



ESCOLA DE COMANDO E ESTADO-MAIOR DO EXÉRCITO

ESCOLA MARECHAL CASTELLO BRANCO

Ten Cel Med **ISABEL CRISTINA CUNHA DELGADO**

**OS IMPACTOS DO ENVELHECIMENTO
DA POPULAÇÃO BRASILEIRA PARA O
SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO:
UMA ABORDAGEM FOCADA NA
QUALIDADE DE VIDA**



Rio de Janeiro
2021



Ten Cel Med **ISABEL CRISTINA CUNHA DELGADO**

Os impactos do envelhecimento da população brasileira para o Sistema de Saúde do Exército: uma abordagem focada na qualidade de vida.

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

Orientador: Cel Inf Wagner Alves de Oliveira

Rio de Janeiro
2021

D352i Delgado, Isabel Cristina Cunha.

Os impactos do envelhecimento da população brasileira para o Sistema de Saúde do Exército: uma abordagem focada na qualidade de vida. / Isabel Cristina Cunha Delgado. —2021.

66 f. : il. ; 30 cm

Orientação: Wagner Alves de Oliveira.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Ciências Militares) —Escola de Comando e Estado-Maior do Exército, Rio de Janeiro, 2021.

Bibliografia: f. 63-66

1.SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO. 2.ENVELHECIMENTO POPULACIONAL. 3. SAUDE DO IDOSO. 4.ASSISTÊNCIA À SAÚDE. I. Título.

CDD 618.97

Ten Cel Med **ISABEL CRISTINA CUNHA DELGADO**

Os impactos do envelhecimento da população brasileira para o Sistema de Saúde do Exército: uma abordagem focada na qualidade de vida

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

Aprovado em ___ de outubro de 2021.

COMISSÃO AVALIADORA

WAGNER ALVES DE OLIVEIRA (CEL INF) - Presidente
Escola de Comando e Estado-Maior do Exército

SIMONE ABREU (TC MED) - Membro
Escola de Comando e Estado-Maior do Exército

MARLOS DE MENDONÇA CORRÊA (TC ENG) - Membro
Escola de Comando e Estado-Maior do Exército

Aos veteranos, que ofereceram o entusiasmo de sua juventude e a capacidade de sua maturidade à serviço da Pátria e merecem honra e dignidade na senilidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte suprema de toda Força e Sabedoria.

À Nossa Senhora, que me inspira, me acompanha e me cuida sempre.

Ao meu orientador, Cel Inf Wagner Alves de Oliveira, pelo direcionamento na elaboração deste trabalho.

Aos meus pais, Luiz Fontoura Delgado (*in memorian*) e Paulina Cunha Delgado (*in memorian*), por terem me amado e me ensinado a ter força de vontade e dedicação.

Aos meus amados filhos Bernardo e Helena, porque são o melhor de mim, o sentido da minha vida e o motivo maior que me estimula a ser melhor a cada dia.

Ao meu marido Francisco Victor Augusto, por ser tão especial e partilhar essa estrada comigo com tanto carinho e amor, incentivando-me e apoiando sem reservas.

Aos meus grandes e eternos amigos, companheiros de jornada, que foram imprescindíveis por todo o apoio em todas as ocasiões,

“Quando a velhice chegar, aceita-a, ama-a.
Ela é abundante em prazeres se souberes
amá-la”. (Sêneca)

RESUMO

O aumento da expectativa média de vida resulta em crescimento da quantidade de idosos no País, representando uma conquista da evolução favorável das condições socioeconômicas e implica em desafios relacionados ao cuidado a ser prestado a esse segmento populacional, especialmente nos aspectos relacionados à saúde. Nessa faixa etária ocorrem disfunções orgânicas, com ou sem doenças, podendo cursar ou não com limitação de suas atividades, do seu desempenho e do seu papel social. Via de regra, os idosos demandam mais consultas médicas, exames, tratamentos prolongados e internações hospitalares do que as faixas etárias inferiores e, conseqüentemente, sobrecarregam os Sistemas de Saúde. A pesquisa buscou apresentar a evolução demográfica e epidemiológica mundial e no Brasil, assim como o Sistema de Saúde do Exército Brasileiro e suas ações direcionadas ao aprimoramento do atendimento à família militar, com enfoque nas necessidades do idoso. Justifica-se pelas conseqüentes sobrecargas ao Sistema de Saúde do Exército, com o respectivo aumento de idosos dependentes das OMS. O objetivo primário dessa pesquisa foi apresentar as ações do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro direcionadas ao aprimoramento do atendimento à família militar, com enfoque nas necessidades do idoso. A escolha do tema é relevante, pois aborda subsídios para a preparação do Sistema de Saúde do Exército para o atendimento aos idosos, com uma abordagem centrada na pessoa e não na doença, visando a aumentar a qualidade de vida, a preservar a saúde e a prevenir o adoecimento, gerando melhores resultados e com menores gastos em saúde. O tema foi delimitado às ações do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro no campo assistencial, para os usuários do sistema SAMED/FUSEx com faixa etária acima de 60 anos. A fim de atingir o objetivo primário e subsidiar a formulação do conhecimento, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e documental complementada com a aplicação de um Estudo de Caso.

Palavras-chave: SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO; ENVELHECIMENTO; SAÚDE DO IDOSO, ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

ABSTRACTS

The increase in life expectancy results in the increase in the number of elderly people in the country, representing a conquest of the favorable evolution of socioeconomic conditions and implying challenges related to the care to be provided to this population segment, especially in aspects related to health care assistance. In this age group, organic dysfunctions occur, with or without diseases, which may or may not be limited to their activities, performance and social role. As a rule, elderly people demands more medical appointments, exams, prolonged treatments and hospital admissions than younger and, consequently, overload the Health Systems. This research sought to present the demographic and epidemiological evolution worldwide and in Brazil, as well as the Brazilian Army Health System and its actions aimed at improving the service to the military family, focusing on the needs of the elderly. It is justified by the consequent burdens on the Army Health System, with the respective increase in elderly dependents of Military Health Organizations. The primary objective of this research was to present the actions of the Health System of the Brazilian Army aimed at improving care for the military family, focusing on the needs of the elderly. The choice of the theme is relevant because it addresses subsidies for the preparation of the Army Health System to care for the elderly, with an approach centered on the person and not on the disease, aiming to increase the quality of life, preserve health and prevent illness, generating better results and with lower health costs. The theme was delimited to the actions of the Health System of the Brazilian Army in the field of assistance, for users of the SAMED/FUSEx system aged over 60 years old. In order to achieve the primary objective and support the formulation of knowledge, a bibliographical and documental research was carried out, complemented with the application of a Case Study.

Keywords: ARMY HEALTH SYSTEM; AGING; ELDERLY HEALTH, HEALTH CARE.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABAS	Projeto “Atendimento Básico de Saúde”
AMH	Assistência Médico Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ASAM	Acreditação da Saúde Assistencial Militar
CF	Constituição Federal
DCIPAS	Departamento de Pensionistas e Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DGP	Departamento Geral do Pessoal
DSau	Diretoria de Saúde do Exército
EB	Exército Brasileiro
FUSEx	Fundo de Saúde do Exército
HMAB	Hospital Militar de Área de Brasília
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IR	Instrução Reguladora
NATIEx	Núcleo de Atendimento da Terceira Idade do Exército
OAS	Órgão de Apoio Setorial
OCS	Organização Civil de Saúde
ODS	Órgão de Direção Setorial
OMS	Organização Militar de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PMC	PubMed
PMED	Posto Médico
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSA	Profissional Autônomo da Área de Saúde
QCO	Quadro Complementar de Oficiais do Exército
RM	Região Militar
SAMMED	Sistema de Atendimento Médico-hospitalar aos Militares do Exército e seus Dependentes

SAS	Serviço de Assistência Social
SSEx	Sistema de Saúde do Exército
SUS	Sistema Único de Saúde
TAF	Teste de Aptidão Física
UAt	Unidade Atendente
UBS	Unidade Básica de Saúde
UG	Unidade Gestora
VOT	Visita de Orientação Técnica

LISTA DE FIGURAS

		Página
FIGURA 1 -	Pirâmide etária do Brasil - ano 1950.....	32
FIGURA 2 -	Pirâmide etária do Brasil - ano 2020	33
FIGURA 3 -	Pirâmide etária do Brasil - projeção para o ano 2060	34
FIGURA 4 -	Distribuição das OMS no Brasil.....	39

LISTA DE GRÁFICOS

		Página
GRÁFICO 1 -	Faixa etária dos pacientes - ambulatório de cardiologia ABR a DEZ/-2017.....	54
GRÁFICO 2 -	Atendimentos em Cardiologia de ABR/2017 a JUL /2018,,,,,	59

LISTA DE IMAGENS

		Página
IMAGEM 1 -	Posto Médico de Guarnição de Vila Velha – 2016.....	55
IMAGEM 2 -	Cartazes com programação dos Dias Temáticos.....	5/
IMAGEM 3 -	Eventos Dias Temáticos.....	57
IMAGEM 4 -	Participação da Banda de Música.....	58
IMAGEM 5 -	Dia Temático com palestra.....	58
IMAGEM 6 -	Atividades do Grupo da Fisioterapia.....	59

LISTA DE TABELAS

		Página
TABELA 1 -	Atendimentos Laboratoriais de JAN a JUL 2018.....	53

SUMÁRIO

	Página
1.	INTRODUÇÃO 18
1..	OBJETIVOS
1.1.1	Objetivo Geral. 20
1.1.2	Objetivos Específicos 20
1.2	HIPÓTESE
1.3	DELIMITAÇÃO DO ESTUDO..... 21
2.	METODOLOGIA 22
2.1	TIPO E NATUREZA DA PESQUISA
2.2	DELINEAMENTO DA PESQUISA
2.3	PROCEDIMENTOS PARA A REVISÃO DE LITERATURA
3.	REFERENCIAL TEÓRICO 25
3.1	FUNCIONAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) ... 25
3.2	DIRETRIZES PARA O CUIDADO DAS PESSOAS IDOSAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE(SUS)..... 26
3.2.1	Diretrizes Nacionais 27
3.2.2	Estratégias para organização da atenção à saúde da população idosa a partir do modelo de atenção integral..... 28
3.3	A DÉCADA DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL 2020-2030.... 28
4.	EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA..... 30
4.1	A EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA MUNDIAL
4.2	A EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL
4.2.1	Pirâmide etária do Brasil - ano 1950 31
4.2.2	Pirâmide etária do Brasil - ano 2020 32
4.2.3	Pirâmide etária do Brasil –projeção para o ano 2060 33
5 O	SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO E O IDOSO 34
5.1	O SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO
5.1.1	Legislação Normativa 35
5.1.1.1	Decreto Nr 95.512, de abril de 1986..... 35
5.1.1.2	Portaria Nr 048-DGP, de 28 de fevereiro de 2008..... 36
5.1.1.3	Portaria Ministerial Nr 3.055, de 7 de dezembro de 1978..... 36
5.1.1.4	Portaria Nr 653-Cmt Ex, de 30 de agosto de 2005 (IG 30-32)..... 36
5.1.1.5	Portaria Nr 492 de 19 de maio de 2020..... 36
5.1.1.6	Portaria Normativa Nr 66/MD, de 14 de novembro de 2016..... 37
5.1.2	Estrutura do Sistema de Saúde do Exército 37
5.1.3	Particularidades do Sistema SAMMED/FUSEx 40

6	A PESSOA IDOSA E OS IMPACTOS DO ENVELHECIMENTO PARA O SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO.....	43
6.1	A PESSOA IDOSA	43
6.1.1	Envelhecimento e fragilidade	43
6.1.2	Envelhecimento patológico	44
6.2	IMPACTOS DO ENVELHECIMENTO PARA O SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO.....	46
7	AÇÕES EM CURSO PARA O ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR DO IDOSO NO SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO.....	48
7.1	PLANO DE REVITALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE DO EXÉRCITO	48
7.2	PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DA SAÚDE ASSISTENCIAL MILITAR (PASAM)	48
7.3	PROJETO ABAS	50
7.4	NÚCLEO DE ATENDIMENTO DA TERCEIRA IDADE DO EXÉRCITO	51
7.5	CENTRO DE CONVIVÊNCIA ATIVIDADE PLENA	52
8	RELATO DE CASO	53
9	CONCLUSÃO	61
10	REFERÊNCIAS	63

1 INTRODUÇÃO

A sociedade mundial envelhece de forma rápida e progressiva, como resultado de um movimento demográfico combinado que ensejou em um processo de transição demográfica global em progresso desde meados do século XX.

Para a Organização Mundial de Saúde, o aumento da expectativa média de vida das populações representa uma conquista coletiva notável, em função de avanços no desenvolvimento social e econômico, bem como na saúde, especificamente, no sucesso em lidar com doenças infantis fatais, com a mortalidade materna e, mais recentemente, com a mortalidade das pessoas idosas. (OPAS, 2021).

Esse processo tem ocasionado rápidas mudanças no perfil demográfico e epidemiológico dos países, marcadamente nos menos desenvolvidos, e causado efeitos diretos sobre os sistemas de saúde, pelo aumento direto de demandas que requerem respostas das políticas sociais. Isto tem implicado na necessidade de emprego de novas formas de cuidado ao idoso, relacionadas a um aumento dos custos globais com saúde e à necessidade de acesso a uma série de direitos sociais e do cuidado prolongado com o idoso, entre outros determinantes.

