



# OS QUADROS DO SERVIÇO DE SAÚDE DO EXÉRCITO

Jayr Matano

## 1. INTRODUÇÃO

**E**nquanto os exércitos tiverem como sua peça principal o **HOMEM**, haverá necessidade de um Serviço de Saúde organizado e eficiente, basicamente com a finalidade de selecionar e manter a higidez física e mental dos efetivos, promover o saneamento básico do "habitat" militar e encarregar-se da mobilização e do equipamento do território nacional, relativamente a área da Saúde.

### a. *Missões do Serviço de Saúde do Exército (SSE)*

O SSE, em tempo de paz, é uma organização de apoio logístico que tem por finalidade:

1) Selecionar e manter os efetivos do Exército no mais alto grau de eficiência física e mental;

2) Prestar assistência médico-hospitalar e odontológica:

- a) aos militares da ativa;
- b) aos militares da reserva remunerada;
- c) aos militares reformados;
- d) aos dependentes dos militares da ativa;
- e) aos dependentes dos militares da reserva remunerada;
- f) aos dependentes dos militares reformados;
- g) as pensionistas e órfãs dos militares;
- h) aos servidores civis do Ministério do Exército, de acordo com a legislação vigente;
- i) aos militares de outras corporações, em obediência a determinações superiores.

3) Executar medidas de medicina preventiva de ordem geral;

4) Proceder a pesquisa científica do ponto de vista médico-militar;

5) Instruir, técnico-profissionalmente, todo pessoal de Saúde do Exército, em todos os escalões;

6) Obter, estocar, manter e distribuir todo material de saúde;

7) Estudar, preparar e executar as medidas relacionadas com a mobilização;

8) Cuidar do funcionamento técnico-administrativo das Organizações Militares de Saúde (OMS).

Em campanha, o SSE executa, basicamente, atividades relacionadas com sua missão geral, aplicando conhecimentos técnicos, visando:

1) Conservação dos efetivos;

2) Prevenção dos efeitos adversos da retenção das perdas sobre o moral do combatente, pela evacuação pronta e sistematizada dos feridos da ZC.

#### b. *Efetivos do Serviço de Saúde do Exército (Quadros do SSE)*

Daremos a seguir uma visão do conjunto dos efetivos disponíveis do SSE, mostrando suas deficiências e como elas repercutem desfavoravelmente sobre o cumprimento das missões do SSE.

Apresentaremos uma proposta para melhor atender as necessidades das OMS e da tropa, dentro da realidade brasileira.

Ressalta-se que inúmeros trabalhos sobre este tema já foram apresentados, principalmente, os que

se referem ao aumento dos quadros do SSE.

## 2. DESENVOLVIMENTO

### a. *Quadro de Oficiais Médicos da Ativa*

#### 1) Histórico e Situação Atual

Em 1849, quando de sua organização, o Corpo de Saúde do Exército tinha 105 (cento e cinco) oficiais médicos. Sucederam-se várias reorganizações até 1950, época em que se deu a última reestruturação global. Com a reestruturação de 1950, o número de médicos atingiu a 824 (oitocentos e vinte e quatro), o maior de toda sua história.

Porém, a partir de 1954 começou o processo de involução quantitativa desse Quadro que persiste até os dias atuais, ao mesmo tempo que o Exército registrava sucessivos aumentos de efetivos.

Note-se a progressiva diminuição na proporção médico militar/militar da ativa que ocorreu nos últimos anos, manteve a proporção atual bem abaixo dos parâmetros americanos que preconizam como ideal a proporção 1:150.

Baseado na experiência americana, o SSE teria de ter maior efetivo do que o existente, para apoiar exclusivamente o pessoal da ativa.

Recordemos que foi também nas últimas décadas que se registrou um crescimento vertiginoso da clientela atendida pelo SSE, não só pelo aumento de efetivos do Exército e conseqüentemente

dos dependentes, mas também causada por:

- assistência a funcionários civis do Ministério do Exército (MEx) segurados do INAMPS, por força do convênio com o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS);

- assistência a usuários do FUNRURAL, em algumas RM;

- assistência a usuários dos Ministérios da Aeronáutica e Marinha, em várias Guarnições;

- assistência por médicos do SSE, quando servindo no Hospital das Forças Armadas (HFA), aos vários convênios existentes com aquele hospital.

- liberação da demanda reprimida após a criação do SAMMED/FUSEX. O SAMMED foi criado apoiando-se na estrutura do SSE. A Assistência Médico-Hospitalar é realizada prioritariamente nas Organizações Militares de Saúde do Exército (OMSE) competindo-lhe prestar toda a assistência possível, só encaminhando o paciente a outra Organização de Saúde (OS) quando sua capacidade estiver esgotada ou quando não dispuser de recursos técnicos.

