

INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES

CURSO DE PROMOÇÃO A OFICIAL GENERAL

2013/2014



TII

A MEDICINA MILITAR E OS DESAFIOS DA UNIFICAÇÃO

O TEXTO CORRESPONDE A TRABALHO REALIZADO DURANTE A FREQUÊNCIA DO CURSO, NO IESM, SENDO DA RESPONSABILIDADE DO SEU AUTOR, NÃO CONSTITUINDO ASSIM DOUTRINA OFICIAL DAS FORÇAS ARMADAS PORTUGUESAS.



INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES

A MEDICINA MILITAR E OS DESAFIOS DA UNIFICAÇÃO

Capitão-de-mar-e-guerra MN José Manuel Jesus Silva

Trabalho de Investigação Individual do CPOG 2013/2014

Pedrouços 2014



INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES

A MEDICINA MILITAR E OS DESAFIOS DA UNIFICAÇÃO

Capitão-de-mar-e-guerra MN José Manuel Jesus Silva

Trabalho de Investigação Individual do CPOG 2013/2014

Orientador: Capitão-de-mar-e-guerra M Fernando Jorge Ferreira Seuanes

Pedrouços 2014



Agradecimentos

Uma “caminhada” como esta, no Instituto de Estudos Superiores Militares, seria quase impossível sem o espírito de *sã camaradagem* que os auditores do CPOG 2013/2014 criaram e que o tempo ajudará a cimentar. Aos meus “*compagnons de route*”, os meus agradecimentos.

Ao Capitão-de-mar-e-guerra, Fernando Jorge Ferreira Seuanes, meu orientador, pela sua elevada competência, pela sua disponibilidade e empenho, nas pertinentes críticas, correções e sugestões a este trabalho de investigação.

Agradeço ainda a todos aqueles que com a sua disponibilidade, incentivo e contributos me permitiram a realização deste trabalho.

Um especial agradecimento ao Dr Alberto Rodrigues Coelho; ao CALM Albuquerque e Sousa, ao CMG MN Lourenço dos Santos, ao CMG MN Santos Carvalho, ao CMG MN José Galvão, ao CMG M Borges Gaspar, ao CFR MN Luís Ribeiro e ao Técnico de Informática Garcez Gomes; ao MGEN Esmeraldo Alfarroba, ao MGEN Silva Graça e ao Tenente-Coronel Médico Rui Carvalho; ao MGEN Gouveia Duarte, ao MGEN Eduardo Santana, ao Coronel Engaed Joaquim Veloso, ao Coronel Médico Santos Guerra, ao Coronel Médico António Tomé e à Tenente-Coronel Médica Regina Ramos.

“*The last but not the least*”, agradeço à minha família, sem cujos permanentes incentivo e compreensão, nada disto teria sido possível.



Índice

Introdução	1
1. A componente operacional da Medicina Militar, em Portugal	8
a. O Sistema de Saúde Militar e a componente operacional da Medicina Militar	8
(1) A componente operacional da Medicina Militar, na Marinha	9
(a) Centro de Medicina Naval	9
(b) Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica	11
(c) Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo	12
(2) A componente operacional da Medicina Militar, na Força Aérea	13
(3) A componente operacional da Medicina Militar, no Exército	14
(4) A importância da componente operacional da Medicina Militar, nos Ramos	17
b. Síntese conclusiva	18
2. Os cuidados secundários da Medicina Militar, em Portugal	19
a. O Sistema de Saúde Militar e os cuidados secundários da Medicina Militar	19
b. Síntese conclusiva	24
3. Caracterizar a Medicina Militar em países amigos	26
a. A Medicina Militar no Reino Unido	26
b. A Medicina Militar em França	31
c. A Medicina Militar na Holanda	35
d. Síntese conclusiva	38
4. (Re)Criar um modelo para a Medicina Militar	41
a. Modelo para a Medicina Militar, em Portugal	41
(1) Direção de Saúde Militar	43
(2) Divisão de Saúde Militar	44
(3) Direções de Saúde dos Ramos	44
(4) HFAR	46
b. Síntese conclusiva	49
Conclusões e recomendações	52



Bibliografia	55
--------------	----

Índice de Anexos

Anexo A – Estrutura da área clínica do Polo de Lisboa do HFAR	A-1
Anexo B – <i>NATO Medical Capabilities</i>	B-1
Anexo C – Glossário de termos	C-1

Índice de Apêndices

Apêndice 1 – Diagrama de validação das Hipóteses	Ap 1
--	------

Índice de Figuras

Figura nº 1: Estrutura organizacional do Sistema de Saúde Militar.	8
Figura nº 2: Estrutura organizacional do CMN.	10
Figura nº 3: Organigrama da DS FA.	13
Figura nº 4: Estrutura de Saúde Militar do Exército – Apoio Sanitário de Campanha.	15
Figura nº 5: Estrutura de Saúde Militar do Exército – Agrupamento Sanitário (Organização).	15
Figura nº 6: Estrutura de Saúde Militar do Exército – Pelotão Sanitário.	16
Figura nº 7: Estrutura de Saúde Militar do Exército – Secção Sanitária.	16
Figura nº 8: Hospital de Campanha.	17
Figura nº 9: SG <i>Office</i> .	28
Figura nº 10: MOD <i>Head Office</i> .	29
Figura nº 11 – MOD <i>Defense Board</i> .	30
Figura nº 12 – Organização do SSA.	32
Figura nº 13 – Áreas de atividade do SSA.	32
Figura nº 14 – Conceito de Apoio Médico às operações.	33
Figura nº 15 - Forças Armadas Holandesas: Comando de Saúde Militar.	35
Figura nº 16 - Forças Armadas Holandesas.	36
Figura nº 17 - CMH.	38
Figura nº 18 – Modelo: EMGFA e MDN.	43
Figura nº 19 – Modelo: Ramos.	44



Índice de Tabelas

Tabela nº 1: Objetivos do estudo.	5
Tabela nº 2: Questões central e derivadas.	6
Tabela nº 3: Hipóteses.	6



Resumo

Com a “Reforma da Saúde Militar” em fase de implementação, importa saber em que medida esta interfere com a contribuição que a Medicina Militar oferece para a capacidade operacional das Forças Armadas, o que permite considerar importante, para os seus utentes e para as FFAA, e atual o tema “A Medicina Militar e os desafios da unificação”.

A nossa investigação desenvolveu-se usando o método hipotético-dedutivo, de acordo com o “Manual de Investigação em Ciências Sociais” e o percurso metodológico seguiu as sete etapas do método científico nele descrito (Quivy, 2005).

Ao longo da investigação procurámos identificar o ponto de situação da Medicina Militar, em Portugal, em que medida se justifica a manutenção de uma componente operacional da mesma, nos Ramos, bem como em que medida a prestação de cuidados secundários de saúde, pelo Hospital das Forças Armadas, é uma componente importante do Sistema de Saúde Militar e, conseqüentemente, da Medicina Militar. Seguiu-se uma caracterização da Medicina Militar em países amigos (Reino Unido, França e Holanda).

Baseando-nos no que antecede, atendendo a que é necessário um sistema eficaz de apoio médico para ajudar a melhorar o moral das tropas, o processo de unificação em curso está a decorrer num ambiente desafiante, porque limitado em Recursos Humanos e materiais, tornando difícil gerir o Sistema de Saúde Militar, (re)criámos um modelo para a Medicina Militar em Portugal.

Porque pensámos ser possível replicar alguns dos aspetos, comuns ou não, aos modelos apresentados, (re)criámos um modelo que julgamos funcional e, portanto, adequado às reais necessidades das Forças Armadas portuguesas, estabelecendo assim a *forma como deverá evoluir a Medicina Militar, no intuito de enfrentar desafios decorrentes do atual processo de unificação*, nossa questão central.



Abstract

With the "Military Health Reform" under implementation, is important to know to what extent this interferes with the contribution that Military Medicine provides for the operational capability of the Armed Forces, which suggests as important, to their users and to the Armed Forces, and current the topic "Military Medicine and the challenges of unification".

Our research developed using the hypothetical-deductive method, according to the "Handbook of Research in Social Sciences" and the methodological approach followed the seven steps of the scientific method described there (Quivy, 2005).

Throughout the research sought to identify the situation of Military Medicine, in Portugal, to what extent it is justified to maintain an operational component of it, in different Branches of Armed Forces, as well as to what extent the provision of secondary care at the Armed Forces Hospital is an important component of the Military Health System and consequently of Military Medicine. Following is a characterization of Military Medicine in friendly countries (United Kingdom, France and the Netherlands).

Based on the foregoing, given that an effective system of medical support is needed to help improve the morale of the troops, the ongoing unification process is proceeding in a challenging environment, as limited human and material resources, making difficult to manage the Military Health System, we (re)create a model for Military Medicine in Portugal.

Because we think it is possible to replicate some of the aspects, common or not, to the models, we (re)create a model that we consider functional and, therefore, appropriate to the real needs of the Portuguese Armed Forces, thus establishing how should evolve Military Medicine, in order to face challenges arising from the current process of unification, our central question.



Palavras-chave

Desafios, Medicina Militar, Restruturação, Saúde Militar, Unificação.

Keywords

Challenges, Military Medicine, Restructuring, Military Health, Unification.



Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ADM	Assistência na Doença aos Militares
AFC	<i>Armed Forces Community</i>
AgS	Agrupamento Sanitário
Ap	Apêndice
AR	Assembleia da República
AS	Apoio Sanitário
BNL	Base Naval de Lisboa
CDEMA	<i>Chef D'État-Major des Armées</i>
CEM	Chefe do Estado-Maior
CEMA	Chefe do Estado-Maior da Armada
CEME	Chefe do Estado-Maior do Exército
CEMGFA	Chefe do Estado-Maior General das Forças Armadas
CM	Conselho de Ministros
CMA	Centro de Medicina Aeronáutica
CMAN	Centro de Medicina Aeronáutica e Naval
CMG	Capitão-de-mar-e-guerra
CMH	<i>Central Military Hospital</i>
CMN	Centro de Medicina Naval
CMSH	Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica
COMEDS	<i>Committee of the Chiefs of Military Medical Services</i>
COSF	Componente Operacional do Sistema de Forças
CPOG	Curso de Promoção a Oficial General
CPSIFA	Centro de Psicologia da Força Aérea
CS	Centro de Saúde
CSM	Centro(s) de Saúde Militar
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CVP	Cruz Vermelha Portuguesa
DDS	<i>Defense Dental Service</i>
DGO	<i>Healthcare Command</i>
DGPRM	Direção Geral de Pessoal e Recrutamento Militar
DL	Decreto-Lei
DMS	<i>Defense Medical Services</i>
DS	Direção de Saúde



DSM/EMGFA	Direção de Saúde Militar / Estado-Maior General das Forças Armadas
DSS	Direção(ões) do Serviço de Saúde
EASB	Estrutura de Apoio Sanitário de Base
EASC	Estrutura de Apoio Sanitário de Campanha
EMFAR	Estatuto dos Militares das Forças Armadas
EMGFA	Estado-Maior General das Forças Armadas
ESSM	Escola do Serviço de Saúde Militar
FA	Força Aérea
FFAA	Forças Armadas
Gov	<i>Government</i>
H	Hipótese(s)
HC	Hospital de Campanha
HCV	Hospital da Cruz Vermelha
HFAR	Hospital das Forças Armadas
HFAR-PL	Hospital das Forças Armadas - Polo de Lisboa
HM	Hospital da Marinha
HMP	Hospital Militar Principal
HQSG	<i>Surgeon General Headquarters</i>
HSM	Hospital de Santa Maria
IASFA	Instituto de Ação Social das Forças Armadas
ICMM	<i>International Committee of Military Medicine</i>
IDR	<i>Samenwerking Defensie Relatieziekenhuizen Institut</i>
IESM	Instituto de Estudos Superiores Militares
JALLC	<i>Joint Analysis Lessons Larned Center</i>
JMC	<i>Joint Medical Command</i>
MCIF	<i>Medical Corps International Forum</i>
MDN	Ministério da Defesa Nacional
MGEN	Major-general
MiDN	Ministro da Defesa Nacional
MM	Medicina Militar
MOD	<i>Ministry of Defense</i>
MRC	<i>Military Rehabilitation Centre</i>
NATO	<i>North Atlantic Treaty Organization</i>
NLD MOD	<i>Netherlands Ministry of Defense</i>