Essa nova realidade assume tamanha importância que, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu um plano de colaboração combinada e sustentada para apoiar ações de construção de uma sociedade para todas as idades que reunirá governos, agências internacionais, profissionais de várias áreas, a academia, a mídia e o setor privado, a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, de suas famílias e de suas comunidades.

O plano “A Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030” é a principal ferramenta para alcançar esse objetivo, baseando-se na Estratégia Global da Organização Mundial de Saúde sobre Envelhecimento e Saúde, no Plano de Ação Internacional das Nações Unidas para o Envelhecimento e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda das Nações Unidas 2030.

Mundialmente, o incremento do número absoluto dos indivíduos idosos¹ tem gerado importantes consequências para as redes de saúde em geral. Agregam-se investimentos públicos insuficientes em saúde em contrapartida ao crescimento progressivo dos valores dos gastos em tratamentos de saúde, quer seja pelo aumento

¹ Idosos – definido pelo Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, como pessoas na faixa etária acima de 60 anos.

da utilização e demanda por esses serviços ou pela chamada “inflação médica”, que eleva os preços dos serviços prestados em função do desenvolvimento técnico-científico que encarece os tratamentos de saúde. Assim sendo, tanto o Sistema Único de Saúde (SUS) quanto as operadoras de planos de saúde, por intermédio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), estão trabalhando seriamente na busca por soluções para essas demandas.

Paralelamente, essa tendência demográfica determina modificações na composição das famílias, em função da redução do número de nascimentos, pela queda nas taxas de fertilidade e pela mudança do papel da mulher no mercado de trabalho. Tal fato também se reproduz no âmbito do Exército Brasileiro, refletindo-se no crescimento da quantidade de idosos e no aumento da longevidade na Família Militar.

Outros pontos que merecem destaque é a progressiva contração do poder aquisitivo dos militares, decorrente de fatores relacionados às políticas e às restrições econômicas vigentes e a escassez de profissionais de saúde especializados e motivados a prestar um atendimento de excelência, por tempo prolongado, ao idoso.

Conforme pode-se observar, o somatório desses fatores resulta em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa, dirigidos principalmente às políticas de saúde, de assistência e de previdência social, a partir do emprego de estratégias voltadas à prevenção e ao aumento da qualidade de vida, buscando centrar o foco do cuidado no doente e não na doença.

Nesse sentido, este trabalho buscou apresentar a evolução demográfica e epidemiológica mundial e brasileira, assim como as ações direcionadas pelo Sistema de Saúde do Exército Brasileiro para o aprimoramento do atendimento à família militar, com enfoque nas necessidades do idoso.

A escolha do tema justifica-se pelas conseqüentes sobrecargas sobre o Sistema de Saúde ocasionadas pelo aumento do número de idosos atendidos nas Organizações Militares de Saúde (OMS). É relevante para a preparação do Sistema de Saúde do Exército que o atendimento aos idosos tenha uma abordagem centrada na pessoa e não na doença, visando a aumentar a qualidade de vida, a preservar a saúde e a prevenir o adoecimento, gerando melhores resultados com menores gastos.

O tema foi delimitado às ações do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro no campo assistencial para os usuários do sistema SAMED/FUSEx com faixa etária acima de 60 anos de idade.

A fim de atingir o objetivo primário e subsidiar a formulação do conhecimento, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, descritiva e documental, no período do ano 2000 a 2021, e aplicado um Estudo de Caso.

Finalmente, o problema levantado pelo presente estudo é “quais as ações o SSEX pode implementar para aprimorar o atendimento à família militar, com enfoque nas necessidades do idoso?”

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Apresentar ações do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro direcionadas ao aprimoramento do atendimento da família militar com enfoque nas necessidades do idoso.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a. Apresentar a evolução demográfica e epidemiológica no mundo e no Brasil destacando a faixa etária acima dos 60 anos.
- b. Apresentar o Sistema de Saúde do Exército Brasileiro e suas particularidades.
- c. Apresentar as ações em curso no Sistema de Saúde do Exército Brasileiro para o atendimento médico-hospitalar da família militar, com ênfase no idoso.
- d. Apresentar um relato de caso abordando ações adaptadas ao Sistema de Saúde do Exército Brasileiro que viabilizem a mudança no foco para o cuidado centrado na pessoa e não na doença.

1.2 HIPÓTESE

Quanto melhor for a preparação do Sistema de Saúde do Exército para o atendimento de idosos com uma abordagem centrada na pessoa e não na doença, visando agregar qualidade de vida para preservar a saúde e prevenir o adoecimento por motivos evitáveis, maior será a sua efetividade e resolubilidade, gerando melhores

resultados e com menores gastos em saúde possibilitando obter maior satisfação de seu público-alvo.

1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo está limitado às ações do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro no campo assistencial, em Tempo de Paz, relacionadas ao atendimento dos usuários acima de 60 anos e ao conseqüente aumento dos gastos em saúde, abordando os possíveis impactos do envelhecimento da população brasileira no Sistema de Saúde do Exército e discorrendo sobre as ações passíveis de serem aplicadas visando à melhoria no atendimento e o aumento na qualidade de vida para a mitigação desses impactos.

Em relação ao limite temporal, foi considerada uma pesquisa bibliográfica dos últimos 21 anos.

2. METODOLOGIA

2.1 TIPO E NATUREZA DA PESQUISA

Seguindo a taxionomia de Vergara (2009), o presente estudo classifica-se como uma pesquisa descritiva, bibliográfica e documental. Foi realizado um trabalho com abordagem qualitativa de cunho exploratório. Descritiva porque pretende descrever o atendimento de idosos no Sistema de Saúde do Exército Brasileiro. Essa abordagem de pesquisa consiste em um tipo de investigação que tem a finalidade de compreender fenômenos em seu caráter subjetivo, sendo aplicável para estudos organizacionais e gerenciais. Segundo GIL (2008), o objetivo de uma pesquisa exploratória é familiarizar-se com um assunto ainda pouco conhecido e pouco explorado. O presente trabalho reveste-se de cunho exploratório, porque há poucas informações disponíveis sobre a presente questão no âmbito do Exército Brasileiro.

A metodologia aplicada foi o Estudo de Caso².

Quanto ao procedimento este trabalho consta de análise documental e bibliográfica. Por definição, a análise documental baseia-se na consulta a documentos, manuais e legislações restritos do EB com dados não tratados estatisticamente e não disponíveis para consultas públicas para expor a situação atual do atendimento de saúde no âmbito do Sistema de Saúde do Exército. A pesquisa bibliográfica baseia-se em utilização de fontes de consulta tratadas cientificamente e disponíveis em livros, manuais e artigos de acesso livre ao público em geral. A análise Bibliográfica permite a fundamentação teórica alicerçada na consulta de artigos científicos, documentos eletrônicos, livros e manuais, utilizando-se, assim, de dados cientificamente tratados.

Assim sendo, para a elaboração do presente estudo a sua fundamentação teórico-metodológica baseou-se em investigação sobre assuntos relacionados ao incremento na quantidade de idosos e da evolução das demandas relacionadas a este fato no âmbito do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro. Adicionalmente, foi apresentada a estrutura deste Sistema, destacando as ações em curso para o atendimento da família militar com enfoque nos usuários da terceira idade.

² Estudo de caso - é uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, sendo que os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. (Yin, 2001).

2.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O delineamento de pesquisa contemplou as fases de levantamento e seleção da bibliografia; descrição do caso clínico; leitura analítica e fichamento das fontes; argumentação e discussão dos resultados.

2.3 PROCEDIMENTOS PARA A REVISÃO DE LITERATURA

A fim de elaborar a definição de termos foram levantadas informações de interesse e para a estruturação de um modelo teórico de análise foi realizada revisão de literatura conforme os critérios a seguir:

a. Fontes de busca

- Os artigos da revisão da literatura foram selecionados no sítio do PMC na internet (PubMed Central® -PMC – esta é uma plataforma de pesquisa gratuita de periódicos biomédicos e de ciências biológicas da Biblioteca Nacional de Medicina dos Institutos Nacionais de Saúde dos Estados Unidos da América) e em outros sítios de busca como Libgen, Scielo e Google Acadêmico;

- Livros e monografias constantes da Biblioteca da Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais e da Biblioteca da Escola de Comando e Estado-Maior do Exército; e

- Monografias do Sistema de Monografias e Teses do Exército Brasileiro.

- Em relação aos assuntos relativos ao EB foi realizada pesquisa no BiDEx.

b. Estratégia de busca para as bases de dados eletrônicas

As pesquisas foram realizadas utilizando-se os descritivos “*population-ageing*” e “*elderly health*” na barra de busca, respeitando as peculiaridades de cada base de dado. Após a pesquisa eletrônica, as referências bibliográficas dos estudos considerados relevantes foram revisadas, no sentido de encontrar artigos não localizados na referida pesquisa.

c. Critérios de inclusão:

- Estudos publicados em português, inglês ou espanhol.

- Estudos publicados a partir de 2000 até 2021.

- Legislação Normativa do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro que permaneça atualmente em vigor, independentemente de sua data de publicação.

d. Critérios de exclusão:

- Estudos cujo desenho de pesquisa foi pouco definido e/ou explicitado.
- Estudos baseados em reutilização de dados obtidos em trabalhos anteriores.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 FUNCIONAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Com a finalidade de alicerçar o entendimento das questões relacionadas ao atendimento dos indivíduos com mais de 60 anos no Brasil, é necessário um breve embasamento a respeito das bases e dos marcos legais que orientam do funcionamento do sistema de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema público de saúde brasileiro, criado a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 – LEI ORGÂNICA DA SAÚDE. Baseia-se nos princípios da integralidade, oferecendo atendimento em saúde desde as necessidades mais básicas até as mais complexas, da universalidade, por ser de livre acesso a toda a população e da gratuidade a todos os cidadãos. Tem por objetivo fornecer atenção integral à saúde e, para tanto, estrutura-se em redes de atendimento hierarquizadas de distribuição regional.

A organização da assistência em um sistema de Redes de Atenção à Saúde (RAS) consiste em uma das diretrizes do SUS e uma estratégia que visa oferecer soluções para óbices à sua gestão. Nesse sentido, a Portaria Nr 4.279, de 30 de dezembro de 2010 apresenta os “fundamentos conceituais e operativos” que são essenciais a esse processo de organização, visando a assegurar que o usuário receba de maneira eficiente e eficaz todas as ações e serviços de que necessita. Corroborando com esse fim o Decreto Nr 7.508, de 20 de junho de 2011, que prevê a articulação dessas redes nas três esferas administrativas do país.

A Portaria Nr 2.436, de 21 de setembro 2011, aprovou a POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS e “define a organização na RAS, como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população.” Ela indica o uso do sistema de referenciamento para especialistas como forma de aumentar a resolutividade e manter o vínculo com o paciente.

Dentro dessa estrutura em redes as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são o local onde é prestada a Atenção Básica (AB) como “porta de entrada preferencial” no sistema de saúde, devendo esse ser o elo forte da cadeia. Nessas unidades trabalham equipes multiprofissionais para oferecer o tratamento inicial e o acompanhamento ao usuário, entre elas destacam-se:

- 1) equipe de saúde de família;
- 2) núcleo ampliado de saúde da família;
- 3) equipe de atenção básica;
- 4) equipe de saúde bucal;
- 5) equipes de agentes comunitários de saúde;
- 6) equipes para populações específicas.

3.2 DIRETRIZES PARA O CUIDADO DAS PESSOAS IDOSAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE(SUS)

A fim de fazer frente ao contexto de evolução demográfica e a consequente transição epidemiológica existentes país devido ao crescimento da população de indivíduos com mais de 60 anos e à consequente mudança nas demandas aos serviços de saúde, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) de 1999 foi atualizada em 2006.

Com o objetivo de melhor atender as necessidades de organizar e ampliar a atenção ao idoso foi proposto um Modelo de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa materializado no documento “DIRETRIZES PARA O CUIDADO DAS PESSOAS IDOSAS”. Essas diretrizes foram elaboradas pela Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Departamento de Atenção Especializada e Temática da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Sua base legal subsidia-se na nova versão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (PT Nr 2.528/2006) e outros diplomas relacionadas à saúde do idoso; entre eles: a Política Nacional do Idoso (PNI) – Lei Nr 8.842/1994, que prevê a garantia dos direitos sociais à pessoa idosa e o Estatuto do Idoso – Lei Nr 10.741/2003, em especial no que concerne ao Capítulo IV – Do Direito à Saúde, entre outras referências.

Tais diretrizes destinam-se a sistematizar e organizar o cuidado ao idoso inserindo-o no contexto já existente e definindo no sistema público de saúde. Confirmando como meio de acesso e controle ao sistema de saúde a rede a Atenção Básica e, como premissa, o fato de que as características particulares desse público devem ser observadas e contempladas durante seu ciclo de atendimento a fim de facilitar seu amplo acesso aos serviços de saúde.

3.2.1 Diretrizes Nacionais

Nessa sessão serão relatadas as diretrizes propostas no documento acima citado a fim de descrever a conceituação e as orientações que devem ser balizados em relação ao modelo de cuidado e atenção integral à saúde do idoso.

