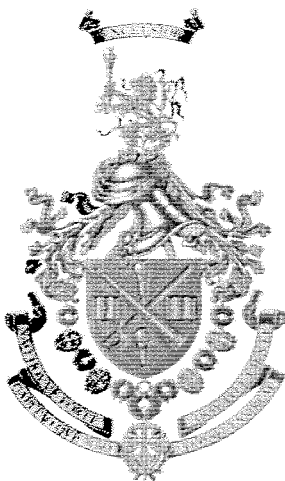


**INSTITUTO DE ALTOS ESTUDOS MILITARES
CURSO DE ESTADO MAIOR**

(1999 - 2001)



TRABALHO INDIVIDUAL DE LONGA DURAÇÃO

DOCUMENTO DE TRABALHO

O TEXTO CORRESPONDE A TRABALHO FEITO DURANTE A FREQUÊNCIA DO CURSO NO IAEM SENDO DA RESPONSABILIDADE DO SEU AUTOR, NÃO CONSTITUINDO ASSIM DOCTRINA OFICIAL DO EXÉRCITO PORTUGUÊS.

1659/Aux

O SERVIÇO DE SAÚDE DAS FORÇAS ARMADAS.
UMA VISÃO PROSPECTIVA

**NUNO GONÇALO VICTÓRIA DUARTE
MAJ CAV**



ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
a. Definição do Objectivo	1
b. Metodologia	2
2. ANTECEDENTES	3
3. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE ACTUAL	6
a. As novas missões das Forças Armadas	6
(1) Generalidades	6
(2) Caracterização dos conflitos	7
b. Órgãos responsáveis pela Saúde Militar	8
(1) Generalidades	8
(2) Ao nível do Ministério da Defesa Nacional	9
(3) Ao nível do Estado Maior General das Forças Armadas	9
(4) Ao nível dos Ramos	10
c. Missão do Serviço de Saúde Militar	10
(1) Definição	10
(2) Em situação de paz	10
(3) Em situação de campanha	11
d. Infra-estruturas	12
(1) Capacidade das Forças Armadas	12
(2) Relação entre as capacidades e potenciais utentes	12
e. Valências Médicas	12
f. Serviços de Utilização Comum	13
g. Recursos Humanos	14
(1) Generalidades	14



(2) Recrutamento	14
(a) Concurso Ordinário	14
(b) Concurso Extraordinário	14
(c) Concursos nas Academias	14
(3) Formação	15
(a) Militar	15
(b) Específica	15
(4) Carreiras	15
h. O Sistema Nacional de Saúde	17
(1) Generalidades	17
(2) Infra-estruturas	17
(3) Recursos Humanos	17
(4) Consultas por tipo de estabelecimento	17
(5) Relacionamento entre o SSM e o SNS	18
4. ANÁLISE	18
a. Generalidades	18
b. Estrutura Orgânica	21
c. Infra-estruturas	21
(1) Marinha	21
(2) Exército	21
(3) Força Aérea	22
d. Valências Médicas	22
e. Recursos Humanos	23
f. Formação/Carreiras	27



g. Especialidades	29
h. Componente Operacional	30
(1) Hospital Cirúrgico Móvel	31
(2) Localização do Batalhão do Serviço de Saúde	31
i. Telemedicina	31
j. Comparação do modelo de Serviço de Saúde com países congéneres	32
5. CONCLUSÕES	33
a. Potencialidades do actual modelo	33
b. Vulnerabilidades do actual modelo	34
(1) Organização Estrutural	34
(2) Infra-estruturas	34
(3) Pessoal	35
6. PROPOSTA	37



1. INTRODUÇÃO

O Serviço de Saúde das Forças Armadas é sem dúvida um tema aliciante de tratar, no entanto, é vasto, complexo e de extrema delicadeza.

A abordagem deste tema tem em consideração as alterações profundas no cenário político internacional, que tiveram repercussões óbvias ao nível da filosofia da OTAN e reflectiu-se, de imediato, nos novos tipos de missões que as Forças Armadas passaram, com regularidade, a ser chamadas a desempenhar – integração em forças multinacionais destinadas, essencialmente, a intervenção de carácter humanitário.

Será assim fácil de compreender o papel relevante que a Saúde Militar, sem dúvida, tem de assumir face às exigências que necessariamente se lhe colocam, num contexto de actuação das FA com estas características.

Por outro lado, a evolução tecnológica aliado ao fenómeno *globalização*, permitiu que a Sociedade nos últimos anos tivesse uma evolução difícil de prognosticar mesmo nas mentes mais criativas. Os valores que até então imperavam, deram lugar aos valores materiais que dominam as sociedades neste novo século. E é perante esta realidade de uma Sociedade em permanente evolução, que o Homem procura incansavelmente o Bem Estar e a Segurança.

É este estado de espírito do Homem Ocidental, de acomodação, que contrasta com a disponibilidade, o espírito de missão, capacidade de sacrificio, características específicas da vida militar.

Neste trabalho propomo-nos levantar as disfunções existentes no actual modelo do Serviço de Saúde das Forças Armadas, face às novas realidades geopolíticas e às exigências da nova Sociedade.

a. Definição do Objectivo

Pela vastidão do tema, propomo-nos abordar, as disfunções do Serviço de Saúde focando três pontos essenciais que se inter-relacionam.

A Estrutura Orgânica, as Infra-estruturas e os Recursos Humanos.



O Serviço de Saúde atravessa um momento extraordinariamente difícil, quer pela falta de vocações quer pela desmotivação dos médicos militares.

Face à caótica situação do Sistema Nacional de Saúde, podem-se levantar vozes descontentes e questionar a existência de um Serviço de Saúde nas Forças Armadas?; Qual a necessidade de três hospitais militares em Lisboa?; Que contributo dá este Serviço para o Bem Estar da população?

É um desafio aprofundar este tema, tendo em mente que a Saúde Militar é um serviço imprescindível para garantir a operacionalidade das Forças, bem como um Serviço possuidor de extrema visibilidade aos olhos da opinião pública, tornando-se uma “*ferramenta*” que em muito poderá contribuir para o prestígio das Forças Armadas.

b. Metodologia

Para tratar o tema complexo e fundamental para a moral dos militares, começaremos por apresentar os Antecedentes do Serviço de Saúde das FA. Posteriormente faremos uma cuidadosa caracterização do actual modelo do Serviço de Saúde, onde destacaremos as novas missões das FA e quais as consequências para o Serviço de Saúde, evidenciando ainda as Infra-estruturas e a Carreira Médico Militar.

Feita a caracterização, efectuaremos a análise com particular atenção para a falta de médicos militares, o porquê da falta de motivações e as repercussões que tem no Serviço de Saúde. A total falta de coordenação entre os Ramos, e que consequências podem daí ocorrer para a rentabilização e prestígio da Saúde Militar. Face à falta de recursos humanos que importância terá a telemedicina? Todo o processo analítico tem como referência o Sistema de Saúde já implantado e testado em países da OTAN.

Listaremos um conjunto de conclusões, onde serão apresentadas as vulnerabilidades e potencialidades do Serviço de Saúde das FA.

Por último apresentaremos as propostas que julgamos pertinentes para minimizar as vulnerabilidades do sistema, visando rentabilizar os recursos com a finalidade de melhor servir os interesses da Instituição.



2. ANTECEDENTES¹

A guerra é tão velha como a Humanidade, mas as lutas armadas mostraram as vantagens que acarretavam aos vencedores, vantagens de várias ordens; materiais, morais, robustecimentos dinásticos, e até, quem sabe, se, por vezes simples satisfação de amor próprio dos cabos de guerra ou dos que pretendiam sê-lo.

Assim sendo, também se desenharam doutrinas de guerra que iam sendo registadas com os meios de que na época se dispunha, dando aos historiadores factos materiais.

O respeito pela vida humana não acompanhou os progressos dos estudos de guerra, e não precisamos recuar muito no tempo para vermos a sorte dos feridos começar a preocupar os organizadores das massas combatentes.

Nas campanhas da Restauração o Conde de Schomberg foi contratado para reorganizar o Exército português, que se encontrava dizimado pelo esforço das campanhas dos anos anteriores. *“Nesta grande reorganização do exército entre 1660 e 1668, foi criado pela primeira vez o serviço de sanidade.”*²

Houve necessidade da criação de um Serviço de Saúde, pelas seguintes razões:

O Exército, até então, não era de todo permanente, pois se licenciava em grande parte ao terminar a guerra. Também não era nacional por se compor de muitos corpos de mercenários (suíços, escoceses, polacos, húngaros, entre outros), não era regular por falta de unidade, uniformidade e disciplina. Schomberg, à luz das reformas levadas a efeito em França, instituiu certos preceitos de disciplina e respeito humano na conduta dos capitães com os seus soldados, construíram os primeiros aquartelamentos, impuseram o uso de uniforme real. Os regimentos passaram também a ter títulos permanentes. Com a constituição de voluntários e das milícias sentiu-se a necessidade de recuperação dos feridos para poderem voltar para a linha da frente. *“Até este momento e durante longos anos, os cuidados médicos no campo de batalha inicial, reduziam-se a gestos simples,*

¹ Ver Anexo A - Directivas elaboradas desde o fim da Guerra do Ultramar com vista à reestruturação da Saúde Militar

² Carlos Selvagem, (Capitão), Portugal Militar, pág 434



acabando os feridos por ficar entregues a si mesmos, ou aos seus camaradas, prestando-lhes a primeira ajuda.”³

Os combatentes que ficassem feridos no campo de batalha, tinham dois destinos: a morte, após sofrimento, ou ficar prisioneiros. Existia um compromisso de honra entre alguns guerreiros que, num acto considerado de camaradagem, punham termo à vida do seu camarada, aliviando-lhes a dor.

Com o evoluir dos tempos a reorganização dos exércitos foi inevitável, tendo por base as seguintes preocupações:

- Gestão criteriosa dos escassos recursos humanos;
- A criação de um serviço cada vez mais eficaz , experiente, conceituado, por forma a levantar a moral dos combatentes sabendo que, se caíssem no campo de batalha, existiria alguém que tinha a função de os recuperar e lhes prestar os socorros possíveis;
- Os chefes militares pretendiam uma rápida recuperação dos seus homens, por forma a poderem regressar aos campos de Batalha.

Neste século, o Serviço de Saúde participou em várias campanhas das quais se destacam:

- Na 1ª Guerra Mundial;
- Na Guerra Colonial;

Foi na Guerra Colonial em que a Saúde Militar se distinguiu, escrevendo páginas brilhantes através dos feitos dos médicos militares.

Se porventura a Guerra Colonial era motivo de apreensão, foi no entanto esta que proporcionou aos médicos a experiência, a maturidade, o desembaraço, a frieza, o diagnóstico rápido, actuar sempre debaixo de grande pressão e nem sempre nas condições ideais, a capacidade de decisão perante situações menos favoráveis. Este ambiente de campanha facultou aos médicos militares uma reconhecida consideração e prestígio.

³ Bargão dos Santos, (Cor SS/Médico), Anteprojecto do Sistema de Saúde Militar, TILD, IAEM, 1994/1995, pág 2



Os quadros eram alimentados em grande parte pelo contingente de médicos em Serviço Militar Obrigatório (SMO), enquadrados por um escasso número de médicos do Quadro Permanente.

A exigência de qualquer guerra e, particularmente, a Guerra Colonial que se desenvolveu em três Teatros de Operações, localizados a muitos milhares de quilómetros da área da retaguarda, obrigou a uma melhoria em qualidade e quantidade de um conjunto de infra-estruturas (quer na Metrópole quer nas Províncias Ultramarinas), indispensáveis ao moral das tropas em combate e da própria população.

Pelo referido anteriormente, *“os Hospitais Militares foram um enorme pólo de atracção para os médicos militares e civis, que ali faziam a sua diferenciação e treino, pelo facto destes Hospitais possuírem e concentrarem recursos humanos, técnicos e modelos de organização (inerentes às Forças Armadas) de elevada qualidade, não disponíveis nos seus congéneres civis.”*⁴ Constituíam-se assim em Centros de Excelência os Hospitais Militares, onde treinaram inúmeras gerações de médicos que, hoje dispersos por todo o país, são figuras prestigiadas na medicina nacional.

*“Após o 25 de Abril 1974, o Serviço de Saúde Militar apresentava um prestígio digno de realce, de tal forma, que os jovens recém licenciados em medicina viam nas Forças Armadas um meio de obter uma carreira aliciante e motivadora, porque lhes facultava a prática de medicina de qualidade, enquadrados por excelentes profissionais e com boas condições hospitalares”*⁵. Para além disso, os Hospitais Civis não ofereciam nem lugares nem quadros nem uma prática da Medicina em moldes de qualidade e proporcionavam aos médicos vínculos precários durante anos e anos.

“Motivos de atracção que o Serviço de Saúde Militar proporcionava:

- *Acesso a tecnologia de ponta;*
- *Acesso a formação pós-graduada;*
- *Ambiente de organização e disciplina;*

⁴ Abílio Gomes, TCor SS/Médico

⁵ Idem, Ibidem



- *A possibilidade de entrada para o Internato das Especialidades médicas;*
- *Estatuto remuneratório semelhante ao do meio civil;*
- *A não existência de conflitos actuais ou previsíveis.*⁶

Neste momento os QP dos Serviços de Saúde Militares encontravam-se preenchidos e, com o SMO, asseguravam durante os 18 meses de Serviço Militar basicamente as acções de Medicina de Cuidados Primários nas Unidades e nos Hospitais.

Na década de 90 as Forças Armadas foram alvo de reestruturação, nomeadamente, com o SMO a passar para 4 meses e, naturalmente, o Serviço de Saúde também sofreu os efeitos da redução do Serviço Militar.

3. CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE MILITAR ACTUAL

a. As novas Missões das Forças Armadas

(1) Generalidades

“Após o ambiente de desanuviamento, no imediato do pós-Guerra Fria, sob os auspícios do diálogo e da cooperação, o mundo viu conjugar-se, no ambiente geopolítico deste fim de milénio, duas grandes tendências, por um lado, a fragmentação de espaços, por vezes violenta, como consequência dos nacionalismos, outrora subjugados ou latentes e, por outro lado, as tendências da globalização, de primado económico, mas a que não escapam a segurança e defesa das nações, jogadas em espaços cada vez mais vastos e onde o querer e a procura da estabilidade se exercem numa perspectiva multinacional”.⁷

E é perante este ambiente, referenciado no parágrafo anterior, que houve necessidade de repensar o Conceito Estratégico da OTAN. Reflectiu-se nos novos tipos de missões que as Forças Armadas passaram, com regularidade, a ser chamadas a desempenhar, integradas em forças multinacionais, destinadas essencialmente a intervenções de carácter humanitário.

⁶ Idem, Ibidem

⁷ Jaime Gama, Ministro da Defesa Nacional, Portugal e a Defesa Nacional, 1999, pág 11



Portugal não pode ficar alheio a esta tendência. Daí que a defesa dos interesses nacionais passe, também, pela participação, em consonância com os recursos e capacidades disponíveis, nas acções de defesa e promoção da paz no mundo, mesmo que os conflitos ocorram longe do nosso espaço territorial.

No contexto actual, de maior cooperação internacional, a utilização das FA em apoio da acção diplomática, dada a credibilidade acrescida daí resultante, permite uma sustentada defesa dos interesses nacionais perante os nossos aliados e, consequentemente, o reforço da capacidade de afirmação do País.

É neste cenário que às Forças Armadas, elemento essencial do Estado, da soberania e da identidade nacional, cabe a missão primária de **defender os interesses vitais da Nação Portuguesa, a sua territorialidade, populações e instituições democráticas, num exercício contínuo, cumprindo a missão de conduzir Portugal ao seu lugar no mundo actual, na salvaguarda dos interesses nacionais e no estrito cumprimento do direito e da legitimidade internacionais.**

Decorrendo do enquadramento legal actualmente em vigor⁸, incumbe também às FA:

A satisfação dos compromissos internacionais do Estado no âmbito militar;

A participação em Missões Humanitárias e de Paz;

A colaboração em:

Missões de protecção civil e tarefas relacionadas com a satisfação básica e a melhoria da qualidade de vida das populações.

(2) Caracterização dos conflitos

Num período de restrição financeira e de redução de pessoal, com o fim do Serviço Efectivo Normal (SEN), paradoxalmente, as tarefas designadas às Forças Armadas foram significativamente incrementadas. As operações em que Portugal ultimamente tem estado empenhado, não são operações bélicas, são operações humanitárias e de manutenção da paz,

⁸ Lei de Defesa Nacional e das FA (LDNFA) e Lei Orgânica de Bases da Organização das FA (LOBOFA)



que certamente impõem uma responsabilidade muito superior às anteriores em tempo de paz. E não se deve menosprezar a importância do apoio sanitário neste tipo de operações. Não só pelas implicações políticas, já que, perante a opinião pública é mais difícil aceitar que se produzam baixas, por poucas que estas sejam. Para além disso, frequentemente as estruturas sanitárias locais são insuficientes, ou inclusivamente inexistentes, e a assistência sanitária da população converte-se numa responsabilidade da formação sanitária destacada. Os conflitos actuais implicam grande mobilidade de forças e efectivos, obrigando a constante preparação para toda e qualquer condição físico-sanitária, e determinando um papel preponderante do Serviço de Saúde verificado em operações recentes, em que razões médico-sanitárias - medicina preventiva, inadaptação a condições físicas do ambiente, inadaptação alimentar - implicaram baixas nas forças, superiores às derivadas de acções de combate.⁹

Será assim fácil de compreender o papel relevante que a Saúde Militar assume no novo contexto de actuação das FA. Sem qualquer dúvida o Serviço de Saúde é um elemento imprescindível nas missões de ajuda humanitária.

Uma outra área em que a Saúde Militar se apresenta em situação privilegiada para apoiar a diplomacia portuguesa é nas missões de cooperação no âmbito da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP).

Pode ainda em coordenação com o Serviço Nacional de Saúde e o Serviço Nacional de Protecção Civil, apoiar as populações em situações de emergência ou catástrofe.

b. Órgãos Responsáveis pela Saúde Militar

(1) Generalidades

O vector saúde encontra-se disperso pelos três ramos militares; Marinha, Exército, Força Aérea.

⁹ Lições retiradas de FA de países da OTAN



O Serviço de Saúde Militar caracteriza-se por um conjunto de meios humanos, técnicos e de estruturas divididas pelos três ramos, sem interligações e disperso pelo Território Nacional.

Iremos referir os órgãos responsáveis pela Saúde Militar aos diversos níveis:

(2) Ao nível do Ministério da Defesa Nacional (MDN)

Existe uma Divisão de Saúde Militar¹⁰ dependente da Direcção de Serviços de Saúde e Assuntos Cíveis, órgão de aconselhamento do Ministro da Defesa Nacional.

(3) Ao nível do Estado Maior General das Forças Armadas (EMGFA)

“Na perspectiva delineada pela Lei n.º 111/91, de 29 de Agosto, que aprovou a Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas (LOBOFA), houve necessidade de racionalizar e reduzir as estruturas de comando operacional integrado do conjunto de forças e meios do sistema de forças nacional, intenção esta que era igualmente assistida pela preocupação de uma maior economia de meios.

Em consequência, todas as actividades não directamente relacionadas com o emprego operacional foram transferidas para o MDN, ficando o EMGFA num efectivo comando operacional e formando-se uma cadeia de comando em cujo vértice se encontra o CEMGFA e na qual se inserem os Chefes de Estado-Maior dos ramos como seus subordinados para efeitos operacionais, além dos comandos que venham a constituir-se.”¹¹

No art.º 3 da Lei Orgânica do EMGFA, o CEMGFA exerce o comando completo das Forças Armadas em estado de guerra e o seu comando operacional em tempo de paz.

Perante este artigo da lei, o CEMGFA não possui nenhum órgão que seja responsável pela Saúde Militar, assumindo esta responsabilidade em tempo de guerra através dos Comandantes Operacionais.

¹⁰ Ver Anexo B - Organograma da Direcção Geral de Pessoal do MDN e respectiva Missão

¹¹ Decreto-Lei n.º 48/93 de 26 de Fevereiro, Lei Orgânica do EMGFA



(4) Ao nível dos Ramos

Em cada Ramo existe uma Direcção de Serviço de Saúde, chefiada por um Oficial General ou um Contra Almirante.

A estrutura de Saúde da Marinha¹² está na dependência hierárquica da Superintendência dos Serviços de Pessoal.

A estrutura de Saúde do Exército¹³ está na dependência hierárquica do Comandante da Logística.

A estrutura de Saúde da Força Aérea¹⁴ está na dependência hierárquica do Comandante de Pessoal da Força Aérea.

c. Missão do Serviço de Saúde Militar

(1) Definição

A Saúde Militar é factor determinante para a operacionalidade das Forças Armadas. Da sua qualidade depende também o nível de desempenho dos efectivos militares.

O Serviço de Saúde Militar tem por missão genérica apoiar os efectivos militares por todas as formas e acções que concorram, a nível individual e colectivo, para a promoção e manutenção do mais elevado estado sanitário, capaz de garantir o mais elevado potencial de combate.

Em sentido restrito a missão da Saúde Militar é:

Assegurar a prontidão física e psicológica dos efectivos militares, através de selecção, preparação e acompanhamento específicos visando a operacionalidade plena, nos teatros de actuação previsíveis.

(2) Em situação de paz

O objecto do Serviço de Saúde Militar é a pessoa militar, vista na sua plenitude:

¹² Ver Anexo C - Organograma da estrutura da Saúde da Marinha

¹³ Ver Anexo D - Organograma da estrutura da Saúde do Exército

¹⁴ Ver Anexo E - Organograma da estrutura da Saúde Força Aérea



- Como homem e, portanto, no gozo total do seu direito à saúde, entendida na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), como ausência de doença e usufruto de bem-estar físico e psíquico;
- Como elemento de uma estrutura militar a quem está atribuída uma missão, e que, portanto, terá de possuir as condições físicas e psíquicas ideais para contribuir para o seu êxito.

Para isso é necessário:

Intervenção específica na área da selecção do pessoal a incorporar;

Acompanhamento médico da preparação dos efectivos militares, nomeadamente:

- Treino físico;
- Optimização das condições de trabalho e adequação ao desempenho das funções;
- Definição e execução de normas de higiene e medicina preventiva.

Prestação de cuidados de saúde primários, secundários e terciários;

Disponibilidade permanente para situações de crise, de emergência e de catástrofe;

Formação e treino do pessoal do Serviço de Saúde, nomeadamente nas suas atribuições específicas.

(3) Em situação de campanha

O Serviço de Saúde Militar deve adequar-se ao esforço desenvolvido pelas Forças Armadas, nomeadamente na manutenção dos níveis de treino e de preparação psicológica do pessoal.

Deverá estabelecer o dispositivo necessário e proporcional à actuação do Sistema de Forças envolvido, contemplando o escalonamento correcto de unidades de saúde de dimensão e valências adequadas ao Teatro de Operações e às condições do evento. O apoio à linha da frente deve ser constante e total, quer por intermédio de unidades móveis de dimensão adequada, quer recorrendo a tecnologias de comunicação bilateral disponíveis. Deverá planear e estabelecer a evacuação sanitária e o tratamento dos feridos de acordo com as



necessidades operacionais, procurando sempre criar as condições de obtenção do máximo reforço possível.

Referindo agora especificamente as tarefas:

- Apoio sanitário às Forças empenhadas:
 - Prestação de primeiros socorros;
 - Triagem e evacuação para os órgãos sanitários sucessivos e apropriados;
 - Recuperação dos indisponíveis, no mais curto espaço de tempo;
- Manutenção das tarefas específicas do Serviço de Saúde que continuem pertinentes, nomeadamente:
 - Acompanhamento do pessoal militar com lesões definitivas e incapacitantes;
 - Manutenção das tarefas definidas para situação de paz.

d. Infra-estruturas¹⁵

(1) Capacidade das Forças Armadas¹⁶

O maior número de infra-estruturas de Saúde Militar encontram-se concentradas na região de Lisboa.

(2) Relação entre as capacidades e potenciais utentes¹⁷

Salienta-se a relação camas/utentes nas FA; assim, na Marinha existem **3,1** camas/1000 potenciais utentes, no Exército **8,2**, na Força Aérea **4,7** e nas FA, como um todo, existem **6,3** camas por 1000 potenciais utentes.

e. Valências Médicas¹⁸

Em Anexo encontram-se referenciadas as valências médicas nos diversos Hospitais Militares e Centro de Saúde da RMS.

¹⁵ Ver Anexo F–Infra-estruturas hospitalares das Forças Armadas

¹⁶ Ver Anexo G–Capacidade dos Hospitais Militares

Ver Anexo H–Distribuição de camas por Ramo

Ver Anexo I–Distribuição de consultas por Ramo

Ver Anexo J–Dias de Internamento/ano por Hospital Militar

¹⁷ Ver Anexo K–Relação entre as capacidades e potenciais utentes das infra-estruturas nas FA

¹⁸ Ver Anexo L–Quadro valências médicas pelos vários Hospitais e Centros de Saúde Militares



f. Serviços de Utilização Comum (SUC) ¹⁹

Os Serviços de Utilização Comum são entendidos como órgãos/serviços médicos especializados, que terão a seu cargo a prestação de cuidados do seu foro a todos os militares das Forças Armadas e, na sua capacidade sobranter, a outros eventuais utentes a determinar. Os SUC têm carácter de serviço único e, devem proporcionar atendimento aos utentes dos três ramos das FA em condições de plena igualdade, embora fiquem localizados no estabelecimento de saúde de um dos ramos, ao qual é cometida a responsabilidade da sua organização, gestão e funcionamento.