NHS	<i>National Health Service</i>
NRBQ	Nuclear, Radiológico, Biológico, Químico
OB	Ordem de Batalha
OE	Objetivo específico
OG	Objetivo Geral
OM	Ordem dos Médicos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OTHB	Oxigenoterapia hiperbárica
PCM	Presidência do Conselho de Ministros
PE	Parlamento Europeu
PS	Posto(s) de Saúde
QC	Questão Central
QD	Questão(ões) Derivada(s)
QEH	<i>Queen Elizabeth Hospital</i>
QG	Quartel-General
RAF	<i>Royal Air Force</i>
RAFMS	<i>Royal Air Force Medical Services</i>
RCM	Resolução do Conselho de Ministros
RH	Recursos Humanos
RHM	Rede Hospitalar Militar
RI	Regulamento Interno
SG	<i>Surgeon General</i>
SM	Saúde Militar
SN	Saúde Naval
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SS	Serviço(s) de Saúde
SSA	<i>Service de Santé des Armées</i>
SSM	Sistema de Saúde Militar
SSP	Superintendente dos Serviços do Pessoal
SU	Serviço de Urgência
TII	Trabalho de Investigação Individual
TO	Teatro de Operações
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UEFISM	Unidade de Ensino, Formação e Investigação da Saúde Militar



UEFT	Unidade de Ensino, Formação e Treino
UK	Reino Unido
USO	Unidade de Saúde Operacional
UTITA	Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo



“Coming together is a beginning; keeping together is progress; working together is success”.

Henry Ford

Introdução

Justificação do Estudo

- Porque é que o tema é importante?

É difícil conceber disciplinas mais contraditórias que GUERRA e MEDICINA, atendendo a que, de um lado se encontram o poder destrutivo e a miséria humana da guerra e, do outro, a vocação médica para curar pessoas e mantê-las saudáveis. Este aparente conflito ético, da Medicina em tempo de guerra, ainda tem muito para explorar, atenta a complexa e, por vezes paradoxal, relação entre estas disciplinas.

Ao longo dos séculos, a guerra e a Medicina têm mudado drasticamente e, assim como a tecnologia incrementou mudanças na face da guerra, a Medicina Militar (MM) adquiriu importância estratégica.

Se é verdade que os modernos sistemas de armas têm sido desenvolvidos para ferir os soldados de forma mais terrível, a Medicina tem tentado enfrentá-los com mais eficientes métodos de tratamento.

Como é possível conciliar o direito à defesa militar com o dever humanitário de providenciar aos militares, em particular, e às vítimas da guerra, em geral, o melhor *standard* de cuidados médicos?

Hoje em dia, estes tópicos tomaram nova forma, pois não apenas os membros das Forças Armadas (FFAA), mas a sociedade como um todo, têm que encarar o facto de haver cada vez mais missões de carácter humanitário.

Os conturbados tempos que vivemos e a que, de forma genérica, apelidamos de “crise”, têm redundado nos celebérrimos “cortes”, que mais não significam que há menos dinheiro, menos estruturas de apoio médico e, conseqüentemente, maior dificuldade de acesso ao bem precioso que os cuidados de saúde constituem.

Se ao que antecede juntarmos a, de há muito discutida, e agora em fase de implementação, “*Reforma da Saúde Militar*”, consideramos ser importante saber em que medida a mesma interfere com a contribuição que a MM oferece para a capacidade operacional das FFAA.

- Para quem é importante?

A prestação de cuidados médicos, no âmbito da Instituição Militar, está legislada e



é fundamental ao desempenho da missão, como se comprova, por exemplo, com o vertido na Resolução do Conselho de Ministros (RCM) n.º 39/2008, de 28 de fevereiro, que determina “*No âmbito da saúde militar, as medidas a desenvolver (...)*” (PCM, 2008, p. 1330), as quais “*(...) devem atender aos seguintes parâmetros:*

- a) Garantir, em matéria de saúde operacional (...) a prontidão das forças (...) e o apoio às operações;*
- b) Prestar um serviço assistencial através do reforço de valências (...);*
- c) Manter, no mínimo, uma capacidade de resposta idêntica à actual (...).”*
(Ibidem)

Também para a *North Atlantic Treaty Organization* (NATO), se trata de um assunto fundamental, conforme definido na visão do *Committee of the Chiefs of Military Medical Services* (COMEDS) in NATO: “*Os serviços médicos militares da NATO promoverão a saúde e contribuirão para o sucesso das missões da NATO projetando toda a gama de atividades médicas militares em todas as fases das operações militares e providenciando cuidados de saúde de qualidade, iguais à da melhor prática médica*”¹(citado em NATO, 2009, p. 1).

Assim se entende o tema “A Medicina Militar e os desafios da unificação” como extremamente importante para o seu universo de utentes e para as FFAA.

- De que forma a investigação poderá ser um contributo para a respetiva área do conhecimento?

Tratando-se de uma área do conhecimento onde, fora do universo do Instituto de Estudos Superiores Militares (IESM), não abundam trabalhos e publicações sobre o tema, o mesmo poderá constituir um contributo para o muito que ainda há para dirimir, sobre Reestruturação da Saúde Militar (SM) e, assim sendo, também da MM.

- Enunciado do tema, identificação do contexto e base conceptual em que a investigação se insere

Esta investigação tem como tema “A Medicina Militar e os desafios da unificação” e o contexto está inserido no plano dos temas previstos para os TII do CPOG 2013 – 2014 (IESM, 2013).

O quadro conceptual de que enforma o trabalho será apresentado no Anexo C. No entanto, para efeitos do presente estudo, importa desde logo definir alguns conceitos, com

¹ Tradução livre do autor.



especial ênfase no que se considera dever ser uma diferenciação entre os relacionados com MM e SM.

Os Estatutos do *International Committee of Military Medicine* (ICMM) definem, no seu Artigo 3º, a MM como “(...) *as atividades listadas abaixo, realizadas tanto em condições de guerra como em tempos de paz:*

a. atividades médicas e cirúrgicas, curativas e de diagnóstico (...);

f. odontoestomatologia em ambiente militar;

g. farmácia em ambiente militar;

(...)”² (ICMM, 2009, pp. 3-4), enfatizando ainda que “(...) *algumas dessas atividades podem ser para o benefício da população civil.*”³ (Ibidem)

O conceito acima exposto aproxima-se mais daquilo que consideramos ser o conceito de SM, em contraponto ao de MM, também designada por Medicina Castrense, definida como “*a medicina dedicada aos problemas específicos da saúde dos militares.*” (Infopédia, 2013)

Não é possível, todavia, falar de SM, sem incluir MM, embora seja possível, em algumas circunstâncias, falar apenas de MM.

Assim, quando nos referirmos a MM, estaremos apenas a referir-nos aos profissionais que a exercem, os médicos militares e à sua atividade.

Objeto de estudo e sua delimitação

Pelo menos desde os idos de 70, do século passado, através da Diretiva 4/76, do Chefe do Estado Maior General das Forças Armadas (CEMGFA), que se reputa necessário reestruturar o Sistema de Saúde Militar (SSM), cuja missão consiste em manter e promover a saúde dos militares, para assegurar a prontidão para o serviço e permitir o cumprimento da missão à Componente Operacional do Sistema de Forças (COSF) e, simultaneamente, assegurar a assistência médica aos restantes efetivos militares, bem como à “Família Militar”.

Apesar de legislação anterior, no âmbito da reorganização da Estrutura Superior da Defesa Nacional e das Forças Armadas, é com a citada RCM n.º 39/2008 que é determinada a criação “(...) *de um Hospital das Forças Armadas (HFAR), na dependência do CEMGFA, organizado em dois pólos hospitalares, um em Lisboa e outro no Porto (...).*” (PCM, 2008, p. 1330)

² Tradução livre do autor.

³ Tradução livre do autor.



Sendo o HFAR apenas uma componente do SSM, não admira que o Ministro da Defesa Nacional (MiDN) se tenha preocupado com o remanescente do mesmo, o que se traduziu no Despacho n.º 15302/2011, no qual manifestou a “(...) *necessidade da realização de um estudo mais alargado do Sistema de Saúde Militar, (...) que harmonize o funcionamento das estruturas não hospitalares de saúde militar (...).*” (MDN, 2011, p. 44786) (já revisto no MDN, 2014b)

Em sequência, e através do Decreto-Lei n.º 187/2012 (MDN, 2012a) é, então, criado o Polo de Lisboa do HFAR (HFAR-PL)⁴, resultante da fusão dos quatro hospitais militares existentes em Lisboa (Hospital da Marinha (HM), Hospital Militar Principal (HMP), Hospital Militar de Belém e Hospital da Força Aérea), substituindo-os nas suas atribuições e competências.

Estabelecidas as estruturas orgânica e funcional do HFAR-PL, bem como os princípios de gestão aplicáveis, cessaram em 30 de abril de 2013 todas as atividades na unidade hospitalar de Santa Clara (antigo HM) e cessaram, na da Estrela (antigo HMP), em 31 de dezembro de 2013, conforme cronograma para o processo de fusão hospitalar (MDN, 2013c, p. 17184).

O processo de reforma hospitalar em curso, nas FFAA, só ficará totalmente concluído quando estiver completa a implementação do Polo do Porto, depois de, após Despachos do MiDN (MDN, 2013a), (MDN, 2014a), este ter aprovado uma proposta de Programa Funcional, pese embora, através do Despacho 2943/2014, concluir que “(...) *considera-se estarem reunidas as condições para dar por concluído este processo.*” (MDN, 2014b, p. 5387).

É pois, neste contexto de unificação (reestruturação) e nos desafios que consideramos poder enfrentar durante este processo, a MM, que se centrará a nossa investigação.

Tratando-se este de um tema extremamente abrangente, e no intuito de melhor centrar a investigação e aprofundar a análise, torna-se necessário delimitá-lo, pelo que apenas afluiremos aspetos relativos à Formação e ao Recrutamento, por já terem sido abordados recentemente, em temas anteriores (Guerra, 2013), (Mendes, 2013, pp. 43-44),

⁴ A criação do HFAR enquanto hospital militar único, organizado em dois polos, um em Lisboa e outro no Porto, já tinha merecido consagração legal na Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas, aprovada pela Lei Orgânica n.º 1-A/2009 (AR, 2009), e na Lei Orgânica do Estado-Maior-General das Forças Armadas, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 234/2009 (CM, 2009).



não abordaremos as Juntas Médicas e não nos debruçaremos sobre o Polo do Porto do HFAR.

Definição dos objetivos da investigação

Para a presente investigação foram definidos um objetivo geral (OG) e três objetivos específicos (OE), os quais se discriminam na Tabela nº 1.

Tabela nº 1 - Objetivos do estudo.

Fonte: Autor

Objetivo Geral	
Como OG procura-se contribuir para a identificação dos desafios que a MM enfrenta, no contexto da atual reestruturação do SSM.	
Objetivos Específicos	OE1: Identificar o ponto de situação da MM, em Portugal.
	OE2: Identificar em que medida se justifica a manutenção de uma componente operacional da MM, nos Ramos.
	OE3: Identificar em que medida a prestação de cuidados secundários de saúde, pelo HFAR, é uma componente importante do SSM e, conseqüentemente, da MM.
	OE4: Caracterizar a MM em países amigos (Reino Unido, França e Holanda).
	OE5: (Re)criar um modelo para a MM.