Como parte do novo enfoque, a atenção deve ser centrada no indivíduo, considerando suas interações e baseada nas necessidades da população. Para tanto, as demandas de cuidado desse segmento devem receber prioridade.

“A atenção deve ser baseada nas necessidades da população, centrada no indivíduo, considerando sua integração na família e na comunidade, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença. A especificidade e a heterogeneidade nos processos de envelhecer devem ser consideradas, a partir dos determinantes sociais da saúde, nos seus mais diferentes aspectos, considerando ainda as diferenças de gênero e raça, buscando a equidade e resolutividade do cuidado a ser ofertado. Para isso, as especificidades e singularidades da população idosa com suas novas demandas de cuidado devem ser priorizadas na organização e oferta de serviços.” (DIRETRIZES NACIONAIS PARA O CUIDADO DAS PESSOAS IDOSAS, pag. 16)

Assim sendo, conforme as diretrizes, devem ser garantidos: acessibilidade, acolhimento e cuidado humanizado a partir do respeito às necessidades e capacidades de cada indivíduo em todas as etapas do processo de atendimento e em todos os locais de acesso.

É indicado o “investimento na articulação setorial e intersetorial”, em especial aproximada com a Assistência Social visando à definição de responsabilidades relativas a temas de cuidado familiar e domiciliar, bem como avaliação de cuidados institucionais, quando for o caso.

O documento afirma, ainda, que a “implantação do modelo “depende da articulação entre as 3 esferas do Sistema” (municipal, estadual e federal), com definição clara de objetivos e metas para curto, médio e longo prazos, além da necessidade “do desenvolvimento da capacidade de gestão para planejar, monitorizar e avaliar o desempenho da atenção prestada”.

Entre as diretrizes há a referência à importância de um sistema de regulação eficiente como fundamental para bem organizar os fluxos de referência e contrarreferência, permitindo o livre acesso dos pacientes aos recursos necessários, com tempestividade, reduzindo a sobrecarga do sistema e centralizando o cuidado do idoso. Em relação à equipe de trabalho, o documento afirma que: “Para garantir a qualidade da atenção, é necessário assegurar recursos humanos suficientes e

capacitados, reforçando a necessidade de investimento na formação profissional e educação permanente.”

A articulação logística é outro ponto de destaque para estruturar os fluxos entre as diferentes estruturas de atendimento dentro da mesma região geográfica, tanto em relação aos atendimentos ambulatoriais, quanto aos atendimentos de urgência. É necessário que haja troca de informações entre as diferentes unidades e facilitação do tráfego entre elas.

Cabe ressaltar que a garantia do respeito aos direitos universais da pessoa humana e a participação do próprio usuário nos processos de tomada de decisão conforme suas capacidades é um dos pontos de destaque entre as diretrizes.

3.2.2 Estratégias para organização da atenção à saúde da população idosa a partir do modelo de atenção integral

De forma sintética, as estratégias propostas no presente documento são as seguintes:

- a. destacar a importância e o potencial do trabalho em rede;
- b. definir a integração com os diferentes pontos de atenção do SUS como uma estratégia que proporcione a produção do cuidado integral à pessoa idosa de forma adequada às suas necessidades;
- c. identificar quais são os pontos de atenção estratégicos na Atenção Básica, na Atenção Ambulatorial Especializada, na Atenção Hospitalar Especializada, na Urgência e na Emergência; e
- d. confirmar a importância da articulação intersetorial.

3.3 A DÉCADA DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL 2020-2030

Em atenção às implicações relacionadas ao envelhecimento progressivo da população mundial e da importância de preparar todas as sociedades para atender a uma população envelhecida a Organização Mundial de Saúde estabeleceu diretrizes que pretendem apoiar a consecução deste fim no documento intitulado: “DÉCADA DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL 2020-2030”. Essa estratégia baseia-se na “Estratégia Global da OMS sobre Envelhecimento e Saúde”, no “Plano de Ação Internacional da Nações Unidas para o Envelhecimento” e nos “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda das Nações Unidas”

Esse documento descreve, detalhadamente, um plano global para 10 anos, que pretende reunir todos os setores da sociedade internacional a fim de melhorar a vida das pessoas idosas, de suas famílias e de suas comunidades, para a construção de uma Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030.

A estratégia proposta é alicerçada em três áreas de ação, assim descritas:

- 1) mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos com relação à idade e ao envelhecimento;
- 2) garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas; e;
- 3) entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados à pessoa idosa.

Assim sendo este plano tem pretensões de atingir a sociedade global.

4 EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

4.1 A EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA MUNDIAL

O prolongamento da vida representa um objetivo perseguido pelos seres vivos desde o princípio da história da humanidade. O envelhecimento da população é um fenômeno global que tem ocorrido de forma progressiva em todos os países do mundo. De fato, a quantidade de idosos e a maior longevidade podem ser observadas em diversas sociedades hoje em dia.

O documento *Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030* destaca

“Vidas mais longas correspondem a uma das nossas conquistas coletivas mais notáveis. Elas refletem avanços no desenvolvimento social e econômico bem como na saúde, especificamente, nosso sucesso em lidar com doenças infantis fatais, com a mortalidade materna e, mais recentemente, com a mortalidade das pessoas idosas.”

Cabe destacar os diversos fatores, relacionados ao aprimoramento da qualidade de vida, que têm contribuído para esse avanço, como a melhoria do estado nutricional, a redução do número de mortes causadas por doenças infecciosas, o sucesso do tratamento de doenças e a redução das consequências das injúrias à saúde física. Nesse contexto, o processo evolutivo provocado pela revolução industrial e pela revolução sanitária apresenta papel primordial. O incremento progressivo nas condições de vida, de saúde e moradia, observado ao longo das últimas décadas, tem conferido um grau crescente de proteção ao ser humano, com o consequente aumento da longevidade do Homem. (OPAS, 2020).

A sociedade global tem passado por profundas modificações estruturais que podem configurar uma verdadeira “Revolução Demográfica” em progressão. Em virtude do atual processo de globalização, tal fenômeno tem ocorrido tanto nas áreas com economias mais desenvolvidas como em áreas onde a situação socioeconômica ainda carece de maior atenção.

Uma diferença importante a ser observada nesse processo é o lapso temporal em que essa mudança se consolida. Enquanto as sociedades mais bem estruturadas e de maior desenvolvimento socioeconômico e cultural absorvem o processo de maneira mais rápida, as sociedades mais vulneráveis enfrentam maiores dificuldades para responder às novas e crescentes necessidades que se apresentam.

4.2 A EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL

Esse processo de aumento da expectativa de vida, com o respectivo envelhecimento da sociedade, também é observado no Brasil. Como um país jovem, de grandes dimensões e variadas realidades regionais, com economia em desenvolvimento e pouco estável, nossa nação necessita encontrar soluções próprias para enfrentar os desafios relacionados a essa realidade.

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tem ocorrido um envelhecimento acelerado e constante na população brasileira, marcadamente a partir das décadas de 1940 a 1960, em decorrência, principalmente, da redução nas taxas de mortalidade e do aumento da expectativa média de vida da população aliadas à redução da taxa de natalidade. Essa situação resulta em aumento da esperança de vida em idades avançadas, associado ao crescimento relativo desse segmento populacional e ao aumento do número absoluto dos indivíduos com mais de 60 anos.

A fim de entender a dinâmica populacional é necessário que se faça uma avaliação estrutural de uma sociedade ao longo de um período de tempo. Como instrumento de análise, a chamada Pirâmide Etária³ mostra-se bastante didática.

Ao compararmos as pirâmides etárias do País, ao longo das últimas décadas, é possível observar uma substancial mudança em sua forma, refletindo as modificações que tem ocorrido em nossa sociedade nesse período.

Para fins de ilustração e para auxiliar a compreensão, realizou-se uma breve comparação ao longo de um período de 110 anos, utilizando as pirâmides etárias correspondentes aos anos de 1950, de 2020 e a projeção para 2060.

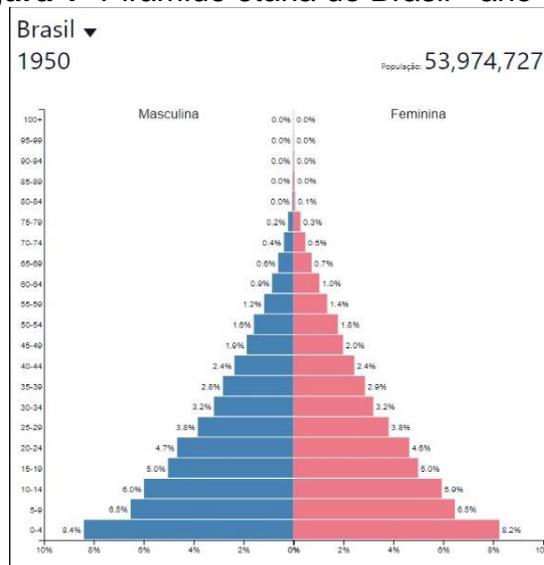
4.2.1 Pirâmide etária do Brasil - ano 1950

O Brasil, na década de 1950, possuía uma população composta de uma maioria de crianças e jovens, com uma pequena quantidade de idosos e uma porcentagem ínfima de pessoas acima de 60 anos. Nesse período, a economia era baseada, principalmente, na produção rural e a sociedade privilegiava famílias numerosas, como forma de aumentar a produtividade no campo, a partir do uso de mão-de-obra familiar. As taxas de natalidade eram elevadas. A precariedade das condições

³ Pirâmide Etária – termo empregado para definir uma representação gráfica que organiza a distribuição da população de um determinado lugar no espaço, em um determinado momento, segundo faixas de idade, dividindo-a por sexo e expressa em porcentagem.

médico-sanitárias determinava altas taxas de doenças, principalmente as infectocontagiosas. Uma grande mortalidade estava associada ao baixo desenvolvimento técnico-científico. Esses e outros fatores atuavam sinergicamente, proporcionando altas taxas de mortalidade precoce e reduzindo a expectativa média de vida do cidadão brasileiro. A situação populacional do Brasil no ano de 1950 pode ser representada como uma figura com formato semelhante a um triângulo, de base alargada e com pouca altura. (Figura 1).

Figura 1- Pirâmide etária do Brasil - ano 1950



Fonte: <https://www.populationpyramid.net>. Acesso em 10 AGO 21.

4.2.2 Pirâmide etária do Brasil - ano 2020

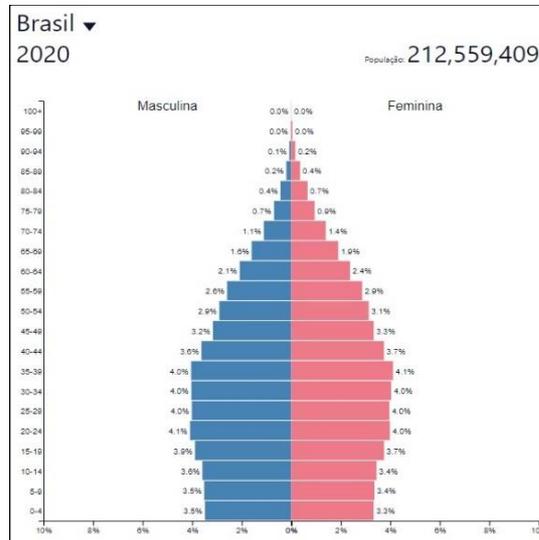
Da análise da população brasileira nesse período, é possível inferir que ocorreu uma redução significativa na quantidade de criança e jovens, com aumento na quantidade de adultos e idosos. Essa modificação ocorreu, basicamente, devido ao desenvolvimento técnico-científico e socioeconômico observado pelo País nos anos anteriores, que acabaram por alterar o seu padrão populacional.

A entrada e a ascensão da mulher no mercado de trabalho, assim como o aumento do grau de escolarização deste segmento, provocaram a redução nas taxas de natalidade, com a conseqüente diminuição no número de crianças na sociedade.

Observa-se, também, um aumento da quantidade de anos vividos pela população, relacionado ao aumento da expectativa média de vida no País. Assim, é possível identificar que a idade média da população brasileira, no ano de 2020, é consideravelmente maior quando comparada ao ano de 1950. Tal fato permite

depreender que houve um grande incremento no processo de envelhecimento da população brasileira em um período de apenas 70 anos. (Figura 2).

Figura 2 - Pirâmide etária do Brasil - ano 2020



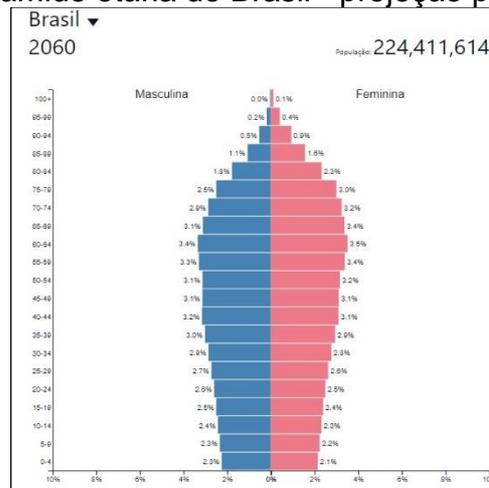
Fonte: <https://www.populationpyramid.net>. Acesso em 10 AGO 21.