Para cumprir sua missão conta o SSE com os seus atuais recursos humanos.

Reconhece-se hoje o papel dos recursos humanos como o principal fator da eficiência e sucesso de uma organização. De nada valem recursos materiais adequados se a mão-de-obra é incapaz e ineficiente.

Não existem índices confiáveis da produtividade do SSE. O Anuário Estatístico do Exército

revela dados globais de desempenho de nossas OMSE difíceis de serem interpretados além de colhidos sem o critério estatístico desejável.

Poucos hospitais do Exército estão em condições de se submeterem a uma auditoria médica porque não possuem Serviços de Documentação Médica e Estatística ou se os possuem são os mesmos manipulados por pessoal sem habilitação técnica.

Uma avaliação subjetiva dos recursos humanos permite-nos afirmar que:

a) O potencial humano não está sendo bem aproveitado.

Como dissemos, é difícil levantar a produtividade individual dos integrantes do SSE, mas é evidente que a potencialidade máxima está longe de ser alcançada.

Em qualquer atividade, o elemento humano rende mais quando suficientemente motivado. No caso do pessoal de Saúde, a grande motivação é o aperfeiçoamento técnico. Por outro lado, poucos incentivos são dados os melhores. Nivelam-se elementos de rendimento e capacidade diferentes. O acesso aos postos imediatos por merecimento é, nesse caso, insuficiente como fator de motivação. Quanto ao aperfeiçoamento técnico, poucas perspectivas abrem-se ao pessoal de Saúde.

Analisemos a situação do médico, em particular. Após o curso de formação da EsSEEx, com duração de um ano, voltado exclusivamente para a adaptação à vida militar, retornará o médico aos bancos escolares para realizar o curso de

aperfeiçoamento da EsAO (atualmente por correspondência) dirigido precipuamente para o estudo da tática militar, com noções de Organização e Administração Hospitalar. Concluído o curso da EsAO está o médico habilitado a exercer funções de chefia e de direção, podendo atingir até o posto de Coronel. Posteriormente, poderá cursar a ECEME, também por correspondência, o que o habilita ao generalato. Como vemos, em nenhum destes cursos pode o médico aperfeiçoar-se tecnicamente.

Neste aspecto de aperfeiçoamento e especialização, está o médico do Exército em situação diversa da do médico da Marinha e da Aeronáutica. O curso de aperfeiçoamento correspondente à EsAO é realizado na Marinha e na Aeronáutica orientado para o aperfeiçoamento dentro da especialidade. A Escola de Guerra Naval equivale ao mestrado na especialidade médica. Quanto a cursos de especialização médica patrocinados pelo Exército, seja no País ou no exterior, são raríssimos. Vemos assim, que poucas possibilidades de especialização são dadas aos médicos do Exército, cabendo aos próprios, por sua iniciativa tentar a especialização, atividade essa cada vez mais difícil, considerando-se a exigência de tempo integral, a concorrência com médicos civis e a situação de muitos médicos, servindo em guarnições sem recursos técnicos. Outro aspecto a ser considerado e que influi negativamente na produtividade do médico no Exército é a sua classificação no corpo da tropa. Trata-se, às vezes, de um especia-

lista competente que melhor renderia num hospital ou policlínica.

b) O processo de seleção para ingresso na Escola de Saúde do Exército é falho.

Sabe-se que uma seleção falha é responsável pela maioria dos problemas de pessoal. Temos a convicção de que uma seleção mais rigorosa eliminaria muitos dos problemas que hoje enfrentamos nesse campo. No passado, tivemos problemas pela impossibilidade de selecionar o pessoal médico que ingressava na EsSEX, devido à pequena procura. Paradoxalmente, a crise da Medicina brasileira teve aspecto positivo para o SSE, pois motivou verdadeira corrida de médicos à EsSEX, muitos deles, profissionalmente, de bom nível técnico, permitindo que se possa hoje selecionar melhor.

2) Proposta de aumento de efetivo de médicos

Considerando os fatos do item 1) e mais ainda:

— Se compararmos a situação do SSE com o da Marinha e Aeronáutica no que se refere à relação médico militar/clientela assistida, veremos que a do SSE é sensivelmente inferior.

— operações comunitárias (ACISO);

— extinção dos Regimentos de Infantaria, (que tinham 02 (dois) médicos) e sua transformação em 03 (três) B1, necessitando (de 03 (três) médicos e dentistas); e maior número de médicos e dentistas.