- A pergunta de partida

Na sequência da definição do tema, objeto de investigação, e dos objetivos do estudo, foram colocadas a questão central (QC) e três questões derivadas (QD), discriminadas na Tabela nº 2.

Para cada uma das questões levantadas são formuladas as hipóteses (H), discriminadas na Tabela nº 3.

Procedimento metodológico

A nossa investigação desenvolver-se-á de acordo com a NEP/ACA – 018, de 15 de julho de 2012 (IESM, 2012) e respetivos anexos.

Adotaremos o método de investigação hipotético-dedutivo, de acordo com o “Manual de Investigação em Ciências Sociais” e o percurso metodológico seguirá as sete etapas do método científico nele descrito (Quivy, 2005).

Escolhido o tema, procedemos à formulação da QC e das QD, bem como das hipóteses associadas, para o que usámos a experiência anterior do autor e procedemos à leitura de artigos sobre a matéria, para clarificação dos conceitos implícitos ao tema, bem



como a entrevistas exploratórias a entidades com reconhecida competência nesta área. Seguidamente, procedemos a um processo de recolha da legislação e normativo que sustentam a temática em causa.

Tabela nº 2 - Questões central e derivadas.

Fonte: Autor

QC – De que forma deverá evoluir a MM, no intuito de enfrentar desafios decorrentes do atual processo de unificação?	
Questões Derivadas	QD1: Porque se justifica a manutenção de uma componente operacional da MM, na dependência dos Ramos das FFAA?
	QD2: Como se encontram enquadrados os cuidados secundários da MM, em Portugal?
	QD3: Qual a realidade da MM no Reino Unido, em França e na Holanda?
	QD4: Que modelo para a MM, em Portugal?

Tabela nº 3 - Hipóteses.

Fonte: Autor

Hipóteses	H1: As especificidades que distinguem os Ramos das FFAA, justificam a manutenção de uma componente operacional da MM, na dependência do Ramo.
	H2: É possível criar uma estrutura de cuidados secundários que, em si, responda às necessidades das FFAA.
	H3: A realidade da MM no Reino Unido, em França e na Holanda tem estado em transformação mas mantém diferenças estruturais.
	H4: É possível (re)criar o modelo da MM, no contexto do processo de unificação.

Esta fase, com a definição das questões, a exploração e a fixação da problemática, tendo em vista delimitar o âmbito do objeto da investigação e a sua pertinência, correspondem às primeira, segunda e terceira etapas do referido método.

Uma vez levantadas as hipóteses, relacionadas com as questões derivadas, demos início à quarta etapa, com a construção do modelo de análise, procurando articular, de forma integrada, as questões derivadas e suas hipóteses, com as ideias, conceitos, critérios e indicadores que permitiram testar as hipóteses levantadas.

Demos, de seguida, início à quinta etapa, ou seja, ao processo de recolha de dados, com uma pesquisa mais abrangente sobre documentação relacionada com o tema.



Na sexta etapa, procedemos ao tratamento dos dados, tendo em vista confirmar, ou não, as hipóteses inicialmente apresentadas.

Por fim, na última etapa, apresentamos as conclusões do trabalho de investigação efetuado e algumas recomendações, com o intuito de, neste delicado período de transformação, procurar ajudar a manter a MM robusta e perfeitamente adaptada à missão das FFAA.



1. A componente operacional da Medicina Militar, em Portugal

O presente capítulo será orientado de forma a procurar identificar o ponto de situação da MM, em Portugal, e em que medida se justifica a manutenção de uma componente operacional da MM, nos Ramos.

a. O Sistema de Saúde Militar e a componente operacional da Medicina Militar

Como anteriormente referido, e se pode observar na Figura nº 1, o SSM não se esgota no HFAR, antes “(...) congrega, para além dos órgãos do Ministério da Defesa Nacional, três serviços de saúde autónomos entre si, os quais, por razões de especificidade de missão e de particularidade dos meios com que atuam, dependem hierárquica, funcional e administrativamente das chefias do respetivo ramo.” (Martins, 2012, citado por Sousa, 2012, p. 21)

Ministério da Defesa Nacional	Órgão consultivo	Conselho de Saúde Militar (COSM) - Órgão colegial consultivo do MDN, que tem por missão contribuir para a conceção, definição, coordenação e acompanhamento das políticas de saúde, racionalizar a RHM, definir o seu modelo de gestão e promover a articulação entre o EMGFA e as estruturas de saúde dos ramos das FFAA, e com o SNS (<i>Lei Orgânica do Ministério da Defesa Nacional, aprovada por Decreto-Lei nº154-A/2009, de 6 de Julho</i>)
	Suporte à gestão de recursos	A Direção-Geral de Pessoal e Recrutamento Militar (DGPRM), a Direção de Serviços de Saúde e Assuntos Sociais (DSSAS) unidade orgânica nuclear da DGPRM e a Divisão de Saúde Militar (DSM) integrada na DSSAS - incumbindo-lhes, entre outras tarefas, participar na definição da política de saúde militar e apoio sanitário, em articulação com o Conselho de Saúde Militar (COSM), e acompanhar o desenvolvimento da doutrina da NATO relativa à saúde militar (<i>Decreto Regulamentar n.º 21/2009, de 4 de setembro; Portaria n.º 1273/2009 de 19 de outubro; Despacho n.º 2591/2010 da DGPRM</i>)
	Serviços operacionais	Estado-Maior General das Forças Armadas - sob cuja dependência funcionará o futuro HFAR (<i>Artigo 43º da Lei Orgânica do EMGFA, aprovada por Decreto-Lei nº 234/2009, de 15 de setembro</i>)
		Marinha - a Direção do Serviço de Saúde (DSS) depende da Superintendência do Serviço de Pessoal (<i>DL nº 233/2009, de 15 de setembro</i>)
Exército - a Direção do Serviço de Saúde (DSS) está subordinada ao Comando de Logística (<i>DL nº 231/2009, de 15 de setembro</i>)		
		Força Aérea - a Direção do Serviço de Saúde (DSS) reporta ao Comando do Pessoal da Força Aérea (<i>DL nº 232/2009, de 15 de setembro</i>)

Figura nº 1: Estrutura organizacional do Sistema de Saúde Militar.

Fonte: (Sousa, 2012, Anx B-1)

Esses mesmos Serviços de Saúde (SS), um por cada Ramo das FFAA, têm uma Direção, à qual “(...) compete estudar, preparar e propor o planeamento da estratégia de saúde do ramo e acompanhar a sua execução pelas estruturas de saúde que estão na sua dependência direta, ou técnica.” (Sousa, 2012, p. 21)

Até à criação do HFAR, estas Direções dos Serviços de Saúde (DSS) centravam o seu modelo de MM nos Hospitais Militares, sobretudo no que ao recrutamento e à gestão dos Recursos Humanos (RH) dizia respeito e “O desenvolvimento dos Serviços de Saúde (dos Ramos) foi ocorrendo à medida das necessidades que cada Ramo foi sentindo e da capacidade que foi tendo para o concretizar.” (Lopes, 2007, p. 16)



Atento o já exposto, não admira que consideremos que a componente operacional da MM não se esgota naquela que remanesce nos Ramos, e que a seguir descreveremos, antes se completa com o HFAR e com todas as outras estruturas que contribuem para a prestação de cuidados de saúde aos militares e militarizados.

(1) A componente operacional da Medicina Militar, na Marinha

A componente operacional da MM na Marinha está na direta dependência da DSS e tem sido sobretudo desenvolvida no Centro de Medicina Naval (CMN), no Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica (CMSH) e na Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo (UTITA).

A DSS possui, ainda, autoridade técnica sobre os SS das Unidades em terra, navais e sobre o Centro de Simulação Médica da Marinha, o qual confere capacidade de simulação médica para formação e treino do pessoal de saúde e cujo futuro se terá de adaptar ao superiormente definido (MDN, 2014b, p. 5388).

(a) Centro de Medicina Naval

Os cuidados de saúde primários (CSP) têm vindo a ser considerados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como essenciais para um sistema de saúde.

Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, que se reconheceu a importância de ter cuidados de saúde próximos das populações e de os mesmos serem uma das primeiras necessidades do cidadão.

Porque a Marinha se revia nestes ideais, porque considerou serem os CSP o suporte da componente operacional da Saúde Naval (SN) e porque tinha, concentrados no perímetro da Base Naval de Lisboa (BNL), a maioria dos seus efetivos (em novembro de 2013 eram cerca de 7000) foi, em 1999, e através do Despacho nº 17/99, do Almirante Chefe do Estado-Maior da Armada (CEMA), atribuída a um Centro de Saúde (CS), o CMN, a missão de *“Coordenar e controlar a atividade médico-sanitária de apoio às Unidades e as evacuações sanitárias (...).”* (Marinha, 1999)

Clarificando as atribuições do CMN, é publicado o Despacho do Superintendente dos Serviços do Pessoal (SSP), nº 001/01, que determina que o mesmo *“(...) Assegura, nas suas instalações, a prestação dos cuidados de saúde primários (clínica geral e medicina do trabalho) (...) e um serviço de atendimento permanente (...).”* (Marinha, 2001)

A sua estrutura organizacional foi definida e tem vindo a evoluir até à atual (Figura nº 2).

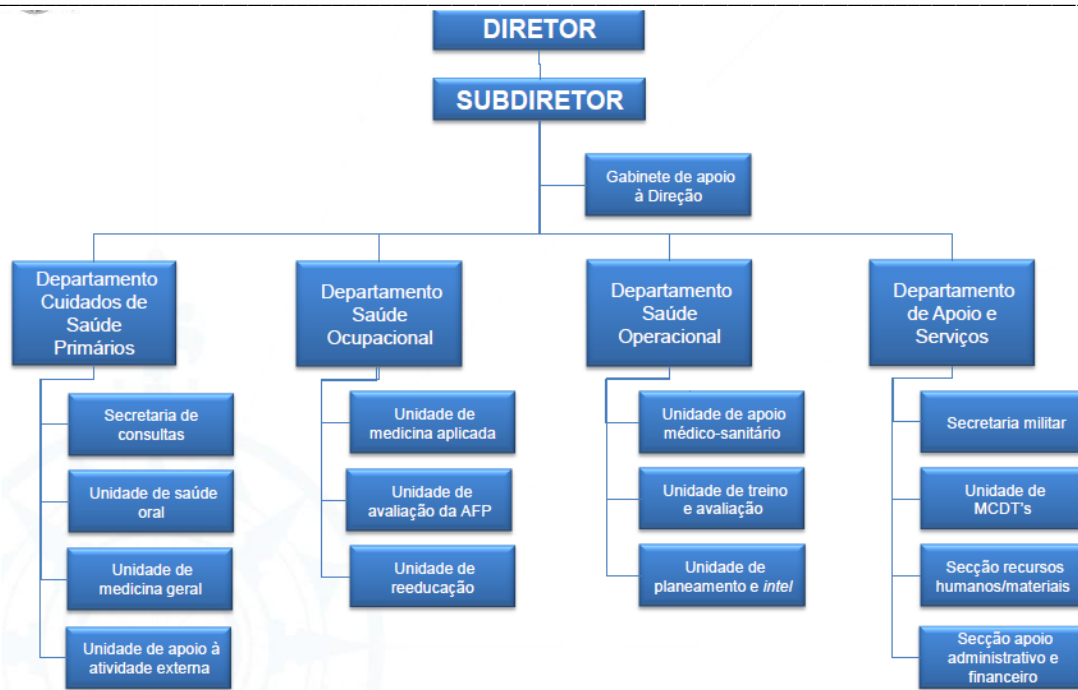


Figura nº 2: Estrutura organizacional do CMN.

Fonte: (CMN, 2013)

No final de 2008 o conceito de funcionamento do CMN evoluiu⁵, tendo sido criadas unidades funcionais e definida uma nova lotação.