Coube à Marinha a responsabilidades dos seguintes SUC:

- Serviço de Medicina Hiperbárica
- Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependência e Alcoolismo (UTITA)
- *Laboratório de Hemodinâmica*

A criação deste laboratório estava na génese do despacho do MDN, no entanto este projecto foi abandonado.

Coube ao Exército a responsabilidades dos seguintes SUC:

- Serviço de Infeciologia (HMB)
- Serviço de Imuno-Hemoterapia (HMP)
- Serviço de Hemodiálise (HMP)

Coube à Força Aérea a responsabilidades dos seguintes SUC:

- Serviço de Medicina Nuclear
- Centro de Medicina Aeronáutica

¹⁹ Ver Anexo M-Despacho nº188/MDN95

No âmbito do projecto de reestruturação dos Serviços de Saúde Militar e que através deste despacho, foi consagrado o princípio da redução de duplicação de valências médicas do Sistema de Saúde Militar.



g. Recursos Humanos

(1) Generalidades

É notório que se tem verificado uma diminuição dos efectivos militares de saúde - quem está quer sair, e ninguém parece querer entrar - já que os concursos ficam normalmente desertos com a excepção da Força Aérea.

Para colmatar a inexistência dos militares para o desempenho das funções, tem vindo a assistir-se progressivamente à entrada de médicos civis, com prejuízos evidentes para o sistema que se pretende da Saúde Militar.

(2) Recrutamento

O recrutamento é efectuado de três formas diferentes:

(a) Concurso Ordinário

Após conclusão do Internato Geral, os médicos podem ingressar numa carreira militar, através de um concurso específico de admissão.

(b) Concurso Extraordinário

Admissão de médicos já com a especialidade, através de concurso específico.

(c) Concurso nas Academias

Este recrutamento é muito recente, sendo pioneira a Academia Militar (AM),²⁰ no ano lectivo 1998/1999.

Na Academia da Força Aérea (AFA)²¹ e na Escola Naval (EN)²² deu-se início aos cursos de Licenciatura em Saúde Militar apenas no ano lectivo 1999/2000, sucedendo o mesmo para a GNR²³, estes ministrados na AM.

²⁰ Ver Anexo N - Despacho 68/98 de 16 de Março 1998 de Sua E^{xa} o General CEME, que determina que a AM passasse a partir do ano lectivo 1998/1999 (inclusive) a ministrar os cursos de Licenciatura em Saúde Militar, na especialidade de Medicina, Medicina Veterinária, Farmácia e Medicina Dentária.

²¹ Só ministra cursos de licenciatura, na especialidade de Medicina

²² Só ministra cursos de licenciatura, na especialidade de Medicina

²³ Só ministra cursos de licenciatura, na especialidade de Medicina



(3) Formação

A formação de um médico é exigente, permanente e muito extensa.

(a) Militar

A formação militar dos médicos compreende a frequência de cursos de promoção, semelhante a qualquer outro oficial do QP.

Independentemente de qual o tipo de concurso de admissão ao QP, os médicos militares frequentam o Curso de Promoção a Capitão (CPC), o Curso de Promoção a Oficial Superior (CPOS) e, em alguns casos, o Curso Superior de Comando e Direcção (CSCD).

(b) Específica

Os médicos militares estão em igualdade de circunstâncias com os médicos civis e enfermeiros técnicos, estão ligados à Ordem dos Médicos, porque é esta que lhes concede a autorização para o exercício da medicina, reconhecendo-lhes o grau que os valoriza profissionalmente.

(4) Carreiras²⁴

São reconhecidas as seguintes carreiras médicas:

- Carreira Médica de Clínica Geral;
- Carreira Médica Hospitalar;
- Carreira Médica de Saúde Pública.

A carreira médica hospitalar compreende as seguintes categorias²⁵

- Assistente;
- Assistente graduado;
- Chefe de Serviço;

A carreira médica militar está intimamente ligada à promoção:

- Para Capitão ou 1º Tenente - Obtenção do grau de Clínico Geral;

²⁴ Decreto-Lei nº 332/86 de 2 de Outubro

Decreto-lei nº 519-B/77, de 17 de Dezembro

²⁵ Decreto-Lei nº 73/90, de 6 de Março



- Para Major ou Capitão-Tenente - Obtenção do grau de Assistente;
- Para Coronel ou Capitão de Mar e Guerra - Obtenção do grau de Consultor ou Chefe de Serviço.

A carreira dos médicos militares tem que se cingir, naturalmente, à dos médicos civis²⁶

Nesta situação os médicos ingressam no QP, no posto de Alferes (médicos de concurso ordinário, com o internato geral concluído), sendo no entanto compensados pela realização do internato geral, ficando menos tempo no posto de Tenente (cerca de 2 anos).

Os médicos oriundos das Academias ingressam no QP após a conclusão do curso de medicina na Universidade Civil, no posto de Alferes. Posteriormente realizam o Internato Geral, com duração de 18 meses.

Durante o internato geral os médicos só podem exercer medicina tutelada.

Iremos relatar a experiência dos médicos oriundos do concurso ordinário, como seria óbvio, visto que os primeiros médicos oriundos das Academias só ingressarão no QP dentro de 4 anos.

Após o Internato Geral os médicos concorrem ao Internato Complementar, que tem em média uma duração de 5 a 6 anos.

Durante este período, os médicos são promovidos a capitão tendo naturalmente que efectuar o Curso de Promoção a Capitão (actualmente interrompem o internato).

Depois de terminar a especialidade o médico regressa "*à tropa*", durante o período de tempo que lhe resta em capitão, tendo ainda que frequentar o Curso de Promoção a Oficial Superior, com duração de cerca de 6 meses.

Posteriormente dá-se a promoção a Major, e as FA contam com um Major, médico, e possuidor de uma determinada especialidade.

Poderá, se quiser, continuar a sua carreira médica realizando a graduação para consultor, o que lhe permitirá ser Coronel Médico, se tal se vier a proporcionar.

²⁶ Ver Anexo O – Comparação das Carreiras dos Oficiais Médicos Militares



h. O Sistema Nacional de Saúde

(1) Generalidades

Quando nos referimos ao Serviço Nacional de Saúde, falamos do serviço público, enquanto que o Sistema Nacional de Saúde é mais abrangente, incluindo o privado e o militar.

De imediato caracterizaremos sucintamente o Serviço Nacional de Saúde (SNS);

(2) Infra-estruturas

É no litoral do país que existe a maior densidade populacional. É nestas regiões que se verifica o maior número de infra-estruturas sanitárias. De realçar a região de Lisboa e Vale do Tejo.²⁷

Importa salientar que existem três Hospitais distritais, muito próximos, nomeadamente em Tomar, Abrantes e Torres Novas.

A relação de camas por 1000 habitantes, em média nacional, é cerca de **2,4** camas/1000 habitantes, sendo nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Centro que estes valores são superiores, atingindo **2,7** camas /1000 habitantes.²⁸

(3) Recursos Humanos

Na última década o número de médicos tem sofrido um aumento, no entanto pouco significativo²⁹, face ao aumento de infra-estruturas, continuando o número de médicos a ser diminuto. (como exemplo, o Hospital de Abrantes, que se manteve fechado durante algum tempo por falta de recursos humanos; e o elevado número de médicos espanhóis que exercem medicina no nosso país.)

No entanto é na região de Lisboa e Vale do Tejo que o número de médicos é superior.³⁰

(4) Consultas por tipo de Estabelecimento

Verifica-se no SNS que, prioritariamente, os doentes procuram os Centros de Saúde

²⁷ Ver Anexo P - Número de Hospitais Centrais e Regionais por região

²⁸ Ver Anexo Q - Número de camas por 1000 habitantes por região

²⁹ Ver Anexo R - Evolução dos médicos em Portugal

³⁰ Ver Anexo S - Número de médicos por regiões



posteriormente os Hospitais Distritais , e só depois os Hospitais Gerais.³¹

O SNS português encontra-se longe, em termos de eficiência, dos Sistemas de Saúde dos parceiros europeus, sobretudo pelas elevadas listas de espera, sendo alvo de duras críticas por parte dos utentes.

(5) Relacionamento entre o SSM e o SNS

Após a caracterização do Serviço de Saúde Militar e do Sistema Nacional de Saúde, de imediato nos ressalta a existência de um sobredimensionamento nos Hospitais Militares em tempo de paz em relação aos Hospitais Cívicos. Este sobredimensionamento deve-se, no entanto, a critérios de dimensão e equipamento dirigidos para situações de guerra ou catástrofe.

No entanto, a capacidade sobrança em tempo de paz não pode ser defendida de ânimo leve, nem as carências do País, em matéria de saúde e em matéria social, nos permitiriam sancionar essa situação. Ela poderá e deverá ser exaustivamente utilizada, perseguindo índices de rentabilidade que, pela própria natureza de organização e espírito dos seus profissionais, serão pelo menos iguais aos alcançados nos seus congéneres cívicos.

Em tempo de paz os Hospitais militares deverão ser utilizados no apoio à comunidade, mediante protocolos de colaboração (enquanto a sua capacidade o permitir) sem prejuízo da sua missão fundamental.

4. ANÁLISE

a. Generalidades

Durante a década de 60 e até 1974, as Forças Armadas portuguesas encontravam-se dimensionadas para o cumprimento de uma missão específica: fazer face à guerra subversiva

³¹ Ver Anexo T - Consultas por tipo de estabelecimento
Ver Anexo U - Atendimento nas urgências por tipo de estabelecimento



que se desenrolava em três Teatros de Operações, a muitos quilómetros deste pequeno país, Portugal.

Durante este período as FA, uma vez mais reiterando a nossa prestação histórica no mundo, demonstraram capacidade de sacrifício, patriotismo, capacidade de organização e elevados valores morais, cumprindo durante 14 anos com o que lhes era exigido, com brio e profissionalismo, que, em nossa opinião, permite continuar a escrever gloriosas páginas na nossa História, dignificando as FA e o povo português.

Durante este período o interesse português passava por África, e uma menor preocupação para a guerra Fria que se instalava na Europa, onde dois blocos - a OTAN e o Pacto de Varsóvia - dividiam o planeta.

Com o fim da Guerra do Ultramar foi tempo de os militares regressarem a quartéis, vivendo-se um período de instabilidade política, em que as Forças Armadas, por força das circunstâncias, se encontravam no centro das decisões.

Quando finalmente o país regressou à estabilidade, e definitivamente se instalou a democracia, houve necessidade de reestruturar. No entanto, as Forças Armadas não constavam nas primeiras prioridades dos políticos.

Em 1989, com a queda do Muro de Berlim e posteriormente com a fragmentação da União Soviética, mudou radicalmente a política Internacional. Começou por se questionar a importância da OTAN, e outros foram mais longe, questionando a existência das Forças Armadas, justificando a não existência de inimigo convencional.

Surgem então as novas missões das Forças Armadas, as missões de Paz e de cariz humanitário. Sente-se a necessidade de reestruturar as FA, que ainda apresentavam uma estrutura semelhante à da Guerra do Ultramar.

Surge o fim do SMO de 18 meses para um SEN de 4 meses, período de transição até ao profissionalismo, fase de transição em que ainda nos encontramos. Portugal, face às suas obrigações internacionais, vê-se na contingência de participar em missões de Paz, missões estas



que se tornam num instrumento da política externa e diplomática do país. Neste momento, as Forças Armadas cumprem missões na Bósnia, Kosovo, e recentemente em Timor Leste, para além das missões de cooperação com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (CPLP). No início de um novo século, já somos “*veteranos*” em missões de cariz internacional e ainda não terminámos a reestruturação. Considero que esta situação de permanente transição é o principal motivo porque nos apresentamos aos olhos dos menos informados como uma instituição desacreditada, sendo apontada como uma das razões para a notória dificuldade na obtenção de recursos humanos, sejam eles para ingressar no voluntariado, como praças, ou quadros qualificados, no caso dos médicos. Aliado ao anteriormente exposto, há a referir que vivemos numa sociedade hipnotizada pela globalização, onde imperam valores materiais em detrimento de valores morais e éticos.

Perante tais factos as FA têm que readquirir o prestígio perdido, para isso, tem necessariamente de se modernizar por forma a se adaptar às novas realidades.

Ainda queríamos realçar que, no âmbito das Forças Armadas, o Ramo mais penalizado é o Exército, pela sua dimensão, dispersão territorial, como pelas missões que desempenha em tempo de paz. A Saúde Militar não foge à regra, aparecendo algumas vozes que questionam o porquê dos Hospitais militares e de médicos militares.

A análise que efectuaremos de imediato, e que surge na sequência dos parágrafos anteriores, incidirá na estrutura orgânica da Saúde, nas infra-estruturas e nas carreiras dos médicos.

Julgamos que a Saúde Militar é uma das *ferramentas* que os militares têm ao seu alcance, sendo o seu exercício palpável e real, podendo ser um contributo inquestionável para a melhoria da Saúde em Portugal, devendo ser apontada como referência. No entanto, muito trabalho haverá que fazer, começando por um entendimento entre os Ramos, projectar um trabalho conjunto, face ao exemplo das operações que até ao momento Portugal tem desempenhado fora das suas fronteiras, bem como a necessidade de planear, executar, em ambiente conjunto e combinado.

A Saúde Militar é um elemento de excelência para prestigiar as Forças Armadas.



b. Estrutura Orgânica

A Saúde Militar é da responsabilidade de cada ramo, não existindo nenhum órgão ao nível superior que exerça uma coordenação, por forma a estabelecer uma Política Comum de Saúde Militar.

No Exército a Direcção do Serviço de Saúde está subordinada ao Comando da Logística, enquanto nos outros Ramos as Direcções de Serviço de Saúde estão subordinadas ao Comando de Pessoal.

A Divisão de Saúde Militar existente no MDN limita-se a ser um meio de informação das directivas do Ministro para as Direcções, mas esta correspondência não é directa. Isto é, a informação deve seguir os canais hierárquicos, nomeadamente através dos Chefes de Estado de cada Ramo. Esta Divisão tem um Oficial General ou Almirante médico, na reserva, conselheiro do Ministro da Defesa Nacional para a área da saúde.

A aquisição de meios materiais para equipar um determinado estabelecimento da Saúde Militar é elaborada de maneira perfeitamente isolada, não existindo um levantamento de necessidades conjuntas e a abertura de um único concurso.

c. Infra-estruturas

(1) Marinha

As infra-estruturas de Saúde da Marinha situam-se na área da grande Lisboa.

O Hospital da Marinha funciona há 203 anos no mesmo edifício. *"Neste momento revela-se insuficiente para albergar convenientemente os serviços e áreas de apoio de que o hospital necessita."*³²

(2) Exército

O Exército, pela sua dimensão e dispersão territorial, é o ramo que apresenta maior número de infra-estruturas. Pela análise da localização dos beneficiários da ADME³³, verifica-se que

³² Relatório da Inspecção-Geral das Forças Armadas 1996, pág 15

³³ Ver Anexo V – Localização dos Beneficiários da ADME



a região da grande Lisboa apresenta uma maior densidade populacional; distinguindo-se também a região do triângulo Abrantes, S^{ta} Margarida e Tancos, pela localização da BMI e da BAI.

Analisando a localização das infra-estruturas de Saúde, conclui-se a falta de meios na área do triângulo anteriormente mencionado, bem como a existência do HMR 2 e do Batalhão de Serviço de Saúde (BSS), na região de Coimbra, onde os beneficiários da ADME têm diminuído, para além de extinta a Região Militar Centro.

Quanto às instalações do HMP, estas dividem-se por 4 áreas distintas e separadas fisicamente entre si, criando algumas dificuldades para o bom funcionamento, quer no aspecto técnico, quer no aspecto logístico, prejudicando a inter-relação desejável entre os vários serviços.

(3) Força Aérea

Apesar de apresentar uma dispersão territorial, esta é no entanto, bastante inferior à do Exército.

Quanto ao Hospital da Força Aérea, *"as instalações do Instituto de Saúde da Força Aérea são de construção da década de 70/80, desde logo destinadas a fins hospitalares.*

A área útil existente é suficiente para albergar todos os serviços e secções do ISFA, bem como o Centro de Investigação de Medicina Ocupacional da Força Aérea."³⁴

d. Valências Médicas

No Anexo L estão espelhadas as valências médicas existentes nos Hospitais Militares. Podemos efectuar a seguinte análise:

Da totalidade das valências médicas referidas em Anexo, o HMP apresenta 77% dessas valências, o HM 71%, o HFA 57%. Em termos regionais, o HMR 1 - 68,5% e o HMR 2 - 57%.

O Hospital Militar Principal, o Hospital da Marinha e o Hospital da Força Aérea, situam-se em Lisboa e triplicam em 50% do total de valências existentes.

³⁴ Relatório da Inspeção-Geral das Forças Armadas 1996, pág 15



Se em algumas destas valências não haverá dúvidas quanto à sua existência em triplicado, em virtude do grande consumo existente, já em relação a outras será legítimo questionar essa necessidade.

No relatório da análise global ao Sistema de Saúde das Forças Armadas,³⁵ foi referido o seguinte: *"O Hospital da Marinha possui um Serviço de Ginecologia e Obstetrícia que tem um excelente equipamento, mas limita a sua capacidade à ginecologia por não dispor de meios humanos para a realização das actividades do foro da obstetrícia. Já no HMP, o serviço idêntico não tem equipamentos à altura, mas dispõe de cinco médicos e três enfermeiros civis"*

A inexistência de um planeamento comum para a Saúde das FA origina situações como as referidas no parágrafo anterior. É bem explícito que os Ramos cumprem a mesma missão numa área tão restrita, face à população beneficiária diminuta, não rentabilizando os meios materiais nem os meios humanos, saindo prejudicado o próprio militar,³⁶ a quem o Serviço de Saúde se destina.

e. Recursos Humanos

Tem-se verificado a diminuição do número de médicos militares nas Forças Armadas.³⁷

Esta diminuição é devida a dois motivos:

- Nos concursos, as vagas abertas não têm sido preenchidas
- Saída extemporânea - os médicos que se encontram no QP, querem sair, tendo-se verificado o abate ao Quadro de médicos em número significativo.

Esta diminuição dos médicos militares tem sido altamente prejudicial ao bom funcionamento dos Serviços de Saúde. No entanto, é no Exército que estes efeitos se têm feito sentir com maior preocupação, porque o Exército apresenta, como já referido, uma grande dispersão territorial, pelas características do próprio Exército, e pelas missões no exterior do TN, no âmbito das

³⁵ Idem, Ibidem, pág 13

³⁶ Direito dos militares, artº 25 EMFAR

³⁷ Ver Anexo W – Evolução dos Médicos nas FA



Alianças de que Portugal faz parte, e que maioritariamente têm sido garantidas à custa de Forças Terrestres.

A falta de Médicos nas fileiras tem entre outras as seguintes consequências:

- O envelhecimento dos quadros.³⁸
- O aumento de médicos civis a contrato (avenças e prestação de serviços)³⁹
- Sobrecarga dos Hospitais Militares⁴⁰

Julgamos que as razões para a falta de vocações de médicos militares, se podem encontrar na história recente.

Começemos por referir quais os inconvenientes e as vantagens que a vida militar oferecia.

Inconvenientes :

- Ausência de pagamento de horas extraordinárias;
- Sujeição à disciplina militar;
- Obrigatoriedade de disponibilidade de 24 horas/dia;
- Impossibilidade de abandonar a Instituição por simples rescisão do contrato.

Vantagens:

- Vínculo à função pública;
- Possibilidade de escolha de uma especialidade mais difícil de obter na carreira civil;
- Ausência de exclusividade para poder exercer Medicina privada.

No entanto, as exigências comunitárias foram determinantes para a alteração de algumas regras.

Assim:

"Em 1991, de acordo com exigências da UE, passou a haver garantias de especialidade para todos os médicos. Desde então considera-se que qualquer médico tem direito à sua

³⁸ Ver Anexo X - Médicos Militares por postos

³⁹ Ver Anexo Y - Médicos Civis nas FA

⁴⁰ Ver Anexo Z - Com a diminuição do tempo de SEN e, futuramente a passagem ao profissionalismo, as Unidades Militares, que eram alimentadas pelos médicos em SEN, não dispõem de assistência médica que execute as actividades tão importantes como os cuidados primários, primeiros socorros e triagem, sobrecarregando os Hospitais Militares, também estes muito carenciados de pessoal de saúde e que são chamados a prestar cuidados médicos que estariam perfeitamente ao alcance das Secções Sanitárias das Unidades.



especialização e, por isso, têm sido abertas vagas para o internato complementar em número superior aos candidatos.

*Em 1993, acabou a exclusividade para os Internos complementares, pelo que estes, em complemento à sua formação passaram a poder exercer medicina fora do Hospital ou Centro de saúde onde decorria o seu internato, procurando sedimentar uma posição no mercado de trabalho desde cedo para poder encarar com mais optimismo o futuro."*⁴¹

A sociedade civil evoluiu, apresentando melhores condições aos médicos do que aquelas que as FA podem proporcionar. Para além do referido, o aumento na última década de Hospitais e de Centros de Saúde, que foram construídos no nosso país, não foi acompanhado proporcionalmente pelo número de médicos, originando que os médicos se tornassem num recurso precioso e escasso. Veja-se o número de médicos espanhóis que exercem medicina no nosso país.

Em nossa opinião, as razões apontadas podem ser denominados por **Factores Externos**.

No entanto também existem **Factores Internos** que passamos a enumerar:

- Desmotivação profissional;
- Falta de atractivos da carreira;
- Factores de desprestígio, em termos de Serviço de Saúde de idoneidade profissional reconhecida;
- Divergências da realidade do exercício profissional com as expectativas criadas no ingresso;
- Degradação das condições de trabalho, por diminuição do número de profissionais e aumento do serviço;
- Degradação das condições de trabalho por envelhecimento progressivo das instalações e equipamentos.

⁴¹ Serafim Miguel Guimarães, (SS Tenente/Médico), artigo, [Uma espécie em vias de extinção](#)



Que pode ser feito para motivar os médicos militares e aumentar os ingressos nos quadros:

- Planeamento das carreiras;
- Coerência;
- Credibilidade;
- Direitos e deveres bem definidos.

Julgamos que a abordagem dos pontos acima referidos não se pode dissociar das condições que o serviço nos Hospitais Militares proporcionam.

A reduzida casuística que os Hospitais Militares apresentam pela falta de doentes (um médico realiza-se se tiver doentes), a perda de prestígio que os hospitais militares têm sofrido nos últimos tempos, em comparação com os hospitais civis. Em todas as carreiras gostamos de ser reconhecidos, mas a especificidade da medicina, obriga a que os médicos tenham uma formação constante, quer pelo evoluir da tecnologia, quer pela importância da investigação em que as nações mais poderosas têm colocado o seu empenho, com investimento de quantias avultadas.

Isto implica que o médico tenha que estar em permanente aprendizagem, necessitando de professores e de treino. O que se verifica é que os Hospitais Militares não proporcionam estas mais valias aos seus médicos, limitando-os a uma vivência diária hospitalar, com limitações na investigação. A especificidade da vida militar nem sempre rentabiliza o especialista, nomeadamente pela falta de médicos militares, os que existem servem para quase tudo, independentemente do trabalho que possam estar a realizar num determinado momento.

Os médicos, independentemente de serem ou não militares, obedecem a determinadas regras e “*performances*” que a Ordem dos Médicos estabelece. A competitividade (esta competitividade é no sentido da aquisição de conhecimentos, que está intimamente ligada à competência do médico) entre os médicos é real, isto é, os médicos militares têm a competição dos seus colegas civis que, pelos motivos anteriormente referidos, possuem condições nos hospitais civis que os



Hospitais Militares não podem proporcionar, nomeadamente idoneidade para ministrar formação (apesar de o HMP apresentar algumas valências com essa capacidade).

Iremos de imediato abordar a formação/carreiras dos médicos. Este problema foi apontado como um dos factores de desmotivação e, pela incerteza do futuro que suscita, naturalmente factor de insegurança.

f. Formação/Carreiras

A carreira dos médicos militares obedece a critérios específicos da sua formação (idênticos aos médicos civis), como já referido na página 15, acrescido das condições previstas no artº 237 do Estatuto dos Militares das Forças Armadas. Na necessidade de conjugar estas duas carreiras, surge a seguinte consequência; o pouco contacto com a sociedade castrense durante a sua fase de formação, porque os Médicos Militares encontram-se nas fileiras durante um curto período após o Internato Geral só surgindo definitivamente após a conclusão do Internato Complementar (Anexo O).

A especialidade é feita num hospital que tenha idoneidade de formação, concedida pela Ordem dos Médicos.