— a criação de grandes OMS;  
— a transformação do Hospital

da Guarnição de Manaus em Hospital Geral;

— a inauguração de novos ambulatórios;

— as necessidades mínimas das OMS, dos Corpos de Tropa, sem contar que existe previsão de criação de novas OM;

— as necessidades da Diretoria de Saúde (DSau) e das Seções do Serviço de Saúde Regional (SSSR) para o cumprimento de suas obrigações regulamentares, foi que a D Sau propôs um aumento de efetivos para o SSE.

Cabe a esta altura assinalar que os problemas do Quadro de Médicos da Ativa não são somente quantitativos, mas também qualitativos.

A Medicina moderna sofre extraordinário desenvolvimento técnico, caracterizando-se hoje como um de seus traços mais notáveis, a especialização. O médico do SSE não recebe estímulo e apoio em suas aspirações de especialização (aperfeiçoamento técnico) e, por outro lado, o concurso da Escola de Saúde do Exército (EsSEX) favorece o ingresso de médicos generalistas.

Disso resulta o predomínio no SSE de médicos clínicos gerais, havendo carência de especialistas que precisam ser contratados no meio civil. Isso levou os nossos superiores determinarem um estudo sobre Residência Médica no Exército.

3) Residência Médica no Exército

A Diretoria de Saúde do Exército instada a analisar e apresentar proposta em função de documento originário do Gabinete do Sr.

Ministro do Exército vê como da maior utilidade e conveniência que as Organizações Militares de Saúde do Exército (OMS) mantenham e desenvolvam programas de especialização e aperfeiçoamento visando a objetivos gerais e específicos do Serviço de Saúde da Força Terrestre.

Julga também a Diretoria de Saúde que a implantação de um programa de Residência Médica nos hospitais militares deve ser voltada exclusivamente para o seu pessoal, para os integrantes do Quadro de Médicos do Serviço de Saúde do Exército, por entender que os mesmos recebem vencimentos da Força, são regidos pela legislação militar e normas disciplinares próprias, a que dificilmente se submeteriam os médicos civis, podendo gerar casos disciplinares e reivindicações pela diferença de tratamento e principalmente, pela remuneração, pois o médico civil residente está regido pela Lei nº 6.932, de 07 Jul 81.

Se for do interesse do Exército, que os escalões competentes estudem uma formulação capaz de permitir a equivalência dos certificados dos cursos desenvolvidos em OMS aos de Residência Médica.

A Residência Médica para os militares poderia ser regulamentada por legislação específica, desvinculada do Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM), que visa unicamente padronizar os currículos de ensino das diversas organizações existentes no país.

A Diretoria de Saúde, uma vez instituída a Residência Médica no Exército, é de parecer que a mes-

ma poderia complementar os cursos da Escola de Saúde do Exército (EsSE), Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais (EsAO) e Escola de Comando e Estado-Maior do Exército (ECEME), submetendo desse modo o profissional médico a um processo gradual e progressivo de aprimoramento profissional e cultural, de modo a manter-se capacitado para o exercício das funções que vier a desempenhar.

Segundo o Conselho Federal de Educação (CFE) entende-se como aperfeiçoamento o curso destinado a médicos que comprovadamente tenham completado o curso de pós-graduação ou após determinado período de atividade profissional e/ou docente, e como especialização o curso destinado aos médicos sem pós-graduação, em exercício profissional, como forma de privilegiar a educação continuada e aos recém-graduados que, paralelamente ao exercício profissional, desejem especializar-se.

A 1ª Residência Médica (R1) seria feita durante o período de formação na EsSE, no Hospital Central do Exército (HCE) e se destinaria a habilitar o Tenente Médico a exercer suas funções nas Seções de Saúde das Organizações Militares, correspondendo ao aprimoramento dos conhecimentos gerais de Medicina.

A 2ª Residência Médica (R2) seria feita durante o curso da EsAO, no HCE, em Hospital Militar de outra Força Armada ou em Organização Civil de Saúde credenciada e se destinaria a habilitar o Capitão Médico a exercer uma especialidade, atendendo não somen-

te a habilitação inicial do médico, como também ao interesse do Exército.

A 3ª Residência Médica (R3) seria feita durante o curso da ECEME e se destinaria a formação do Diretor ou Chefe de OMS e do futuro Chefe do Serviço de Saúde.

As duas primeiras, R1 e R2, seriam de caráter obrigatório e a terceira, R3, seria opcional, mediante um Concurso de Habilitação para a ECEME.