Este conceito, baseado nos CSP, transforma-os no elemento agregador da Saúde Ocupacional e da Medicina Preventiva e, bem assim, na base da Medicina Operacional, que garante o planeamento e sustentabilidade da pré-missão, missão e pós-missão.

É consubstanciado na prevenção da doença, na promoção da saúde e baseado na pessoa. Envolve formação adequada dos profissionais e integra área de exames complementares de diagnóstico e áreas diferenciadas, que lhe permitem garantir atividade inspetiva (Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Saúde Oral e Urologia), representar importante fator de bem-estar e assumir particular relevância nos níveis de prontidão mais exigentes, dos militares do ativo, como sejam a Medicina Física e de Reabilitação e a Saúde Mental, articulada com a UTITA.

Os CSP que, na Marinha, estão cometidos ao CMN, cumprem a essência do conceito vertido na Declaração de Alma-Ata e são um serviço de proximidade, que se inicia onde estiverem as pessoas e termina onde estiver a solução definitiva para os problemas identificados.

⁵ Acompanhando tendências da sociedade civil, como a criação de Centros de Saúde de Terceira Geração.



(b) Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica

“A medicina hiperbárica dedica-se ao estudo e tratamento das doenças susceptíveis de regredirem ou de melhorarem com a exposição dos seus portadores a elevadas pressões, ambiente e de oxigénio molecular, (...) no interior de compartimentos estanques hiperpressurizados (câmaras hiperbáricas)” (Sousa, 2006) e *“(...) engloba a terapêutica hiperbárica e a oxigenoterapia hiperbárica.”* (Ibidem)

A terapêutica hiperbárica, sobretudo da doença de descompressão e das embolias gasosas vasculares, e a oxigenoterapia hiperbárica (OTHB), como modalidade de tratamento e cujas sessões são realizadas no interior de câmaras hiperbáricas, são hoje consideradas muito importantes, na área da medicina, o que levou a Ordem dos Médicos (OM) a criar uma Competência em Medicina Subaquática e Hiperbárica (OM, 2009, pp. 14-17).

Em Portugal, a Marinha de Guerra Portuguesa tem tido um enorme contributo para o desenvolvimento da medicina hiperbárica, desde que *“Como resultado dos progressos científicos ocorridos na área da medicina do mergulho e da necessidade de providenciar apoio terapêutico aos acidentes de mergulho decorrentes da actividade militar operacional em meio hiperbárico subaquático, foi instalada em 1953, na Escola de Mergulhadores-Esquadilha de Submarinos da Base Naval do Alfeite, a primeira câmara hiperbárica em Portugal.”* (Sousa, 2006)

É assim que a Marinha cria o CMSH⁶, uma estrutura diferenciada da SN, responsável pelos cuidados primários, especializados e pelos cuidados diferenciados hospitalares de apoio ao mergulho e à atividade submarina.

A Marinha dispõe, no CMSH, de duas câmaras hiperbáricas multilugar, com capacidade de tratar 24 doentes, em simultâneo, em posição sentada, que permitem realizar a seleção, creditação e certificação do pessoal submarinista e mergulhador, militar e profissional civil, o apoio terapêutico a acidentes resultantes da prática de atividades em ambiente hiperbárico e tratar outras doenças causadas ou agravadas pela falta de oxigénio ao nível dos tecidos, pelo que se trata de uma unidade indispensável à prontidão da Esquadra.

Os médicos com esta competência têm que ter conhecimentos de outras áreas do saber médico, que lhes permitam proceder ao diagnóstico, tratamento e/ou

⁶ Criado com a entrada em vigor do Decreto-Lei (DL) n.º 233/2009 (LOMAR), p. 6441 (MDN, 2009b).



encaminhamento de doenças capazes de interferir com as aptidões para a atividade subaquática e hiperbárica.

Porque o pessoal da Esquadilha de Submarinos e, muitas vezes, os das unidades navais podem necessitar de apoio de proximidade, possuem os médicos, colocados nessas unidades, esta competência.

Do exposto se pode inferir tratar-se esta de uma competência de referência, de que as FFAA dispõem, e que se encontra em processo “(...) de transferência (...) para o prédio militar (...) do HFAR, de forma a beneficiar de todo o apoio multidisciplinar resultante da integração numa área hospitalar (...);” (MDN, 2012b, p. 29233) e (MDN, 2012c, p.37244), podendo ainda ser objeto de reconfiguração organizacional (MDN, 2014b, p. 5388).

(c) Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo

Em 1976, a Marinha concebeu um Programa de Identificação, Prevenção e Reabilitação de comportamentos aditivos, de tipo “*drug screening*”.

O seu sucesso levou o Almirante CEMA a elaborar, em 1982, uma Diretiva sobre Consumo de Álcool e Drogas na Marinha e a experiência adquirida veio a consubstanciar-se no Projeto Vencer, em 1987.

Um programa deste tipo é fundamental numa estrutura hierarquizada como o é a militar, “(...) na medida em que o consumo de substâncias psicoativas:

- Perturba o desempenho operacional;
- Compromete a aptidão para tarefas (...);
- Constitui uma falha na segurança.

Assim, o programa terapêutico da UTITA, baseado no Modelo de Minnesota, tem como OBJETIVOS:

- ✓ O diagnóstico dimensional sistematizado;
- ✓ Elaborar um Plano Individual de Tratamento;
- ✓ Adequar o tipo de tratamento às necessidades;
- ✓ Fazer reavaliações contínuas do progresso de tratamento, reformulando o Plano.” (UTITA, 2013)

Esta unidade tem funcionado como órgão de apoio a mais que um ramo, podendo agora ser objeto de reconfiguração organizacional (MDN, 2014b, p. 5388).



(2) A componente operacional da Medicina Militar, na Força Aérea

A componente operacional da MM, na Força Aérea (FA), está na direta dependência da Direção de Saúde (DS), a qual depende do Comando de Pessoal da Força Aérea e a ela está subordinado o Centro de Medicina Aeronáutica (CMA) (tem, ainda, autoridade técnica sobre os CS e os Postos de Saúde (PS) das unidades) (Figura nº 3), pese embora o CMA possa ser objeto de reconfiguração organizacional (MDN, 2014b, p. 5388).

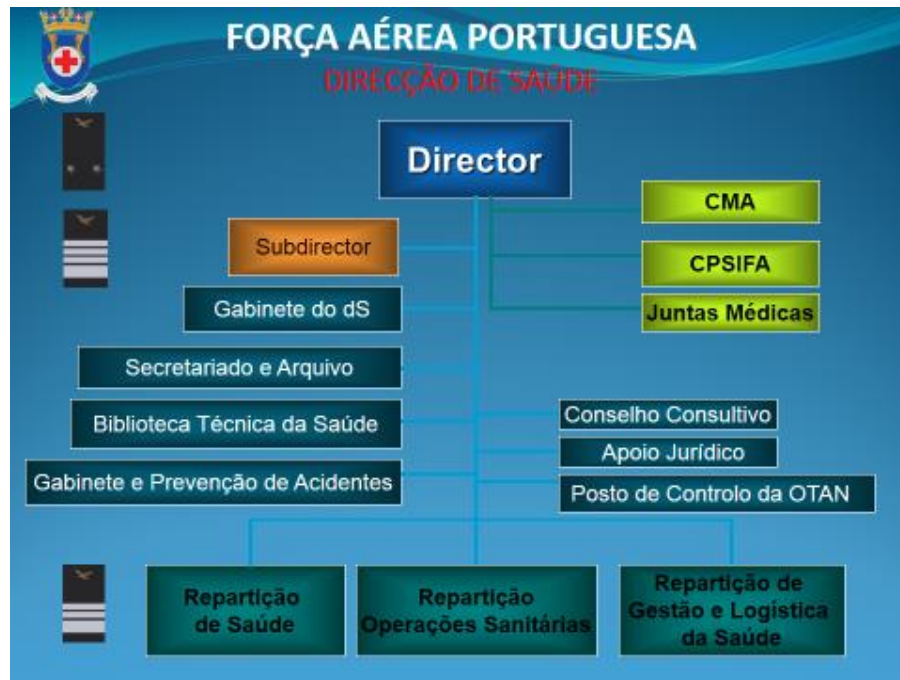


Figura nº 3 – Organograma da DS FA.

Fonte: Adaptado de Apresentação do Subdirector DS FA, 2012

Como “A vida aeronáutica militar, pela sua especificidade, pelo risco inerente à operação nos limites da aeronave e do organismo humano, pela necessidade de (...) maior apoio ao pessoal envolvido nas operações, (...), de mais e melhor treino, da vivência de situações simuladas, de ambientes equivalentes/próximos da operacionalidade real (...)” (Duarte, 2006), a FA portuguesa apostou num centro de excelência como o é o CMA.

Ele é responsável pela seleção, creditação e certificação do pessoal de voo, no que à aptidão física e psíquica para o desempenho operacional diz respeito.

O médico com a competência em Medicina Aeronáutica tem que ter conhecimentos de outras áreas do saber médico, que lhe permitam proceder ao diagnóstico da patologia e perceber até que ponto a doença ou a condição que daí pode resultar tem implicações na segurança de voo e no cumprimento da missão.

Porque o pessoal navegante necessita de apoio de proximidade, possuem os médicos, colocados nas unidades, esta competência.



Para o desempenho da sua missão, tem o CMA dois Departamentos, o de Avaliação Aeromédica, (a quem compete avaliar aptidões aeromédicas) e o de Formação e Prevenção (a quem compete dar formação e treino em fisiologia de voo) e equipamentos específicos, como a câmara de altitude (hipobárica), os simuladores de desorientação e de visão noturna e as cadeiras de Barany e de ejeção.

O CMA é membro efetivo da Comissão de Investigação de Acidentes da Força Aérea e mantém, permanentemente, pessoal de prevenção a possíveis complicações com voo e à atividade operacional das tropas pára-quedistas.

É pois evidente ser a Medicina Aeronáutica uma “(...) valência imprescindível de uma organização militar que opere meios aéreos. Não só nas vertentes de selecção de pessoal, como na formação, no treino, na investigação, na operação de simuladores, na programação de algumas missões, no apoio ao combate e no tratamento e reabilitação.” (Duarte, 2006)

(3) A componente operacional da Medicina Militar, no Exército

A componente operacional da MM, no Exército, está definida superiormente, é constituída pelos “(...) centros de saúde, (...)” (MDN, 2009a, p. 6427), de Coimbra, Évora e Tancos/Santa Margarida, e “(...) pela unidade de saúde operacional (USO) (...)” (Ibidem), os quais “(...) são órgãos de base do Exército que garantem a preparação, aprontamento e sustentação das estruturas operacionais de apoio sanitário que integram os elementos da COSF” (Ibidem), na dependência hierárquica, funcional e técnica da DS, a qual está na dependência hierárquica do Comando da Logística.

O Exército considera que estas estruturas e os PS, na dependência hierárquica do respetivo Comando, constituem a componente operacional da MM do que o Exército denomina de Estrutura de Apoio Sanitário de Base (EASB), responsável, em território nacional, pelo Apoio Sanitário (AS) e que, em conjunto com a Estrutura de Apoio Sanitário de Campanha (EASC) (Figura nº 4), são o suporte do AS no Exército.

Os elementos da EASB ajudam a preencher os efetivos em Ordem de Batalha (OB), orgânicos da EASC e poderão constituir unidades de AS, integrantes da COSF.

A EASC é constituída pelo Agrupamento Sanitário (AgS), que se encontra sob autoridade hierárquica e técnica da DS, sob autoridade funcional do Comando das Forças Terrestres e cuja organização podemos ver na Figura nº 5, pelos Pelotões Sanitários (Figura nº 6), orgânicos das Unidades de Escalão Batalhão e pelas Secções Sanitárias (Figura nº 7), orgânicas das Unidades de Escalão Companhia, e que constituem a primeira prestação de cuidados, tendo como nível seguinte de apoio o AgS.