Apesar de o HMP apresentar algumas valências, com idoneidade formativa, no entanto a grande parte deste período os médicos militares estão apresentados num Hospital Civil. É de referir que a frequência dos Internatos em Hospitais Cíveis por médicos militares é encarada, pelos Directores de Serviço, como enquadrada no programa de formação dos respectivos serviços, sendo os médicos militares tratados de forma igual aos seus colegas civis, sendo-lhes exigido igual desempenho nas suas funções e avaliados de acordo com os mesmos critérios de assiduidade, pontualidade, competência técnica, preparação teórica, capacidade de trabalho individual e em grupo e, sobretudo, disponibilidade para dedicação ao serviço. Isto garante que os Serviços de Saúde das Forças Armadas tenham médicos de igual qualidade aos do Serviço Nacional de Saúde.



Mas a formação está estritamente ligada às carreiras, tem que existir sintonia, o actual quadro apresenta como:

Vantagens

- Ingresso de imediato no internato complementar após a realização do internato geral, à semelhança da carreira civil.

Inconvenientes:

- Interrupção do Internato Complementar devido;
 - A frequência do CPC;
 - Nomeação para o desempenho de missões de paz ou humanitárias ;
 - As constantes nomeações para realizar as inspecções nas várias Unidades aquando das incorporações;
- O contacto com a sociedade castrense, nomeadamente com a medicina militar, apenas com 4 anos de capitão;
- A falta de formação em valências específicas da medicina militar;
- Durante o Internato Complementar a realização de serviços nas urgências do Hospital Militar acumulando com as dos Hospitais Cívicos.

Pretende-se que o médico esteja em situações de igualdade com os seus congéneres civis, mas, perante o referido, os médicos militares são prejudicados na sua formação, pela falta aos internatos, ou a frequentá-los com irregularidade, como testemunha o Tenente Médico,⁴² que num artigo referiu " *foi formulado um protesto de uma Directora de serviço ameaçando não dar aprovação ao interno se a situação assim continuasse. Dois outros Directores de Serviço recusaram dois médicos militares para a frequência de internato complementar nos respectivos serviços alegando a falta de assiduidade, pela irregularidade de prestação de serviço dos médicos internos militares .*"

⁴² Miguel Guimarães Serafim, SS Tenente/Médico - Artigo - Uma espécie em vias de extinção



Esta situação em nada prestigia as Forças Armadas e os próprios médicos militares, sendo naturalmente catalisadores para a desmotivação e para o descrédito, afastando assim potenciais médicos de ingressarem nas Forças Armadas.

De entre as carreiras médicas do SNS (Clínica Geral, Hospitalar e de Saúde Pública), apenas a hospitalar se encontra implementada no Serviço de Saúde Militar, ainda que as outras duas correspondam também a funções necessárias em meio militar e a sua falta tenha implicações ao nível da utilização de médicos diferenciados, em funções que não se adequam à formação recebida. A nomeação de especialistas de uma área para funções inadequadas não só é altamente prejudicial à qualidade dos actos executados, como, pela falta de manutenção de treino na sua área específica, prejudica a qualidade dos actos próprios da especialidade.

De não menor relevância será o facto de não existir uma formação de medicina castrense, a que corresponderiam, por exemplo, as actividades de triagem, reanimação, evacuação e a evacuação em ambiente NBQ, situação de emergência ou catástrofe e outras.

Após o internato complementar, não existe nenhuma formação específica, nomeadamente no estrangeiro, por forma a rentabilizar o Médico Militar, e obviamente a Saúde Militar.

g. Especialidades

Actualmente no Exército existem médicos militares com as especialidades apresentadas em Anexo.⁴³

Tendo como referência o QO de Pessoal do Hospital Cirúrgico Móvel (HCM)⁴⁴, verifica-se a falta de anestesistas militares.

Na nossa opinião, deveriam ser as especialidades preconizadas no QO HCM as prioritárias para os médicos militares, vocacionando-os para especialidades que são indispensáveis ao cumprimento da missão (tendo como farol sempre a missão do SSM). O accionamento do HCM implica a necessidade de pessoal que possua características para a sua funcionalidade. Desta

⁴³ Ver Anexo AA - Médicos Militares do Exército por Especialidades

⁴⁴ Ver Anexo AB - QO de Pessoal do HCM



forma, o Serviço de Saúde Militar tem que garantir a existência de médicos militares com as seguintes especialidades - Medicina Interna; Cirurgia Geral; Ortopedia; Anestesiologia, Cardiologia, Psiquiatria e Medicina Dentária. Porém, como a necessidade de recorrer a médicos civis é uma realidade, e não estando estes subordinados à especificidade da vida militar, deveriam neste caso, garantir as especialidades não necessárias ao empenhamento de uma situação de campanha, cumprindo as funções de 4º escalão.⁴⁵

h. Componente Operacional

Neste trabalho aprofundaremos a componente operacional do Exército, em detrimento dos outros ramos, porque as missões de apoio à paz ou humanitárias têm sido sobretudo da responsabilidade do Exército. Pelas características do próprio Exército, em caso de catástrofes, poderá o HCM pela sua especificidade, ter como missão apoiar as populações em qualquer local onde a necessidade impere.

Face às novas missões e às suas características, é necessário aprontar forças ligeiras, mais flexíveis, mais móveis e modulares, com meios de projecção estratégica combinadas e conjuntas.

Para atingir níveis acrescidos de prontidão operacional e dispor em permanência de um conjunto modular de forças de resposta rápida e diversificada, para situações de contingência, o General CEME determinou através do seus despachos⁴⁶ que a Componente Operacional do Exército, seria estruturada em três níveis de contingência.

- Forças de Projecção do Exército (FOP)
- Forças de Reserva do Exército (FORES)
- Forças de Reforço por Convocação e mobilização (FOREF)

Nas FOP o Batalhão de Serviço de Saúde contribui com o HCM.

Nas FORES o BSS tem a responsabilidade de nomeação de uma Companhia Sanitária.

⁴⁵ O 4º Escalão, localizado já em TN, para o tratamento definitivo, com capacidade de executar a cirurgia de reconstrução e reabilitação, garantido por um Hospital Central.

⁴⁶ Despacho nº 317/CEME/98, de 21OUT98
Despacho nº 21/CEME/99, de 2FEV99



O BSS localizado em Coimbra, para além do encargo operacional, tem a missão de formação de socorristas.

(1) HCM

O apoio sanitário é modular⁴⁷, permitindo construir, aumentar, regenerar ou reconstruir o apoio sanitário a um campo de batalha (ME-10-00).

Este conceito de modularidade é um método de desenho de forças que permite dispor das suas partes que são permutáveis expansíveis e desenhadas para ir ao encontro das necessidades do Exército.

As organizações modulares contém módulos que produzem réplicas, aumentam e modificam as suas possibilidades, permitindo que as suas partes actuem em conjunto ou separadas. (TRADOC PAM 525-68)

(2) Localização do Batalhão de Serviço de Saúde

O HCM neste momento encontra-se na DSS, sendo no entanto o BSS que tem a responsabilidade do seu encargo operacional. Julgamos que em tempo de paz o HCM deveria ser um instrumento precioso de treino operacional para o pessoal de saúde, permitindo a existência de um leque, quanto maior possível, de indivíduos a opera-lo, em vez de este conhecimento estar reduzido a um núcleo restrito de pessoas. Desta forma e para rentabilizar o HCM, este deveria estar situado numa região de grande concentração de militares e onde se localizem as Unidades operacionais, podendo assim o HCM participar em exercícios proporcionando o treino necessário ao pessoal de saúde.

i. Telemedicina

O serviço de telemedicina é um conjunto de meios de comunicação e transmissão de dados por via electrónica, permitindo distribuir periféricamente um bem escasso e oneroso, em pessoal e em equipamentos técnicos muito diferenciados, de um modo imediato e eficaz.

⁴⁷ Ver Anexo AC - Organograma do HCM



Entre os militares esta problemática não pode ser mais premente, tendo em vista a progressiva escassez de meios humanos nos SSM. Esta tecnologia veio facilitar o acompanhamento do doente e a diminuição dos riscos da má prática médica por insuficiência de meios humanos. Este meio tecnológico pode assim vir a dar um contributo excelente aos Serviços de Saúde Militares, especialmente quando o doente não pode chegar ao médico diferenciado. Neste caso a medicina pode chegar ao doente.

Na impossibilidade de existir um médico de cada especialidade nas Unidades, a telemedicina permitirá efectuar o diagnóstico por especialistas, através de uma base de dados localizada numa central (Hospital Militar) e, verificar a necessidade de evacuação de um determinado doente, para o hospital. Assim se evita o congestionamento dos mesmos.

No exterior do TN cada Teatro apresenta as suas especificações. Por muita experiência que um médico possua, é natural que surjam dúvidas; a telemedicina é um meio auxiliar, que permite ao médico destacado o apoio de especialistas a muitos quilómetros de distância e, simultaneamente, servindo de apoio moral ao médico, sabendo que não se encontra isolado, e que não recaia sobre os seus ombros o peso da tomada de decisão.

j. Comparação do modelo de Serviço de Saúde Militar com países congéneres⁴⁸

Da comparação com os Sistemas de Saúde Militar de outros países verifica-se uma tendência para a criação de uma estrutura de Saúde Militar supra ramos que define a política de saúde e controla toda a gestão desses serviços.

No entanto na Bélgica a sua integração é total, dando lugar a um 4º ramo.

Na maioria dos países há uma Direcção de Serviço de Saúde dos Ramos, embora sob a dependência técnica da Direcção Geral /Central.

Em Portugal, como já referido na página 21, o Serviço de Saúde Militar encontra-se dividido pelos três Ramos, sem interligação e disperso pelo TN.

⁴⁸ Ver Anexo AD – Organização da Saúde Militar em alguns países da OTAN



No sentido de aproveitamento das estruturas actualmente existentes e, face à cultura militar neste âmbito, enraizada há muitas gerações, em nossa opinião seria uma mudança extraordinariamente brusca com graves consequências optar por um modelo tipo 4º Ramo. No entanto parece-nos necessário constituir sinergias retirando as vantagens do ambiente conjunto, e optar numa primeira fase pelo modelo adoptado pela maioria dos países, **a criação de um órgão supra ramos que defina a Política de Saúde Militar.**

5. CONCLUSÕES

Desde o fim da Guerra do Ultramar até aos nossos dias, foram, constituídos grupos de trabalhos, elaborados estudos, dados pareceres, despachos ministeriais, com o objectivo de reestruturar a Saúde Militar.

Toda esta preocupação é sinónimo de que a Saúde Militar não está rentabilizada.

Durante os últimos 26 anos, as decisões tomadas, como a implementação dos Serviços de Utilização Comum, tentaram satisfazer algumas necessidades e cobrir algumas lacunas, no entanto os problemas centrais, a verdadeira questão de fundo, apesar de reconhecida por muitos, inclusive, por entidades de grande responsabilidade e com poder de decisão, não foi resolvida.

Em nossa opinião a inexistência de sinergias reflecte-se na:

- Inexistência de um órgão coordenador de uma política de saúde comum;
- Falta de vontade política;
- Perspectivas diferentes dos Ramos quanto a este assunto⁴⁹

a. Potencialidades do actual modelo

- O espírito de missão e a disciplina que, aliados à capacidade de organização que são apanágio da vida militar, são virtudes cultivadas desde a entrada para as fileiras e que têm sido sobejamente evidenciadas na prática, como o demonstram, a título de exemplo, os vários

⁴⁹ Ver Anexo AE – Notícia de um jornal sobre o não entendimento dos ramos face à saúde militar



louvores concedidos aos elementos da Saúde Militar que, integrados em forças multinacionais, têm tomado parte em acções de manutenção de paz e de auxílio humanitário;

- As características dos conflitos dos nossos dias obrigam a uma disponibilidade permanente, aliás bem constante da condição militar.
- A distribuição dos meios militares necessários à cobertura estratégica de todo o Território Nacional, acarretando uma consequente dispersão territorial de sistemas de Saúde Militar, constitui uma potencialidade sob o ponto de vista estratégico nomeadamente nos casos de conflito e/ou calamidade.

b. Vulnerabilidades do actual modelo

(1) Organização Estrutural

- Face à inexistência de uma Política de Saúde Militar comum, os Serviços de Saúde dos Ramos são totalmente independentes entre si;
- O Serviço de Saúde do Exército insere-se no Comando da Logística, enquanto o da Marinha e da Força Aérea no Comando de Pessoal;
- A inexistência de um planeamento concertado para a Saúde Militar, acarretando disfunções na aquisição de meios materiais e, consequentemente o aumento de custos na aquisição de equipamentos específicos.

(2) Infra-estruturas

- A triplicação de infra-estruturas e de recursos (materiais e humanos), numa área restrita e com população diminuta, não rentabilizando os meios, nem o pessoal de saúde.
- A dispersão pelo TN, sob o ponto de vista económico e de meios materiais e humanos;
- As instalações militares apresentam lacunas, pela idade avançada que apresenta o HM, ou a dispersão dos serviços por várias áreas do HMP. Aumento de custos de manutenção com edifícios deste tipo;



- O BSS tem como missão ministrar instrução de socorristas, o que face à falta de pessoal de saúde, é nossa opinião que o BSS não está a ser optimizado nem o pessoal rentabilizado. A localização em Coimbra do BSS que, tendo o encargo operacional do HCM, não permite a rentabilização do mesmo, que para além disso se encontra localizado actualmente na Direcção dos Serviços de Saúde;

(3) Pessoal

- A diminuição do número de médicos militares cria grandes dificuldades no Serviço de Saúde das Forças Armadas;
- Diminuição de vocações de médicos militares, as vagas nos concursos não são preenchidas, o que implica:
 - Envelhecimento dos quadros, existência de médicos em postos mais elevados e défice de médicos nos postos de Alferes, Tenente e Capitão.
 - Necessidade de recorrer a médicos civis através de contrato ou avença.
- A diminuição do número de médicos não diminui a obrigatoriedade do serviço, o que origina interrupções no Internato Complementar, para efectuar urgências, ou inspecções nas várias unidades aquando das incorporações, ou ainda a nomeação para o cumprimento de missões fora do TN.
- Os internatos são realizados em iguais circunstâncias com os médicos civis; as interrupções referidas na alínea anterior são altamente prejudiciais quer para o médico, quer para o prestígio das FA;
- A inexistência de planeamento e de definição clara da carreira médico militar;
- A falta de médicos suscita a falta de Cuidados de Saúde Primários nas Unidades, contribuindo para o congestionamento dos Hospitais Centrais;
- A não existência nas FA de uma carreira de Clínica Geral proporciona o desempenho de médicos militares da Carreira Hospitalar noutras funções, não os rentabilizando e



acarretando graves prejuízos para o serviço;

- Por falta de idoneidade dos Hospitais Militares, a grande parte da formação dos médicos é realizada em Hospitais Cíveis, afastando os médicos militares da vivência castrense;
- Diferenciação de procedimentos nos vários ramos, quanto ao Serviço de Urgência (SU). O Exército tem um SU em que os médicos militares não são remunerados, como o são os médicos cíveis. Em contrapartida, os SU nos Hospitais Militares não proporcionam as mais valias, que os SU dos grandes Hospitais Centrais Cíveis, devido à grande variedade de situações que aí ocorrem, quer pela sua especificidade quer pelo elevado número de casos. Proporcionam indiscutivelmente um local onde se valoriza o médico militar, porque são casos deste tipo que mais se aproximam da situação de campanha.
- A não abertura à componente cível das Forças Armadas, ao acesso aos Hospitais Militares, impedindo desta forma um aumento da casuística e os índices de rentabilidade (cada Ramo tem uma política diferenciada relativamente a este assunto);
- No Exército, a falta de médicos anestesistas. Em contrapartida, a existência de médicos militares com especialidades em que se poderia recorrer a médicos cíveis.
- A não existência nas FA de meios tecnológicos permitindo facultar a medicina à distância, por forma a minimizar as dificuldades de pessoal e dar um apoio aos médicos que se encontram em Forças Nacionais Destacadas;
- Face à relação SNS/SSM.

Verifica-se que, devido à falta de Centros de Saúde Militares nos grandes Centros, os doentes recorrem aos Hospitais Militares, congestionando o serviço, enquanto que no SNS os doentes recorrem em primeira instância aos Centros de Saúde, onde se efectua a triagem.



Relação camas/utentes

O rácio nos Hospitais Militares é superior ao dos Hospitais do SNS. Para rentabilizar esta mais valia, efectuar acordos e protocolos com o SNS.

- A inexistência de entendimento entre os Ramos na procura de soluções para melhor e rentabilizar o Serviço de Saúde nas FA;

6. PROPOSTA

Face às missões do Serviço de Saúde preconizamos um conjunto de propostas, com vista a minimizar as vulnerabilidades que o actual modelo apresenta. Foi tido em consideração os modelos existentes em outros países bem como a especificidade das nossas Forças Armadas.

a. A criação de um órgão ao nível do Ministério da Defesa Nacional, ao qual competiria:

- Definir a política global da Saúde Militar;
- A coordenação, harmonização e avaliação permanente da execução das políticas definidas, bem como do funcionamento e dos resultados do SSM;
- Estabelecimentos de acordos e protocolos com outras entidades, nomeadamente:
 - Com os vários Ministérios e outras Instituições, que visem o desenvolvimento e progresso do conhecimento científico na área da medicina e o estabelecimento de cooperação mútua;
 - Coordenar com o Serviço Nacional de Emergência, com o Serviço Nacional de Protecção Civil e Ministério da Saúde para situações de conflito, emergência ou catástrofe;
- Promover e desenvolver o ensino e formação dos médicos militares (exemplo: cursos de pós graduação no estrangeiro);
- Estudar e dar pareceres sobre a aquisição de material técnico-sanitário, com vista à standartização e racionalização de meios e de acordo com as a normas e Stanag's OTAN;
- Responsável pela supervisão do funcionamento do Hospital Central Geral das Forças Armadas;



- Para além das funções que já têm vindo a ser desempenhadas pela Divisão de Saúde Militar da Direcção de Serviços de Desenvolvimento dos Recursos Humanos, da Divisão Geral de Pessoal do Ministério da Defesa Nacional.

Este órgão a criar no MDN, deveria depender da Direcção Geral de Pessoal;

b. A criação de um Hospital Central Geral para as Forças Armadas em Lisboa, por forma:

- Rentabilizar os equipamentos existentes;
- Minimizar as dificuldades que os Hospitais Militares têm com falta de pessoal;
- Aumento da casuística;
- Capacidade de idoneidade para aumentar as valências de formação;
- Capacidade de efectuar investigação;
- A possibilidade de funcionamento de um bom Serviço de Urgência (a melhor escola, em tempo de paz, para os elementos de Saúde das FA);
- Possibilidade de receber a componente civil das Forças Armadas (acordo com ADSE) e outros subsistemas.

c. Carreira dos médicos Militares

Os médicos militares só ingressam no Internato Complementar no posto de Capitão.

Após o internato Geral, inicia-se de seguida um período de cerca de 3 anos e 6 meses,⁵⁰ em que o médico militar, já no exercício livre e autónomo da medicina, ficará à disposição das respectivas Direcções de Serviço de Saúde. Durante este período o médico militar estará sujeito a duas fases: Fase de Formação Militar e a uma Fase onde se efectuarão os deslocamentos.

(1). Formação

- Formação Militar Geral; (médicos oriundos de concurso ordinário - 3 meses)

⁵⁰ Ver Anexo AF - Proposta para Carreira Médico.Militar



- Formação em Medicina Militar; (3 meses)
 - Após a formação militar geral, inicia-se a formação específica, com um 1º ciclo, onde se ministra formação em medicina militar (actividades de triagem, reanimação, evacuação em ambiente NBQ, situação de emergência e catástrofe e outras).
 - Curso de Promoção a Capitão. (6 meses)

Este curso prepara o Oficial Médico para o desempenho de funções de Capitão, no entanto será também ministrada formação específica, que designamos por 2º ciclo.

Nesta fase o médico militar é promovido a Capitão e dará início ao Internato Complementar.

Para a promoção ao posto de Major é exigido ao médico militar a especialidade, o CPOS e um tempo mínimo no posto de Capitão de 6 anos, pelo que consideramos importante realçar o caso das especialidades de cirurgia em que o Internato Complementar tem uma duração de 6 anos. Neste caso a promoção não pode ser prejudicada pelo que propomos que o médico seja graduado até que conclua o CPOS.

(2). Deslocamentos

A duração nos postos de subalterno é de 5 anos (1 Alferes e 4 em Tenente), considerando como referido no parágrafo anterior, o Internato Geral - 18 meses, Formação Militar - 3 meses, Formação em Medicina Militar - 3 meses e 6 meses no CPC, restando um período de cerca de 2 anos e 6 meses.(Em Anexo AE)

Neste período os médicos militares efectuariam os deslocamentos nas Unidades/Órgãos Sanitários Operacionais ou em Centros de Instrução Nacionais, com uma passagem obrigatória pelo BSS, por forma a contactar com o HCM, e consequentemente a participação em exercícios. No último ano e meio deste período, e em caso de imperativo superior os médicos militares efectuariam uma missão fora do TN.



d. Batalhão do Serviço de Saúde

A nossa proposta vai no sentido de transferir o BSS de Coimbra para o Entroncamento, tendo em conta:

- Sendo o Entroncamento uma região Central face ao conjunto de Unidades que nessa área estão implantadas existindo por isso, uma elevada densidade de população militar;
- A BMI e a BAI são as Unidades Operacionais por excelência do nosso Exército, e são estas que realizam exercícios com alguma assiduidade, se o HCM se encontrar nesta região será rentabilizado, quer na participação de exercícios quer no apoio sanitário aos militares desta área;
- Rentabilizar o pessoal de saúde, face ao número de militares existentes nessa região. Como todos os médicos militares passariam na sua fase de formação pelo BSS, aumentaria o número de médicos militares, numa região deficitária face à população militar;
- Com a existência de três Hospitais Distritais na região, efectuar protocolos com o SNS, por forma a rentabilizar os nossos médicos bem como dispor de enfermarias para internamento de doentes militares.

e. Telemedicina

Aproveitar a experiência já adquirida no HMR-2 e numa primeira fase implementar esta tecnologia em proveito da medicina tendo como base o Campo Militar de S^{ta} Margarida.

Aproveitar a vontade e os conhecimentos dos médicos que estão empenhados neste processo, desenvolvendo-o, rentabilizando-o por forma a se estender a todo o TN e posteriormente se tornar uma mais valia no apoio às Forças Nacionais Destacadas.

