no conjunto de processos realizados pelo hospital, em suas atividades finalísticas, mas que avalia as atividades meio pela sua eficiência e eficácia, contribuindo para a economia de recursos nos diversos níveis da administração.

Como se pode observar, no presente trabalho, muitas das ações difundidas pelo DGP, foram iniciadas por profissionais nos mais distantes locais do território Nacional. Isto demonstra importância da qualidade do pessoal envolvido na execução e no gerenciamento do FUSEx, sua capacidade de adaptação a novos cenários e de criação de soluções inovadoras, sendo algumas de baixíssimo custo de implementação e elaboradas intramuros a suas unidades. Este fator destaca a importância da constante qualificação do pessoal e seu constante aperfeiçoamento na área técnica da saúde e também na área de gestão administrativa.

Importância cabal para o sucesso deste processo, não podemos deixar de mencionar, com o destaque que merece, o ponto de partida para este processo: a visão de futuro do DGP ao identificar, antecipadamente e a tempo hábil, os sinais da crise que se avizinhava. Esta capacidade possibilitou os estudos e planejamentos que acarretaram nas ações de economia, que por enquanto, afastaram a grave crise financeira do FUSEx que ocorreria em 2020. Esta antevisão pode ser difundida a todos outros setores da administração, dentro e fora do EB, pois foi exemplar e fundamental para o enfrentamento da crise, ou de outras que possam advir no futuro.

Além do que foi tratado acima, o presente trabalho é de relevância para o País, pois, a necessidade constante, de monitoramento e de aperfeiçoamento dos processos, particularmente os que envolvem a gestão de recursos, se apresenta de relevância cada vez maior.

Neste caminho, a governança e a gestão para a economia de recursos, públicos ou privados, podem ser extrapoladas para ambientes externos aos do FUSEx

e vir a auxiliar na solução da elevada demanda de serviços, conflitante com existência de restrição orçamentária, particularmente na área de saúde.

Outro aspecto relevante, a nível Nacional, são as parcerias de sucesso estabelecidas entre profissionais, instituições civis, dos mais diversos ramos da saúde, e as organizações militares, que acarretaram uma troca de experiência salutar a ambas partes, ampliando o aprendizado e resultados dentro e fora da Força, tudo isto contribuindo para o desenvolvimento do País.

Porém, as ações estudadas e implementadas para solucionar a crise, não estão restritas ao período de estudo deste trabalho, ou seja, elas não eliminaram permanentemente os riscos de falência do FUSEx, mas demonstraram a importância da preparação para enfrentamento das adversidades que se apresentaram. A constante variação do foco da análise do problema e das variáveis externas e internas ao sistema e ao EB foi fator de sucesso no gerenciamento deste período, perpassando os diversos setores que compõe o sistema, agregando uma visão completa do problema e de seus atores envolvidos, contribuindo no processo da mitigação do problema.

Este trabalho não esgota o assunto em tela, há condicionantes, nas entrelinhas desta pesquisa, a imperiosa necessidade do aperfeiçoamento constante da gestão e a do acompanhamento contínuo do sistema como um todo, em seus mais variados processos e componentes, chegando aos menores detalhes de execução. Isto ocorre pois os agentes e fatores externos e internos envolvidos neste sistema não são fixos, se modificam fruto das interações, das conjunturas e dos cenários da Força, Nacional e até mesmo do cenário econômico internacional. Caso isto não ocorra há o grave risco de implosão do FUSEx no futuro.

## REFERÊNCIAS

AGENCIA SENADO. **Aprovada a Emenda Constitucional do Teto de Gastos Públicos**. Senado Notícias. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/12/15/promulgada-emenda-constitucional-do-teto-de-gastos>>. Acesso em: 20 fev 2019.