Estrutura de Saúde Militar do Exército

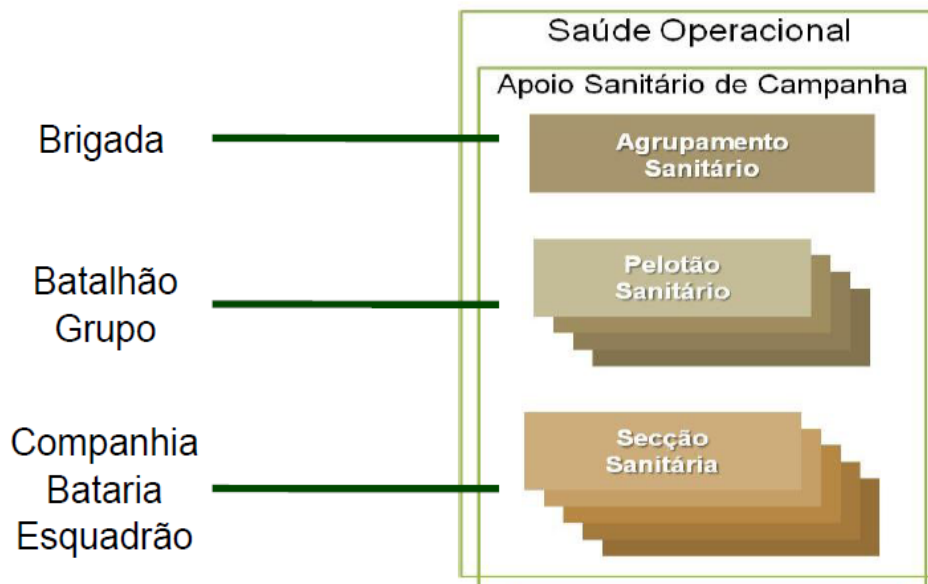


Figura nº 4 - Estrutura de Saúde Militar do Exército – Apoio Sanitário de Campanha.

Fonte: (Adaptado de Santana, 2012)

Estruturas Permanentes e não Permanentes

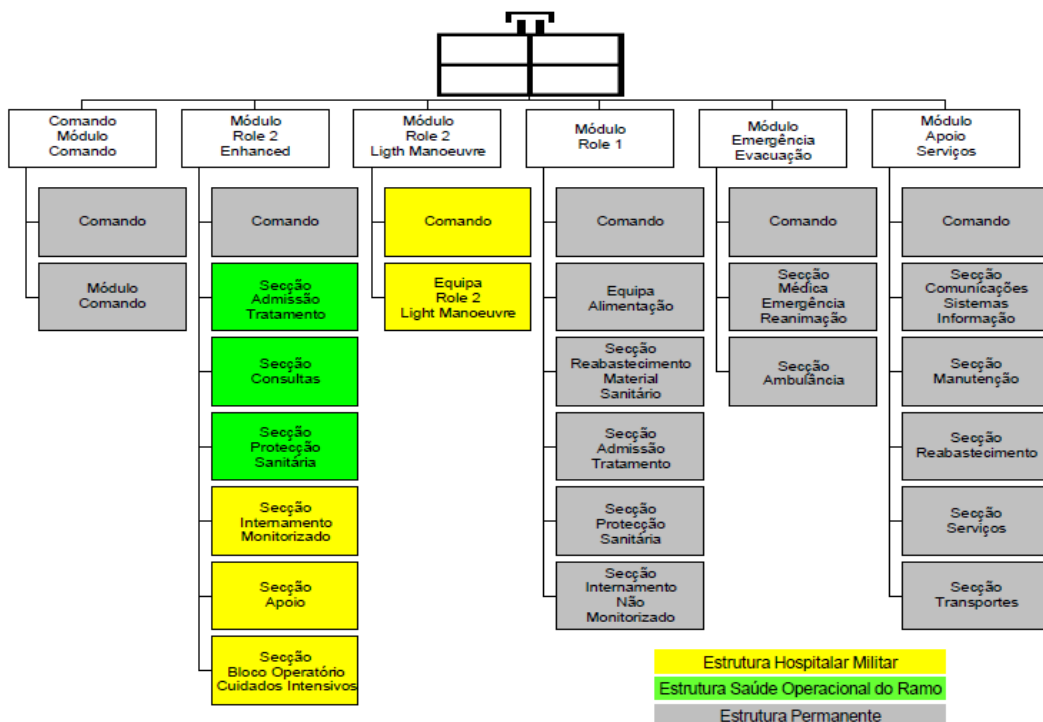


Figura nº 5 - Estrutura de Saúde Militar do Exército – Agrupamento Sanitário (Organização).

Fonte: (Santana, 2012)

O AS às Brigadas do Sistema de Forças Nacional é efetuado pelo AgS.

O Hospital de Campanha (HC) (Figura nº 8), orgânico do AgS, com a presente reconfiguração organizacional mantém-se todavia "(...) na dependência do CEME, mantém uma relação funcional com o HFAR, (...). Os quadros técnicos de cuidados



Secção Sanitária

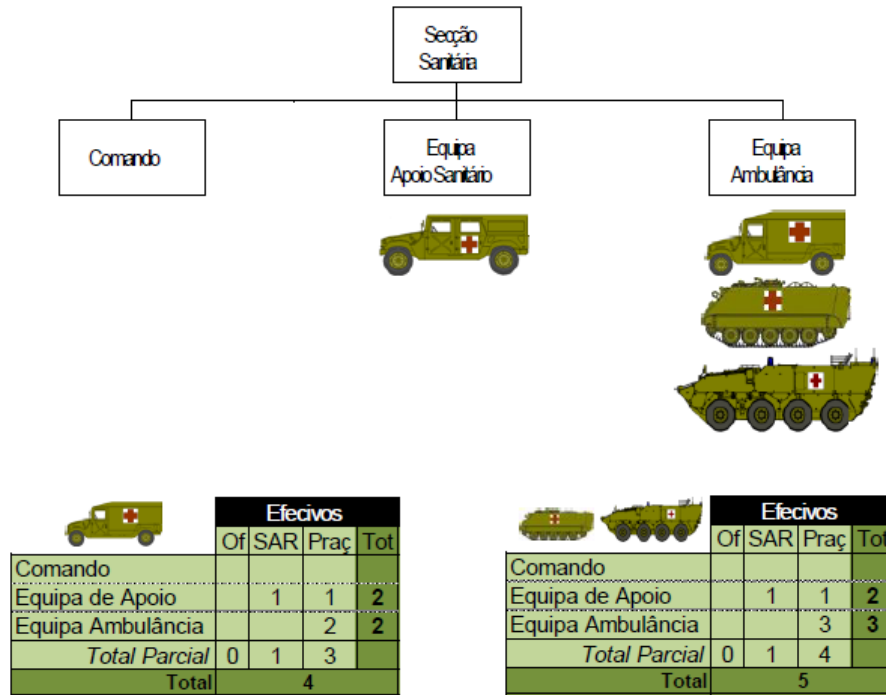


Figura nº 6 - Estrutura de Saúde Militar do Exército – Pelotão Sanitário.

Fonte: (Santana, 2012)

Pelotão Sanitário

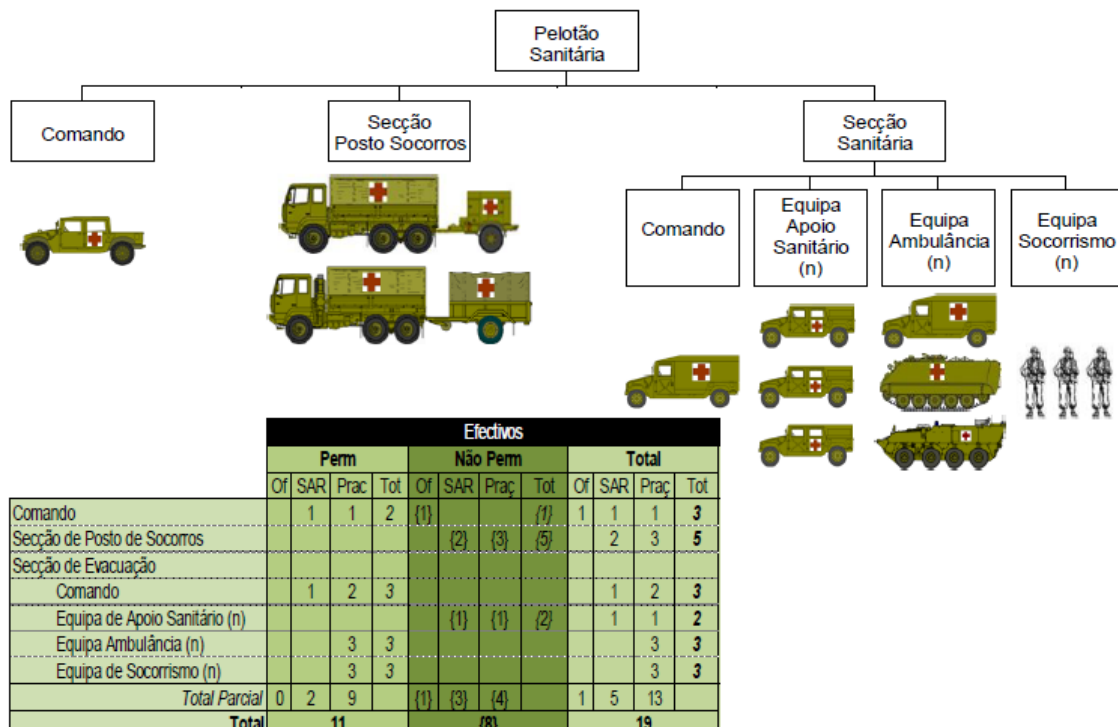


Figura nº 7 - Estrutura de Saúde Militar do Exército – Secção Sanitária.

Fonte: (Santana, 2012)



diferenciados mantêm-se em Ordem de Batalha do HC, para efeitos de treino, exercícios e emprego operacional, e prestam serviço em permanência no HFAR.” (MDN, 2014b, p. 5388)

(4) A importância da componente operacional da Medicina Militar, nos Ramos

A prestação de cuidados médicos, no âmbito da Instituição militar está, como vimos, legislada e é fundamental ao desempenho da missão.

Atendendo à missão do SSM é natural a afirmação de que *”A verdadeira razão de ser da SM assenta na sua componente operacional, a qual visa a garantia das condições físicas e psíquicas dos efetivos militares, em particular no apoio às forças em operações ou em campanha”* (Coelho, 2006, citado por Silveira, 2013, p. 1), feita pelo Diretor-Geral de Pessoal e Recrutamento Militar do Ministério da Defesa Nacional (MDN), que está também em consonância com o conceito NATO.



Figura nº 8 – Hospital de Campanha.

Fonte: (Santana, 2012)

Se não espanta que se possa concluir, genericamente, que *“A condição militar e as missões atribuídas às FFAA apresentam especificidades que determinam a necessidade de um SSM capaz de dar (...) resposta específica”* (Silveira, 2013, p. 16), importa saber se justificam a manutenção de uma componente operacional da MM, na dependência dos Ramos das FFAA.

Sendo os CSP essenciais a um sistema de saúde e importantes na proximidade das populações, como uma das primeiras necessidades dos cidadãos e, portanto, também dos militares, justificam a presença da componente operacional da MM nos Ramos, bem como a justificam, na Marinha, o CMSH, unidade indispensável à prontidão da Esquadra, na FA, o CMA, indispensável à prontidão do pessoal navegante e, no Exército, o AgS, indispensável ao apoio de campanha.



b. Síntese conclusiva

A componente operacional da MM na Marinha tem sido desenvolvida no CMN, no CMSH e na UTITA.