*“Não é por as coisas serem difíceis que não ousamos,
mas é porque que não ousamos que elas são difíceis”*

Sêneca



BIBLIOGRAFIA

PUBLICAÇÕES

AAVV, Almanaque do Exército, Exército Português, Comando da Logística, 1998

AAVV, Orientação para a elaboração de trabalhos escritos, DD-00-00-01, IAEM, 1992

AAVV, A reorganização das Forças Armadas de 1993, NC 50-48-01, IAEM, 1995

AAVV, Portugal e a Defesa Nacional, MDN 1999

SELVAGEM, Carlos, Portugal Militar, Imprensa Nacional

MARQUES, José Carlos Nunes, Serviço de Saúde Militar – a Problemática da Formação e Especialização dos Quadros Técnicos e sua Relação com a Instrução Colectiva e o Treino Operacional das Unidades Sanitárias, TILD, CSCD 1998/99, IAEM

MOTA, Eduardo Manuel Pereira Cooperação civil-militar, na área da saúde, em situações de excepção. Situação e perspectivas de aperfeiçoamento, IAEM, 1989/90 – 1 Vol

SANTOS, J.G. Bargão Anteprojecto do Sistema de Saúde Militar, TILD, CSCD 1994/95, IAEM

RIBEIRO, Carlos Alberto Ferreira, Reorganização do Serviço de Saúde do Exército, Revista Baluarte nº 5 Set-Out 1989



INTERNET

<http://www.emfa.pt/organiz.htm> (site do EMGFA)

<http://www.emfa.pt/orgcpes.htm> (site do Força Aérea)

<http://www.exercito.pt/> (site do Exército)

<http://www.hsm.pt/factos/equip.html> (site Ministério da Saúde)

<http://www.hsm.pt/servcli.html> (site Ministério da Saúde)

<http://www.marinha.pt/> (site da marinha)

<http://www.mdn.gov.pt/> (site do MDN)

<http://www.ordemdosmedicos.pt> (site Ministério da Saúde)

<http://www.pouv.fr/sante/index.html> (site Le Service de Santé des Armées)

<http://www.mde.es/fuerzas/tierra/tierra32.htm> (Fuerzas Armadas)

<http://www.army.mod.uk/army/organise/medical/main.htm> (site The Royal Army Medical Services)

ENTREVISTAS

Director do Serviço de Saúde da Força Aérea – General Médico Pedro Barreiros

Subdirector do Serviço de Saúde Militar – Coronel Médico José Carlos Nunes Marques

Subdirector do Serviço de Saúde da Armada – Capitão de Mar e Guerra Médico Rui Abreu

LEGISLAÇÃO

Despacho nº 182 MDN/94, Directiva sobre o Sistema de Saúde Militar

Despacho nº 188 MDN/94, Directiva sobre os Serviços de Saúde Militar de Utilização Comum



Despacho nº 192 MDN/94, Conselho consultivo da Saúde Militar

Despacho do Secretário Estado da Saúde, de 7 de Julho 1980, Internato Complementar de médicos militares em hospitais civis

DL nº 519/77, de 17 de Novembro, Estatuto da Carreira Médico-Militar

Lei nº 29/82, de 11 de Dezembro Lei de Defesa Nacional e das Forças Armadas

DL nº 332/86, de 2 de Outubro, Alteração ao DL nº 519/77, de 17 de Novembro

DL nº 34-A/90, EMFAR

DL nº 73/90, de 6 de Março, Regime Geral das Carreiras Médicas

DL nº 210/91, de 12 de Junho, Alterações ao DL nº 73/90, de 6 de Março

DL nº 224/92, de 20 de Outubro, Cria lugares do QPCE

DL nº 128/92, de 4 de Julho, Regime Jurídico da formação, após a Licenciatura em Medicina

DL nº 48/93, de 26 de Fevereiro, Lei Orgânica do EMGFA

DL nº 50/93, de 26 de Fevereiro, Lei Orgânica do Exército

Lei nº 111/91, de 29 de Agosto, Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas

Lei nº 4/93, de 12 de Fevereiro, Alteração do DL nº 128/92, de 4 de Julho

Portaria nº 330/77, de 3 de Junho, Frequência de estágios dos internamentos Policlínicos

Portaria nº 331/77, de 3 de Junho, Médicos civis para exercer as funções de Consultor nos Hospitais Militares

Portaria nº 632/78, de 21 de Outubro, Concursos de ingresso nos QP de Oficiais Médicos

Portaria nº 1223/82, de 28 de Setembro, Regulamento de Internato Geral

Portaria nº 695/95, de 30 de Junho, Regulamento dos Internatos Complementares



ANEXOS

ANEXO A Directivas elaboradas desde o fim da Guerra do Ultramar com vista à reestruturação da saúde

ANEXO B Organograma da Direcção Geral de Pessoal do MDN e respectiva Missão

ANEXO C Organização da Marinha

Apêndice 1 Órgãos Centrais de Administração e Direcção
Apêndice 2 Direcção de Serviço de Saúde

ANEXO D Organização do Exército

Apêndice 1 Direcção de Serviço de Saúde

ANEXO E Organização da Força Aérea

Apêndice 1 CPESFA

ANEXO F Infra-estruturas Hospitalares das Forças Armadas

Apêndice 1 Localização das Unidades Hospitalares do Exército

ANEXO G Capacidade dos Hospitais Militares

ANEXO H Distribuição de Camas por Ramo

ANEXO I Distribuição de Consultas por Ramo

ANEXO J Dias de Internamento/ano

ANEXO K Relação entre as Capacidades e Potenciais Utentes das Infra-
-estruturas nas Forças Armadas

**Apêndice 1** Família Militar

ANEXO L	Quadro valências médicas pelos vários Hospitais e Centros de Saúde Militares
ANEXO M	Despacho nº188/MDN95
ANEXO N	Despacho 68/98 de 16 de Março 1998 de Sua E ^{xa} o General CEME
ANEXO O	Comparação da Carreira dos Médicos Militares e Civis
ANEXO P	Número de Hospitais Centrais e Regionais por região
ANEXO Q	Número de camas por 1000 habitantes por região
ANEXO R	Evolução dos médicos em Portugal
ANEXO S	Número de médicos por regiões
ANEXO T	Consultas por tipo de estabelecimento
ANEXO U	Atendimento nas urgências por tipo de estabelecimento
ANEXO V	Localização dos Beneficiários da ADME
ANEXO W	Evolução de Médicos Militares nas Forças Armadas
ANEXO X	Médicos Militares por postos
Apêndice 1	Médicos Militares em 1993
Apêndice 2	Médicos Militares em 1994
Apêndice 3	Médicos Militares em 1995
Apêndice 4	Médicos Militares em 1996
Apêndice 5	Médicos Militares em 1997



ANEXO Y	Médicos Civis nas FA
Apêndice 1	Médicos Civis em 1993
Apêndice 2	Médicos Civis em 1994
Apêndice 3	Médicos Civis em 1995
Apêndice 4	Médicos Civis em 1996
Apêndice 5	Médicos Civis em 1997
ANEXO Z	Inexistência de Cuidados Primários nas Unidades
ANEXO AA	Médicos Militares do Exército por Especialidades
ANEXO AB	QO de Pessoal do HCM
ANEXO AC	Organograma do HCM
ANEXO AD	Organização da Saúde Militar em alguns países da OTAN
Apêndice 1	Racionalização da Rede de Saúde Militar
ANEXO AE	Notícia de um jornal “ Falta de entendimento entre os ramos face à saúde militar”
ANEXO AF	Proposta para Carreira dos Médicos Militares
ANEXO AG	Legislação Enquadrante do Serviço de Saúde



ANEXO A – Directivas elaboradas desde o fim da Guerra do Ultramar com vista à reestruturação da Saúde Militar

No entanto a reestruturação da Saúde Militar, é um assunto que ao longo dos tempos tem sido equacionado. Tem sido motivo de preocupação pelos chefes militares desde a fim da Guerra do Ultramar.

Irei de imediato efectuar uma breve retrospectiva, quanto às directivas e estudos elaborados, por forma a reestruturar o Serviço de Saúde Militar.

Em Outubro de 1976, através da Directiva nº 4, o CEMGFA determinava que as Forças Armadas deveriam dispor de um serviço de Saúde Militar único, devidamente estruturado e profissionalizado, a resultar da integração funcional dos três Serviços de Saúde Militares existentes.

Em 1978, um Projecto de Decreto-Lei do Conselho da Revolução propunha a criação, no Estado Maior General das Forças Armadas, da Direcção Geral do Serviço de Saúde Militar, com o objectivo de promover a integração funcional dos Serviços de Saúde dos três ramos das Forças Armadas.

Em Outubro de 1981, numa informação da CPISFA (Comissão Permanente Inter Serviços de Saúde das Forças Armadas) acerca do espírito da Directiva nº4/76, afirmava-se que:

“ A necessidade da reestruturação dos Serviços de Saúde Militares apontados na Directiva não só se mantém, como se torna cada vez mais premente, pelo aumento constante do espaço vazio que separa o nível actual da competência médica e capacidade de assistência dos Serviços de Saúde (deles a esperar quer em tempo de paz, quer em tempo de guerra) com a orgânica da gestão actual, e o nível que deles seria de esperar se tivessem acompanhado convenientemente o progresso da tecnologia



médica nos últimos trinta anos e as consequentes modificações da sua organização e gestão; de resto são processos evolutivos havidos nas FA de países com quem as nossas mantêm relações íntimas, nomeadamente países da OTAN, que nos devia ter servido já desde há muito de exemplo orientador”

Foi concluído pela Comissão acima referenciada que a Directiva nº4/76 se mantinha actualizada e que os pressupostos continuam válidos.

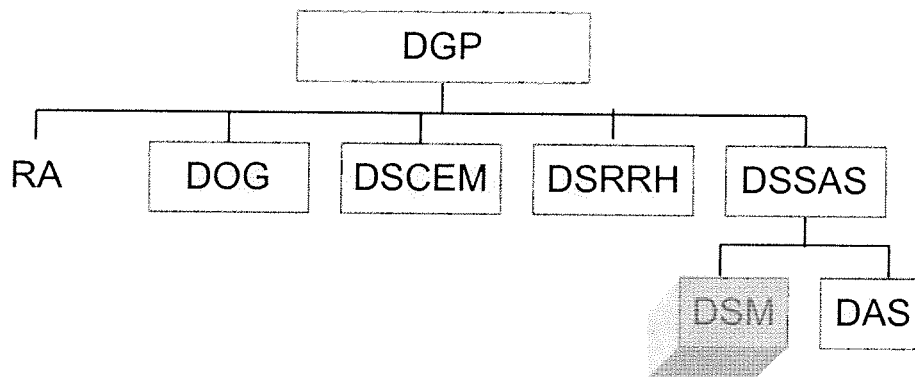
Na década de 90, vários Ministros da Defesa Nacional elaboraram despachos, com o intuito de serem elaborados estudos, para reformulação da Saúde Militar.

Após 26 anos a directiva nº 4/76 mantém-se actualizada e os pressupostos válidos.

O não cumprimento dos estudos levados a efeito com a intenção de reestruturar a Saúde Militar, tiveram como consequência a perda de credibilidade por parte dos Hospitais, a falta de vocação de médicos militares, a estrutura semelhante à da Guerra do Ultramar, não acompanhando as outras congéneres da OTAN, dificuldade em se adaptar às novas missões das FA, pela falta planeamento que a situação actual obriga.



ANEXO B - Organograma da Direcção Geral de Pessoal/MDN



DGP – Direcção Geral de Pessoal

RA – Repartição Administrativa

DOG – Divisão de Organização e Gestão

DSCEM – Direcção de Serviços da Condição e Efectivos Militares

DSRRH – Direcção de Serviços de Desenvolvimento dos Recursos Humanos

DSSAS – Direcção de Serviços de Saúde e Assuntos Sociais

DSM – Divisão de Saúde Militar

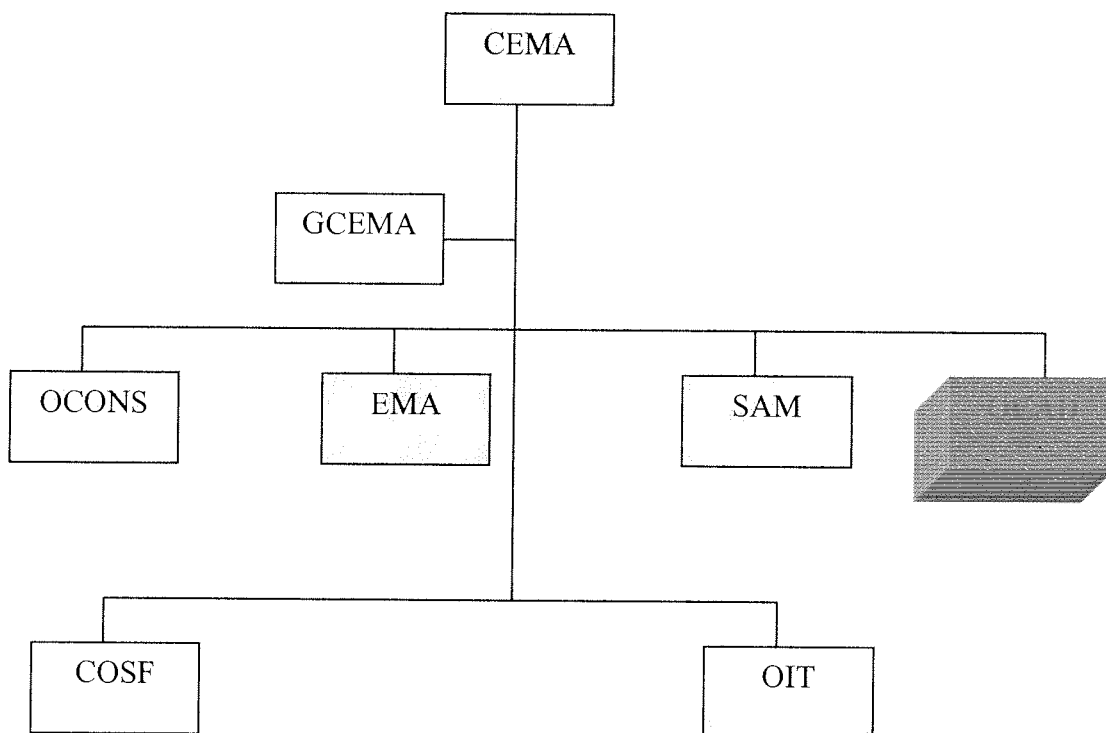
DAS - Divisão dos Assuntos Sociais

A Divisão de Saúde Militar tem as seguintes missões:

1. Estudo e acompanhamento das políticas de saúde militar
 - a. Promoção da medicina preventiva e do trabalho e acompanhamento da sua execução;
 - b. Acordos de normalização ao nível dos (STANAGS);
 - c. Relações com organizações internacionais e estrangeiras;



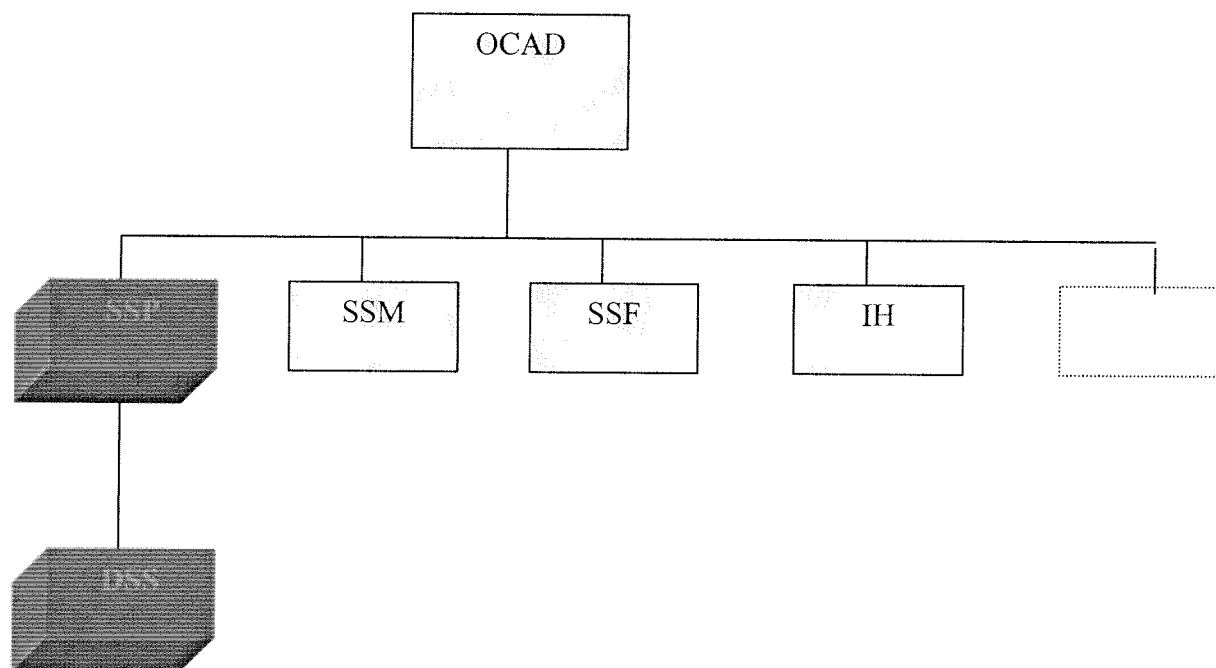
- d. Coordenação da execução das medidas de combate às toxicodependências e infecciologia nas FA;
- 2. Estudo e acompanhamento das políticas de segurança social dos militares
 - a. Promoção da harmonização do sistema de assistência na doença aos militares;

**ANEXO C –Marinha****ORGANIZAÇÃO DA MARINHA**

CEMA	Chefe do Estado Maior da Armada
GCEMA	Gabinete do CEMA
OCONS	Órgãos do Conselho CEMA
EMA	Estado-Maior da Armada
OCAD	Órgãos Centrais de Administração e Direcção
SAM	Sistema de Autoridade Marítima
COSF	Componente Operacional do Sistema de Forças Nacional
OIT	Órgãos de Implantação Territorial



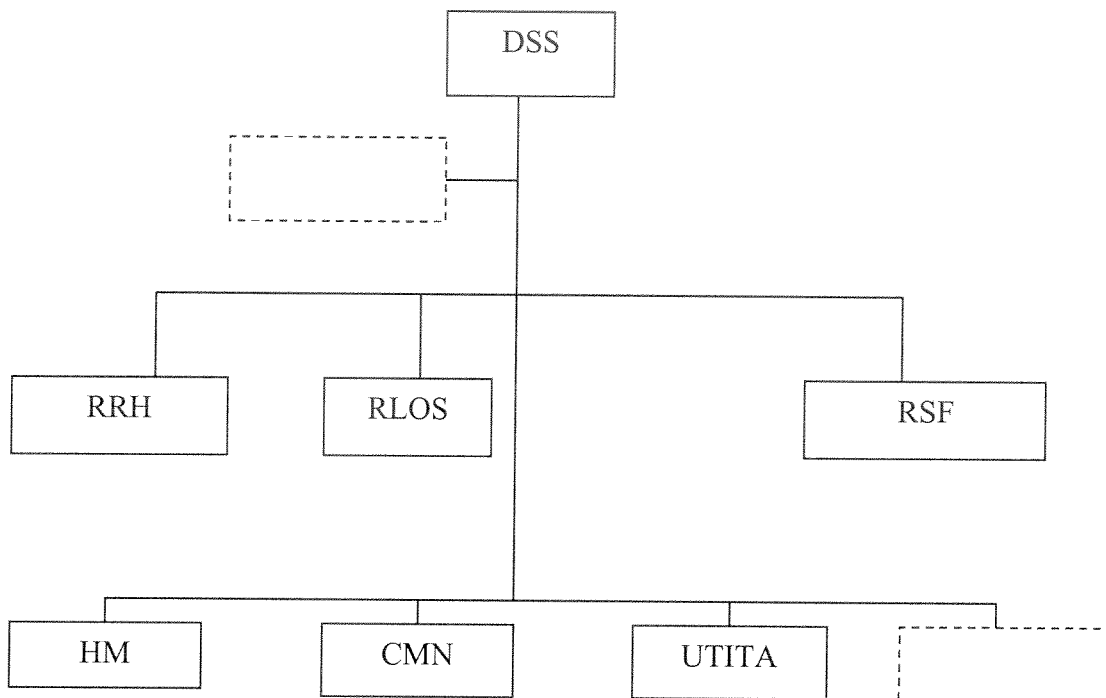
Apêndice 1 ao Anexo C - Órgãos Centrais de Administração e Direcção/Marinha



SSP	Superintendência dos Serviços do Pessoal
DSS	Direcção de Serviço de Saúde



Apêndice 2 ao Anexo C - Direcção de Serviço de Saúde Naval

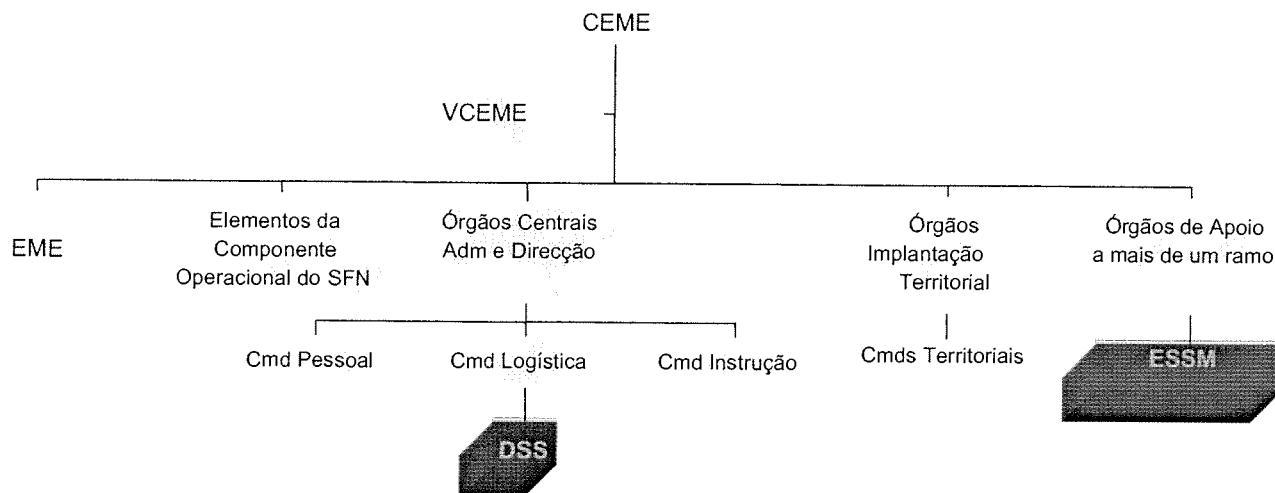


DSS	Direcção de Serviço de Saúde
RRH	Repartição de Recursos Humanos
RLOS	Repartição de Logística
RSF	Repartição dos Serviços de Farmácia
HM	Hospital da Marinha
CMN	Centro de Medicina Naval
UTITA	Unidade Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo



ANEXO D - Exército

ORGANIZAÇÃO DO EXÉRCITO



A missão geral do exército é a seguinte:

Cooperar, de forma integrada, na defesa militar da República, através da realização de operações terrestres;

Satisfazer missões no âmbito dos compromissos internacionais assumidos, bem como as missões de interesse público que especificamente lhe forem consignadas.

Quanto à missão restabelecida do exército iremos referir as tarefas que na nossa opinião têm um relacionamento directo ou indirecto com o serviço de saúde:

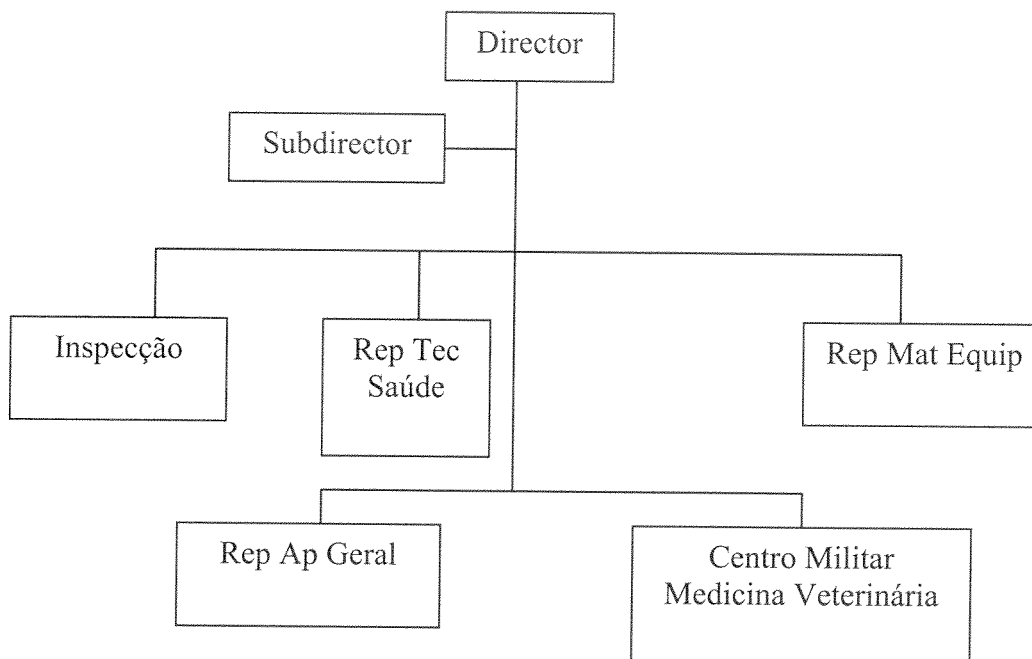
- Aprontar e manter, com os graus de prontidão estabelecidos, as forças necessárias para a satisfação dos compromissos internacionais assumidos e às necessidades de apoio à política externa do estado;
- Colaborar nas acções de socorro e assistência, designadamente com o Serviço Nacional de Protecção Civil, em situação de catástrofe, calamidade ou acidente;



- Colaborar com as autoridades civis na satisfação das necessidades básicas e melhoria da qualidade de vida das populações.