Observa-se que a figura se transformou de uma pirâmide triangular para outra que mais se assemelha a um sino. É importante assinalar que houve redução marcante da base, com aumento do corpo e crescimento na altura.

4.2.3 Pirâmide etária do Brasil –projeção para o ano 2060

Na projeção esperada para 2060 observa-se uma tendência para o crescimento do percentual dos indivíduos de idade mais avançada aliada ao aumento da expectativa média de vida, que ocorrem em função da queda progressiva nas taxas de mortalidade. Em contrapartida, a tendência de redução das taxas de natalidade resulta na diminuição da quantidade de crianças e jovens na população. A combinação desses fatores culmina em aumento na quantidade de indivíduos que ocupam o topo da pirâmide e na redução dos que ocupam a base. (Figura 3).

Figura 3 - Pirâmide etária do Brasil - projeção para o ano 2060



Fonte: <https://www.populationpyramid.net>. Acesso em 10 AGO 21.

O índice de envelhecimento crescente da população brasileira indica uma série de necessidades e desafios a serem enfrentados pelo País, a fim de amparar e acolher essa importante parcela de nossa sociedade.

5 O SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO E O IDOSO

5.1 O SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO

O Sistema de Saúde do Exército (SSEx) é o responsável por prover a assistência médico-hospitalar aos militares Família Militar, atuando em tempo de paz ou de guerra. (BRASIL, 1986).

Ele é composto pelo conjunto de órgãos e organizações militares, meios materiais e de pessoal, recursos orçamentários e financeiros, normas e atividades que atuam de forma estruturada e sinérgica para atender o objetivo de prestar a assistência de saúde aos seus beneficiários bem como prover o apoio de saúde às atividades militares.

O Sistema de Atendimento Médico-hospitalar aos Militares do Exército e seus Dependentes (SAMMED) é complementado pelo Fundo de Saúde do Exército (FUSEx), que tem o objetivo de ampliar a capacidade de atendimento em quantidade e em qualidade. Ao todo, são atendidos cerca de 750 mil beneficiários em todo o território nacional, sendo que, dentre os atendidos pelo SAMMED, mais de 600 mil também são beneficiários do FUSEx. (BRASIL, 2021).

Devido ao fato de tratar-se de um órgão integrante da administração pública direta, adota um modelo de gestão vertical. Nesse modelo, a gestão é exercida

conforme níveis hierárquicos bem definidos, onde os colaboradores executam funções e as decisões são tomadas por aqueles que ocupam cargos de chefia, possui um organograma com vários níveis administrativos e hierárquicos (MARQUES, 2019). A aplicação de recursos ocorre de forma mista, sendo estes, aplicados em parte para pagamento de contratos. Possui estrutura de atendimento hierarquizada, em escala progressiva de acordo com a complexidade do atendimento necessário. Esse sistema segue o modelo hospitalocêntrico, caracterizado pela “a atuação centrada no hospital como “*lócus*” de atuação, nas ações centradas no médico, no corpo dividido em partes, nas especialidades médicas, na doença e na cura desta”. (PEREIRA, 2020).

Devido às suas características, esse pode ser considerado, atualmente, uma das principais redes de assistência de saúde do Brasil depois do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto em relação aos valores movimentados quanto em relação à extensão e abrangência de cobertura.

5.1.1 Legislação Normativa

Sabendo-se que a necessidade de prestação de assistência médico-hospitalar aos integrantes das Forças Armadas, especialmente ao Exército Brasileiro, é uma realidade que remonta de longa data e que suscita regulação por uma série de legislações infraconstitucionais, observa-se, ainda, que algumas delas remontam a datas anteriores à Constituição Federal (CF) de 1988.

Para fins de entendimento deste complexo Sistema, faz-se necessário compreender o seu funcionamento e a conceituação de alguns termos utilizados estabelecidos de acordo com a seguinte legislação:

5.1.1.1 Decreto Nr 95.512, de abril de 1986.

O Decreto Nr 95.512, define a assistência médico-hospitalar como um conjunto de atividades que abrange os serviços profissionais médicos, odontológicos e farmacêuticos, assim como a aplicação de meios e cuidados e demais atos médicos e paramédicos.

III - Assistência Médico-Hospitalar - é conjunto de atividades relacionadas com a prevenção, conservação ou recuperação da saúde, abrangendo serviços profissionais médicos, farmacêuticos e odontológicos, bem como o fornecimento, a aplicação de meios e os cuidados e demais atos médicos e paramédicos necessários (BRASIL, 1986).

5.1.1.2 Portaria Nr 048-DGP, de 28 de fevereiro de 2008.

A Portaria Nr 048-DGP aprovou as Instruções Reguladoras para a Assistência Médico-Hospitalar aos Beneficiários do Fundo de Saúde do Exército (IR 30-38) e previu os locais de atendimento aos beneficiários do FUSEx.

Art. 5º “O atendimento ao beneficiário do FUSEx será realizado, prioritariamente, em Unidades de Atendimento (UAt) (BRASIL, 2008), nos termos destas IR” Definida UAt, nessa Portaria como “qualquer OM ou OMS que tenha condições de prestar a AMH e/ou ambulatorial ou realizar o encaminhamento” (BRASIL, 2008).

5.1.1.3 Portaria Ministerial Nr 3.055, de 7 de dezembro de 1978.

A Portaria Ministerial Nr 3.055 foi criada a fim de complementar o custeio do Fundo de Saúde do Exército (FUSEx).

Quando necessário, esse atendimento poderá ser complementado pelo Fundo de Saúde do Exército (FUSEx), efetivando contratos e credenciamentos com Organizações Civas de Saúde (OCS) e com Profissionais Autônomos da Área de Saúde (PSA). Esse expediente possibilita que a demanda excedente nas OMS seja encaminhada para atendimento externo, mediante o pagamento dos serviços prestados.

5.1.1.4 Portaria Nr 653-Cmt Ex, de 30 de agosto de 2005 (IG 30-32).

A Portaria Nr 653-Cmt Ex, de 30 de agosto de 2005, - IG 30-32 - aprovou as Instruções Gerais para o Fundo de Saúde do Exército e sofreu alterações aprovadas pela Portaria Nr 493, de 19 de maio de 2020.

5.1.1.5 Portaria Nr 492 de 19 de maio de 2020.

A Portaria Nr 492, de 19 de maio de 2020, define o Fundo de Saúde do Exército, como um fundo financeiro constituído de contribuições obrigatórias e atendimentos médico-hospitalares indenizáveis ao mesmo tempo que conceitua seus beneficiários como os militares da ativa, os veteranos e os seus dependentes.

“Fundo de Saúde do Exército (FuSEx) – é o fundo constituído de recursos financeiros oriundos de contribuições obrigatórias e indenizações de atendimento médico-hospitalar pelos militares, na ativa e na inatividade, e pelos pensionistas contribuintes do FuSEx, destinado, precipuamente, a complementar o custeio da AMH para os beneficiários do Fundo.”

Essa Portaria aprovou as Instruções Gerais para o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército (SAMMED) ao universo dos beneficiários do AMH (Atendimento Médico Hospitalar), segundo suas participações nos custos da referida assistência, seus Dependentes e Pensionistas Militares. Assim como os candidatos a isenção (SAMMED/ ISENTOS) e aqueles dependentes de militares que não compreendem os pressupostos para se cadastrarem como beneficiários do FuSEx, contudo estão amparados pelo Estatuto dos Militares (SAMMED/DEPENDENTES).

5.1.1.6 Portaria Normativa Nr 66/MD, de 14 de novembro de 2016.

Essa norma define os eixos estratégicos das Diretrizes de Saúde do Ministério da Defesa e os classifica em 4 eixos: operacional, pericial, assistencial e de ensino e pesquisa, definindo a composição e capacidades de cada um e atribui às Forças Armadas a responsabilidade de promover o aperfeiçoamento técnico da equipe técnica responsável pela área de saúde.

5.1.2 Estrutura do Sistema de Saúde do Exército

A fim de cumprir sua missão de prestar o atendimento médico-hospitalar aos militares da ativa e da reserva, a seus familiares e dependentes, bem como aos pensionistas e demais assistidos por força de lei, o Sistema de Saúde do Exército apresenta estrutura hierarquizada. O órgão técnico-normativo central desse complexo sistema é a Diretoria de Saúde (DSau), um Órgão de Apoio Setorial (OAS) do Departamento Geral do Pessoal (DGP), cuja responsabilidade está relacionada diretamente ao apoio de saúde no âmbito do Exército Brasileiro.

O Sistema de Saúde do Exército é composto por um conjunto estruturado e sinérgico, constituído pelo Serviço de Saúde do Exército, seus recursos financeiros e orçamentários, e pelo seu normativo legal.

As OMS do Exército distribuem-se entre: 29 postos médicos (PMED); 4 policlínicas; 33 hospitais; e 4 OMS especiais (BRASIL, 2005).

Essas unidades estão estruturadas conforme grau de complexidade crescente de forma a racionalizar a cadeia de atendimento e evacuação dentro do Território Nacional.

Atualmente estrutura-se em 524 unidades distribuídas e assim conceituadas:

- 340 Unidades Atendentes (UAt): conceituadas como “qualquer OM ou OMS que tenha condições de prestar a Assistência Médico-Hospitalar e/ou ambulatorial ou realizar o encaminhamento”;

- 122 Unidades Gestoras (UG/FuSEx): OM e OMS responsáveis pela averbação das despesas referentes aos atendimentos prestados aos beneficiários do Sistema de Saúde do Exército e pelo pagamento das despesas realizadas em OCS ou PSA”; e

- 62 Organizações Militares de Saúde (OMS): organizações militares do Serviço de Saúde do Exército destinadas a prestar AMH aos beneficiários do Sistema de Saúde do Exército.

Os Postos Médicos de Guarnição são as unidades destinadas ao atendimento ambulatorial básico, sendo classificados em 4 tipos, conforme grau de complexidade crescente e quantidade de especialidades atendidas. As Policlínicas possuem estrutura mais robusta, mas também mantém capacidade ambulatorial. Essas unidades, dedicadas ao atendimento ambulatorial são diretamente impactadas com aumento da clientela e são o ponto de acesso de diversos usuários ao SSEX. Sendo esse o ponto onde é possível atuar no estabelecimento de iniciativas voltadas à prevenção e que podem ser valiosas principalmente para o público acima dos 60 anos.

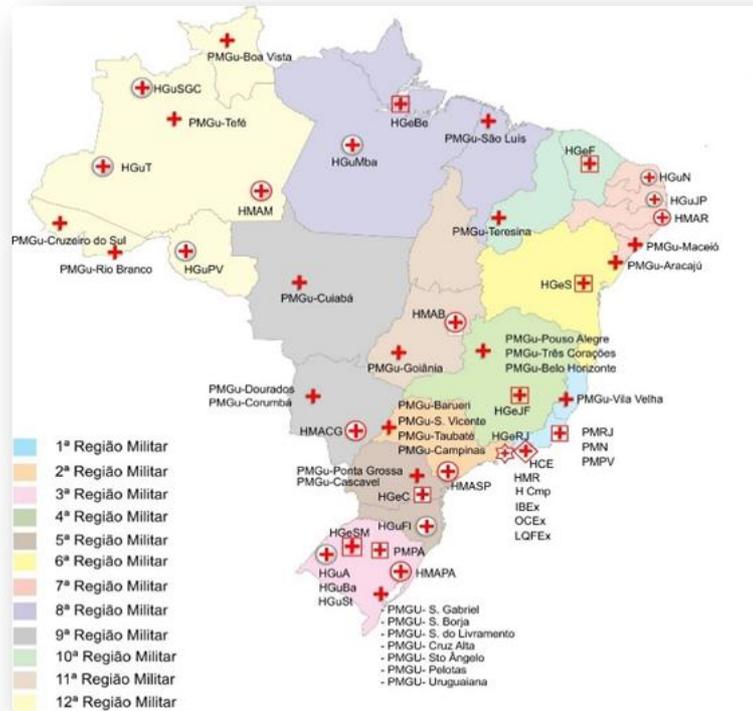
O atendimento hospitalar é realizado em: 15 Hospitais de Guarnição; 11 Hospitais Gerais; 6 Hospitais Militares de Área; e 1 Hospital Central do Exército, de nível quaternário.

Destacam-se, ainda, como OMS especiais, o Hospital de Campanha, o Instituto de Biologia do Exército, a Odontoclínica Central do Exército e o Laboratório Químico Farmacêutico do Exército.

Atuando por intermédio dessa ampla rede capilarizada e bem estruturada, o Sistema de Atendimento Médico-hospitalar aos Militares do Exército e seus Dependentes (SAMMED) tem por premissa garantir a capacidade de prestar atendimento aos seus beneficiários em todo o País. (DSau, 2020).

As OMS estão distribuídas no território nacional de acordo com a figura 4 com o intuito de atender às necessidades da Força relacionadas à saúde operacional, assistencial, pericial e/ou atividades de ensino e pesquisa.

Figura 4 - Organizações Militares de Saúde do Exército



Fonte: Diretoria de Saúde do Exército

A partir da organização de um sistema escalonado de atendimento ambulatorial e hospitalar sediado em unidades militares próprias e equipadas, conforme níveis crescentes de complexidade, ainda conta com uma cadeia de evacuação terrestre, capaz de garantir a referência e a contrarreferência a partir de qualquer localidade da federação. Essa estrutura, alinhada aos planos estratégicos do Exército, é dotada de capacidades que permitem adaptar-se para aplicação operacional a comando e conforme a necessidade.