Os currículos da Escola de Saúde do Exército, Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais, Escola de Comando e Estado Maior do Exército seriam programados diariamente, no período da tarde e a Residência Médica seria feita na parte da manhã, bastando para tanto, uma coordenação entre os órgãos militares interessados para racionalização e integração dos currículos das Escolas e da Residência Médica.

Assim, estaríamos montando, paralelamente, um plano de especialização, aperfeiçoamento e extensão técnico-profissional visando o aprimoramento intelectual dos profissionais médicos responsáveis pela Assistência Médico-Hospitalar na Força Terrestre, melhorando o padrão da mão-de-obra existente, pelo treinamento progressivo do pessoal técnico.

Para os Oficiais Médicos R/2 convocados sem Residência Médica poderiam ser aproveitados os que se destacassem no período de EAS, em todas as Regiões Militares e ainda, após submetê-los a uma Prova de Seleção, seriam encaminhados aos hospitais creden-

ciados, para realização da Residência Médica podendo ser movimentados para qualquer OMS do território nacional.

*b. Quadro de Oficiais Farmacêuticos da Ativa*

1) Histórico da Situação Atual

Incorporado ao Corpo de Saúde do Exército em 1857, este Quadro progrediu até 1956, quando alcançou o apogeu. Manteve-se inalterado até 1978, ano que marca o início de sua involução quantitativa, para a qual concorreu decisivamente a interrupção do Curso de Formação de Oficiais Farmacêuticos (CFOF) da EsSE, de 1974 a 1978, época em que foi mesmo cogitada a extinção do Quadro.

Note-se que a involução sofrida pelo Quadro de Farmacêuticos nas últimas três décadas deu-se justamente em uma fase de grande progresso da ciência farmacêutica, tanto da farmacotécnica, com a descoberta de novos medicamentos, quando, dos meios laboratoriais auxiliares de diagnóstico, indispensáveis ao exercício da Medicina moderna.

Fatos novos ocorridos a partir de 1979 — reativação da Farmácia Central do Exército, reabertura das Farmácias Militares, criação do SAMMED/FUSEX — evidenciaram a notável importância desse Quadro e motivaram o reinício do funcionamento do CFOF em 1980.

Cumprе assinalar que a diminuição da importância e necessidade do Farmacêutico dito "balconista" e a supressão da manipulação foram de muito superadas pelas

necessidades dos Laboratórios de Análises Clínicas (LAC), bromatologia e pesquisa técnica de qualidade.

*c. Quadro de Oficiais Dentistas da Ativa*

1) Histórico e Situação Atual

Criado em 1908, em decorrência da Lei nº 1860, de 04 Jun 1908, que reorganizou o Exército, foi o último Quadro a se incorporar ao SSE.

No curso de sua existência, apresentou várias alterações, extinto em 1915, reorganizado em 1931, novamente extinto em 1937 e reorganizado em 1950. A partir deste ano sofreu duas reestruturações, em 1955 e em 1962, que acabaram por transformá-lo no único Quadro do SSE a apresentar crescimento desde sua criação.

Nos últimos anos, devido a diminuição da oferta de vagas na EsSE, vem decrescendo numericamente.

Além disso, apresenta problemas estruturais sérios: desproporção nos diversos postos, afunilamento, dificuldade de acesso aos postos superiores, levando ao afastamento do serviço pela idade compulsória de profissionais experientes nos postos de Capitão, Major e Tenente-Coronel, apesar de bastante amenizada com os eventuais aumentos de efetivo de Ten Cel e Maj.

Da mesma forma que os médicos, os integrantes do Quadro de Dentistas têm problemas para se aperfeiçoarem, disso resultando a falta de especialistas militares com

a conseqüente necessidade de se recorrer a dentistas civis, com grandes ônus para o SAMMED/FUSEX e também para os usuários.

## 2) Proposta de aperfeiçoamento de Oficiais Dentistas

Especialidades odontológicas:

- Dentística Restauradora;
- Edodontia;
- Odontopediatria;
- Periodontia;
- Ortodontia;
- Cirurgia Oral Menor;
- Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial e
- Prótese Buco-maxilo-facial.

Apesar do Exército necessitar desses especialistas em Odontologia, por tê-los previsto na sua organização, o Sistema de Ensino no Exército, não tem condições até agora de os formar. O autor destes subsídios propõe convênios com órgãos de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior da própria área federal, por exemplo o CAPES, que facilitassem ao Oficial Dentista de carreira o acesso a esse tipo de habitação.