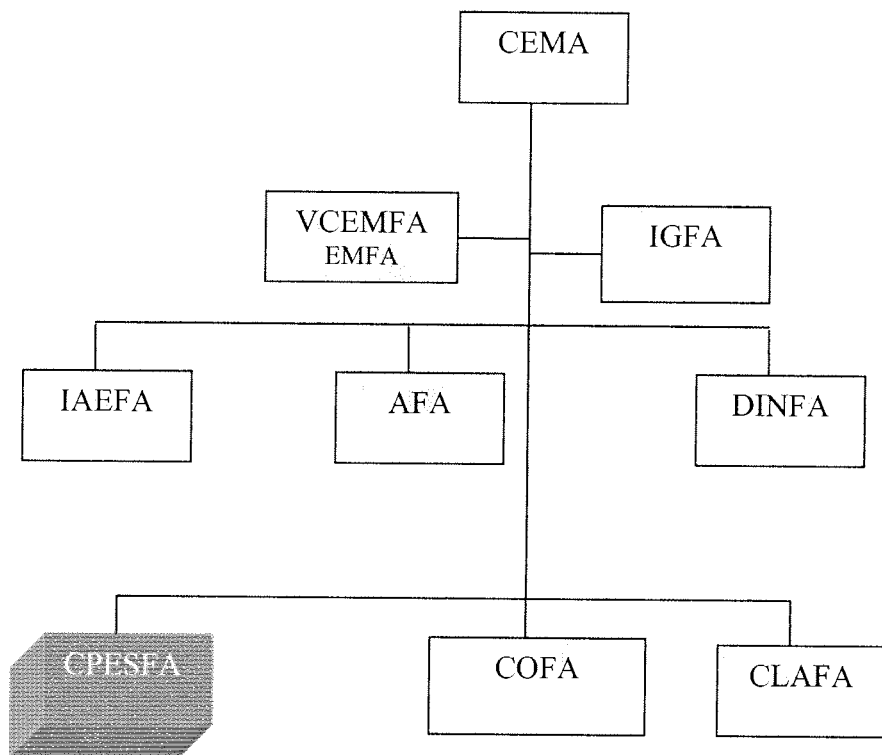


Apêndice 1 ao Anexo D - Direcção de Serviço de Saúde Militar



A Direcção de Serviço de Saúde tem a seguinte missão genérica:

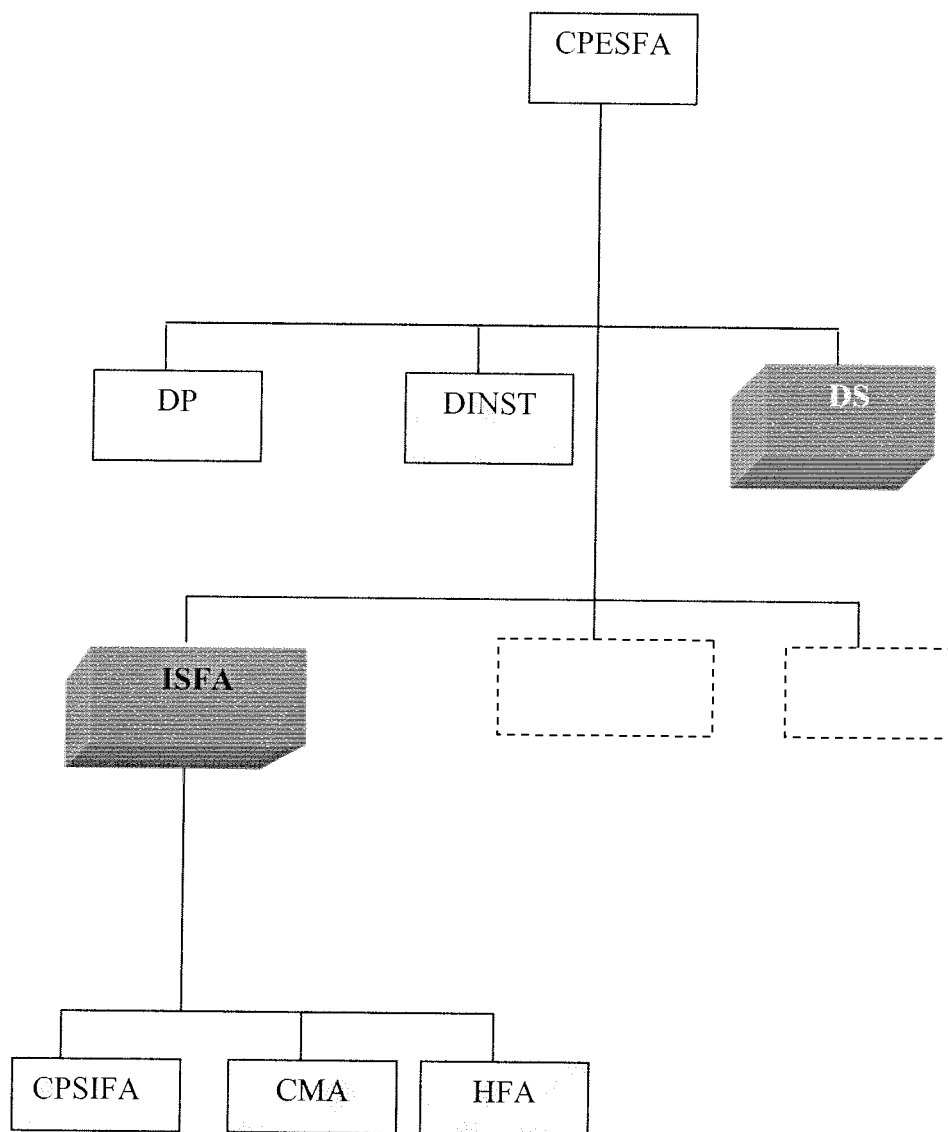
Apoiar os efectivos militares por todas as formas e acções que concorram, a nível individual e colectivo, para a promoção e manutenção do mais elevado estado sanitário, capaz de garantir o mais elevado potencial de combate.

**ANEXO E - FORÇA AÉREA****ORGANIZAÇÃO DA FORÇA AÉREA**

CEMFA	Chefe do Estado Maior da Força Aérea
VCCEMFA	Vice Chefe do Estado Maior da Força Aérea
EMFA	Estado Maior da Força Aérea
IGFA	Inspeção Geral da Força Aérea
IAEFA	Instituto de Altos Estudos da Força Aérea
AFA	Academia da Força Aérea
DINFA	Direcção de Informática da Força Aérea
CPESFA	Comando de Pessoal da Força Aérea
COFA	Comando Operacional da Força Aérea
CLAFA	Comando Logístico-Administrativo da Força Aérea



Apêndice 1 ao Anexo E – Comando de Pessoal da Força Aérea



Direcção de Saúde (DS)

À Direcção de Saúde incumbe estabelecer os procedimentos adequados à prevenção, conservação e recuperação médico-sanitária do pessoal da Força Aérea e controlar a sua execução.

Compete-lhe ainda programar e coordenar a actividade veterinária e as actividades das Juntas Médicas na Força Aérea.



Instituto de Saúde da Força Aérea (ISFA)

Tem por missão dirigir e organizar a prestação de Serviços de Saúde a efectuar pelos seus órgãos constituintes.

O ISFA, situado no complexo da Base do Lumiar, em Lisboa, compreende três órgãos:

- **Hospital da Força Aérea (HFA)**
- **Centro de Medicina Aeronáutica (CMA)**
- **Centro de Psicologia da Força Aérea (CPSIFA)**

Centro de Investigação de Medicina Ocupacional

Tem por missão promover projectos, programas, estudos e actividades de investigação científica nos domínios da medicina ocupacional na Força Aérea.

Centro de Medicina Aeronáutica

Este centro procede à avaliação das aptidões aeromédicas com o objectivo de selecção e controlo do pessoal empenhado em actividades aéreas.

Encontram-se incluídas no CMA as seguintes valências médicas:

Cardiologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Neurologia, Psiquiatria.

Possui ainda este órgão, dentro do departamento de Avaliação Aeronáutica, os seguintes gabinetes:

Estomatologia, Ortopedia, Pneumologia, Urologia.



ANEXO F – Infra-estruturas hospitalares das Forças Armadas

1. Marinha

Possui as seguintes infra-estruturas

- Hospital da Marinha
- Laboratório de Análises Tóxico-Farmacológicas e outros
- Centro de Educação Física da Armada (CEFA)

2. Exército

Cabe ao Exército, naturalmente pela sua dimensão, e dispersão no Território Nacional, o número mais elevado de estabelecimentos sanitários¹.

Possui as seguintes infra-estruturas:

- Hospital Militar Principal (HMP)
- Hospital Militar de Belém (HMB)
- Hospitais Militares Regionais
 - Porto (HMR-1)
 - Coimbra (HMR-2)
- Centros de Saúde
 - S. Jacinto (BAI)
 - S^{ta} Margarida (BMI)
 - Tancos (BAI)
 - Évora (CS/RMS)
- Centro Militar de Medicina Preventiva (CMMP)
- Laboratório de Produtos Químicos e Farmacêuticos
- Centro Militar de Veterinária



- Escola de Serviço de Saúde Militar (ESSM), à responsabilidade do Exército, no entanto comum aos três Ramos das Forças Armadas.

Quanto à componente operacional fazem parte as seguintes Unidades:

- CSan/BApSvç/BMI
- CSan/BApSvç/BAI
- CSan/BSan/CAL
- CSan/BSan/CAL
- HCM/BSan/CAL
- Equipa de ligação Sanitária (integração da BAI na IFD)
- PelSan /DAS²/ADTA
- PelSan/DAS³/ADTM

3. Força Aérea

Possui as seguintes infra-estruturas:

Instituto de Saúde da Força Aérea (IASFA)

- Hospital da Força Aérea (HFA)
- Centro de Medicina Aeronáutica (CMA)
- Centro de Psicologia Aplicada (CPSIFA)

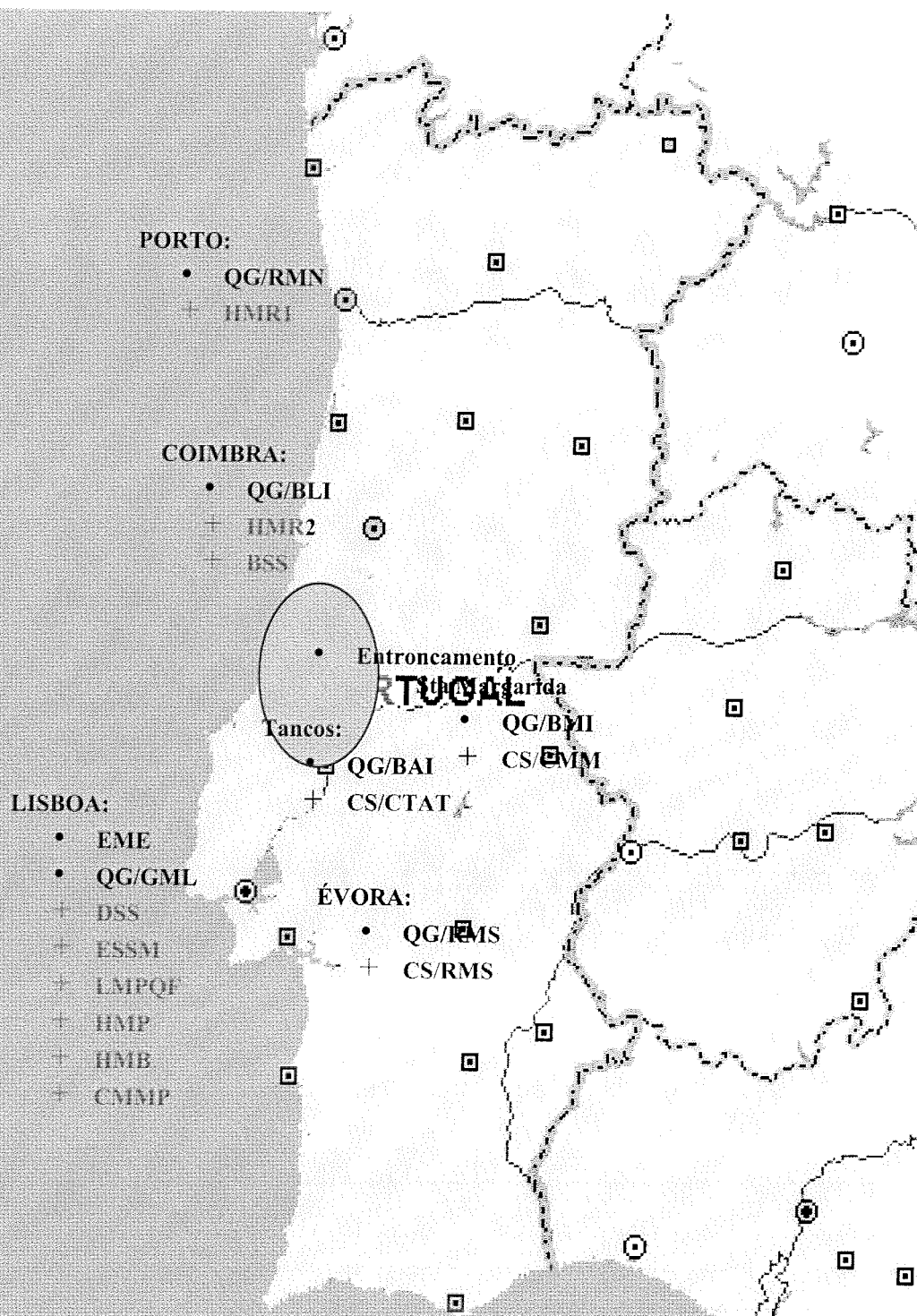
¹ Apêndice 1 ao Anexo F – Localização das Unidades Hospitalares do Exército

² DAS – Destacamento de Apoio Sanitário

³ Idem, Ibidem



Apêndice 1 ao Anexo F – Localização das Unidades Hospitalares do Exército



© 1988-1998 Microsoft and/or its suppliers. All rights reserved.



Anexo G - Capacidade dos Hospitais Militares¹

MARINHA

Hospital da Marinha

Situado em Lisboa, e é constituído por:

- 3 Serviços de Internamento
 - Medicina/especialidade Médicas - capacidade para 30 camas
 - Cirurgia, Ortopedia/Especialidade Cirurgia - capacidade para 30 camas
 - Enfermaria para familiares - capacidade para 30 camas

O Hospital da Marinha não tem quartos particulares

- 1 Serviço de Atendimento Permanente
- 1 Unidade de Cuidados Especiais - capacidade para 5 camas
- 1 Serviço de Consultas
- 1 Serviço de Imagiologia (que comporta a Imagiologia Clássica, a Ecografia e a Tomografia Axial Computadorizada (TAC))
- 1 Serviço de Patologia Clínica
- 1 Bloco Operatório
- 1 Serviço de Medicina Hiperbárica
- 1 Farmácia

TOTAL DE CAMAS 124

EXÉRCITO

Hospital Militar Principal (HMP)

Situado em Lisboa e é constituído por:

¹ Joaquim Augusto da Silveira Sérgio (Major General SS Médico), Reflexões e Contribuições para um Novo Enquadramento, IDN, Junho 2000, pág 11



- 8 Serviços de Internamento
 - Cardiologia - capacidade de 20 camas
 - Cirurgia Geral - capacidade de 70 camas
 - Ginecologia - capacidade de 15 camas
 - Medicina Física e de Reabilitação - capacidade de 18 camas
 - Medicina Interna - capacidade de 70 camas
 - Ortopedia - capacidade de 40 camas
 - Psiquiatria - capacidade de 35 camas
 - Urologia - capacidade de 18 camas
- 1 Serviço de Assistência Permanente - capacidade 8 camas
- 1 Unidade de Cuidados intensivos especiais - capacidade de 5 camas
- 1 Serviço de Consultas
- 1 Serviço de Imagiologia (que comporta a Imagiologia Clássica, a Ecografia e a Tomografia Axial Computadorizada (TAC))
- 1 Serviço de Patologia Clínica – 1 Serviço de Imuno Hematerapia,
1 Serviço de Anatomia Patologia
- 1 Bloco Operatório
- 1 Farmácia
- Actividades de Investigação e Desenvolvimento

TOTAL DE CAMAS HMP 299+14 (CAMAS DE RESERVA) = 313

Hospital Militar de Belém (HMB)

Situado em Lisboa, e é constituído por:

- 3 Serviços de Internamento



- Infecçiology ou de doenças infecto-contagiosas - com capacidade para 50 camas;
- Oncologia Médica - com capacidade para 50 camas;
- Pneumologia - com capacidade para 120 camas;
- Reabilitação Cardíaca;
- Laboratório (Análises Clínicas, Técnicas Cardiológicas e Pneumológicas, Imagiologia);
- 1 Serviço de Consultas;
- Farmácia Hospitalar e Delegação do LMPQF;
- 1 Centro Militar de Medicina Preventiva - constituído por elementos dos 3 Ramos das Forças Armadas, é um Centro de apoio a todos os indivíduos destacados em missões no estrangeiro, visando a profilaxia e a vacinação das doenças potencialmente transmissíveis, cabendo-lhe o apoio de medicina preventiva à componente territorial como função básica.
- Actividades de Investigação e Desenvolvimento

TOTAL DE CAMAS 120 mas com capacidade para as 220 camas

Hospital Militar Regional (HMR-1)

Situado no Porto, é constituído por:

- 4 Serviços de Internamento
 - Cirurgia Geral - com capacidade para 28 camas
 - Medicina Interna - com capacidade para 25 camas
 - Ortopedia - com capacidade para 65 camas
 - Psiquiatria - com capacidade para 13 camas
- 1 Serviço de Assistência Permanente - com capacidade para 10 camas
- 1 Unidade de Recobro - com capacidade para 2 camas



- 1 Unidade de Cirurgia Ambulatórias - com capacidade para 4 camas
- 1 Unidade de Cuidados Especiais - com capacidade para 10 camas
- 1 Unidade Hemodiálise
- 1 Serviço de Consultas
- 1 Serviço de Imagiologia
- 1 Serviço Patologia Clínica
- 1 Bloco Operatório
- 1 Farmácia

TOTAL DE CAMAS 157 (podendo no entanto atingir as 200 camas)

Hospital Militar Regional (HMR-2)

Situado em Coimbra, e é constituído por:

- 4 Serviços de Internamento
 - Cirurgia Geral
 - Ortopedia
 - Medicina I e II
 - Pavilhão da Família Militar
- 1 Serviço de Assistência Permanente - com capacidade para 3 camas
- 1 Serviço de Consultas
- 1 Serviço de Imagiologia
- 1 Serviço de Patologia Clínica
- 1 Bloco Operatório
- 1 Farmácia

TOTAL DE CAMAS 104

**Centro de Saúde de S^{ta} Margarida**

- 1 Serviço de Internamento de Medicina Interna - com capacidade para 17 camas
- 1 Serviço de Assistência Permanente - com capacidade para 4 camas
- 1 Serviço de Consultas
- 1 Serviço de Imagiologia
- 1 Serviço de Patologia Clínica
- 1 Farmácia

TOTAL DE CAMAS 21**Centro de Saúde de Évora**

- 1 Serviço de Internamento
- Cirurgia Geral
- Medicina Interna
- Ortopedia
- 1 Serviço de Consultas
- 1 Serviço de Imagiologia
- 1 Serviço de Patologia Clínica
- 1 Bloco Operatório
- 1 Farmácia

TOTAL DE CAMAS 30



FORÇA AÉREA

Hospital da Força Aérea

Situado em Lisboa, e é constituído por:

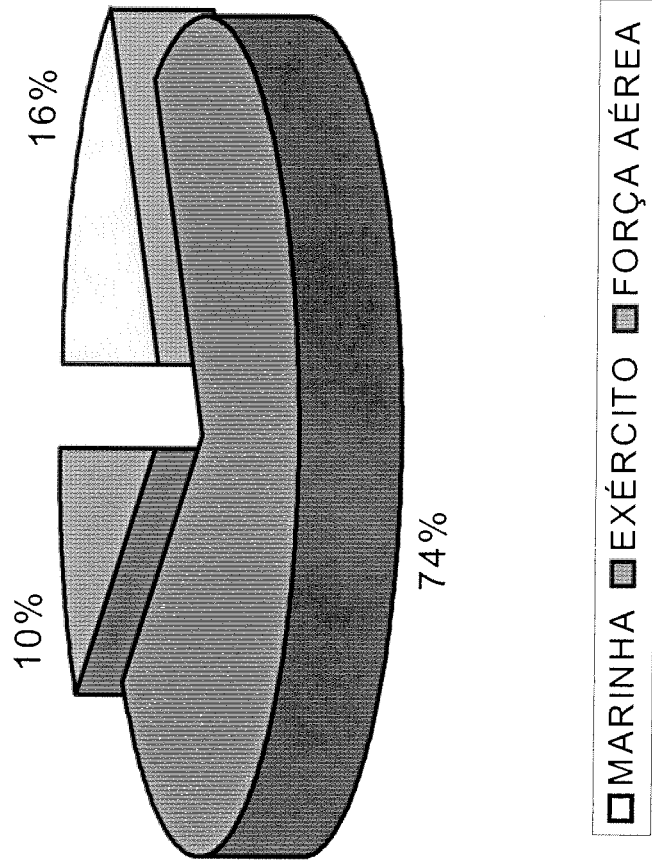
- 3 Serviços de Internamento
 - Cirurgia - 30 a 35 camas
 - Medicina - 30 a 35 camas
 - Ortopedia - 30 a 35 camas
- Serviço de quartos particulares - 23 camas
- 1 Serviço de Consultas
- 1 Serviço de Imagiologia (que comporta a Imagiologia Clássica, a Ecografia e a Tomografia Axial Computadorizada (TAC))
- 1 Serviço de Patologia Clínica e 1 Serviço Anatomia Patológica
- 1 Serviço de Medicina Nuclear
- 1 Bloco Operatório
- 1 Farmácia

Centro de Medicina Aeronáutica

Apoio aeromédico, ao pessoal empenhado na actividade aérea, em qualquer dos Ramos, de forma a assegurar as melhores condições psicofisiológicas no cumprimento da actividade Operacional, compreende as seguintes especialidades médicas- Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia e Psiquiatria.



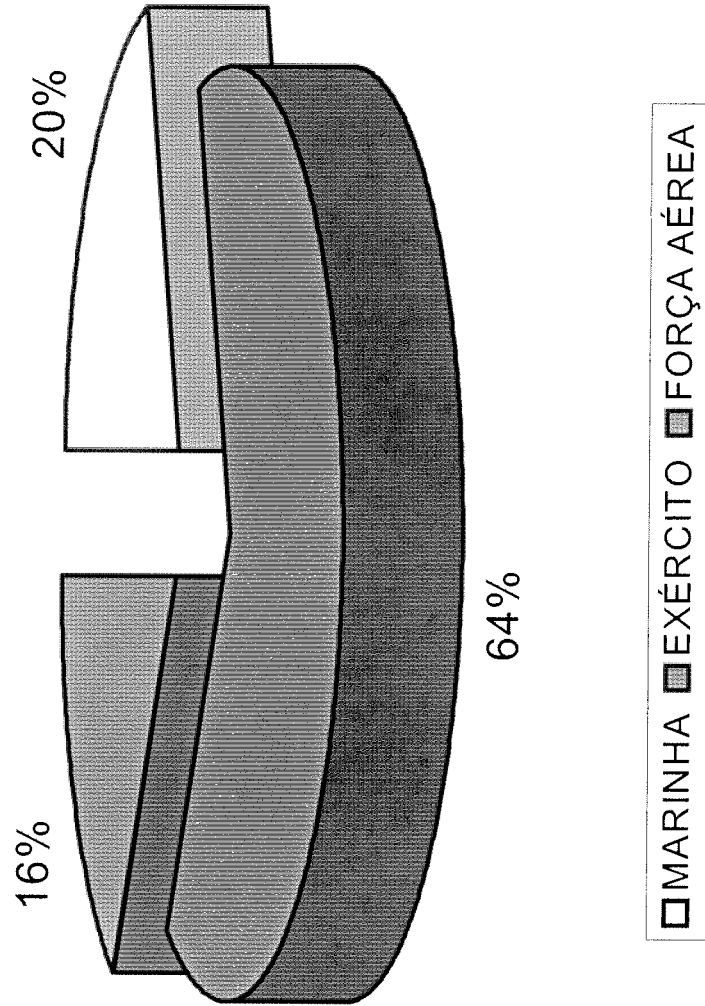
ANEXO H - Distribuição de Camas por Ramo¹



¹ Dados retirados do Anuário Estatístico da Defesa Nacional 1998/MDN



ANEXO I - Distribuição de Consultas por Ramos¹

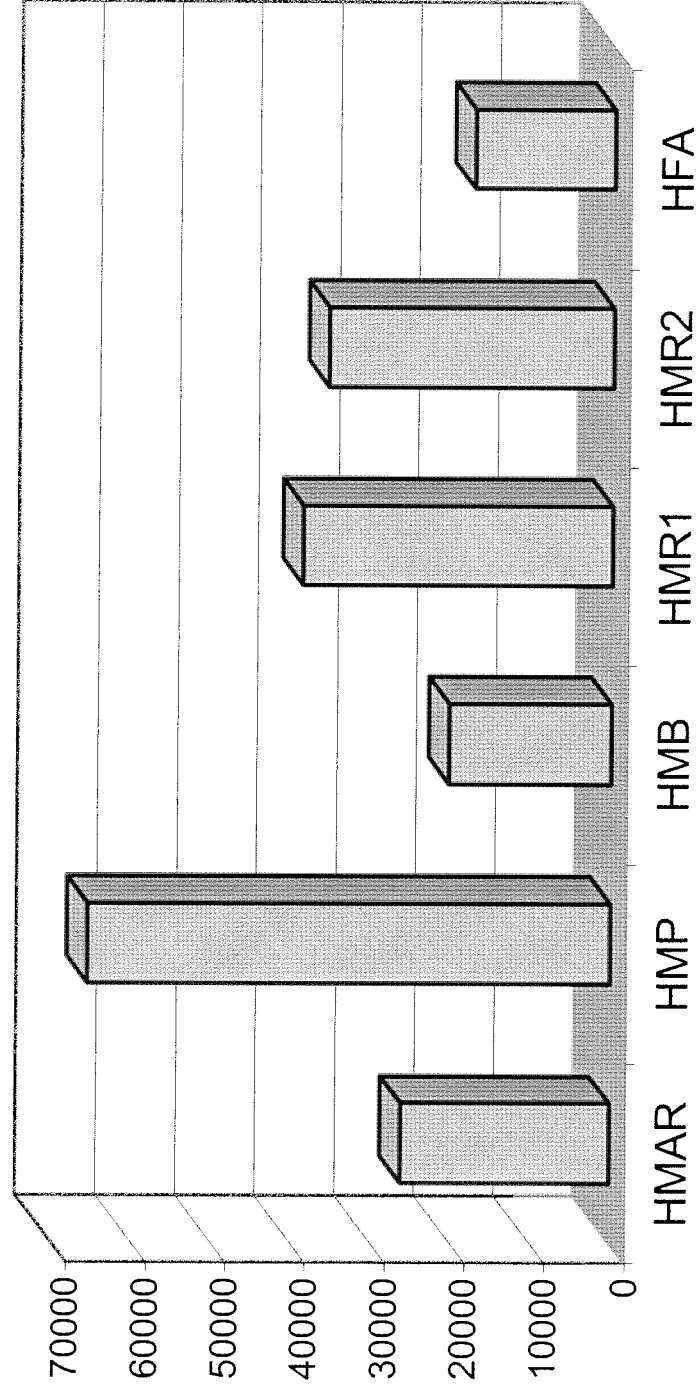


¹ Dados retirados do Anuário Estatístico da Defesa Nacional 1998/MDN



ANEXO J - Dias de Internamento/ano¹

DIAS DE INTERNAMENTO



¹ Dados retirados do Anuário Estatístico da Defesa Nacional 1998/MDN



ANEXO K - Relação entre as Capacidades e Potenciais Utentes das Infra- -estruturas nas Forças Armadas¹

1. Marinha

Família Militar ²	20.000
Militares ³	19.255
TOTAL	39.255

Camas Disponíveis **124**

Desta forma na Marinha existem **3,1** camas / 1000 potenciais utentes

2. Exército

Família Militar	40.900
Militares ⁴	55.867
TOTAL	96.767

Camas Disponíveis **788**

Desta forma no Exército existem **8,2** camas / 1000 potenciais utentes.