O segmento responsável pelo atendimento médico hospitalar conta com equipes capacitadas, compostas por militares de carreira e temporários, assim como funcionários civis concursados. Congregando profissionais médicos, farmacêuticos e dentistas componentes do Quadro de Saúde, responsáveis por garantir o funcionamento do Sistema de Saúde por intermédio do atendimento das necessidades médico-sanitárias. Agregam-se, ainda a esse Serviço, profissionais das demais especialidades das áreas de saúde e afins, pertencentes ao Quadro Complementar de Oficiais (QCO) e os profissionais de saúde de nível técnico, como os cabos e os soldados auxiliares de saúde. (DSau, 2020).

5.1.3 Particularidades do Sistema SAMMED/FUSEx

Soma-se à missão dos integrantes do Serviço de Saúde, de prestar o atendimento de saúde à família militar, a necessidade de gerenciar os recursos do Sistema SAMMED-FUSEx, buscando garantir o emprego judicioso dos recursos destinados à saúde e objetivando a prestação de atendimento adequado e de qualidade, seguindo os princípios legais da administração pública.

Expresso no art. 70 da Constituição Federal de 1988, o princípio da economicidade significa “a obtenção do resultado esperado com o menor custo possível, mantendo a qualidade e buscando a celeridade na prestação do serviço ou no trato com os bens públicos.”

Entende-se por resolubilidade quando o indivíduo, em busca pelo atendimento ou quando acontece um problema de repercussão coletiva sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado, no nível de sua competência, para enfrentá-lo e resolvê-lo.

"à exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência" (BRASIL, 1990).

O conceito de sustentabilidade refere-se à capacidade atuar em uma realidade de modo a mitigar possíveis ameaças a fim de permitir a manutenção de um cenário no longo prazo.

Tomando como base os princípios da economicidade, da resolubilidade e da sustentabilidade, o Sistema SAMMED/FUSEx depende do equilíbrio entre as receitas e as despesas médicas. Dessa forma, é fundamental que o sistema busque a implementação de medidas que visem ao controle dos gastos, sem comprometer a qualidade dos serviços prestados, buscando atingir economicidade sem afetar o incremento no padrão de qualidade e na satisfação das diferentes necessidades dos usuários frente às demandas crescentes, mantendo a resolubilidade.

A fim de bem atender as necessidades de saúde de seus usuários, naquilo que ultrapassar a capacidade de resolução interna e obedecer aos preceitos constitucionais, foi criado o Fundo de Saúde do Exército (FUSEx). Esse Fundo constitui-se em fonte de recursos destinada a complementar a assistência à saúde no âmbito da Força. Ainda, para ampliar o atendimento prestado pelo SAMMED, o FUSEx efetiva contratos, convênios e credenciamentos, formando uma rede de mais

de 6.500 Organizações Civis de Saúde (OCS) e 3.500 Profissionais de Saúde Autônomos (PSA).

Com o intuito de regular os procedimentos, foram estabelecidos critérios para encaminhamento ao atendimento externo do FUSEx em situações específicas como a contratação de OCS e o credenciamento de PSA, quando:

- a. a Guarnição não possuir uma OMS;
- b. a OMS da localidade não possuir condições para garantir o atendimento;
- c. a OMS da Guarnição estiver acima da sua capacidade operacional ou não tiver especialistas para realizar o atendimento;
- d. a OCS possuir especialistas que estão em escassez nas OMS; e
- e. os casos julgados necessários pelo Comando da RM.

O financiamento da assistência médico-hospitalar no âmbito das Forças Armadas é realizado a partir de recursos financeiros oriundos de dotações orçamentárias, consignadas no Orçamento da União através de propostas anuais dos Comandos Militares, constituídas de recursos financeiros previstos com base no produto do fator de custos de atendimento médico-hospitalar pelo número de militares, da ativa e na inatividade, e de seus dependentes; de recursos financeiros específicos para o custeio de convênios e contratos e de outros recursos que visem à assistência médico-hospitalar.

As receitas extraorçamentárias são provenientes das contribuições mensais compulsórias de todos os usuários para o Fundo de Saúde, pois os usuários realizam indenizações dos atos médicos, paramédicos e serviços afins realizados e são somadas as receitas provenientes do ressarcimento pela prestação dos serviços médico-hospitalares realizados por convênios e/ou contratos, além de receitas provenientes de outras fontes. Os valores devidos são descontados diretamente em contracheque, de acordo com a margem consignável.

Conforme a situação e em casos de comprovada necessidade, o SAMMED pode ser complementado pelo FUSEx, mediante o ressarcimento de 20% (vinte por cento) das indenizações devidas pela assistência médico-hospitalar que lhes for prestada em organizações de saúde das Forças Armadas, ou por intermédio de convênios ou contratos. Esse expediente possibilita que a demanda excedente nas OMS seja encaminhada para atendimento externo, mediante pagamento. Esta opção, entretanto, culmina por gerar gastos para o Sistema de Saúde do Exército e para o beneficiário.

De forma geral, todo o procedimento realizado no âmbito da Força pelo SAMMED, seja em uma OMS e/ou nas Seções de Saúde das Subunidades, gera recursos para o próprio Sistema, enquanto os encaminhamentos para atendimentos externos ao âmbito da Força acabam por gerar gastos para o sistema e para os usuários.

Diante do exposto, é possível observar que o Sistema SAMMED-FUSEx constitui-se em um modelo diferenciado de gerenciamento de saúde baseado em investimento público parcial com coparticipação de seus beneficiários e, que quando comparado aos planos de saúde suplementar, apresenta especificidades relacionadas que o diferenciam de tais planos como, por exemplo: inexistência de carência ou limite de quantidade ou prazo para internações hospitalares ou em UTI; ampla cobertura de procedimentos não restringindo novas tecnologias; inclui atendimento odontológico; fornece órteses, próteses não odontológicas e artigos correlatos; fornece medicamentos de alto custo; tem baixo valor de contribuição e contrapartida; possibilita atendimento no exterior, em casos excepcionais; proporciona evacuação terrestre e aeromédica e não tem aumentos das contribuições decorrentes das mudanças de faixa etária.

O termo Taxa de Sinistralidade significa “a relação entre as despesas e as receitas assistenciais” das operadoras (ANS, 2009), sendo expressa em porcentagem. Em termos práticos representa a relação entre o valor arrecadado dos clientes e o valor gasto com o pagamento de serviços utilizados por estes. Considerando-se as características específicas do público e dos critérios para o uso, de forma geral, a taxa de sinistralidade do Sistema SAMMED/FUSEx é bastante elevada se comparada com as operadoras de saúde. Entretanto, diferente dessas empresas, o Sistema não visa o lucro e sim o atendimento e resolução dos problemas de saúde de seus usuários.

Qualidade dos serviços de saúde: a noção de qualidade foi desenvolvida no campo da saúde nos anos 50, e abarca um conjunto de atributos relacionados aos efeitos do cuidado médico (eficácia, efetividade, impacto), aos custos (eficiência), à disponibilidade e distribuição dos recursos (acessibilidade, equidade) e à percepção dos usuários sobre a assistência recebida (aceitabilidade) (SILVA, 2012).

6 A PESSOA IDOSA E OS IMPACTOS DO ENVELHECIMENTO PARA O SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO

6.1 A PESSOA IDOSA

6.1.1 Envelhecimento e fragilidade

A fim de dar início à proposta que se segue, faz-se necessário caracterizar o universo de estudo em pauta e esclarecer alguns conceitos associados que fundamentam o adequado entendimento do assunto em questão.

Relativo à delimitação conceitual, considerar-se-á o critério etário determinado pela Organização Mundial da Saúde, que identifica os limites de idade entre o indivíduo adulto e o idoso em 65 anos em nações desenvolvidas e 60 anos nos países emergentes.

Tomando por base a delimitação conceitual e para fins de efeitos legais, no Brasil foi criado o Estatuto do Idoso (Lei Nr 10.741, de 1º de outubro de 2003), como um instrumento “destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.”

Nesse sentido é interessante apresentar um ponto de debate que se impõe no presente estudo: “Envelhecimento é doença?”

Em princípio, o envelhecimento em si não é uma doença. Trata-se de um processo natural relacionado à própria existência que progride com a idade. A rigor, inicia-se desde o nascimento e evolui continuamente, com desgaste orgânico gradual até atingir o seu ponto final, que é a falência total do organismo, culminando com a morte do indivíduo.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”

Em estágios avançados, o processo de envelhecimento evolui para um estado de fragilização progressiva, que resulta na perda de capacidade corporal e leva à redução de produtividade e lentificação progressiva do pensamento e do desempenho físico.

De acordo com FRIED:

“fragilidade” constitui-se de uma síndrome biológica caracterizada por redução da reserva homeostática e da resistência a estressores. Resulta de declínios cumulativos dos sistemas fisiológicos que leva ao aumento da vulnerabilidade. Entre os desfechos clínicos desfavoráveis é possível elencar situações como quedas, declínio funcional e da mobilidade, maior necessidade de hospitalizações e de institucionalização até o incremento no risco de morte. (FRIED, LPe cols, 2001).

Entretanto, essa síndrome pode ser potencialmente prevenida ou tratada. A adoção de algumas intervenções simples como exercícios, suplementação proteico-calórica e de vitamina D, assim como a redução da quantidade e a melhoria da qualidade dos medicamentos tem possibilidade de reduzir o nível de fragilidade e, conseqüentemente, diminuir a incidência de desfechos adversos e os riscos das intervenções. (PUTS, M.T. e cols, 2017).

O envelhecimento do indivíduo está intimamente associado ao processo de fragilização, mas há uma relação de causa e efeito direta, pois não segue um padrão homogêneo de evolução, justificando a heterogeneidade presente em indivíduos idosos da mesma idade cronológica. Nem todo o idoso é doente, entretanto, esse segmento demanda uma estrutura assistencial capaz de atender às necessidades especiais relacionadas a essa faixa etária. A literatura e as estatísticas confirmam que esse segmento apresenta grande demanda de consultas médicas, exames, tratamentos prolongados e internações hospitalares quando comparados aos demais indivíduos.

6.1.2 Envelhecimento patológico

O fato de o envelhecimento estar associado a doenças que atuam como agravantes e catalisadores do processo, o desviam para outro processo conhecido como senilidade⁴, também entendido como o envelhecimento com perda de autonomia e independência secundária ao aumento da fragilidade secundário à associação com doenças.

O conceito de envelhecimento patológico está diretamente relacionado à associação e sobreposição de doenças ao ciclo de envelhecimento natural. O

⁴ SENILIDADE - o termo SENILIDADE abrange processos patológicos (doenças) “típicos da velhice” que podem acometer alguns indivíduos, como doença do coração, câncer, demências (por exemplo, a Doença de Alzheimer), depressão etc. (Brasil,2021).

processo de envelhecimento tende a aumentar a potencialidade de “associação com” e/ou “evolução para” diversas entidades patológicas. Sendo essa associação sinérgica para aumentar a situação de fragilização e debilidade correlatas, podendo vir a causar dependência extrema e, inclusive, resultando em abreviação do tempo de vida. (MORAES, 2014).

Entre as doenças mais prevalentes no idoso é possível identificar, além das doenças degenerativas, as chamadas Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), que incluem as doenças do aparelho circulatório, neoplasias malignas, diabetes *mellitus* e doenças respiratórias crônicas.

Esse grupo de doenças constitui-se no principal problema de saúde pública na atualidade. Afetando homens e mulheres, figura como um grave problema de saúde pública, sendo responsável pela maioria das causas de morte de idosos no Brasil. Este fato está comprovado e descrito pelo estudo de coorte prospectivo de CABRERA *et al*, que demonstrou um “predomínio da mortalidade por doenças cardiovasculares neste grupo de idosos”, sendo estas responsáveis por mais de 42% dos óbitos verificados, o que corrobora os dados estatísticos do Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde.

Dentre as DCNT, as mais prevalentes entre os idosos são a Hipertensão Arterial Sistêmica e o *Diabetes Mellitus*. No segmento idoso, esses diagnósticos figuram entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doença ateromatosa vascular progressiva, que concorre para o desenvolvimento de complicações renais, cardíacas e cerebrovasculares. Tais entidades nosológicas assumem importância por atuarem incrementando e acelerando a evolução do processo aterosclerótico da microcirculação corporal. O processo é silencioso e culmina por determinar lesões graves nos chamados órgãos-alvo, como infarto agudo do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais (isquêmicos ou hemorrágicos) e insuficiência renal crônica. (DUNCAN *et al*, 2010). As complicações advindas têm a capacidade de desencadear eventos agudos e crônicos e estão associados à elevação dos índices de mortalidade e/ou evolução para sequelas crônicas, com consequente aumento da morbidade. Em qualquer um dos casos, contribuem para a elevação dos gastos dos sistemas de saúde. Frente a essa possibilidade, assume relevada importância a adoção de medidas preventivas das doenças primárias e das suas complicações. (BARRETO e cols, 2015).