### d. A Reserva de 2ª Classe

Em 1982, estão prestando o Serviço Militar médicos, farmacêuticos e dentistas da Reserva de 2ª Classe (MFD R/2 Conv).

Convocar MFD R/2 foi a solução encontrada para resolver o problema de formação da Reserva do Serviço de Saúde, seriamente comprometida com a extinção dos Cursos de Saúde dos CPOR e desativação do Batalhão de Saúde e das Companhias de Saúde Indepen-

des. Este objetivo — formação da Reserva de Saúde — face as dificuldades de efetivos do SSE, acabou sendo desvirtuado, assinalando-se, dentre outras, as seguintes distorções:

1) Aproveitamento dos convocados para prestar Assistência Médica nas OMS como "especialistas", preenchendo claros de oficiais da ativa, o que por sua vez implicou em:

— prejuízo na qualidade da assistência prestada porque os convocados na verdade, com raras exceções, não são especialistas, mas sim profissionais recém-formados, com pouca experiência;

— prejuízo na formação da Reserva, melhor alcançada nos Corpos de Tropa, sob supervisão de Oficiais da Ativa;

— criação de ressentimentos entre Oficiais da Ativa, que vêm bloqueada sua aspiração de servir em OMS, pois muitas de suas vagas estão ocupadas por convocados;

— sobrecarga do pessoal da ativa, de vez que os MFD R/2 Conv não estão capacitados para o desempenho de funções de Chefia, administrativas e outras mais que exigem vivência militar, principalmente, fazendo parte de Juntas de Inspeção de Saúde, que é uma das mais importantes atividades do SSE.

2) Prorrogação do EIS, permitida atualmente até ao máximo de 06 (seis) anos, limitando assim a convocação de novos MFD R/2, comprometendo ainda mais a formação da Reserva e aumentando o

contingente de MFD dispensados do Serviço Militar.

Concluindo, podemos afirmar que a convocação de MFD nos moldes atuais foge do espírito da Lei que a criou, não atingindo o objetivo de formar uma Reserva de Saúde capacitada, além de mascarar o problema mais sério do SSE, qual seja, o da falta de pessoal, e só serve para dar uma Residência ou Pós-graduação remunerada às custas do Exército, para elementos que, se mobilizados, e destinados a tropa em operações, por sua falta de vivência no Serviço Militar Inicial, pouco irão produzir.

#### e. *Quadro-Auxiliar de Oficiais (QAO) de Saúde*

É constituído por Oficiais Especialistas de Saúde. Tratam-se de Oficiais que atingiram o oficialato após vários anos de serviço ativo, já próximos da passagem para a Reserva.

Devido a pouca habilitação técnica, salvo algumas exceções, pois como praças tiveram poucas possibilidades de aperfeiçoamento, são aproveitados pela experiência militar em funções administrativas.

#### f. *Praças especialistas*

##### 1) Histórico e Situação Atual

Com relação a praças especialistas, a situação do SSE é bastante grave.

Em 1963, na QMG-08 (Saúde) formavam-se sargentos em 12 (doze) especialidades diversas (QMP), mas já em 1972 passaram a ser 5

(cinco) as QMP, e atualmente só são formados pela EsSE sargentos Auxiliares de Saúde, com eventual especialização em Técnica de Laboratório e Farmácia, Operador de Raios-X e Fisioterapia.

##### 2) Proposta de melhora da atual situação

É importante ressaltar que a atual legislação que prevê e regula o Curso de Formação de Sargentos Especialistas de Saúde (CFSES) reduziu o curso, que era de 2 (dois) anos, para só 1 (um) ano. Com isto, liquidou, do ponto de vista técnico e do legal, a existência da função de Sargento Especialista, que era equivalente a dos "Auxiliares-de-Enfermagem", curso civil de nível médio.

Ora, se o curso civil, de nível médio, obriga a um currículo de 3 (três) anos de curso e a uma carga horária de 2.820 horas (ou seja, 940 horas por ano letivo), das quais, 1.470 destinadas à parte técnica propriamente dita (490 horas por ano), o antigo curso da Escola de Saúde do Exército (CFSES) obrigava, em 2 (dois) anos letivos, a 08 h/dia, 40 h/semana, 160 h/mês e 1.440 h/ano letivo, ou seja, uma carga de 2.880 hs no curso de dois anos, o que era equivalente ao curso civil de 3 anos, mesmo levando em conta que os alunos da EsSE, além das matérias técnicas e de conhecimentos gerais, eram obrigados a receber conhecimentos militares e a receber a formação militar correspondente.