Porque a Marinha considerou serem os CSP o suporte da componente operacional da SN e porque tinha concentrados no perímetro da BNL a maioria dos seus efetivos, criou o CMN, com a missão de coordenar e controlar a atividade médico-sanitária de apoio às unidades e as evacuações sanitárias necessárias ao funcionamento dos escalões de saúde instituídos.

No final de 2008 o conceito de funcionamento do CMN evoluiu e, baseado nos CSP, transforma-os no elemento agregador da Saúde Ocupacional, da Medicina Preventiva e na base da Medicina Operacional.

Em Portugal, a Marinha de Guerra Portuguesa tem tido um enorme contributo para o desenvolvimento da medicina hiperbárica, levando-a a criar o CMSH, estrutura diferenciada, responsável pelos cuidados de apoio ao mergulho e à atividade submarina e, portanto, unidade indispensável à prontidão da Esquadra.

Em 1976, a Marinha concebeu um Programa de Identificação, Prevenção e Reabilitação de comportamentos aditivos, de tipo “*drug screening*”, que veio a consubstanciar-se no Projeto Vencer, em 1987, e que é realizado na UTITA.

A componente operacional da MM, na FA, está na direta dependência da DS. Assim acontece com o CMA, entidade responsável pela seleção, creditação e certificação do pessoal de voo, no que à aptidão física e psíquica para o desempenho operacional diz respeito, sendo, portanto, imprescindível a uma organização militar que opere meios aéreos e com os CS e os PS das Unidades, sobre os quais apenas possui autoridade técnica.

A componente operacional da MM, no Exército, é constituída pelos CS, pela USO e pelos PS, que integram a EASB, responsável no território nacional pelo AS e que, em conjunto com a EASC, são o suporte do AS no Exército. A EASC integra o HC, cujos quadros técnicos de cuidados diferenciados se mantêm em OB, apesar de prestarem serviço em permanência no HFAR.

Podemos assim deduzir que os resultados do estudo de investigação, conduzido ao longo deste capítulo, demonstraram que existem especificidades que distinguem os Ramos das FFAA, as quais justificam a manutenção de uma componente operacional da MM, na dependência do Ramo. Consideramos assim validada a H1 e respondida a QD1.



2. Os cuidados secundários da Medicina Militar, em Portugal

O presente capítulo será orientado de forma a procurar identificar em que medida a prestação de cuidados secundários de saúde, pelo HFAR, é uma componente importante do SSM e, conseqüentemente, da MM.

a. O Sistema de Saúde Militar e os cuidados secundários da Medicina Militar

Os cuidados secundários da MM em Portugal estiveram, durante muitos anos, baseados numa rede hospitalar militar (RHM) composta, como vimos anteriormente, por quatro hospitais em Lisboa e um no Porto (outro houve, em Coimbra, que sofreu um *downgrade* para Centro de Saúde Militar (CSM)).

Esta situação altera-se, como vimos, com a publicação do Decreto-Lei n.º 187/2012 (MDN, 2012a), que cria o HFAR-PL e com o Despacho 2943/2014, que dá por encerrado este processo, assumindo-se que “(...) *sendo expectável que a implementação das medidas propostas permita ao sistema dispor de uma estrutura de saúde dotada da dimensão e da casuística que garantam um elevado padrão de qualidade dos serviços prestados, sem descuidar a prontidão de resposta às exigências operacionais das Forças Armadas (...)*” (MDN, 2014b, p. 5387), diploma este que determina, ainda, ficar esta estrutura “(...) *na direta dependência da DSM/EMGFA.*” (Ibidem)

Esta opção, de manter uma estrutura de cuidados secundários no âmbito das FFAA, parece-nos muito adequada, atentas as diferentes conceções em que assentam as estruturas civis e as militares.

É que, como refere Sousa, “(...) *é no ambiente envolvente, que por sua vez condiciona a missão, os objetivos estratégicos e os meios para a sua consecução, que radica a maior diferença entre os hospitais militares e os civis*” (Sousa, 2012, p. 23) e os “(...) *hospitais civis (...) não estão vocacionados para a problemática da medicina de campanha e por isso não formam nem treinam os seus profissionais nas valências que constituem atributos da medicina militar, e não têm capacidade nem autoridade para mobilizarem equipas sanitárias destinadas a participarem em missões do Estado (...), não desenvolvem atividades tais como a vigilância e a promoção da saúde através das inspeções médicas periódicas, a realização de juntas de peritagem médica para determinação das inaptidões, (...) para exercício da atividade profissional.*” (Idem, p. 24)

Atento o exposto, e porque se pretende “(...) *dispor de uma estrutura de saúde dotada da dimensão e da casuística que garantam um elevado padrão de qualidade dos serviços prestados (...)*” (MDN, 2014b, p. 5387), não admira o que foi definido, como missão e atribuições, no Artigo 3.º do Regulamento Interno (RI) do HFAR-PL:



“1-O Polo de Lisboa do HFAR tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados aos militares das Forças Armadas e à família militar, bem como aos deficientes militares, (...).

2-São atribuições do Polo de Lisboa do HFAR, nomeadamente:

a) Prestar cuidados de saúde aos beneficiários da Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM);

(...);

d) Promover a cooperação e articulação com o Serviço Nacional de Saúde (SNS);

(...).” (MDN, 2013b, p. 13579)

Também nas Grandes Opções do Plano para 2014 manifestou o Governo preocupação com este assunto, referindo que *“Em 2014 (...), entrará em funcionamento o polo do Porto do HFAR, (...), consolidando-se assim a reforma do sistema de saúde militar (...)*” (AR, 2013, p. 7056 – (31)), sendo o Programa Funcional desta estrutura hospitalar aprovado em janeiro de 2014 (MDN, 2014a, p. 4011).

A conjuntura económico-financeira portuguesa, nestes últimos anos, talvez constituísse o momento ideal para se conceber e edificar o HFAR, mas poderá não ter sido assim, pois *“É difícil fazer qualquer mudança, sem definir o modelo concetual”* (Graça, 2014), *“Quem vai ao leme é que vai definindo a rota, sujeito por vezes a correções que lhe são impostas”* (Idem) e, ainda mais, quando *“(…) o consenso é difícil, tornando-se o principal desafio.”* (Idem)

Como vimos, *“Há muito que falávamos de hospital único, mas isto nunca foi exaustivamente pensado e não se deram os passos para esse **end state**. Chegámos a uma altura em que teve que ser feito e, se calhar, acabámos por avançar um pouco apressadamente.”* (Idem)

Em virtude de a reestruturação do SSM pretender uma racionalização dos recursos disponíveis, otimizando as capacidades existentes, não admira ter o RI do HFAR-PL procurado englobar todas as valências existentes nas anteriores estruturas hospitalares (com exceção da Pediatria, por opção e da Cirurgia Cardiotorácica por perda dos RH). Assim, foi definido o vertido no Anexo A, embora a realidade tenha levado a suspender a Hematologia, a enfrentar grandes dificuldades na Reumatologia, Imunohemoterapia e Anatomia Patológica, por perda de RH, e a ter que encontrar complementaridade com outras entidades, no que respeita à Psiquiatria e à Nefrologia, por questões infraestruturais a primeira e, também de RH, a segunda.



Apesar disso, o HFAR-PL não está, em nossa opinião, sobredimensionado (embora o MiDN tenha nomeado, em novembro de 2013, uma equipa técnica para fazer um novo programa funcional) e como a estrutura foi pensada para um universo de 75000 utentes e teve que ser instalada num só local, com estruturas notoriamente insuficientes, só poderá ter uma adequação estrutural e funcional às necessidades das FFAA *“quando pudermos cumprir o hospital, pois o que tem sido feito, em termos de infraestruturas, tem sido feito com recursos próprios, tendo havido dinheiro para algumas alterações estruturais mas não para todas aquelas por nós pensadas”* (Graça, 2014). Do ponto de vista da reserva estratégica que deveria constituir, para a sociedade civil, em situações de emergência, a estrutura existente *“(...) não lhe confere qualquer capacidade acrescida de internamento.”* (Idem)

Esta estrutura, bem como a própria fusão hospitalar, para além do já referido, visaram ainda procurar corrigir algumas das lacunas imputadas ao anterior sistema:

“(...) Diminuição progressiva do peso e volume da atividade assistencial praticada em regime de internamento; Redução da procura, por parte dos beneficiários, dos serviços prestados pela RHM; Falta de idoneidade formativa reconhecida (...) da maioria dos serviços hospitalares; Os médicos internos têm que obter a sua diferenciação e especialização através de estágios realizados em hospitais do SNS (...); Crescente recurso aos cuidados de saúde prestados por entidades não militares convencionadas com a ADM (...).” (Sousa, 2012, p. 45)

Na realidade, e nesta fase, o HFAR-PL enfrenta dificuldades de implementação, não apenas por questões de défice de investimento (pois tem vivido apenas do orçamento do MDN e de receitas próprias) e de estrutura física mas, sobretudo, pela *“(...) perda de RH, o que se aplica, de forma mais preocupante, à vertente médica”* (Graça, 2014) e *“(...) se na saúde em geral, a escassez de RH é um problema, quando falamos de uma área específica, como o é a militar, maior se torna a dificuldade”*(Idem). Este facto está consubstanciado nos números, pois eram 660 os médicos do SSM, em outubro de 2011 (Sousa, 2012, p. 37), 449 em maio de 2013 (fonte: DGPRM, março de 2014) e apenas 369, em março de 2014 (compilação do autor).

As referidas dificuldades aparentam não ter permitido, ainda, reproduzir o volume da atividade assistencial praticada em regime de internamento pela anterior RHM.

Também a falta de idoneidade formativa da maioria dos serviços hospitalares persiste, pois só a Endocrinologia e a Urologia mantêm idoneidade total, a Gastroenterologia idoneidade parcial, estando a Medicina Dentária em fase de apreciação



pela Ordem dos Médicos Dentistas, no intuito de a obter. Assim sendo, natural se torna que os médicos internos continuem a ter que obter a sua diferenciação e especialização através de estágios realizados em hospitais do SNS.

Conforme anteriormente referido, a Nefrologia e a Psiquiatria, por questões infraestruturais, tiveram que ser protocoladas, a primeira com o Hospital da Cruz Vermelha (HCV) e a segunda com a Clínica Psiquiátrica de S. José, entidade privada que, mediante protocolo, se encontra integrada no SNS. Estas situações não devem ser estranhas ao versado legislativo, quando se refere que “(...) *o modelo do SSM proposto potencia, ainda, a complementaridade com o SNS, (...) ao mesmo tempo que promove uma articulação coerente com outras entidades públicas, do sector social e privadas, designadamente entre o HFAR e a Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), cuja tutela é comum*” (MDN, 2014b, p. 5387) e que “*O HFAR e a CVP deverão desenvolver adequadas complementaridades técnicas na área hospitalar (...).*” (Idem, p. 5388)

Relativamente a estas duas áreas de especialidade e porque se considera serem as mesmas fulcrais ao SSM, se espera ser esta uma solução transitória.

As questões infraestruturais serão, ainda, a razão para se terem colocado sob a responsabilidade do Instituto de Ação Social das Forças Armadas (IASFA) “(...) *os cuidados de convalescença localizados no Campus de Saúde Militar, conforme previsto no programa funcional do HFAR/PL, cuja gestão deve caber também ao IASFA, I. P*” (MDN, 2014b, p. 5388) e para os quais se previa uma necessidade de cerca de 30 camas.

A referência ao SSM como “(...) *um pilar relevante do Sistema de Saúde Português, com áreas de excelência, com capacidade para suprir algumas lacunas do SNS (...)*, (MDN, 2014b, p. 5387) estará relacionada com a determinação da “(...) *fusão do Centro de Medicina Aeronáutica e do Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica num único Centro de Medicina Aeronáutica e Naval (CMAN) (...) e sua integração (...) na dependência do HFAR*” (Idem, p. 5388), estruturas essas que, até ao momento, e na dependência dos Ramos, têm prestado relevantes e insubstituíveis serviços a entidades públicas e privadas e que poderão, quando ambos estiverem co-localizados com o HFAR-PL, manter a capacidade sobrança ao serviço do SNS e de outras entidades que dela careçam.