6.1 IMPACTOS DO ENVELHECIMENTO PARA O SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO

O Sistema de Saúde do Exército Brasileiro, a exemplo do modelo de gerenciamento predominante no País, baseia-se no modelo hospitalocêntrico, segundo o qual a atuação é "centrada no hospital como lócus de atuação das ações centradas no médico, no corpo dividido em partes, nas especialidades médicas, na doença e na cura desta" (PEREIRA, J., 2020). Sendo assim, coloca o hospital, como local para a cura de doenças, estando mais comprometido com o tratamento as doenças e o manejo das situações agudas.

Contudo, mais recentemente, tem despertado para a necessidade do enfrentamento das condições crônicas frente à evolução da situação de saúde. Embora, ainda não esteja plenamente preparado para essa nova realidade epidemiológica.

A evolução demográfica, epidemiológica e estrutural em curso na sociedade brasileira atinge, conseqüentemente, a família militar e demanda necessidade de mudanças evolutivas à estruturação de uma rede de atenção à saúde. É possível observar-se que, o crescimento da quantidade de idosos na família militar acarreta reflexos a curto, médio e longo prazo, que culminam com aumento na utilização do Sistema de Saúde do Exército devido a fatores, como:

- a. o aumento da longevidade;
- b. o aumento da quantidade de idosos a serem atendidos;
- c. a alta incidência de doenças crônico-degenerativas;
- d. o aumento na quantidade de consultas ambulatoriais;
- e. o aumento na necessidade de procedimentos médicos;
- f. o aumento na necessidade de procedimentos multiprofissionais especializados;
- g. o aumento em quantidade e duração das internações hospitalares; e
- i. a evolução tecnológica na saúde.

Esses fatores culminam por gerar aumento do aporte de usuários e incremento na utilização demanda reprimida e aumento considerável nos custos do Sistema de Saúde.

Frente à necessidade de atender a demanda e manter o equilíbrio receita/despesa faz-se necessária uma adequação dos modelos assistenciais atuais

para modelos evolutivos baseados no conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico da população assistida e que priorizem a qualidade de vida.

A literatura científica nacional e internacional oferecem exemplos de modelos de atenção ao idoso tanto a nível de saúde pública como suplementar, entretanto, as publicações militares que tratam das dificuldades e das estratégias utilizadas pelas Forças Armadas ainda são escassas.

Dessa forma, torna-se necessária a elaboração de um plano de cuidados inclusivos para o idoso a partir de uma avaliação multidimensional capaz de fornecer subsídios para estruturar as ações de Saúde no que se refere a sua população-alvo. O conhecimento da realidade das OMS, da família militar e dos usuários, permitirá alocar adequadamente os recursos disponíveis destinando-os à resolução dos problemas do indivíduo, mas também subsidiando decisões equilibradas e aplicáveis em proveito do coletivo.

7 AÇÕES EM CURSO PARA O ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR DO IDOSO NO SISTEMA DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO

7.1 PLANO DE REVITALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE DO EXÉRCITO

No ano de 2009 foi publicada a Portaria Nr 457, de 15 de julho, do Comandante do Exército, aprovando a Diretriz para Implantação do Plano de Revitalização do Serviço de Saúde do Exército. Essa normativa foi destinada a definir quais seriam as possíveis ações para promoção de um processo de modernização e revitalização do SSEx.

O fato motivador dessa medida foi baseado em um cenário prospectivo que apontava para a geriatriação⁵ da população brasileira, com o consequente aumento dos custos da assistência médico-hospitalar, provocado pela evolução tecnológica em curso e pela evolução dos tratamentos, promovendo o que foi chamada de “inflação médica”. (Portaria 457, cenário prospectivo 2020-2039). Foram, ainda, consideradas as características peculiares das Organizações Militares de Saúde, assim como os efeitos do cenário conjuntural da saúde em virtude dos possíveis impactos sobre o atendimento à saúde da família militar. Essa Portaria foi o passo inicial que impulsionou um processo contínuo de transformação, modernização e adequação no âmbito do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro, sendo esse um processo contínuo e progressivo, totalmente ligado à manutenção dos padrões de qualidade e excelência que se espera e necessita em relação à saúde. Nesse sentido, a questão do cuidado integral ao idoso assume dimensão de vulto, em virtude dos custos estimados e dos benefícios esperados.

7.2 PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DA SAÚDE ASSISTENCIAL MILITAR (PASAM)

A finalidade desse Programa é fornecer subsídios para orientar o Sistema de Saúde do Exército (SSEx) sobre os fundamentos da Acreditação da Saúde Assistencial Militar (ASAM) do Exército Brasileiro. Regulamentada pelas Instruções Gerais para a Implantação do Programa de Acreditação da Saúde Assistencial Militar no âmbito do Exército Brasileiro (EB10-IG-02.028), de 2019, essa ferramenta presta-se como uma forma de orientação para o processo de melhoria contínua das OMS e da aplicação dos princípios de governança. Direciona as suas ações para uma gestão

⁵ Geriatriação - aumento da expectativa média de vida da população brasileira. (D Sau, 2020).

adequada de seus meios, coerente com a realidade institucional, proativa em relação aos problemas e capaz de propor soluções inovadoras aos problemas.

A Acreditação da Saúde Assistencial Militar direciona todo o Sistema de Saúde do Exército Brasileiro rumo a Excelência na Gestão, seu objetivo é a implantação dos princípios de governança desde os mais altos escalões até as Seções de Saúde nas Organizações Militares mais distantes, atuando de forma transversal na estrutura do sistema.

Tendo como bases fundamentais os critérios e objetivos relacionados à Segurança do Paciente e à Garantia de Qualidade, o PASAM orienta o cumprimento integral dos protocolos preconizados pelos principais órgãos de referência em saúde no País, como o Ministério da Saúde (MS), a Agência Nacional de Vigilância Epidemiológica (ANVISA), a Diretoria de Saúde (Dsau) e mesmo a própria Organização Mundial de Saúde, enquanto conhecedora de sua realidade local.

Assim sendo, a aplicação desse programa pretende orientar e certificar o cumprimento integral das normas e protocolos correntes nas OMS, proporcionando um diagnóstico da execução de processos nesse nível, assim como servindo de instrumento para orientar as demandas das unidades e direcionar os ODS em relação ao adequado emprego dos recursos destinados à saúde no âmbito da Força. O efeito final desejado é a mudança na cultura organizacional, direcionando o Sistema de Saúde do EB ao mais elevado padrão de excelência, com governança.

Trata-se de um programa de caráter educativo, cujo objetivo é inserir a cultura de melhoria contínua da saúde assistencial militar por intermédio de implantação da gestão por processos para padronização de procedimentos e de estabelecimento de indicadores mensuráveis e comparáveis a fim de propiciar reavaliação constante e favorecer a evolução. A oportunidade para identificação das demandas especiais dos idosos, a busca pela resolução dos problemas e o acompanhamento dos processos permite a individualização de situações e motiva a busca constante pelo aperfeiçoamento.

Essa possibilidade de participação de cada unidade na padronização de procedimentos a partir de um diagnóstico próprio, baseado em fatores interno e externo, permite aos gestores uma capacidade de personalização dos procedimentos para adequação às demandas locais, com humanização e priorização das necessidades do público idoso.

7.3 PROJETO ABAS

A fim de responder a uma necessidade crescente no SSEX e agilizar e facilitar o fluxo de atendimento médico-hospitalar inicial, o Exército lançou o Projeto “Atendimento Básico de Saúde” (Projeto ABAS). Esse projeto tem por finalidade agilizar a marcação de consultas e o atendimento médico, buscando entregar uma maior qualidade com humanização no serviço prestado. O projeto-piloto foi lançado em 8 de março de 2017, no Hospital Militar de Área de Brasília (HMAB). A principal premissa do ABAS é “o paciente em primeiro lugar”.

Envolvendo equipes de saúde multidisciplinares, o Projeto ABAS pretende proporcionar uma assistência médica global de maior qualidade em menor tempo.

Este modelo de atenção, que já tem sido utilizado e bem-sucedido em outras instituições, principia pela democratização das formas de marcação de consultas, conferindo mais vagas e maior agilidade em menor tempo e reduzindo a quantidade de deslocamentos ao local de consulta. Efetuando o agendamento pela internet ou *call center* o paciente se deslocará apenas uma vez para ser atendido na data e horário previamente marcados.

A marcação de consulta pode ser realizada pelos seguintes canais de atendimento: *internet*, telefone; ou presencialmente, nos terminais eletrônicos disponíveis na recepção do ABAS no hospital.

O principal meio de marcação é o site, onde o próprio paciente pode realizar o seu cadastramento, escolhendo consulta pediátrica ou de clínica médica para adultos. A seguir, escolhe a data e horário para atendimento, conforme disponibilidade da agenda eletrônica.

No passo seguinte, o paciente recebe a confirmação da marcação da consulta pelo e-mail e uma senha de atendimento que deverá ser apresentada no momento do atendimento.

Na data e hora marcados o beneficiário deve se dirigir ao hospital, portando sua senha. No local será recebido por uma equipe preparada e treinada para facilitar suas demandas. Antes da consulta médica, será realizado um pré-atendimento pela equipe de enfermagem e em seguida será avaliado por um médico generalista que realizará o diagnóstico básico inicial, com prescrição de tratamento, solicitação de exames e/ou encaminhamento para tratamento especializado, de acordo com a necessidade de cada situação.

Dessa forma, busca-se de resolver o problema do beneficiário dentro da maior brevidade possível, reduzindo o tempo de espera e os deslocamentos. Tal iniciativa mostra-se favorável para os todos os pacientes, especialmente para os usuáros acima de 60 anos.

7.4 NÚCLEO DE ATENDIMENTO DA TERCEIRA IDADE DO EXÉRCITO

Na Policlínica Militar de Porto Alegre, RS, foi desenvolvido um projeto local intitulado “Núcleo de Atendimento da Terceira Idade do Exército” (NATIEEx), voltado especificamente para atendimento dos usuáros da terceira idade. O Núcleo oferece assistência diferenciada ao idoso, seja ele dependente ou independente de auxílio de terceiros, conforme dados do site daquela OMS.

O NATIEEx é composto por uma equipe diferenciada de profissionais aptos ao atendimento ao usuáro idoso. Conta com profissionais nas áreas de Medicina Geriátrica, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Terapia ocupacional, Psicologia, Professores e Voluntários.

No Núcleo os usuáros idosos recebem atendimentos individuais e em grupos contando com atividades recreativas e educativas nas áreas de informática, história, dança de salão, yoga, pintura e tricô. Ainda, são disponibilizados atendimentos em grupo, voltados à transmissão de orientações específicas à saúde do idoso. São abordados temas relacionados à hipertensão arterial sistêmica, diabetes, dislipidemia, sedentarismo e outros, colocando-se o enfoque na qualidade de vida. São realizadas também reuniões para orientação com grupos de cuidadores de idosos dependentes. Os resultados, dificuldades e metas são reavaliados periodicamente em reuniões de avaliação e discussão entre a equipe envolvida no atendimento aos idosos.

O NATIEEx pretende oferecer uma melhor qualidade no atendimento, baseando-se no atendimento multidisciplinar e com atenção especial aos idosos fragilizados. Dessa forma, buscando a manutenção e recuperação da autonomia do idoso associados a uma maior satisfação do usuáro e de seus familiares. Assim sendo, pretende-se facilitar a resolução dos problemas no atendimento dos idosos, resultando em incremento na produtividade dos atendimentos aliado a maior qualidade do serviço prestado, com conseqüente ganho em satisfação dos usuáros do FUSEx no âmbito da Policlínica Militar de Porto Alegre.

Entretanto, as atividades deste grupo estão suspensas desde o início da pandemia de COVID-19 em decorrência das restrições impostas ao convívio social, devidos aos graves riscos inerentes à doença e, principalmente, para a faixa etária envolvida.

7.5 CENTRO DE CONVIVÊNCIA ATIVIDADE PLENA

O Centro de Convivência Atividade Plena é um outro projeto local de referência desenvolvido no 6º Batalhão de Engenharia de Combate, em São Gabriel, e vinculado ao Posto Médico de Guarnição.

Esse projeto começou no ano de 2016 e foi idealizado para atender à família militar, com enfoque nas esposas dos militares da ativa e da reserva, militares da reserva e pensionistas do Exército Brasileiro. Seu objetivo é proporcionar a socialização, para melhora na saúde física e mental de seus frequentadores. Com estrutura física e organizacional consolidadas, conta com o apoio do Serviço de Assistência Social Regional.

Estão envolvidos nas atividades do Centro militares da ativa e civis que realizam trabalho voluntário nas áreas de Fisioterapia, Educação física, Psicologia e Terapia Ocupacional, entre outras. Possui área física própria e adaptada para a terceira idade e com acessibilidade plena, além de material específico para uso dos frequentadores.

Dentre as atividades desenvolvidas no centro é possível citar: dança; ginástica localizada; academia (musculação e exercícios aeróbios); terapia ocupacional (pintura e artesanato); caminhada ao ar livre; liberação miofascial e massoterapia; informática; terapia em grupo; pilates; sala de jogos; confraternizações sociais; ações sociais; e palestras nas organizações militares da guarnição do programa de valorização da vida com psicóloga.

De acordo com dados fornecidos por sua equipe, em 2019 o Centro contava com 210 usuários inscritos, com uma média de frequência diária de 70 usuários. Cada usuário pode frequentar tantas atividades quanto desejar, conforme suas condições, após avaliação e agendamento prévio.