Hoje em dia, pela legislação citada na "bibliografia", o aluno do Curso de Formação de Sargentos de Saúde passou a receber, no úni-

co ano letivo, uma carga horária anual máxima de 1.184 horas, o que é insuficiente, ainda mais que só recebe 436 horas de assuntos técnicos, ou seja, menos do que um terço do que é ministrado nos cursos civis que antes lhe era equivalente.

Com isso:

— o atual curso de sargentos de saúde, da EsSE, não mais pode ser considerado de nível médio (auxiliar-de-enfermagem), e sim de nível primário, isto é, equivalente ao de Atendente da vida médica civil;

— passou a não mais satisfazer às necessidades mínimas básicas do Exército, pois se em todo o Brasil há dificuldades de se obter auxiliares-de-enfermagem diplomados (e qualificados), o próprio Exército fechou a possibilidade de formação, por ele mesmo, de pessoal altamente qualificado, e dentro de suas necessidades;

— se continuarem a ser formados, como o estão sendo, sargentos de Saúde que não são mais auxiliares-de-enfermagem, e sim simples atendentes (técnica e legalmente, no nível funcional dos cabos de Saúde), que não preenchem às necessidades mínimas dos hospitais e policlínicas militares, nem das Unidades isoladas, em Guarnições que não disponham de Hospital Militar, estaremos projetando para um futuro próximo, não só a existência de uma massa de sargentos sem habilitação necessária, como criando mais uma das razões para que o público interno continue a se preocupar com a eficiência do Serviço de Saúde, embora

desconhecendo a maior parte verdadeiras causas de seus problemas.

Além disso, com a obrigação regulamentar de extinguir as diversas especialidades dos antigos sargentos especialistas (auxiliares-de-enfermagem), que eram, em 1963, em número de 12, a saber:

- artífice de ótica;
- auxiliar de anestesia;
- auxiliar de cirurgia;
- auxiliar de enfermagem;
- auxiliar de fisioterapia;
- auxiliar de odontologia;
- auxiliar de saneamento;
- manipulador de farmácia;
- manipulador de laboratório;
- manipulador de radiologia;
- massagista e
- protético.

Os mesmos passaram a só 5 (cinco) especialidades em 1972, a saber:

- auxiliar-de-enfermagem (que englobou, na mesma especialidade, como se fossem a mesma coisa, as antigas especialidades de auxiliares de anestesia, de cirurgia, de fisioterapia e de odontologia, além de extinguir a de auxiliar de saneamento);
- manipulador de laboratório e de farmácia;
- manipulador de raios-x;
- massagista e
- protético.

Começou aí, um prejuízo técnico e funcional na formação dos auxiliares de Saúde. Posteriormente, em 1976, agrava-se a situação com a imposição legal de uma só QMP — auxiliar-de-enfermagem, como se só ela pudesse englobar

todas as especialidades que a prática já ensinara serem necessárias.

Não é aconselhável que o homem que lide com raios-x seja o mesmo que trabalha em ambulatório; que o auxiliar de cirurgia seja o mesmo que faz massagem e assim por diante.

Tentando situar o problema e corrigir os defeitos criados, pois, com essa situação, voltávamos, do ponto de vista do emprego técnico desses auxiliares de saúde, à situação anterior a 1930, a Diretoria de Saúde, historiou os fatos, propôs soluções e previu, como necessidade mínima, de interesse para o Exército, a existência de 11 (onze) especialidades, em curso adequado, a saber:

- auxiliar de cirurgia;
- auxiliar de ortopedia;
- auxiliar de medicina física e reabilitação;
- auxiliar de anestesia e de gasoterapia;
- auxiliar de CTI e de circulação extra-corporea;
- auxiliar de oftalmologia e de otorinolaringologia;
- auxiliar de hemoterapia e de banco-de-sangue;
- artífice de ótica;
- técnico de laboratório e farmácia;
- operador de raios-x, radioterapia e rádio-isótopos;
- protético e auxiliar de dentista.

Ressalte-se, mais uma vez, que essas especialidades são mais consentâneas com as necessidades atuais, e que não podem ser formadas em um só ano letivo. Ressal-

te-se, também, os efeitos psicológicos que poderão advir do fato da situação atual, ao ser anestesiado para uma cirurgia, ter junto de si, não um auxiliar-de-enfermagem especializado em anestesia, e sim um simples atendente, sem capacidade técnica, ajudando o médico anestesista.

É por isto que a DSau continua sendo de parecer que a atual regulamentação da formação de sargentos de Saúde, bem como os conseqüentes currículos da EsSE, estão ultrapassados, projetando-se para um futuro próximo uma situação que tenta evitar.