3. Força Aérea

Família Militar	16.400
Militares ⁵	10.595
TOTAL	26.995

¹ Dados retirados do Anuário Estatístico da Defesa Nacional 1998/MDN

² Ver Apêndice 1 – Família Militar

³ Compreende Militares na activo, reserva e reforma

⁴ Compreende Militares na activo, reserva e reforma

⁵ Compreende Militares na activo, reserva e reforma



Camas Disponíveis **128**

Desta forma na Força Aérea existem **4,7** camas / 1000 potenciais utentes.

4. Forças Armadas

Família Militar	77.300
Militares ⁶	85.717
TOTAL	163.017

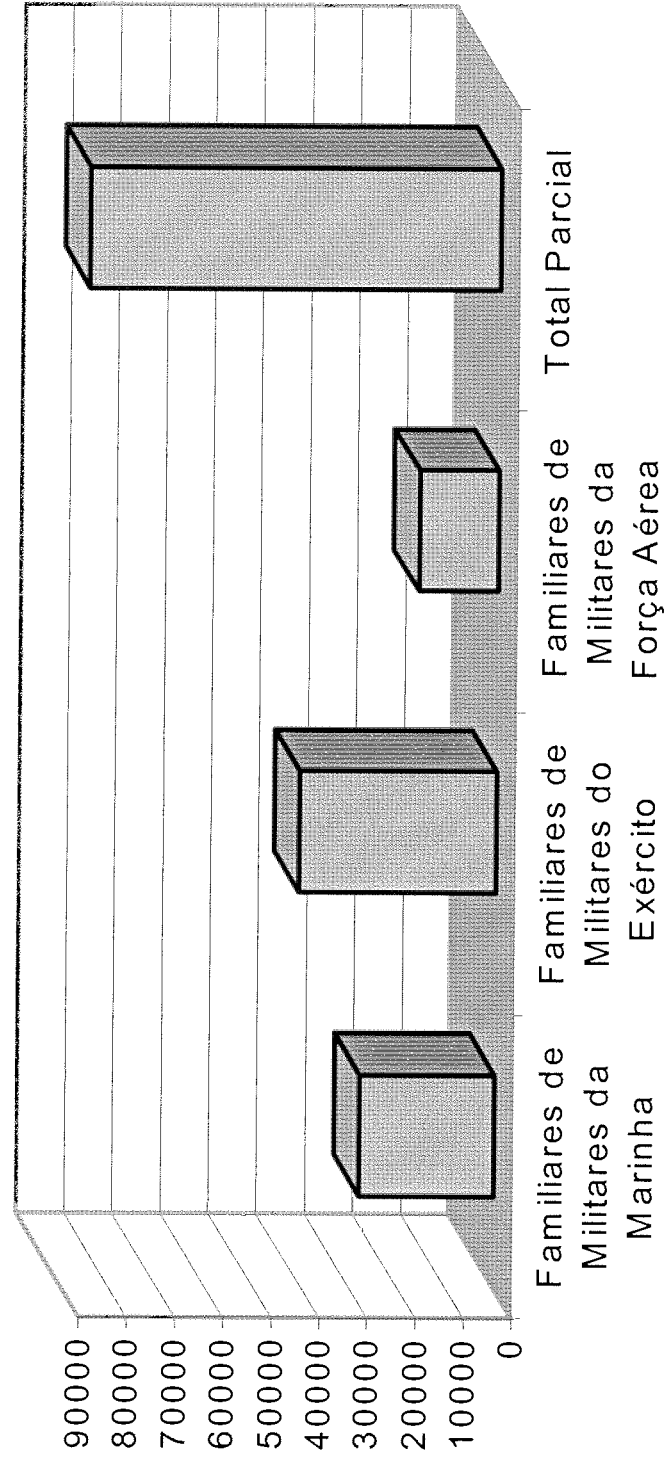
Camas Disponíveis **1040**

Desta forma nas FA existem **6,3** camas / 1000 potenciais utentes.

⁶ Compreende Militares na activo, reserva e reforma



Apêndice 1 ao Anexo K - Família Militar





ANEXO L – Quadro de valências médicas pelos vários Hospitais e Centro de Saúde Militares¹

Valências Médicas	HM	HMP	HMB	HFA	HMR1	HMR2	CS Évora
Alergologia			x				
Anatomia	x	x				x	
Patológica							
Anestesiologia	x	x		x	x	x	x
Cardiologia	x	x	x	x	x	x	x
Cirurgia Geral	x	x	x	x	x	x	x
Cirurgia Maxilo-Facial	x						
Cirurgia plástica reconstrutiva	x	x		x	x		
Cirurgia Vascular/Angiologia	x	x					
Dermatologia	x		x	x	x	x	
Endocrinologia	x	x		x	x		
Estomatologia	x	x		x	x	x	x
Fisiatria	x	x		x	x	x	x
Gastroenterologia	x	x		x	x	x	
Ginecologia	x	x			x	x	x
Hematologia	x	x			x		
ImunoHemoterapia		x			x		

¹ Dados fornecidos pela Divisão de Saúde Militar do MDN



Infecçologia			X				
Medicina Aeronáutica				X			
Medicina Hiperbárica	X						
Medicina Interna	X	X		X	X	X	
Medicina Nuclear				X			
Nefrologia	X	X		X	X		
Neurocirurgia		X					
Neurologia	X	X		X	X	X	
Obstetrícia		X			X	X	
Oftalmologia	X	X		X	X	X	X
Oncologia Médica	X		X	X			
Ortopedia	X	X		X	X	X	X
Otorrinolaringologia	X	X		X	X	X	X
Patologia Clínica	X	X		X	X	X	X
Pediatria		X				X	X
Pneumologia	X		X	X	X	X	
Psiquiatria	X	X		X	X	X	
Reabilitação Cardíaca			X				
Reumatologia		X			X		
Urologia	X	X		X	X	X	X

ANEXO O – Comparação das Carreiras Médicas Militares e Civis¹

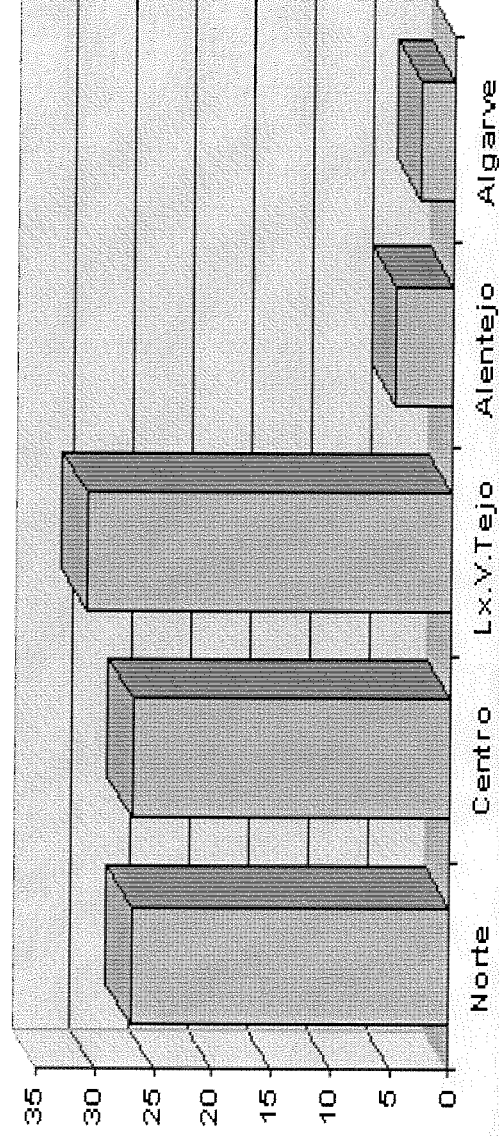
[illegible]

¹ O tempo preconizado é o tempo mínimo para cada posto. À exceção dos postos de Alferes e Tenente em que a promoção é por diuturnidade.