O Centro de convivência Atividade Plena continua em funcionamento atualmente, respeitando as restrições locais relacionadas à prevenção da contaminação pela COVID-19.

8 RELATO DE CASO

Passaremos ao relato de caso sobre uma experiência no Posto Médico de Guarnição Classe III (PMED) vinculado ao 38º Batalhão de Infantaria, Vila Velha - ES, OM isolada, situada em uma cidade litorânea e subordinado à 1ª Região Militar (1ªRM).

Em decorrência das características da cidade, na guarnição de Vila Velha residem um grande número de militares da reserva remunerada, muitos na faixa etária acima de 60 anos, usuários vinculados ao Sistema SAMMED/FUSEx.

Ilustrando essa afirmação, a Tabela 1 apresenta uma amostragem simples da distribuição etária entre os atendimentos laboratoriais nos 7 meses iniciais do ano de 2018. Esses dados foram apresentados por ocasião de uma Visita de Orientação Técnica (VOT) da Seção de Saúde Regional ao Batalhão. Nessa amostragem foram contabilizados a quantidade de atendimentos realizados no laboratório de análises clínicas realizados neste período e discriminados por faixas etárias de até 50 anos, entre 51 e 60 anos e mais de 60 anos. Observando-se os números relativos a esses atendimentos é possível verificar o grande afluxo de pessoas com mais de 60 anos atendidos na Unidade. Cabe ressaltar que, o grande número de exames realizados pelos usuários abaixo de 50 anos, nos 2 primeiros meses do ano, deve-se aos exames anuais realizados pelos militares da ativa para a avaliação médica anual anterior à realização dos testes de aptidão física (TAF). Em todos os outros meses estudados, a quantidade de pacientes acima dos 60 anos foi sempre maior que a dos abaixo de 60 anos. (Tabela 1).

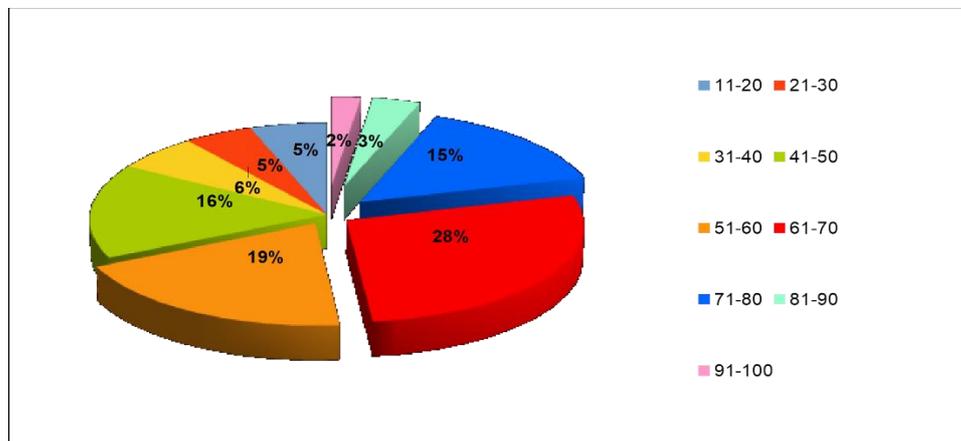
Tabela 1- Atendimentos Laboratoriais de JAN a JUL/2018

MÊS	ATENDIMENTOS LABORATORIAIS POR FAIXA ETÁRIA 2018		
	ATÉ 50 ANOS	ATÉ 60 ANOS	> 60
JAN	102	35	142
FEV	102	32	102
MAR	86	40	139
ABR	75	50	120
MAI	87	48	152
JUN	86	49	145
JUL	95	45	134

Fonte: Serviço de Arquivo Médico/PMED,2018

Em outra amostragem, um levantamento realizado entre as consultas atendidas pelo cardiologista do PMED no período de abril a dezembro de 2017 e também apresentado na mesma VOT da 1ª RM. Nesse período de 9 meses foram atendidos 893 pacientes. O gráfico a seguir representa a distribuição por idade. Analisando-o é possível observar que nesse universo de pacientes atendidos durante esse período, 48% pertenciam à faixa etária acima de 61 anos, confirmando a importância desse segmento entre os pacientes daquela OMS. Sendo que, dentre esses foi encontrada uma taxa de 5% de pacientes entre 81 e 100 anos.

Gráfico 1 - Faixa etária dos pacientes -Ambulatório de Cardiologia ABR a DEZ/2017



Fonte: Serviço de Arquivo Médico/PMED,2018

Nessa OMS, anteriormente, havia carência de especialidades médicas e dificuldades para marcar consultas o que dava margem à demanda reprimida. O intervalo para atendimento era longo e ocorria formação de longas filas nos dias de marcação de consultas. Com frequência a capacidade de atendimento ambulatorial era excedida. Por conseguinte, o volume de encaminhamentos para OCS e PSA era alto, resultando em elevado gasto do Sistema SAMMED/FUSEx com consultas médicas, exames, tratamentos médicos e terapias continuadas em OCS e PSA.

As instalações não ofereciam condições adequadas de permanência e nem de acessibilidade aos usuários idosos e/ou portadores de necessidades especiais.

Imagem 1 – Posto Médico de Guarnição de Vila Velha em 2016

Fonte: autor.

Diante desse diagnóstico inicial da situação, foram implementadas algumas medidas de gestão no sentido de aumentar a adesão dos usuários e promover a fidelização do público-alvo com a Unidade. Entre outras medidas, pode-se elencar:

- 1) criação de um fluxo para avaliação da necessidade de encaminhamento para OCS e PSA;
- 2) aumento do número de especialistas no atendimento ambulatorial, oferecendo consultas nas especialidades de Clínica Médica, Cardiologia, Dermatologia, Ginecologia, Geriatria, Ortopedia e Psicologia;
- 3) flexibilização dos dias de agendamento de consultas;
- 4) agendamento de consultas por intermédio do aplicativo WhatsApp;
- 5) adequação da sistemática do atendimento de triagem médica;
- 6) adoção de um Sistema de referência e contrarreferência;
- 7) atendimento de consultas de pronto atendimento;
- 8) acolhimento de pacientes que necessitassem auditoria prévia de procedimentos de alto custo;
- 9) sistema de senhas de prioridade;
- 10) adequação no ambiente físico para possibilitar acessibilidade no posto médico;
- 11) realização de campanhas educativas;
- 12) realização de “Dias temáticos” festivos com confraternizações em datas especiais;
- 13) reequipamento do Setor de Fisioterapia;
- 14) reavaliações periódicas dos pacientes encaminhados para terapias externas;

15) criação de um horário especial na fisioterapia, centralizando pacientes idosos e crônicos, com realização de sessões de exercícios em grupo e atividades coletivas, conforme as necessidades e capacidades de cada um; e

16) participação da fisioterapia nas avaliações e reavaliações dos pacientes de cuidado domiciliar prolongado,

Na sequência dos fatos, foi enfocada a contenção de gastos a partir do aumento do rigor nos critérios de encaminhamentos e seguimento estrito dos procedimentos relativos aos encaminhamentos, conforme as Portarias que regulam esses procedimentos.

Adicionalmente, com a facilitação e diversificação de meios de marcação de consultas aliado ao aumento da quantidade de especialidades médicas no Posto, centrando os esforços nos ambulatorios de clínica médica, cardiologia e geriatria. Essas especialidades foram valorizadas devido ao fato de realizar o atendimento de hipertensos, cardiopatas e idosos, além de agregarem valor pelo fato de incrementarem a formação de vínculo com os usuários e suas famílias. Houve redução da demanda reprimida e redução das filas e insatisfação quanto à marcação de consultas.

Como parte das ações, as datas comemorativas da Saúde e do EB passaram a ser celebrados e marcados com atividades especiais nas dependências do Posto Médico, sendo tais atividades chamadas genericamente de “Dias Temáticos”. Essa iniciativa proporcionou uma melhora sensível no acolhimento dos pacientes a partir da estimulação de vínculos com a equipe à medida em que havia um estímulo ao convívio ao mesmo tempo em que eram passadas informações e orientações relacionadas à saúde e ao funcionamento do Sistema SAMMED-FUSEx. Nesses dias havia atividades especiais nas dependências do Posto Médico. Consistindo em atividades socioeducativas combinadas, programadas e divulgadas para os usuários a serem realizadas em datas especiais e de maior afluxo ao Posto. As atividades incluíam minipalestras de 10 min sobre temas relacionados a prevenção, autocuidado e tratamento selecionados e alusivos às comemorações, intercaladas com lanches coletivos, aferição de pressão arterial e glicemia, dinâmicas de grupo, entre outras atividades aprazíveis aos usuários. Entre as datas alusivas comemoradas podemos citar: Dia Internacional da Mulher, Dia do Serviço de Saúde, Setembro Amarelo de Prevenção ao Suicídio, Outubro Rosa de Prevenção ao Câncer de Mama e Novembro Azul de Prevenção ao Câncer de Próstata e outros.

Imagem 2 – Cartazes com programação dos Dias Temáticos



Fonte: autor.

Imagem 3 – Eventos Dias Temáticos



Fonte: autor.

Nessas atividades também ocorreram vacinação contra a gripe A e realização de testes rápidos para detecção de Hepatites B e C, entre outras. Cabe salientar que as atividades envolviam sempre os profissionais de todas as áreas componentes da equipe do PMED, com médicos, dentistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, enfermeiros e psicóloga, auxiliados das praças da unidade. Além de profissionais de destaque da cidade e entidades filantrópicas convidados.

Imagem 4 – Participação da Banda de Música



Fonte: autor

Os integrantes da Banda de Música do Batalhão compareciam aos eventos apresentando músicas agradáveis e adaptadas ao gosto do público presente.

Imagem 5 – Dia Temático com palestra



Fonte: autor

Após o reequipamento do Setor de Fisioterapia e adequação de suas dependências, foi criado um Grupo de Pilates e fisioterapia coletiva com exercícios de “antiginástica”. Nesse grupo foram inseridos pacientes que anteriormente realizavam fisioterapia a longo prazo em OCS. Tal medida possibilitou realizar o acolhimento desses casos obtendo centralização com manutenção do cuidado e tratamento especializado desses pacientes, mantendo a qualidade e o acolhimento e, ainda, propiciando economia de recursos com satisfação das necessidades dos clientes. Cabe ressaltar que a maioria dos participantes nessa atividade, pertenciam à faixa etária acima de 60 anos.

Imagem 6 – Atividades do Grupo da Fisioterapia

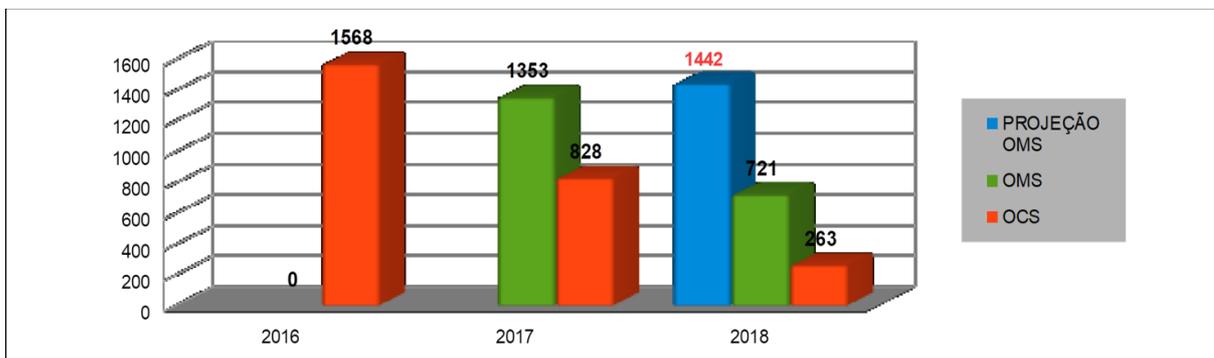


Fonte: autor.

Dentre as consequências obtidas, ocorreu o incremento da produtividade interna da OMS e redução da quantidade de encaminhamentos.

Esse fato pode ser demonstrado em uma comparação das quantidades de atendimentos do Ambulatório de Cardiologia e a de encaminhamentos externos no período entre abril de 2017 a julho de 2018. (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Atendimentos em Cardiologia de ABR/2017 a JUL /2018



Fonte: Serviço de Arquivo Médico/PMED,2018

Foi observado que, no período estudado, a presença do cardiologista no PMED reduziu os encaminhamentos nesta especialidade em 65%. Esses dados permitem observar a migração dos atendimentos na cardiologia das OCS e PSA para a OMS a partir da disponibilização do especialista dentro do sistema, ficando a maioria dos encaminhamentos destinada aos exames complementares especializados e não disponíveis na unidade, conforme apresentado à Seção de Saúde Regional da 1ª Região Militar (SSR/1ªRM).

Frente a esses dados, é possível inferir que pode ter havido benefício aos usuários dessa guarnição e, sobretudo aos idosos, relacionado à facilitação do acesso às especialidades e ao atendimento multiprofissional em função do fato de disponibilizar tais serviços na própria OMS.