Sobre o mesmo assunto, também já se pronunciou a Escola de Saúde do Exército em 03 de novembro de em fins de 1977.

Realmente, é aconselhável que a formação dos sargentos especialistas de Saúde seja feita em dois anos consecutivos, tal como já o foi, sendo o primeiro do ano do curso, comum a todas as especialidades, chamado de básico, capitulando no item I do Artigo 19 do Decreto 77.919, de 25 Jan 76 como período de formação, e o segundo ano, de especialização, enquadrado no item II do mesmo Artigo e Decreto.

#### g. *Emprego da mão-de-obra civil nas OMS*

Juntamente com a convocação de MFD, a contratação de pessoal civil não trouxe os resultados esperados, em decorrência das seguintes razões:

- 1) Produtividade baixa, devido a salários não competitivos com os

pagos no meio civil. Em consequência, foram contratados civis, com poucas exceções, tecnicamente limitados.

2) Alto índice de evasão, causada também pelos baixos salários pagos. Na verdade, as OMS funcionam como locais de estágio, abandonadas depois que o funcionário adquire experiência.

3) Legislação trabalhista restritiva e paternalista, que não estimula a produtividade.

4) Contratação subordinada a órgão estranho ao MEX, o DASP.

A parã disso, o número de funcionários contratados tem sido insuficiente para as necessidades das OMS.

Concluindo, podemos afirmar que a contratação de civis não solucionou os problemas de pessoal das OMS porque é numericamente insuficiente e deficiente tecnicamente.

#### *h. Proposta de criação do Corpo Auxiliar Feminino da Reserva do Exército (CAFRE)*

O emprego da mão-de-obra feminina pelas Forças Armadas de diversos países não é fato novo.

No Brasil, recentemente, foram criados no Ministério da Marinha, o Corpo Auxiliar Feminino da Reserva da Marinha e no da Aeronáutica, o Corpo Feminino da Reserva da Aeronáutica (CFRA).

Também no Exército pensa-se em criar um Corpo Auxiliar Feminino da Reserva do Exército (CAFRE) à semelhança das outras Forças Singulares.

A cogitação desta medida fundamenta-se na constatação de que a mulher pode ser empregada em atividades militares não-operacionais e na existência de dificuldades conjunturais de nosso Exército relativas a efetivos.

Mostra a experiência de outros países que o elemento feminino (EF) tem aptidões naturais que o tornam capaz de desempenhar certas funções, no âmbito das Forças Armadas, em condições de igualdade ou mesmo superiores ao homem.

É bastante satisfatório o rendimento da mulher quando atua na administração, nas comunicações, na manutenção de material, na assistência social, nos transportes, na informática, na eletrônica e principalmente na área de saúde.

Favoráveis ao CAFRE, alinham-se vários argumentos:

a) ampliará o mercado de trabalho para a mulher;

b) aumentará a produtividade de setores, hoje ocupados por funcionários civis;

c) estabilizará a estrutura administrativa;

d) liberará efetivos masculinos, hoje empregados na atividade meio, para a atividade-fim;

e) contribuirá para a formação da Reserva;

f) repercutirá favoravelmente na opinião pública.

Mas, também existem opiniões divergentes, que apontam desvantagens na criação do CAFRE.

a) menor produtividade da mulher quando comparada ao homem, causada por menor assiduidade ao

trabalho devido a problemas fisiológicos (gravidez, lactação) e sociais (cuidados com os filhos), tornando a mão-de-obra feminina mais cara;

b) necessidade de alterações na legislação vigente para definir direitos e deveres das integrantes do CAFRE;

c) necessidade de equipamentos e uniformes especiais, bem como de instalações específicas para a mulher;

d) problemas de relacionamento entre homens e mulheres;

e) necessidade de recursos financeiros para sua implantação;

f) exigência de aumento de efetivos.

Sabe-se, por outro lado, que de longa data vem o Serviço de Saúde do Exército (SSE) debatendo-se com graves problemas de pessoal, os quais têm se acentuado na medida em que aumenta a clientela a atender e que novos encargos vão surgindo, em função do crescimento do Exército.

A criação do CAFRE faz vislumbrar uma possibilidade de resolver, pelo menos em parte, esses problemas.

Quantificação dos efetivos necessários para o CAFRE:

O estabelecimento do número total de integrantes do CAFRE é tarefa difícil a demandar cuidadoso estudo.

Terá de levar em conta a satisfação das necessidades em pessoal das OMS, mas não deverá esquecer que o CAFRE será uma experiência que, pelo caráter experimental, convém seja testada em escala limitada.