ANEXO P - Número de Hospitais Centrais e Distritais por Região

Número de Hospitais Centrais e Distritais por Região

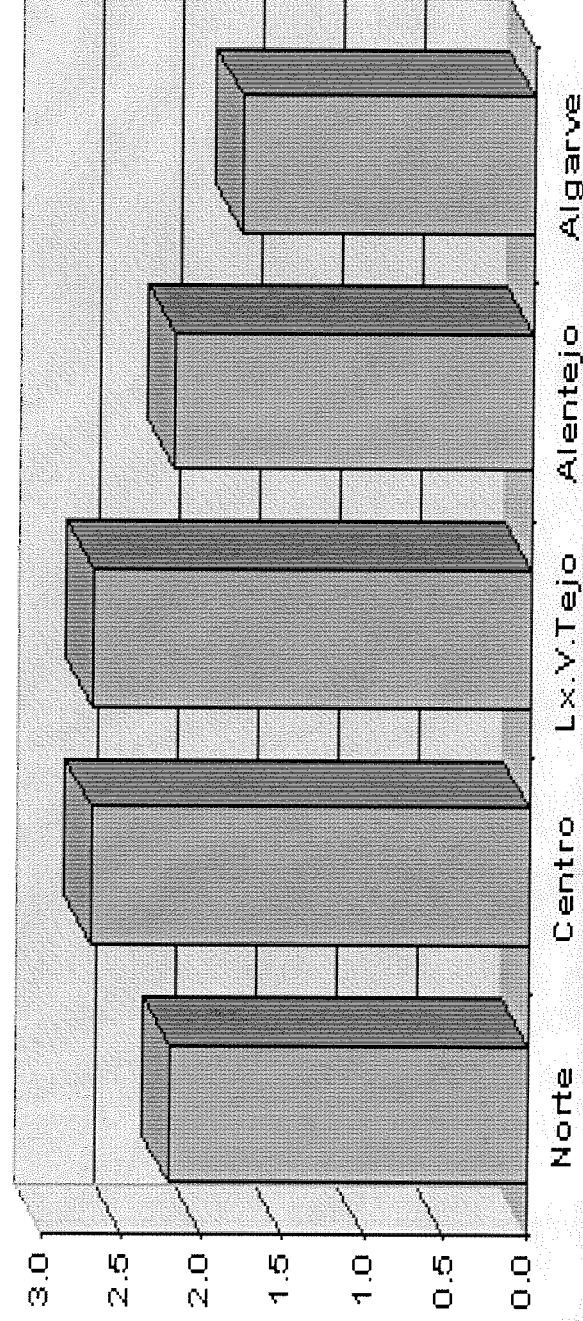


Fonte: INE e IGIFSI/D.E.P.S., Elementos Estatísticos, Saúde 96



Anexo Q - Número de Camas por 1000 Habitantes por Região

Número de Camas por 1000 Habitantes

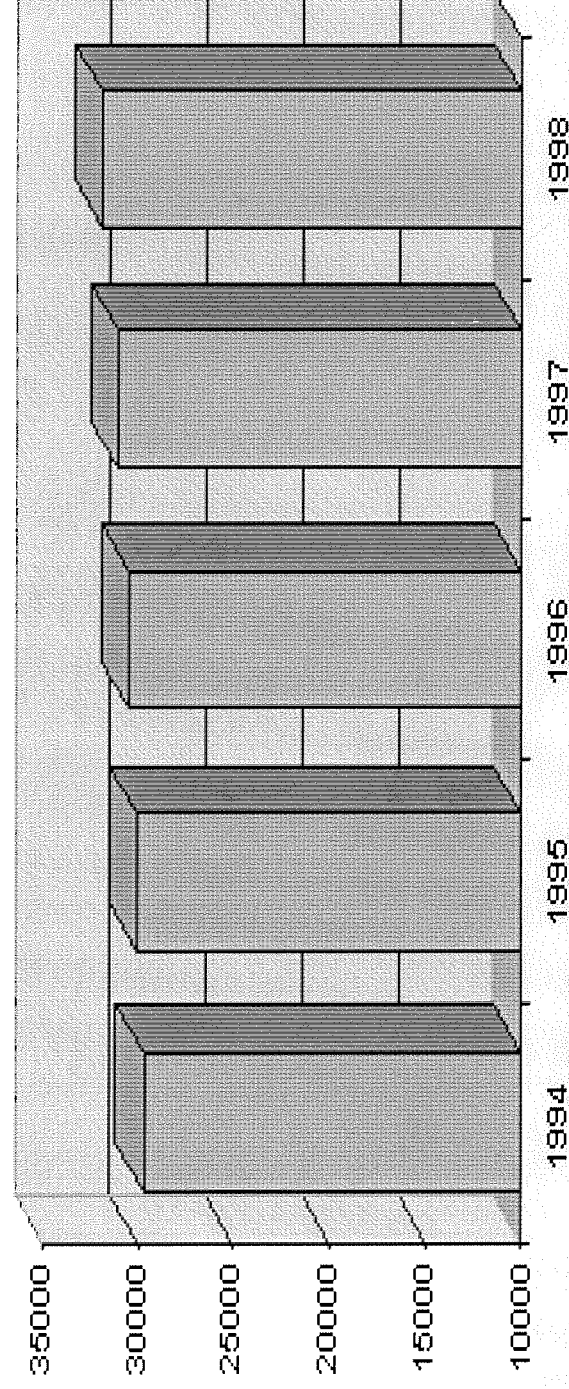


Fonte: INE e IGIFSim D.E.P.S., Elementos Estatísticos, Saúde 96



ANEXO R- Evolução do Número de Médicos

Evolução do Número de Médicos

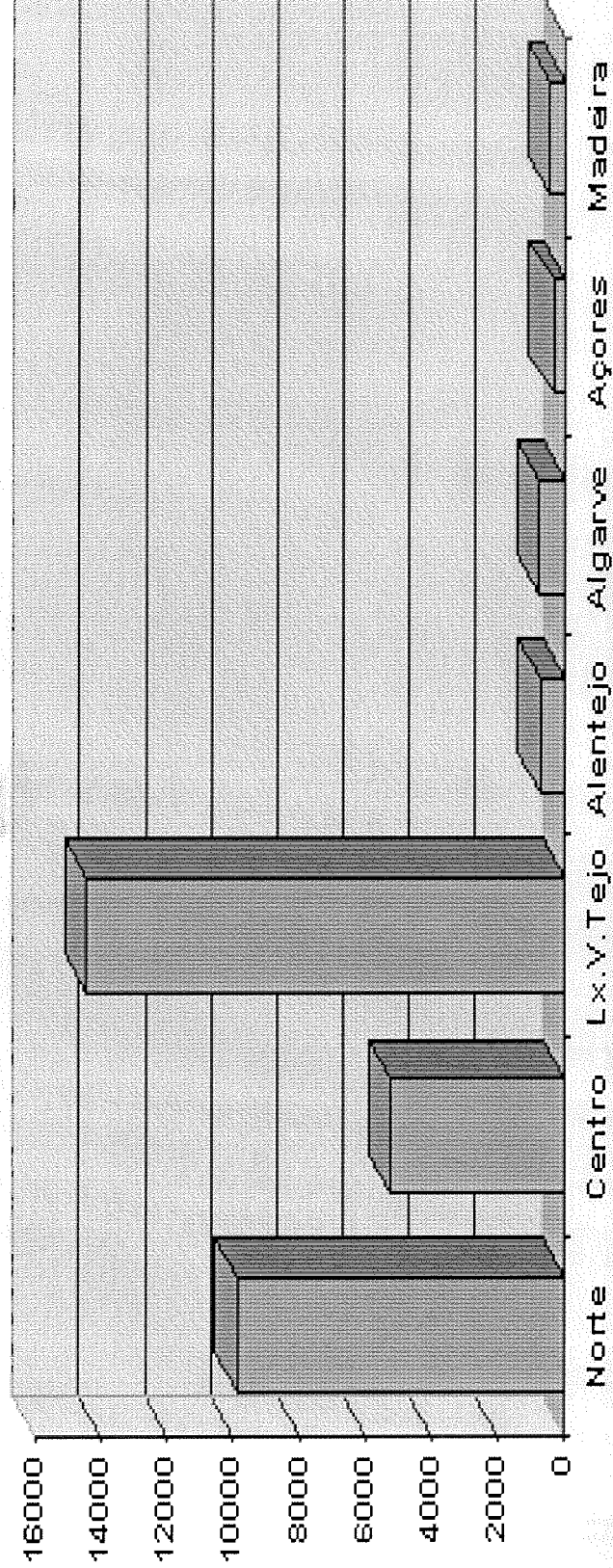


Fonte: Orden dos Médicos in MARKET, Sales Index 98



ANEXO S - Número de Médicos por Regiões

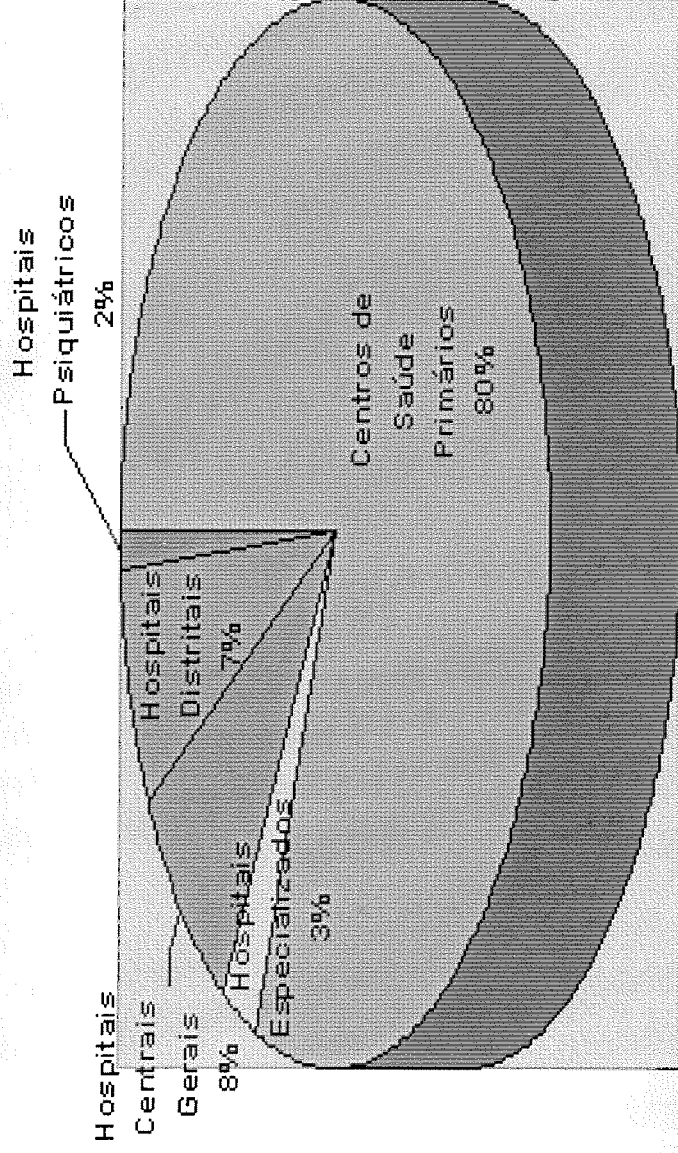
Número de Médicos por Regiões



Fonte: Ordenados Médicos in MARKET, Sales Index 98

ANEXO T – Consultas por Tipo de Estabelecimento

Consultas por Tipo de Estabelecimentos

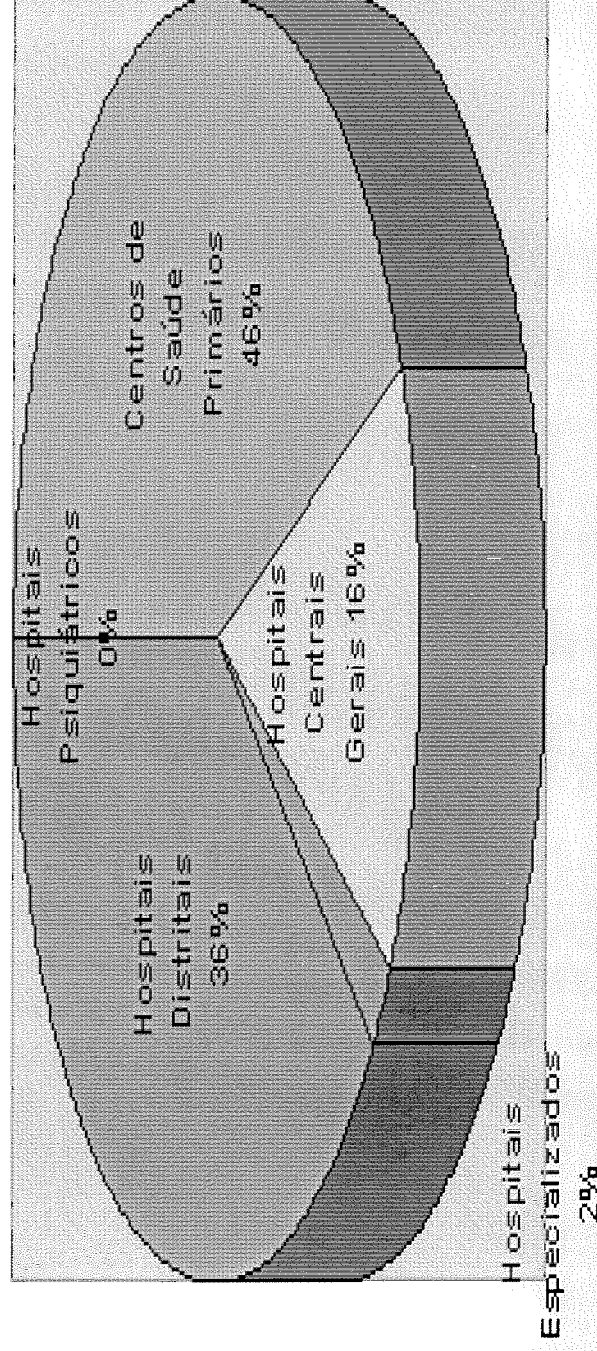


Fonte: INE, DGS, IGIF e SPTT in D.E.P.S., Elementos Estatísticos, Saúde 96



ANEXO U - Atendimento nas Urgência por Tipo de Estabelecimento

Atendimento nas Urgências por Tipo de Estabelecimento



Fonte: INE, DGS, IGIFS e SPTT in D.E.P.S., Bementos Estatísticos, Saúde 98

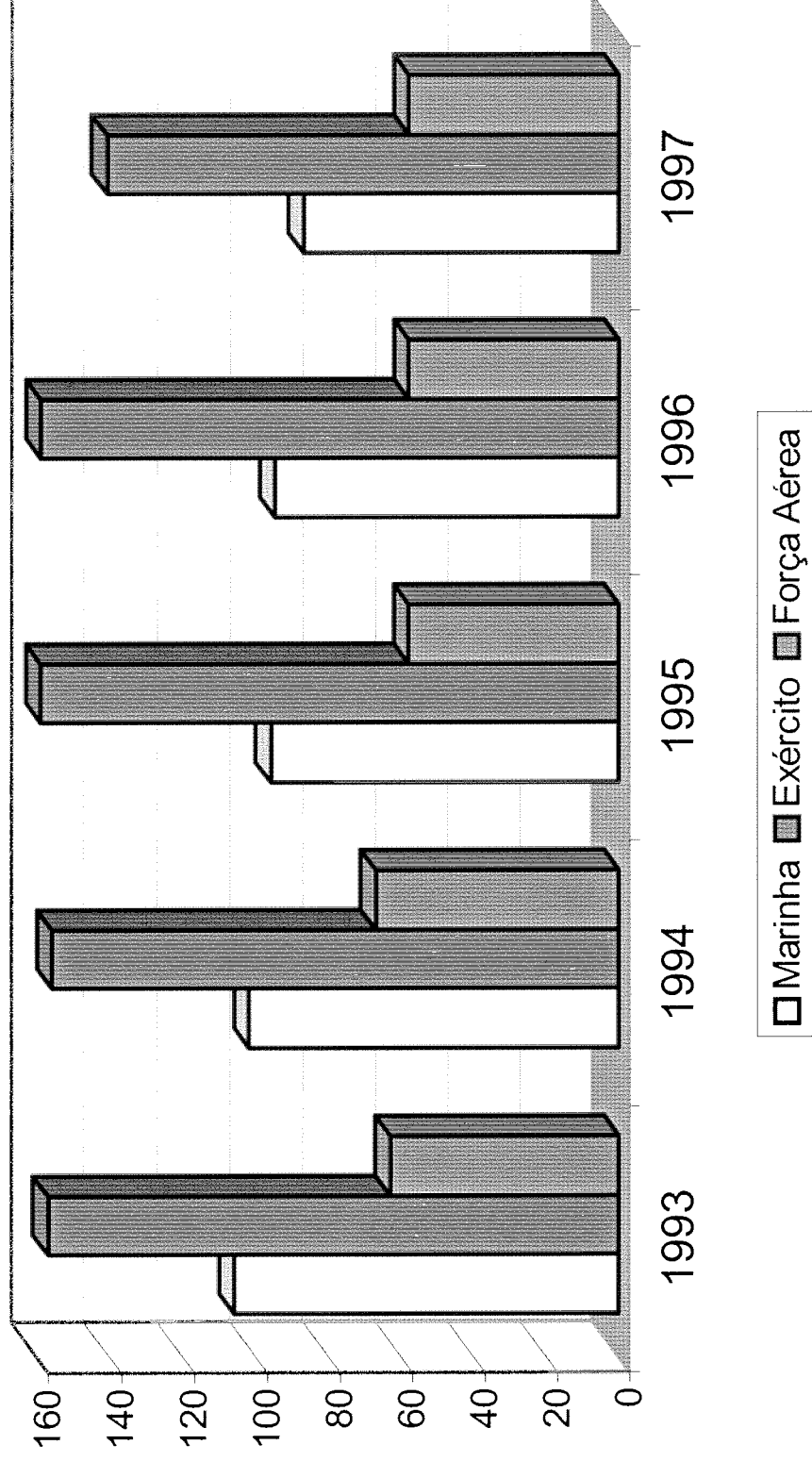


ANEXO V - Localização dos Beneficiários da ADME





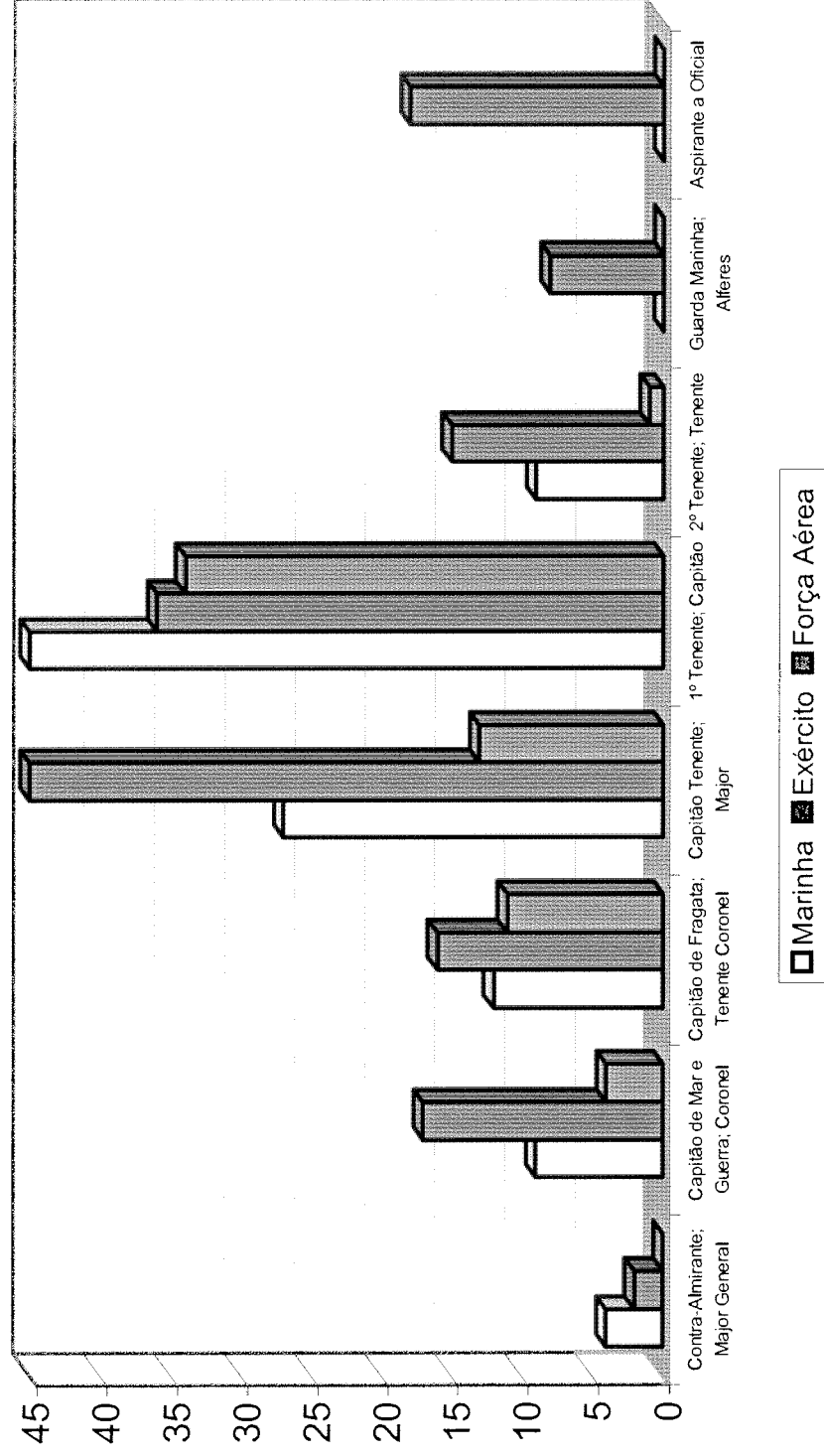
ANEXO W - Evolução de Médicos Militares nas Forças Armadas¹



¹ Dados retirados do Anuário Estatístico da Defesa Nacional 1998/MDN



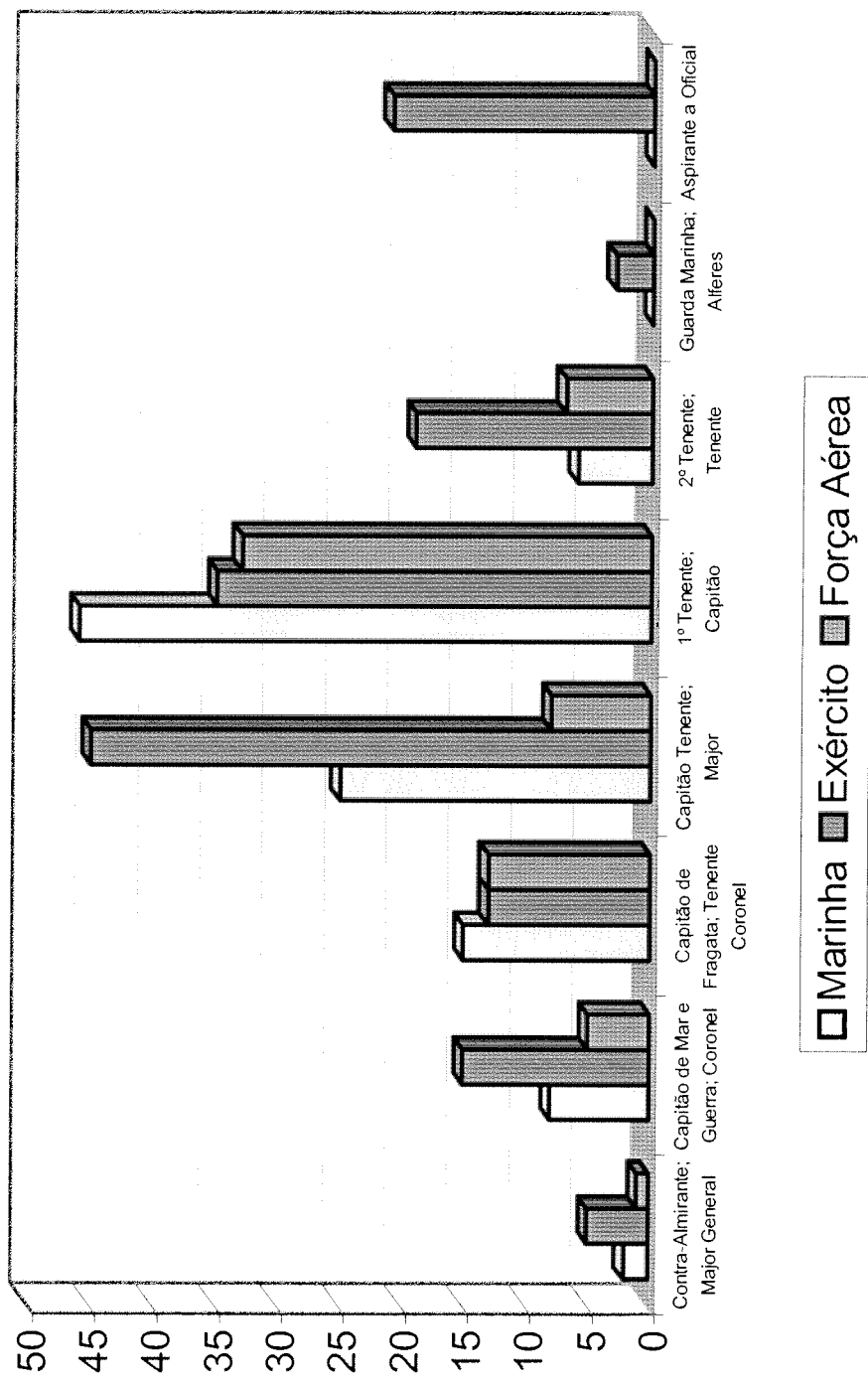
Apêndice 1 ao Anexo X - Médicos Militares 1993¹



¹ Dados retirados do Anuário Estatístico da Defesa Nacional 1998/MDN



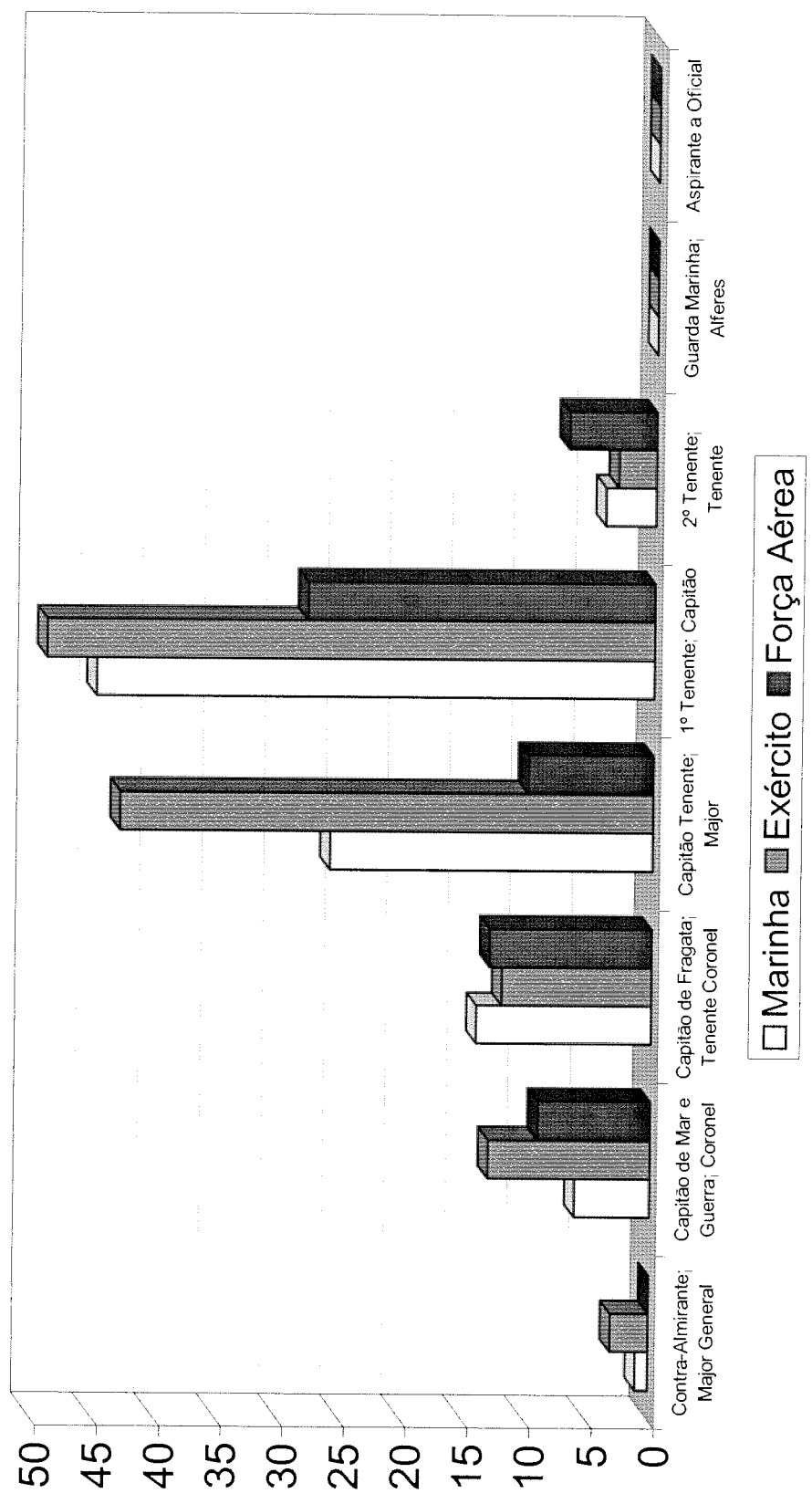
Apêndice 2 ao Anexo X - Médicos Militares 1994¹



¹ Dados retirados do Anuário Estatístico da Defesa Nacional 1998/MDN



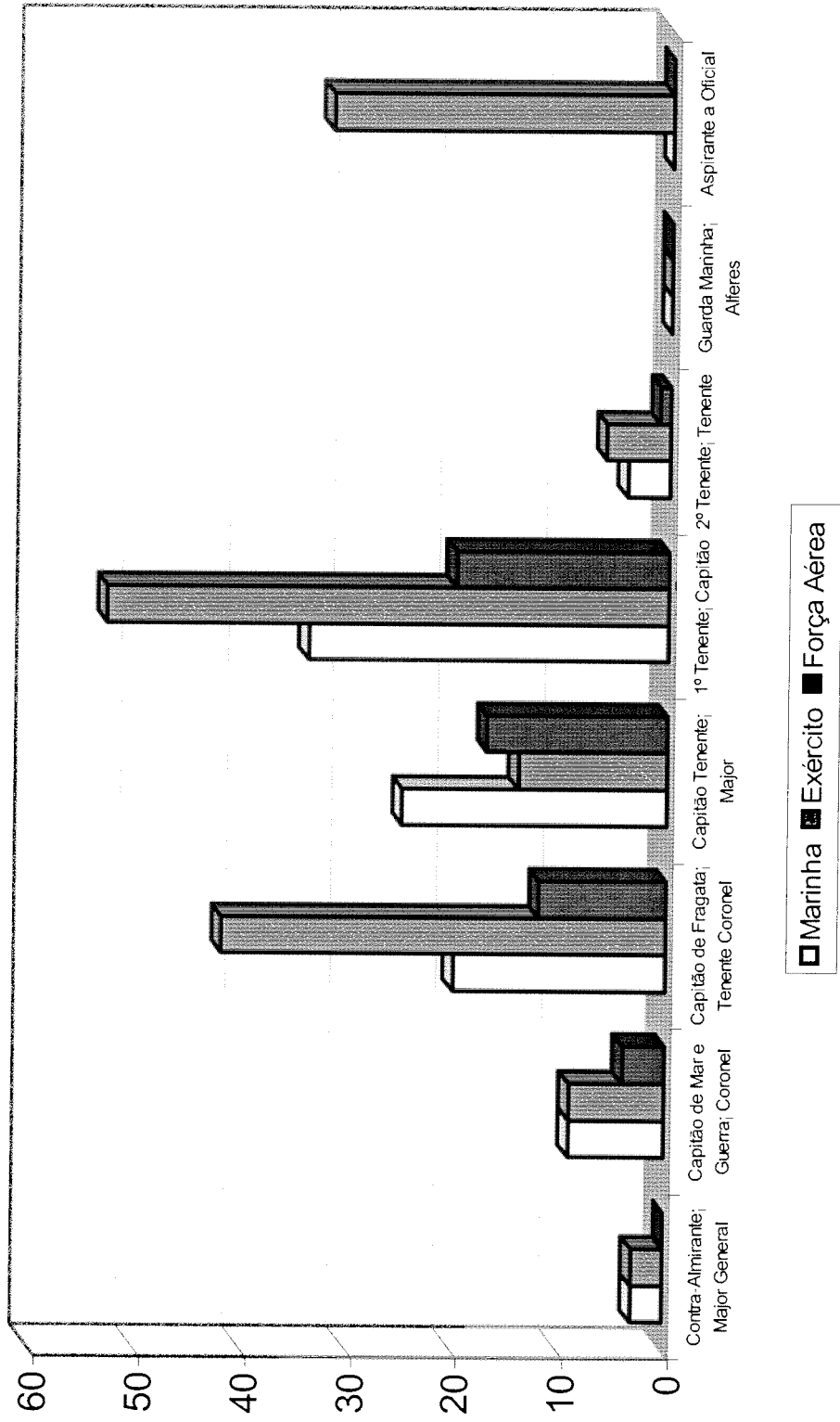
Apêndice 3 ao Anexo X - Médicos Militares 1995¹



¹ Dados retirados do Anuário Estatístico da Defesa Nacional 1998/MDN



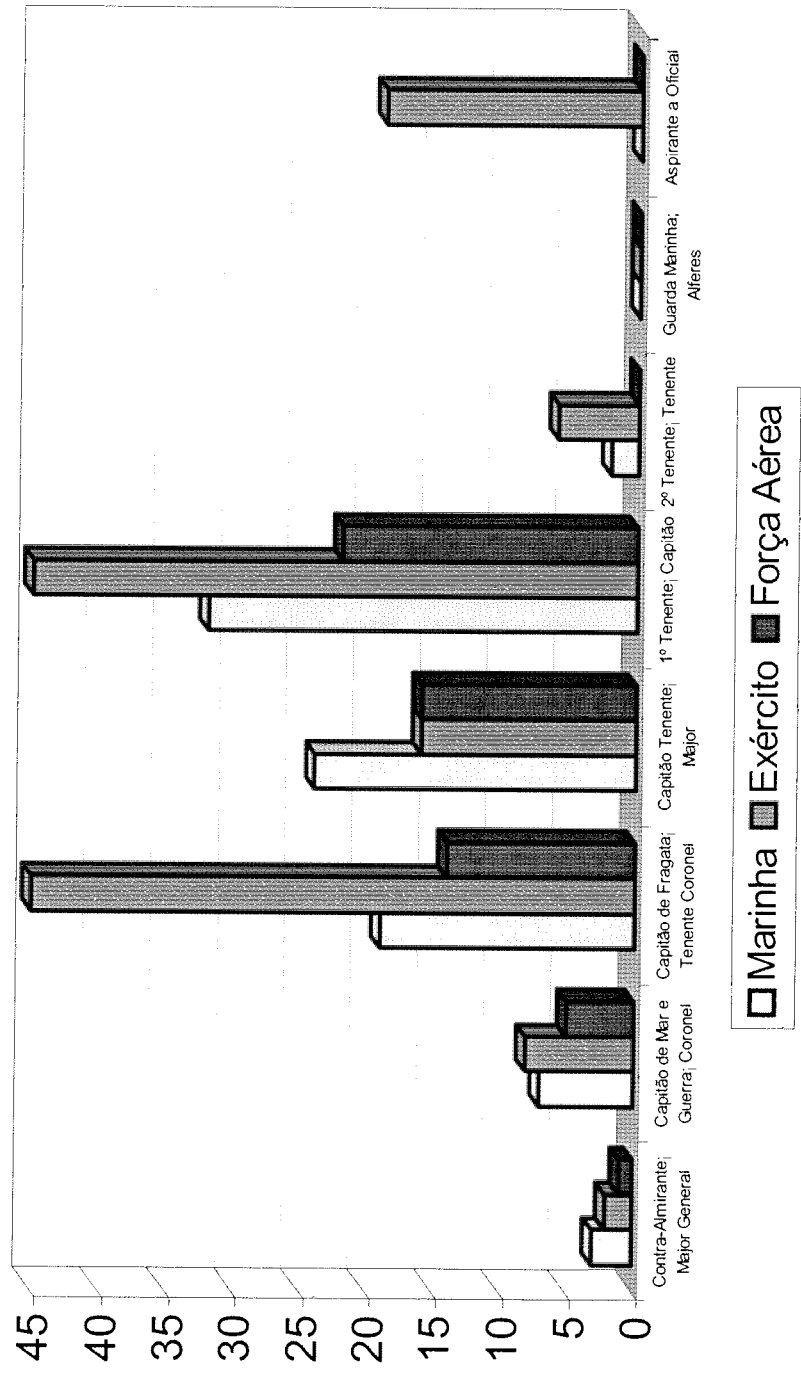
Apêndice 4 ao Anexo X - Médicos Militares 1996¹



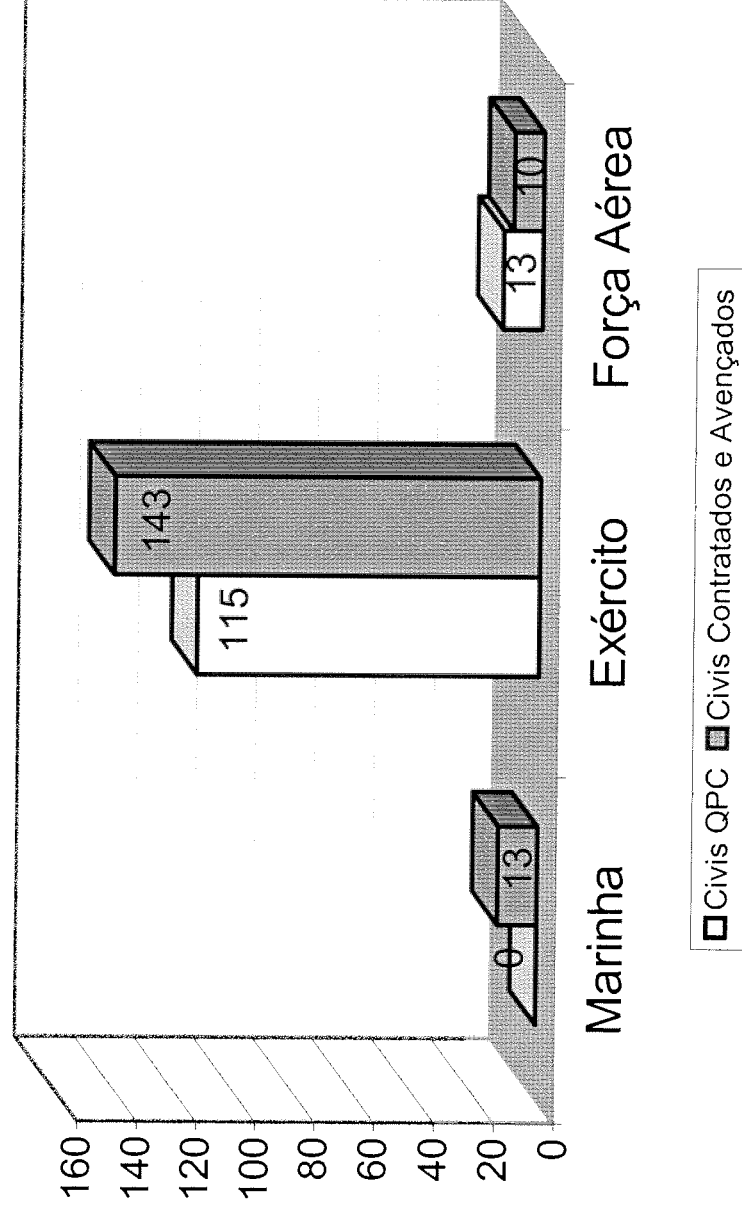
¹ Dados retirados do Anuário Estatístico da Defesa Nacional 1998/MDN