Dessa forma pode-se oportunizar um favorecimento ao aporte e retenção dos usuários idosos no âmbito da Força, por intermédio da OMS, com incremento da sensação de acolhimento destes, além do estímulo ao fortalecimento da vinculação à instituição e aos profissionais que fazem parte dela. Aliado a isso, torna-se possível programar ações de educação em saúde, autocuidado e prevenção, úteis aos usuários idosos como forma de estimular a manutenção da qualidade de vida. Ademais o convívio em grupo e a inserção dos idosos em atividades prazerosas aumenta a sensação de bem-estar, a inclusão e potencializa a boa saúde mental, além da sensível melhora do ambiente interno, com estabelecimento de um clima institucional favorável.

Atualmente as atividades coletivas ilustradas encontram-se suspensas devido às restrições impostas pelas medidas de contenção à transmissão da COVID-19.

9 CONCLUSÃO

O Sistema de Saúde do Exército é o responsável por prestar a assistência médico-hospitalar aos militares e seus dependentes em tempo de paz ou de guerra. Está organizado em estrutura vertical mista hierarquizada conforme a complexidade de atendimento prestado, distribuindo-se em Organizações Militares por todo o território nacional. Fazem parte desse Sistema o SAMMED e o FUSEx, que se complementam. O atendimento de saúde é realizado preferentemente nas OMS e, quando necessário, complementado pelo FUSEx, com contratos e credenciamentos. Se comparado aos planos de saúde suplementar, o Sistema SAMMED-FUSEx apresenta características peculiares relacionadas a fatores que o diferenciam, principalmente porque não visa lucro e sim a resolução de problemas. Em decorrência de sua abrangência e extensão de cobertura pode ser considerado, atualmente, uma das principais redes de assistência de saúde do país. Sua sustentabilidade depende do equilíbrio entre receita e despesas, sendo responsabilidade dos integrantes do Serviço de Saúde. Assim sendo, é fundamental a implementação de medidas que visem o controle dos gastos, sem comprometer a qualidade dos serviços prestados, buscando atingir economicidade com incremento no padrão de qualidade e na satisfação das diferentes necessidades dos usuários frente às demandas crescentes relacionadas ao aumento da quantidade de usuários idosos.

O idoso apresenta características específicas e necessidades diferenciadas em função tanto do processo de fragilização quanto da maior incidência de enfermidades crônicas. Tais necessidades culminam por onerar o sistema de saúde, podendo causar sobrecarga. O aumento da quantidade de usuários idosos determina demandas específicas vinculadas aos problemas de saúde dessa faixa etária, que resultam em impactos importantes sobre um sistema de saúde de equilíbrio frágil. O enfrentamento de tais impactos suscita a adaptação de soluções que se adequem às diferentes realidades locais, às necessidades individuais e, ao mesmo tempo, possam ser replicadas para o coletivo.

Os órgãos de direção geral e setorial da Força, estão sensíveis a essa problemática e empenhados na resolução dos impactos relacionados ao aumento da quantidade de idosos sobre o SSEX. Gestões tem sido realizadas no sentido de incrementar a governança e incentivar a busca pela qualidade total nas unidades de

saúde e voltadas, especialmente ao público idoso, em alinhamento com os objetivos estratégicos nacionais e setoriais.

Fruto de tais gestões, o Plano de Revitalização do Serviço de Saúde do Exército constitui-se no ponto de partida de tais ações. Ele instituiu a implementação de medidas de governança e qualidade total, iniciando um processo de modernização e busca de excelência com humanização adaptado à realidade de cada OMS. Nesse sentido é importante que cada unidade tenha o conhecimento adequado de seu público-alvo, a fim de estabelecer suas prioridades e participar da gestão de seus problemas, dando margem a soluções criativas. Dentro dessa perspectiva, o Projeto ABAS, pretende agilizar o sistema de atendimento ambulatorial em função do aumento do afluxo de pacientes ao sistema. Seu projeto-piloto está sendo testado no HMAB. Baseando-se na premissa “o paciente em primeiro lugar”, seu objetivo é proporcionar atendimento médico humanizado e ágil.

No âmbito das OMS é possível observarmos o surgimento de projetos locais com vistas a adaptar-se às mudanças de demanda surgidas devido ao incremento da quantidade de usuários, em especial os usuários da faixa etária acima de 60 anos. Assim sendo as próprias equipes aplicam medidas criativas voltadas à humanização, estímulo à valorização da pessoa idosa e à prevenção na busca de aumento da qualidade do atendimento e aplicação judiciosa dos recursos financeiros.

Por fim, na busca pela qualidade plena do atendimento de saúde da família militar e, sobretudo, do usuário idoso, impõe-se o questionamento do modelo de tratamento hospitalocêntrico, centrado na doença, em direção ao modelo em rede, mais abrangente e voltado para o indivíduo a fim de encontrar soluções que possam ser adaptadas ao coletivo.

10 REFERÊNCIAS

ANS, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/informacoes-gerais/total-cad-info-jun-2018.pdf>. Acesso em: 04 de agosto de 2021.

ASSIS, Jussara. **Serviço Social e Saúde: a intervenção num hospital militar de saúde do Exército Brasileiro**, 2016. Trabalho Apresentado No V Congresso Internacional do Núcleo de Estudos das Américas- Simpósio Questão Social, Serviço Social e Forças Armadas. UERJ.2016

———. Exército Brasileiro e seu Serviço de Saúde: reflexões acerca da assistência à saúde no envelhecimento, 2016. Disponível em: [7. Exército Brasileiro e Seu Serviço De Saúde: Reflexões Acerca Da Assistência À Saúde No Envelhecimento \(eb.mil.br\)](#). Acesso Em 04 De Agosto De 2021.

BRASIL. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias, 2010. 44 p.

———, 1986. DECRETO Nr 92.512 da Presidência da República de 02 de abril de 1986. Disponível em: [D92512 \(planalto.gov.br\)](#). Acesso em: 04 de agosto de 2021.

———, Ministério da Saúde, 2014. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em 08 de junho de 2021.

——— Ministério dos Direitos Humanos. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004. Disponível em: [Projeto Estatuto Idoso Indesign CC .indd \(www.gov.br\)](#) Acesso em: 12 de fevereiro de 2021.

———, Exército Brasileiro, 2021. **Fundo de Saúde do Exército**. Disponível em: <https://www.eb.mil.br/web/interno/fusex>. Acesso em 02 de abril de 2021.

BRASIL, 1980. Lei Nr 6.880, de 09 de dezembro de 1980 - Dispõe sobre o Estatuto dos Militares. Disponível em: [L6880 \(planalto.gov.br\)](#). Acesso em: 04 de agosto de 2021.

———, Ministério da Saúde. O ABC do SUS Doutrinas e princípios, 1990. Disponível em: [Microsoft Word - abcsus.doc \(pbh.gov.br\)](#). Acesso em 04 de agosto de 2021.

———. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](#). Acesso em: 04 de agosto de 2021.

- . Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
- , MINISTÉRIO DA SAÚDE Portaria 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 28 de março de 2021.
- , MINISTÉRIO DA DEFESA, 2007. Portaria Normativa Nr 66/MD, de 14 de novembro de 2016, disponível em <http://bdex.eb.mil.br/jspui/handle/1/735>
- , 1990. Ministério da Saúde. O ABC do SUS Doutrinas e princípios. Disponível em: [Microsoft Word - abcsus.doc \(pbh.gov.br\)](#). Acesso em 04 de agosto de 2021.
- , 2021. Ministério da Defesa. Marinha do Brasil. Saúde Naval, 2021. Disponível em: <https://www.marinha.mil.br/saudenaval>. Acesso em: 08 de agosto de 2021
- , MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona>. Acesso em 23 de agosto de 2021
- , 2005. Portaria Nr 653 do Comandante do Exército de 30 de agosto de 2005. Disponível em: [PORTARIA Nº 653, DE 30 DE AGOSTO DE PDF Download grátis \(docplayer.com.br\)](#) . Acesso em: 04 de agosto de 2021.
- , Exército. Portaria Nº 048 do Departamento Geral do Pessoal de 28 de fevereiro de 2008. Aprova as Instruções Reguladoras para a Assistência Médico-Hospitalar aos Beneficiários do Fundo de Saúde do Exército (IR 30-38). **Boletim do Exército**, Brasília, DF, n. 10, p.16, Disponível em: [D92512 \(planalto.gov.br\)](#). Acesso em: 05 de junho de 2021.
- , MD 2016. Portaria Normativa Nr 66/MD, de 14 de novembro de 2016, Aprova as Diretrizes de Saúde do Ministério da Defesa. Diário Oficial da União. Publicado em: 30/11/2016, Edição: 229, Seção: 1, Página: 11
- , Exército Brasileiro. Departamento-Geral do Pessoal. Instruções Gerais para a Implantação do Programa de Acreditação da Saúde Assistencial Militar no âmbito do Exército Brasileiro (EB10-IG-02.028). 1ª Edição. Brasília, DF, 2019.
- , 2020. Portaria Nr 493 de 19 de maio de 2020. Disponível em: [instruções reguladoras da sistemática de acompanhamento doutrinário e lições aprendidas \(eb.mil.br\)](#). Acesso em: 04 de agosto de 2021.

CABRERA, MAS, Andrade SM, Wajngarten M. **Causas de mortalidade em idosos: Estudo de seguimento de nove anos.** Geriatria & Gerontologia. 2007; 1(1): 14-20. Disponível em: <https://ggaging.com/details/353/pt-BR/causas-de-mortalidade-em-idosos--estudo-de-seguimento-de-nove-anos>. Acesso em 23 de maio de 2021.

DSau, 2020. Diretoria de Saúde do Exército Brasileiro. Disponível em: www.dsau.eb.mil.br/index.php/idades-de-saude. Acesso em: 04 de agosto de 2021.

EXÉRCITO BRASILEIRO. Policlínica Militar de Porto Alegre, 2019. **Projeto centro de convivência da policlínica militar de porto alegre (ccmpa) 2019 um modelo de atendimento para a terceira idade.** Disponível em: <http://www.pmpa.eb.mil.br/index.php/natiex>. Acesso em: 02 de agosto de 2021.

FEITOSA-Filho GS, Peixoto JM, Pinheiro JES, et al. Atualização das Diretrizes em Cardiogeriatrics da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2019; 112(5):649-705. Disponível em <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2019/06/Diretrizes-de-Cardiogeriatrics.pdf>. Acesso em 28 de março de 2021.

FRIED LP, TANGEN CM, WALSTON J, et al. **Frailty in older adults evidence for a phenotype.** J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3):M146-56. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11253156/>. Acesso em 18 de abril de 2021.

GIL, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5ª. ed. São Paulo: Atlas, 2008

MARQUEZ, J. O que é gestão horizontal e vertical e suas principais características. **Instituto Brasileiro de Coaching**, 2019. Disponível em: [O que é gestão horizontal e vertical e suas principais características - Portal \(ibccoaching.com.br\)](http://www.ibccoaching.com.br). Acesso em: 04 de agosto de 2021.

OPAS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011. MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acessado em 16 de junho de 2021.

OLIVEIRA, D. C., Cupertino, A. P. **Explorando o Perfil de Saúde dos Idosos do Exército Brasileiro**, Psicologia em pesquisa, Juiz de Fora, v. .5, n.1, p.68-76, agosto .2011. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472011000100008

OPAS. **Década do envelhecimento sustentável 2021-2030**, 2021. Disponível em: [Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030 - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde \(paho.org\)](https://paho.org). Acesso em: 04 de agosto de 2021.

PAÚL, C., RIBEIRO, O. **Manual de Gerontologia: aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento**, 2012. Disponível em: FLUP - Manual de Gerontologia: aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento. Acesso em: 03 julho de 2021.

PEREIRA, J. Sobre modelo assistencial e mudança paradigmática em saúde. **Portal da Educação**, 2020. Disponível em: [Sobre modelo assistencial e mudança paradigmática em saúde - Portal Educação \(portaleducacao.com.br\)](https://portaleducacao.com.br). Acesso em 04 de agosto de 2021.

PROJETO ATIVIDADE PLENA, 2018. Disponível em: <http://www.projetoatividadeplena.com.br/?fbclid=IwAR1aJvHrgwWOVRrCLYzLY8PHc3rAoLFnuacwgFjOWG87Eh86WDus14wUyq4>. Acesso em 29 de julho de 2021.

PUTS MT, Toubasi S, Andrew MK et al. **Interventions to prevent or reduce the level of frailty in Community-dwelling older adults: a scoping review of the literature and international policies**. Age Ageing. 2017;46(3):383-92. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5405756/>. Acesso em 15 de maio de 2021.

ROSA, F.C. **A história da constituição e o funcionamento do sistema de saúde do exército brasileiro: aspectos do funcionamento e acesso**, 2013. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/78379>. Acessado em 19 de abril de 2021.

SANTOS, S.L; Turra, C. M; Noronha, K. **Envelhecimento populacional e gastos com saúde: uma análise das transferências intergeracionais e intrageracionais na saúde suplementar brasileira**, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/Mh8tvhW3PtJQWK7WmKSF5bp/>. Acesso em 05 de maio de 2021.

VERAS, R. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações**. Revista de Saúde Pública 2009;43(3):548-54.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. 3ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008. 287 p., il. Bibliografia: p. 269-287. ISBN: 978-85-224-4999-6.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**; trad. Daniel Grassi - 2.ed. - Porto Alegre: Bookman, 2001.