ALVES, *Sandro Leal*. **Fundamentos, regulação e desafios da Saúde Suplementar no Brasil**. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/60651400-Fundamentos-regulacao-e-desafios-da-saude-suplementar-no-brasil-sandro-leal-alves.html>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

BRASIL. Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 dez. 2016. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/E-mendas/Emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/E-mendas/Emc/emc95.htm)> Acesso em: 23 jan. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Defesa. Exército Brasileiro. **Abertura do Simpósio de Boas Práticas na área de Saúde**. Rio de Janeiro, 2017.

COSTA, Rodolfo. **Em dois anos, 2,5 milhões de brasileiros deixam planos de saúde**. Correio Brasiliense. Disponível em: < [https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2017/02/06/internas\\_economia,571063/por-que-os-brasileiros-estao-deixando-de-pagar-plano-de-saude.shtml](https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2017/02/06/internas_economia,571063/por-que-os-brasileiros-estao-deixando-de-pagar-plano-de-saude.shtml)> Acesso em 20 jan 2019.

**Definição de FUSEX**, disponível em , [http://www.eb.mil.br/web/interno/fusex\\_definicao\\_do\\_fusex](http://www.eb.mil.br/web/interno/fusex_definicao_do_fusex), acessado em 06 de março de 2019.

**Entenda a crise econômica**, fonte site agencia Brasil, pelo link <http://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2016-05/entenda-crise-economica>, giselle garcia, agencia brasil londres 2016, acessado em 04 de julho de 2019

FALCÃO, Alexandre Correa. Primeiro Simpósio de Boas Práticas na área de Saúde. In: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 2017, Exército. **[Anais]**. 1 *pen drive*.

INSTITUTO MEIRA MATTOS (Exército). **Manual Escolar de Formatação de Trabalhos Científicos na ECEME**. Rio de Janeiro: ECEME, 2017.

TREVISAN, Karina. **Brasil enfrenta pior crise já registrada poucos anos após um boom econômico**. G1. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/brasil-enfrenta-pior-crise-ja-registrada-poucos-anos-apos-um-boom-economico.ghtml>> Acesso em 20 fev 2019.

KAFRUNI, Simone. **Custo da saúde no Brasil dispara e ameaça planos e clientes**. Correio Brasiliense. Disponível em: <[https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2017/01/13/internas\\_economia,564899/custo-da-saude-no-brasil\\_dispa-ra-e-ameaca-planos-de-operadoras-e-clien.shtml](https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2017/01/13/internas_economia,564899/custo-da-saude-no-brasil_dispa-ra-e-ameaca-planos-de-operadoras-e-clien.shtml)> Acesso em 24 fev 2019.

LIMA, Rogério Gomes de. **A capacitação de oficiais médicos do Serviço de Saúde do Exército Brasileiro e seus reflexos para a otimização da qualidade do atendimento hospitalar**. 2007. Trabalho de conclusão de curso, Curso de Comando e Estado Maior do Exército, Rio de Janeiro, 2007. f. 19-20.

OLIVEIRA, Marcelo Teixeira. Primeiro Simpósio de Boas Práticas na área de Saúde. In: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 2017, Exército. [**Anais**]. 1 *pen drive*.

MOURA, Artur Costa. Quarto Simpósio de Boas Práticas na área de Saúde. In: ITAIPAVA, 2019, Exército. [**Anais**]. 1 *pen drive*.

PAFIADACHE, Manuel L. Narvaz. Primeiro Simpósio de Boas Práticas na área de Saúde. In: ITAIPAVA, 2017, Exército. [**Anais**]. 1 CD-ROM. Diretório: \Palestrantes\Auditório\Abertura.

PAFIADACHE, Manuel L. Narvaz. Segundo Simpósio de Boas Práticas na área de Saúde. In: ITAIPAVA, 2017, Exército. [**Anais**]. 1 CD-ROM. Diretório: \Palestrantes\DGP.

PAFIADACHE, Manuel L. Narvaz. Terceiro Simpósio de Boas Práticas na área de Saúde. In: ITAIPAVA, 2018, Exército. [**Anais**]. 1 *pen drive*.