Apêndice 5 ao Anexo X - Médicos Militares 1997¹

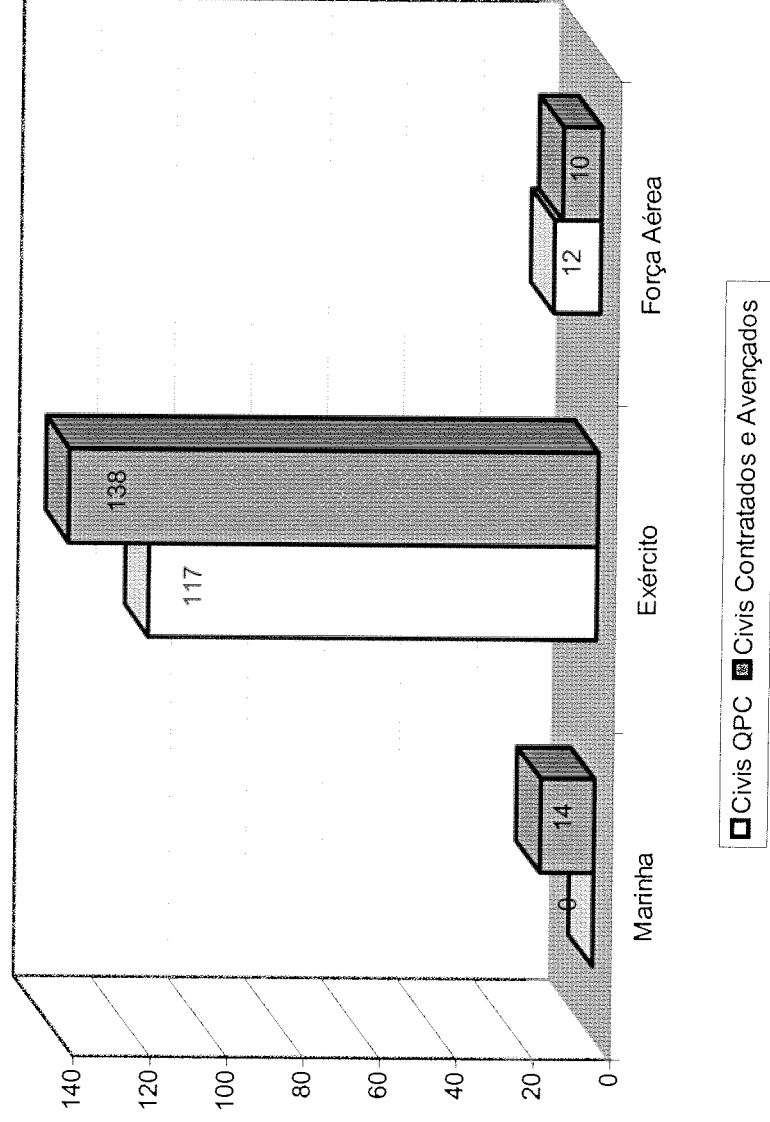


¹ Dados retirados do Anuário Estatístico da Defesa Nacional 1998/MDN

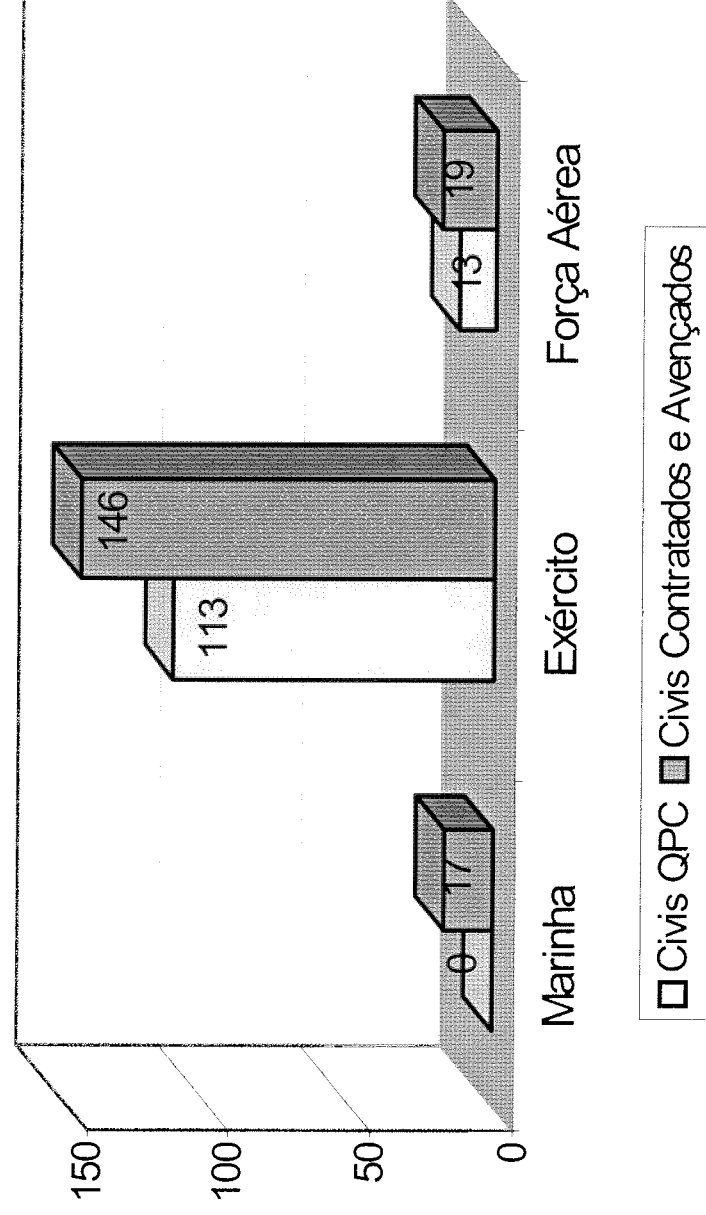
Apêndice 2 ao Anexo Y - Médicos Civis 1994¹**MÉDICOS CIVIS 1994**¹ Dados retirados do Anuário Estatístico da Defesa Nacional 1998/MDN



Apêndice 3 ao Anexo Y Médicos Civis 1995¹

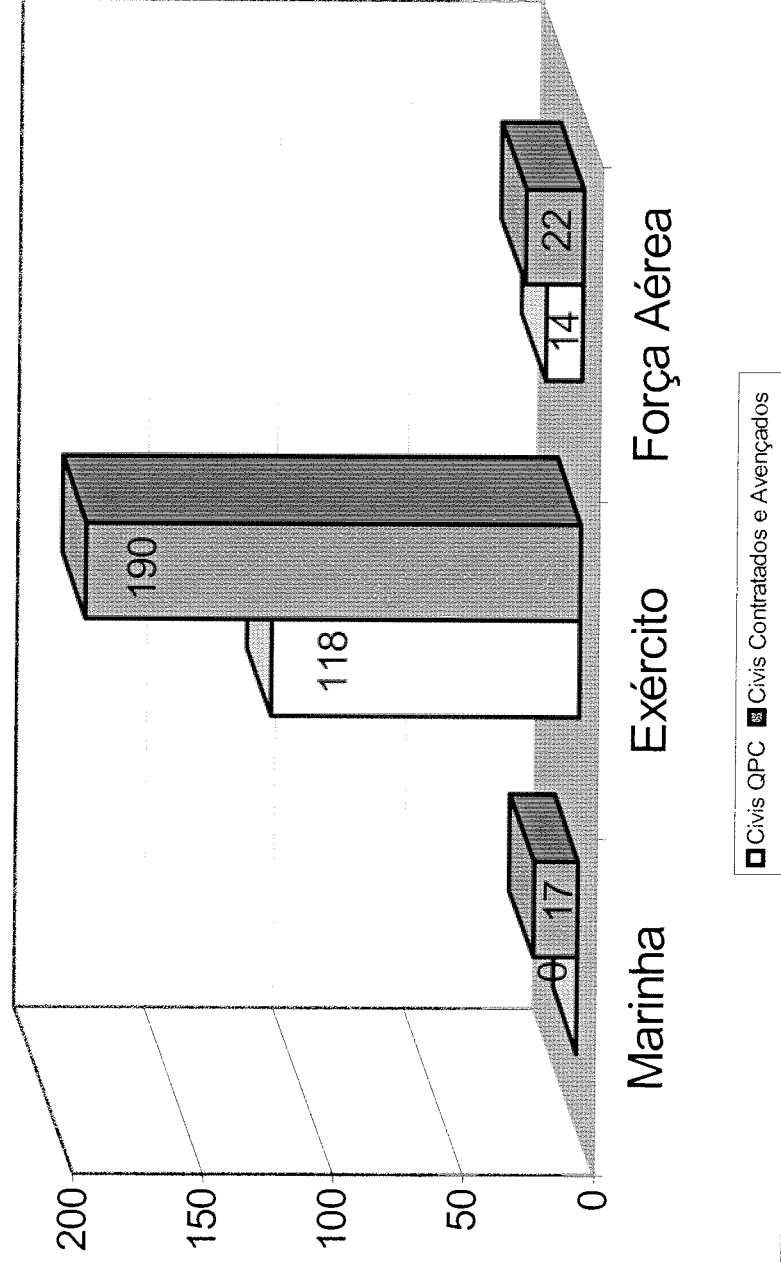


¹ Dados retirados do Anuário Estatístico da Defesa Nacional 1998/MDN

Apêndice 4 ao Anexo Y - Médicos Civis 1996¹**MÉDICOS CIVIS 1996**¹ Dados retirados do Anuário Estatístico da Defesa Nacional 1998/MDN

Apêndice 5 ao Anexo Y Médicos Civis 1997¹

MÉDICOS CIVIS 1997

¹ Dados retirados do Anuário Estatístico da Defesa Nacional 1998/MDN



ANEXO Z – Inexistência de Cuidados Primários nas Unidades

Com o fim do SMO, deixou de existir médico militar nas unidades, que garantiam os cuidados de saúde primários. Houve necessidade de recorrer ao contrato de médicos civis, que durante uma hora diária, prestam o apoio sanitário às Unidades. Este apoio é prestado aos militares que se encontram inscritos nas consultas diárias de rotina e pouco mais. Na ausência do médico, nas restantes 23 horas, as Unidades ficam entregues ao sargento enfermeiro. Sempre que surge qualquer indício, da necessidade de apoio médico, os militares nestas condições são enviados ao Hospital ou ao Centro de Saúde. Se o assunto for urgente (eu sublinho, este urgente, na grande parte das vezes é a sensibilidade do sargento enfermeiro, ou do Oficial de Dia, que pode ser um Oficial RC.)

Perante tais situações, podem existir vários procedimentos na cadeia de evacuação e hospitalização. Passaremos a enumerar:

1º caso; militar presta serviço numa Unidade fora de Lisboa ou do Porto;

Podem daqui resultar dois procedimentos:

- Militar segue para o Centro de Saúde Civil ou Hospital Distrital, consoante a localidade em que se encontra instalada a Unidade Militar, para ser diagnosticado, nos casos considerados como urgentes.
- Militar segue para o Centro de Saúde em Évora se o mesmo presta serviço na região Militar do Sul, ou para o HMR 2 se presta serviço numa Unidade do Centro do País, ou para o HMR1 se presta serviço na RMN.

2º Situação, militar presta serviço no Porto ou em Lisboa

Se surge qualquer sinal da necessidade de cuidados médicos o Oficial de Dia manda o militar à urgência do HMP ou se for no Porto ao HMR1 ao Serviço de Assistência Permanente.



Este tipo de ocorrências que na maior parte das vezes são pequenos problemas, que não requeriam a utilização das urgências, nós militares, e também por desconhecimento, mais vale tomar todas as providências que estejam ao seu alcance do que ser acusado de negligência. Resumindo estes tipos de situação vão congestionar as urgências do HMP, ou os serviços de atendimento permanente dos HMR.

Em tempo de paz, os principais casos que recorrem ao serviço de urgência, necessitam de tratamento de Ortopedia.

Podemos retirar as seguintes conclusões:

- *"Existe uma ausência de triagem nas Unidades, traduzindo um acréscimo de consultas e de urgências nos diferentes Hospitais.*
- *Grande dificuldade em realizar medicina preventiva, ao nível das diferentes Unidades.*
- *Incapacidade para executar o controlo fisiológico do esforço, decorrente da instrução e do treino."*¹

Quando o médico civil que se encontra a contrato nas Unidades, elabora um diagnóstico, normalmente remete o doente para o Centro de Saúde ou para o Hospital Militar Principal, por vezes para consultas de rotina. Ora este tipo de procedimentos vai congestionar os Hospitais Centrais, estando estes a efectuar cuidados primários no 4º escalão. Para além dos elevados custos derivados, quer pelo transporte, quer pela ajuda de custo, quer ainda pelo período de tempo que afasta o militar do seu local de trabalho. Quanto à Marinha este problema é minimizado visto as Unidades de Marinha se situarem na região da Grande Lisboa.

¹ Bargão dos Santos, (Cor SS, TILD), Anteprojecto do Sistema de Saúde Militar, TILD, IAEM, 1994/1995, pág 4



Quanto à Força Aérea tem bases ao longo do Território Nacional, em cada base têm três médicos. Dois do QP subalternos (recém entrado no quadro permanente e um outro no segundo ano de quadro) estes médicos estão vocacionados para Medicina aeronáutica, o terceiro médico é um médico civil a contrato à semelhança do exército, que faz as consultas de rotina. Para além disso o Estado Maior da Força Aérea tem protocolos com o SNS. Desta forma têm acordos Sectoriais com o Hospitais Distritais de Faro, Beja, Vila Franca de Xira, Angra do Heroísmo, e com os Hospitais Garcia da Orta, S^{ta} Maria, Egas Moniz, Curry Cabral/ARS Lisboa

A Força Aérea tem também acordos globais com: Hospital São Francisco Xavier, Magalhães Coutinho, S. Sebastião (S^{ta} Maria da Feira), Ovar.

Nestes acordos bilaterais, um militar que necessite de apoio sanitário recorre como primeira instância aos hospitais civis da localidade da base aérea, recebendo aí, o tratamento necessário, após estabilizado, será então transferido para o HFA.

**ANEXO AA - Médicos Militares do Exército por Especialidades**

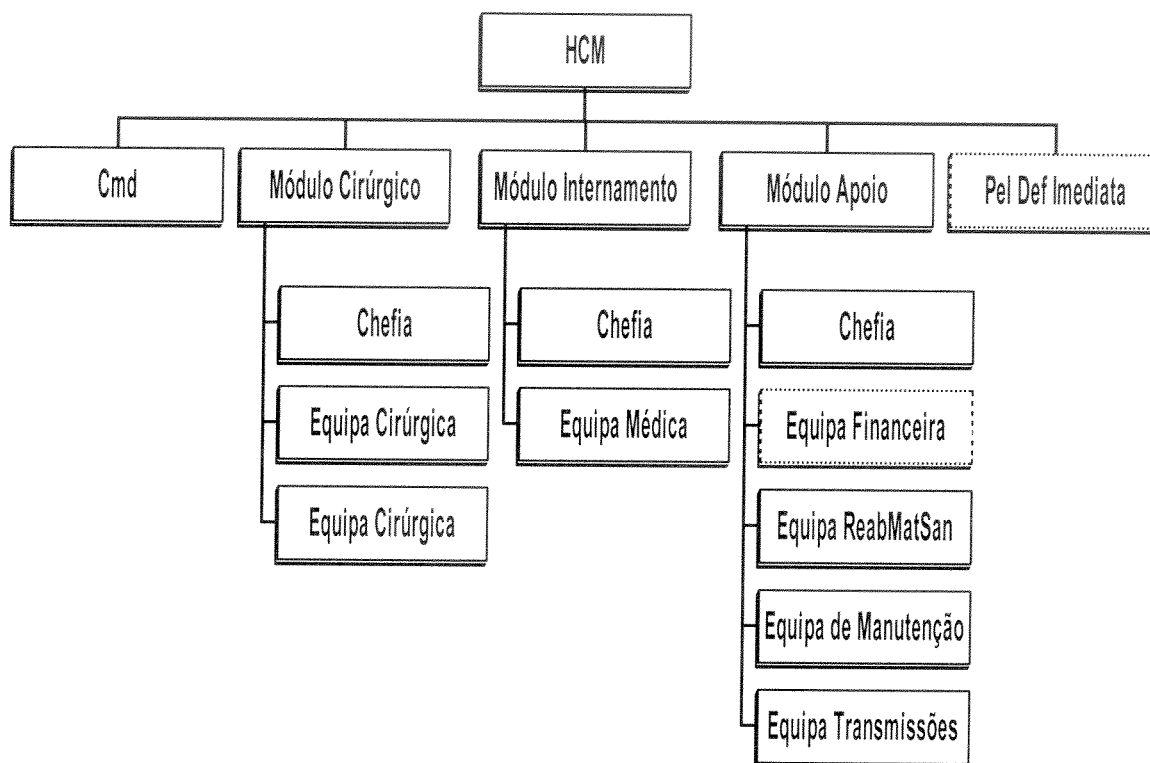
ESPECIALIDADES	EXISTÊNCIAS
ANATOMIA PATOLÓGICA	1
CARDIOLOGIA	7
CIRURGIA GERAL	5
CIRURGIA VASCULAR	2
CIRURGIA PLÁSTICA	6
CLÍNICA GERAL	1
DERMATOLOGIA	1
ENDOCRINOLOGIA	1
ESTOMATOLOGIA	1
FISIATRA	2
GASTROENTEROLOGIA	5
GINECOLOGIA	2
HEMATOLOGIA	1
HEMOTERAPIA	1
INFECCIOLOGIA	1



MEDICINA DESPORTIVA;REUMATOLOGIA	1
MEDICINA INTERNA	6
NEFROLOGIA	1
NEUROCIRURGIA	2
NEUROLOGIA	2
OFTALMOLOGIA	6
ONCOLOGIA MÉDICA;MEDICINA INTERNA	1
ORTOPEDIA	13
OTORRINOLARINGOLOGIA	1
PATOLOGIA CLÍNICA	3
PNEUMOLOGIA	3
PSIQUIATRIA	5
RADIOLOGIA	3
UROLOGIA	3



ANEXO AC - Organograma do Hospital Cirúrgico Móvel





ANEXO AD – Organização da Saúde Militar em alguns Países da OTAN¹

PAÍS	ESTRUTURA CENTRAL	DEPENDÊNCIA	ÁREAS DE COMPETÊNCIA	OBSERVAÇÕES
ALEMANHA	Office of the Surgeon General, Federal Armed Forces	EMGFA (Chief of Staff Federal Armed Forces)	- Definição de Políticas - Pessoal de Saúde - Escola do Serviço de saúde - Centro de Tratamento de Dados - Hospitais Militares Centrais e regionais - Centro de Saúde - Bona	- Gestão centralizada da Saúde Militar - O Surgeon General é equivalente a Chefe do Estado Maior dos Ramos
BÉLGICA	Estado Maior da Saúde (Medical Staff)	EMGFA (Joint Staff)	- Definição de Políticas - Pessoal Militar (activo e reserva) e civil - Escola do Serviço de Saúde - Hospitais Militares - Hospitais de Campanha - Farmácia Central - Parque de Ambulâncias - Medicina Preventiva	- A Saúde é um 4º Ramo - Gestão centralizada da Saúde Militar - O Chefe do Estado Maior da Saúde (Surgeon General) é equivalente a Chefe do Estado Maior dos Ramos - O Surgeon General é o Conselheiro Médico do MDN e do CEMGFA
DINAMARCA	Office of the Surgeon General, Danish Armed Forces Health Services	EMGFA (Chief de Defense Denmark)	- Definição de Políticas - Escola do Serviço de Saúde (Danish Defense Medical Training Centre) - Pessoal Militar da Saúde	- Gestão centralizada da Saúde Militar

¹ Dados fornecidos pela Divisão de Saúde Militar do MDN



FRANÇA	Direction Centrale du Service de Santé des Armées - DCSSA	EMGFA (Etat Major des Armées)	- Definição de Políticas - Pessoal de Saúde - Escolas do Serviço de Saúde - Hospitais Militares - Farmácias Centrais e Regionais - Depósitos Sanitários Centrais e Regionais - Centros de Investigação - Centros de Tratamento de Dados	- Gestão centralizada da Saúde Militar
CANADÁ	Office of the Surgeon General	EMGFA (National Defense Headquarters)	- Definição de Políticas - Pessoal Militar da Saúde - Hospital Militar de Otava - Centro de Saúde de Otava - Escola do Serviço de Saúde	- Gestão centralizada da Saúde Militar
ESPANHA	Inspeccion General de Sanidad de la Defensa	Ministro da Defesa	- Definição de Política de Saúde - Pessoal Militar de Saúde - Coordenação dos Serviços de saúde a fim de os otimizar - Planeia e elaborar acordos sobre a Saúde Militar com entidades Nacionais e Internacionais - Escola de Saúde Militar (Escuela Militar de Sanidad)	- Gestão centralizada da Saúde Militar
HOLANDA	Directorate of Military Medical Policy	Ministro da Defesa	- Coordenação dos ramos - Política Médica Militar	
ITÁLIA	Direzione Generale della Sanita' Militare	Ministro da Defesa	- Coordenação dos Ramos - Laboratório Militar da Saúde - Depósito Central de Material Sanitário - Escola de Serviço de Saúde - Serviço de Transfusões	



REINO UNIDO	Office of the Surgeon General-Defense Medical Services Directorate	Ministro da Defesa	- Definição de Políticas - Pessoal Militar da Saúde - Hospital Militar de Portsmouth - Unidades de Saúde do Ministério da Defesa nos Hospitais do serviço Nacional de Saúde em Plymouth, Aldershot e Peterborough (MDHU – Ministry of Defense Health Units)	- Gestão centralizada da Saúde Militar
PORTUGAL	Direcção Geral de Pessoal	Ministro da Defesa	- Coordenação dos estudos de reestruturação - Coordenação da representação na OTAN	Toda a gestão da Saúde Militar é da competência dos ramos



Apêndice 1 ao Anexo AD – Racionalização da Rede de Saúde Militar

Quadro comparativo em alguns países da Europa

PAÍSES	Inspecção Geral de Saúde	Escola Militar de Saúde	Rede Única	Hospitais/1990	Hospitais/ 2000
FRANÇA	SIM	SIM -2	SIM	20	9
ALEMANHA	SIM	SIM	SIM	14	8
REINO UNIDO	SIM	SIM	SIM	4	1
ITÁLIA	NÃO	SIM	NÃO	6 - 2	4 - 2 - 2
PORTUGAL	NÃO	NÃO	NÃO	4 - 1 - 1	4 - 1 - 1
BÉLGICA	SIM	SIM	SIM	4	1
HOLANDA	SIM	SIM	SIM	1	1
ESPANHA	SIM	SIM	NÃO	20	14

Espanha dispõe de 14 Hospitais Militares (4 da Marinha, 9 do Exército e 1 na Força Aérea) num total de 3.100 camas disponíveis, a grande maioria destes Hospitais dispõem de heliporto.

Nas Forças Armadas espanholas existem 1463 médicos, 196 farmacêuticos, 150 psicólogos e 830 enfermeiros.

ANEXO AF - PROPOSTA PARA CARREIRA MÉDICA MILITAR¹

6 anos		5 a 6 anos		5 anos		3 anos		3 anos		5 a 6 anos	
Curso de Medicina		Int G e r a l		Assistente		Assist G r a d		Chefe de Serviço		Director de Departamento	
19	2 2 2 2 2 2	2 2 2 2 2 2	2 2 2 2 2 2	2 2 2 2 2 2	3 3 3 3 3 3	3 3 3 3 3 3	4 4 4 4 4 4	4 4 4 4 4 4	5 5 5 5 5 5	5 5 5 5 5 5	6 6 6 6 6 6
0	1 2 3 4	5 6 7 8 9 0	1 2 3 4 5 6	7 8 9 0 1 2	3 4 5 6 7 8	9 0 1 2 3 4	5 6 7 8 9 0	1 2 3 4 5 6	7 8 9 0 1 2	3 4 5 6 7 8	9 0 1 2 3 4
Curso de Medicina		Int G e r a l		Internato Complementar		Assistente		Assist G r a d		Director de Departamento	
A L F		Tenente		Capitão		Major		TCor		Coronel	
1 ano		4 anos		6 anos		4 anos		7 anos		5 anos	
Major General		7 anos									

Entrada no QP

À disponibilidade das Direcções do Serviço de Saúde

O tempo preconizado é o tempo mínimo para cada posto. À exceção dos postos de Alferes e Tenente em que a promoção é por diuturnidade.

**ANEXO AG – Legislação Enquadrante do Serviço de Saúde**

DL nº 519/77, de 17 de Novembro	Estatuto da Carreira Médico-Militar
Portaria nº 330/77, de 3 de Junho	Frequência de estágios dos internamentos Policlínicos
Portaria nº 331/77, de 3 de Junho	Médicos civis para exercer as funções de Consultor nos Hospitais Militares
Portaria nº 632/78, de 21 de Outubro	Concursos de ingresso nos QP de Oficiais Médicos
Despacho do Secretário Estado da Saúde, de 7 de Julho 1980	Internato Complementar de médicos militares em hospitais civis
DL nº 332/86, de 2 de Outubro	Alteração ao DL nº 519/77, de 17 de Novembro
DL nº 73/90, de 6 de Março	Regime Geral das Carreiras Médicas
DL nº 210/91, de 12 de Junho	Alterações ao DL nº 73/90, de 6 de Março
DL nº 224/92, de 20 de Outubro	Cria lugares do QPCE
DL nº 128/92, de 4 de Julho	Regime Jurídico da formação, após a Licenciatura em Medicina
Lei nº 4/93, de 12 de Fevereiro	Alteração do DL nº 128/92, de 4 de Julho
Portaria nº 1223/82, de 28 de Setembro	Regulamento de Internato Geral
Portaria nº 695/95, de 30 de Junho	Regulamento dos Internatos Complementares