A par da solução do CAFRE, ainda uma incógnita, há uma antiga reivindicação do SSE de aumento de seus efetivos e a reestruturação dos QLPC, que não podem ser esquecidos. Uma solução não exclui a outra.

Existem dificuldades regionais, localizadas em determinadas OMS, onde foram construídos novos ambulatórios que não estão funcionando, única e exclusivamente por falta de pessoal.

### 3. CONCLUSÃO

#### *a. Há premente necessidade de aumento de efetivo do SSE*

Origem dos cursos médico e farmacêutico no País, o SSE já deteve os melhores conhecimentos técnico-assistenciais, já contou com a melhor e mais bem distribuída rede hospitalar, já congregou os melhores profissionais, mas viu-se suplantado pelo vertiginoso crescimento brasileiro, com as técnicas médicas, farmacológicas e odontológicas evoluindo assombrosamente e subdividindo-se nas mais diferentes especialidades, sem que o número de seus profissionais da ativa (médicos, farmacêuticos e dentistas) acompanhasse tal evolução.

Com o próprio Exército seguindo o progresso do País, criando novas policlínicas e ampliando os hospitais já existentes, definindo novos rumos à assistência de Saúde à Família Militar, imperioso se torna que os efetivos do SSE tenham um substancial aumento, acompanhando tal evolução.

b. *Há clara necessidade do estabelecimento de um Plano de Carreira*

Com o aumento de efetivos, terá a Diretoria de Saúde do Exército campo aberto para estruturar o necessário Plano de Carreira do Pessoal de Saúde, reestudando os processos de formação, aperfeiçoamento e especialização dos componentes do SSE, abrindo oportunidades de cursos técnico-profissionais, principalmente no País e, se possível, no estrangeiro, mediante estudo das necessidades dos mesmos, conferindo motivação a carreira de seu pessoal da ativa e afastando as causas de desestímulo e desinteresse atualmente existentes. Ressalta-se o programa de Residência Médica ora em estudo.

c. *Há evidente necessidade de uma Política de Pessoal de Saúde*

Valorizada a carreira e o profissional, fácil será estabelecer uma Política de Pessoal de Saúde, elaborando QDE para Hospitais e Policlínicas Militares, baseados nas especialidades indispensáveis ao perfeito funcionamento do pessoal da ativa do SSE, as especialidades exercidas e não simplesmente para preenchimentos de claros por postos, afastando assim causas de insatisfações.

d. *Há justa necessidade de se revitalizar o Serviço de Saúde*

Por tudo o que foi exposto neste e noutros trabalhos e para que se alcancem os altos objetivos que

se esperam do SSE, necessário se torna revitalizá-lo.

e. *Criação do Corpo Auxiliar Feminino da Reserva do Exército (CAFRE)*

Criar o CAFRE, com a finalidade principal de atender as necessidades técnicas e administrativas do Exército na atividade-meio, parece-nos idéia bastante válida.

As vantagens que dele se esperam superam possíveis desvantagens levantadas por seus opositores.

A área de saúde parece ser a ideal para experimentar o CAFRE e o SSE certamente será beneficiado com a experiência.

Estão previstos problemas que poderão ser evitados ou diminuídos mediante a adoção de dispositivos oportunos na legislação relativa ao CAFRE.

Em se tratando de fato novo, todas suas implicações terão de ser minuciosamente considerados e todos seus aspectos discutidos, para que o CAFRE não se constitua em problema futuro, mais um a se juntar aos já existentes, na área de pessoal.

É conveniente que sua implantação se faça por etapas, inicialmente como experiência-piloto em algumas Regiões Militares, por tempo suficiente para concluir sobre seu desempenho.

Após efetuados os reajustes necessários, se coroada de êxito, a experiência se estenderá a outras RM.

Não se deve perder de vista que o CAFRE será um organismo da

Reserva do Exército e que a permanência definitiva de suas integrantes no serviço ativo pode ser algo desastroso.

Deve-se também lembrar que para o SSE o CAFRE pode repre-

sentar uma solução temporária para ajudá-lo a prestar uma melhor Assistência Médico-Hospitalar, mas não o auxílio no cumprimento de suas demais missões que exigem imediato aumento de efetivos, como solução definitiva.

*O Major Médico Jayr Matano tem os cursos de Formação de Oficiais Médicos, da Escola de Saúde do Exército, e de Aperfeiçoamento de Oficiais da EsAO. Foi promovido, por merecimento ao posto atual, em 25-12-1980.*