O HFAR-PL tem ainda que se assumir como o último elo da cadeia de evacuação sanitária das FFAA, pelo que, na impossibilidade de se transformar num *Role 4* (Anexo B), em virtude do investimento e dos RH necessários e na incapacidade de, atento o seu universo de utentes, conseguir garantir para alguns dos seus profissionais, a manutenção



das suas perícias, terá que manter complementaridade com entidade do SNS com competências e capacidade para tal (isto tem sido feito com a “extensão” do protocolo existente entre o HMP, à data da sua extinção, e o Centro Hospitalar de Lisboa Central, no que à cadeia de evacuação diz respeito).

O HFAR-PL deveria contar, também, com um serviço de Telemedicina, articulado com as estruturas de saúde dos Ramos, a partir do embrião existente no SS de Santa Margarida e no Comando da Logística do Exército, após transferência do HMP.

Sendo que “*A Urgência é um módulo nuclear de qualquer Sistema de Saúde e é um lugar de excelência para formação dos profissionais de saúde, pela aquisição do conhecimento e técnicas diferenciadas e ainda por gerar efeitos muito positivos de coesão entre eles (...)*” (Alfarroba, 2008, p. 35), o HFAR-PL possui um Serviço de Urgência (SU) que, sendo básico, tendo um reduzido universo de utentes, reduzido acesso e, portanto, baixa casuística, sobretudo no que à traumatologia diz respeito, não constitui um lugar de excelência para formação dos seus profissionais de saúde, por não permitir manter um treino mínimo.

Também no que se refere aos Cuidados Intensivos, existe um problema de RH, face à inexistência, no HFAR, de profissionais com esta diferenciação.

Sendo muito difícil comparar dados do HFAR com aqueles da anterior RHM, não deixa de ser aparente uma diminuição do volume da atividade assistencial praticada em regime de ambulatório, provavelmente incrementada por uma dificuldade manifesta de acesso à marcação de consultas e, por vezes, a um excessivo, pensamos nós, diferimento das mesmas e que justificará o denotar de um crescente recurso aos cuidados de saúde prestados por entidades convencionadas com a ADM.

Esta aparente redução da procura, por parte dos beneficiários, é comprovada, já no HFAR, no SU, que teve 3392 episódios contabilizados no primeiro trimestre de 2014, em contraponto com os 3731, em idêntico período de 2013.

A importância da formação e do treino dos profissionais de saúde, não só na sua área específica de atuação, como também em valências relevantes para a MM, está evidenciada no RI do HFAR-PL onde, no artº 26º, se diz que “*A Unidade de Ensino, Formação e Treino (UEFT) é uma unidade de âmbito transversal que tem como objetivos desenvolver o ensino, a formação e o treino aplicados à saúde (...)*” (MDN, 2013b, p. 3583) e, também, com a criação da “*(...)Unidade de Ensino, Formação e Investigação da Saúde Militar (UEFISM), na dependência da DSM/EMGFA e localizada no Campus de Saúde Militar do Lumiar, com a responsabilidade pela formação e ensino pós-graduado*



no âmbito da Saúde Militar (...)” (MDN, 2014b, p. 5388) e com *“A fusão dos Centros de Simulação Médica da Marinha e do Exército (...)*.” (Ibidem)

Os médicos militares estão sujeitos, de acordo com o Estatuto dos Militares da Forças Armadas (EMFAR) e com a Lei de Bases da Condição Militar, a um conjunto de deveres (MDN, 1999, p. 10), (AR, 1989, p. 2096), que os distinguem daqueles que exercem em entidades civis. O seu recrutamento tem estado adaptado às necessidades de cada um dos Ramos das FFAA e à sua visão comum, centrada na estrutura hospitalar e permissiva à escolha personalizada, gerando consequentes inadequações à componente operacional da MM, nos Ramos, sobretudo carecida de especialistas em Medicina Geral e Familiar, em Saúde Pública e em Medicina do Trabalho. Presume-se que é no intuito de alterar este estado de coisas que se determina a *“Criação da Direção de Serviços de Saúde Militar na Direção-Geral de Recursos de Defesa Nacional, responsável por (...) participar no planeamento dos recursos humanos da saúde militar, com vista à satisfação das necessidades do SSM.”* (MDN, 2014b, p. 5387)

b. Síntese conclusiva

Os cuidados secundários da MM em Portugal estiveram, durante muitos anos, baseados numa RHM, composta por quatro hospitais em Lisboa e um no Porto.

Esta situação altera-se com a publicação do Decreto-Lei n.º 187/2012 (MDN, 2012a), que cria o HFAR-PL e com o Despacho 2943/2014, que dá por encerrado este processo.

O HFAR não está sobredimensionado e como a estrutura teve que ser instalada num só local, com estruturas notoriamente insuficientes, levará tempo a ter uma adequação estrutural e funcional às necessidades das FFAA.

Em virtude de a reestruturação do SSM pretender uma racionalização dos recursos disponíveis, otimizando as capacidades existentes, não admira ter o RI do HFAR-PL procurado englobar todas as valências existentes nas anteriores estruturas hospitalares (com exceção da Pediatria, por opção e da Cirurgia Cardiotorácica por perda dos RH. A realidade, todavia, levou a suspender a Hematologia, a enfrentar grandes dificuldades na Reumatologia, Imunohemoterapia e Anatomia Patológica, por perda de RH, e a ter que encontrar complementaridade com outras entidades, no que respeita à Psiquiatria e à Nefrologia, por questões infraestruturais a primeira e, também de RH, a segunda.

Também a falta de idoneidade formativa da maioria dos serviços hospitalares persiste.



As questões infraestruturais serão, ainda, a razão para se terem colocado sob a responsabilidade do IASFA os cuidados de convalescença.

O SU do HFAR-PL, sendo básico, tendo um reduzido universo de utentes, reduzido acesso e, portanto, baixa casuística, sobretudo no que à traumatologia diz respeito, não constitui um lugar de excelência para formação dos seus profissionais de saúde.

O HFAR-PL tem ainda que se assumir como o último elo da cadeia de evacuação sanitária das FFAA o que, na impossibilidade de se transformar num *Role 4*, obrigará a ter que manter complementaridade com entidade do SNS com competências e capacidade para tal.

Podemos assim deduzir que os resultados do estudo de investigação, conduzido ao longo deste capítulo, demonstraram como se encontram enquadrados os cuidados secundários da MM, em Portugal, e que a atual realidade do HFAR não permite, em si, responder às necessidades de cuidados secundários das FFAA.

Consideramos assim não validada a H2 e respondida a QD2.



3. Caraterizar a Medicina Militar em países amigos

O presente capítulo será orientado de forma a caraterizar a MM em países amigos (Reino Unido, França e Holanda).

a. A Medicina Militar no Reino Unido

Existe um Convénio⁷ entre a *Armed Forces Community* (AFC)⁸, o Governo e a Nação, onde se define a aspiração de que a AFC não enfrente desvantagens em comparação com outros cidadãos, na prestação de serviços públicos, antes desfrute do mesmo padrão de acesso a cuidados de saúde que qualquer outro cidadão do Reino Unido (UK).

Para servir o pessoal, os CSP são fornecidos pelo Ministério da Defesa (MOD), enquanto os cuidados secundários são fornecidos através do *National Health Service* (NHS) pois, tal como acontece com os civis, os militares pagam, através dos seus impostos⁹, uma contribuição que, em parte, vai para o NHS. Pessoal ferido em operações receberá tratamento em unidades que satisfaçam as suas necessidades específicas, mas sobretudo no *Queen Elizabeth Hospital* (QEH), em Birmingham.

Os serviços de apoio médico, odontológico e relacionados são fornecidos ao pessoal das FFAA pelo MOD, através dos *Defense Medical Services* (DMS), como um direito e pelo NHS (Gov. UK, 2014) e (MCIF, 2014, p. 77). Além destes, a maioria dos grandes centros de CSP militares possuem cuidados de reabilitação para as lesões mais comumente sofridas pelos militares, no treino ou na prática desportiva.

Ao pessoal destacado no exterior é fornecida assistência médica, para eles e dependentes que o acompanhem, o que inclui CSP, assistência hospitalar e evacuação aeromédica.

Os membros das FFAA, na situação de Reserva, apenas terão acesso a cuidados de saúde fornecidos pelo MOD se a lesão ou doença tiver ocorrido enquanto mobilizados para operações. Os veteranos e suas famílias não têm direito a tratamento no SSM, mas podem desfrutar de prioridade de tratamento no âmbito do NHS, provando que a sua condição é resultado do cumprimento de serviço militar.

⁷ *Health and Social Care Act* (2008).

⁸ A AFC compreende pessoal regular, reservistas, veteranos e respetivas famílias (incluindo viúvas), em determinados casos.

⁹ Contribuições para a segurança social é o mecanismo pelo qual, através dos impostos, são pagos os cuidados de saúde. Grosso modo, isso equivale a cerca de 15% do salário.



Os serviços dos três Ramos e o seu pessoal são conhecidos coletivamente como DMS, são agrupados sob o *Surgeon General Headquarters* (HQSG) e incluem o *Assistant Chief of the Defence Staff (Health)*, o *Joint Medical Command* (JMC), o *Defense Dental Service* (DDS) e os três serviços de saúde dos ramos. São dirigidos pelo *Surgeon General* (SG) (Figura nº 9).

Desde abril 2013, os DMS também incluem os CSP da Defesa, uma organização conjunta sob o comando do SG. A mesma foi formada a partir dos três serviços dos ramos.

Os DMS têm como principais funções garantir a capacidade operacional médica, prestar cuidados de saúde a todo o pessoal ao serviço e providenciar aconselhamento em assuntos de saúde à cadeia de comando militar, prestam cuidados de saúde a cerca de 258.000 pessoas e são responsáveis por assegurar que o pessoal ao serviço se encontra pronto e clinicamente apto para destacar, com aviso prévio mínimo.

Empregam médicos militares e civis em diferentes áreas de especialidade, muitas vezes com um compromisso de curto prazo, pois muitos médicos consideram uma comissão nos DMS como uma experiência valiosa e gratificante nas suas carreiras.

Os candidatos são considerados em qualquer fase da sua carreira profissional: pré-graduação, internos de especialidade, especialistas ou clínicos gerais, sendo o pagamento e o posto relacionados com a sua experiência e podem concorrer até ao dia antes do seu 55º aniversário. A exceção são aqueles que desejam fazer formação como especialista, dentro dos DMS, cujo limite máximo de idade é o dia antes do seu 46º aniversário.

Para se juntar aos DMS, como médico militar, o candidato terá que o fazer através de um dos três Ramos, Exército, Marinha, FA, cada um com os seus próprios processos de recrutamento e entrevista, mas com a possibilidade de o poder, eventualmente, fazer para qualquer área de especialidade, embora os requisitos, em termos de números e de especialidades, derive dos totais considerados para os DMS.

A Divisão de Pessoal do HQSG faz a gestão da lotação para cada especialidade / quadros, a qual é regularmente revista, para garantir o equilíbrio.

A formação profissional do pessoal médico varia de acordo com a especialidade, o ramo e o quadro e também depende se se trata de um licenciado ou de um cadete *ab initio*.

Não existe nenhuma política específica sobre as mulheres, sendo as mesmas recrutadas, treinadas e empregues dentro dos DMS de forma absolutamente imparcial.

O SG dirige os DMS e é o responsável pela Estratégia de Saúde da Defesa e por providenciar a Capacidade Operacional Médica. Responde perante o *Vice-Chief of Defense Staff* (Figura nº 10) e é responsável perante o Conselho de Defesa (Figura nº 11) relatando,



através do Conselho Operacional de Defesa e do Serviço de Pessoal, nos quais participa, quando requerido.

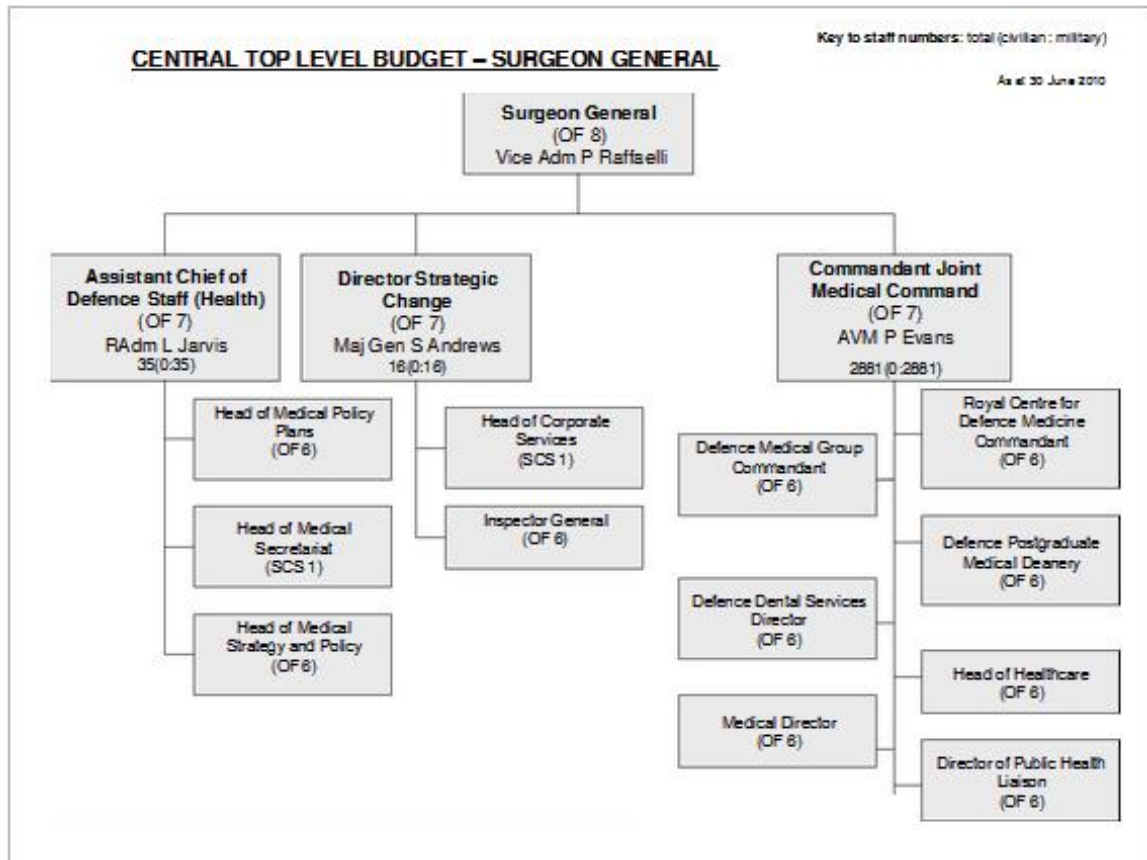


Figura nº 9 – SG Office.

Fonte: (Gov. UK, 2010)

O JMC, na dependência do SG, tem por função apoiar os Quartéis-Generais Conjuntos Permanentes e os SS dos Ramos, na prestação de capacidade médica operacional, cuidados de saúde, educação, formação e investigação, a fim de maximizar o poder de combate e a excelência médica, dentro das FFAA.

O JMC emprega pessoal militar e civil e opera em nove locais:

- O Centro Real de Medicina da Defesa, no QEH, co-localizado no *University Hospitals Birmingham NHS Foundation Trust*, que recebe e trata baixas militares provenientes de todo o mundo.
- O Grupo de Treino dos DMS.
- O Centro Médico de Reabilitação da Defesa, que providencia reabilitação em regime de internamento intensivo.
- Cinco Unidades Hospitalares do MOD, incorporadas no NHS, localizadas em Portsmouth, Derriford, Frimley Park, Northallerton e Peterborough.



- O Quartel-General (QG) dos DMS, Whittington Barracks, Lichfield, que abriga:

- O QG do JMC.
- O *Defense Medical Group* (providencia cuidados secundários para os exercícios operacionais, mantendo as equipas em atividade no NHS, para manutenção das perícias clínicas).

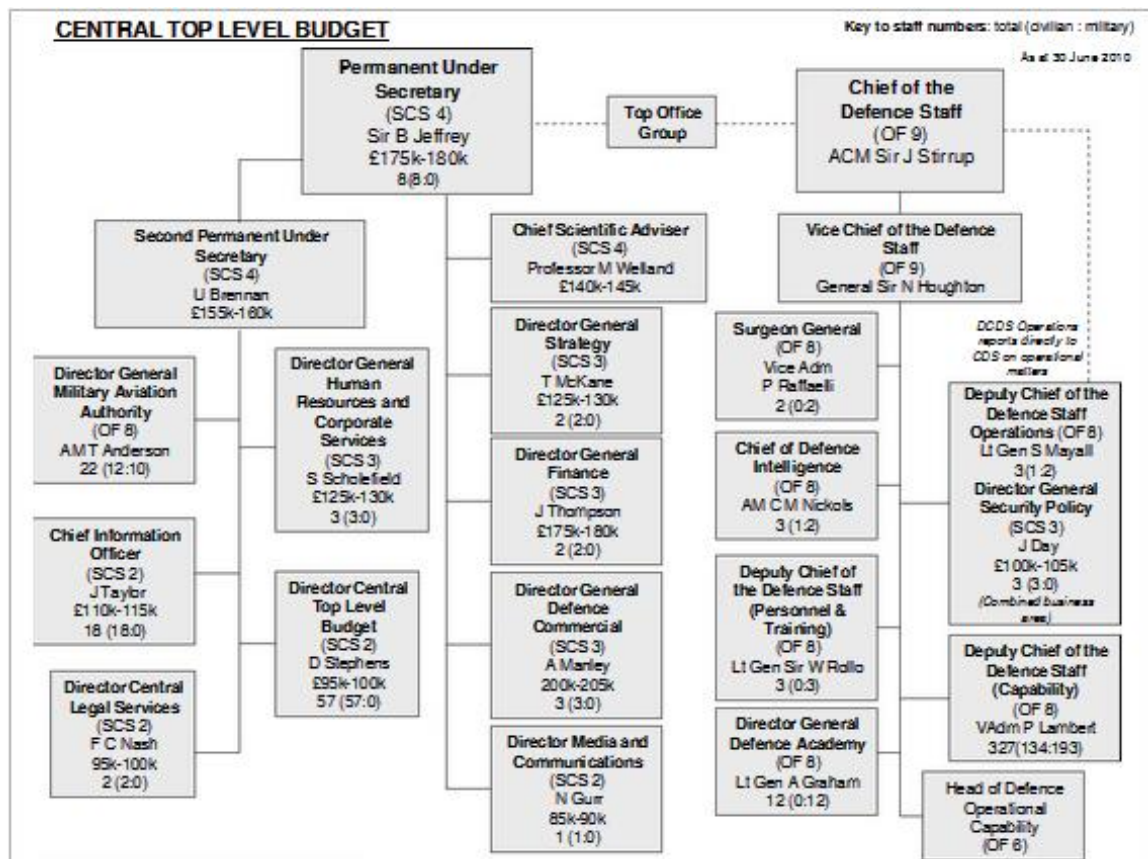


Figura nº 10 – MOD Head Office.

Fonte: (Gov. UK, 2010)

- O *Defense Postgraduate Medical Deanery*, responsável pela educação médica pós-graduada e treino para todos os profissionais de saúde dos DMS.

- A DS, que coordena todas as situações que envolvam situações de saúde não relacionadas com cuidados primários, no UK.

- Os DDS são um *tri-service*, responsável pelo aconselhamento e prestação de cuidados de saúde oral ao pessoal, antes e durante as operações.

O elo final desta cadeia, são os SS dos Ramos.

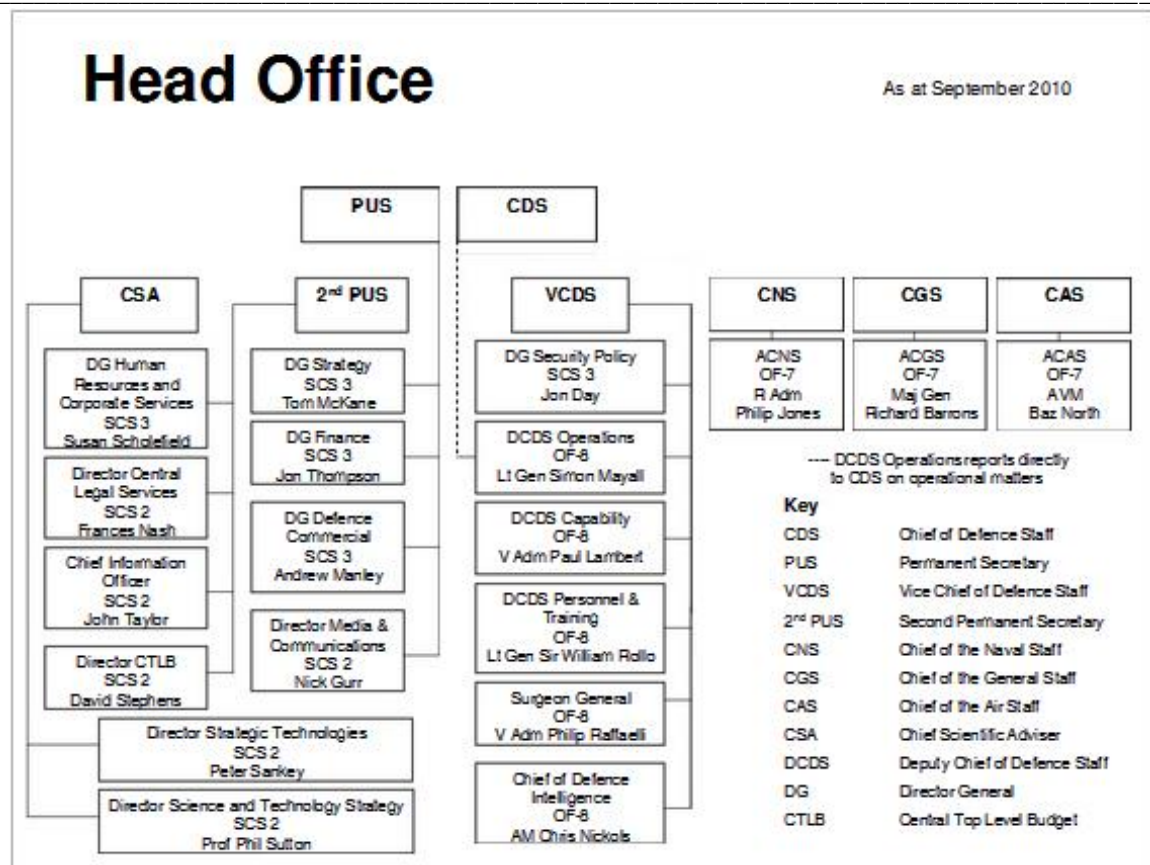


Figura nº 11 – MOD Defense Board.

Fonte: (Gov. UK, 2010)

Os *Royal Naval Medical Services* procuram a excelência no apoio à capacidade operacional da *Royal Navy*. São chefiados pelo Diretor Geral de Medicina Naval, que é o *medical advisor* do Almirantado.

A sua missão é a de providenciar a capacidade de saúde, com recursos adequados, treinados, equipados, capazes de proporcionar um apoio médico oportuno e de alta qualidade à componente operacional naval.

Os *Army Medical Services* providenciam CSP, através dos SS. Operam 66 centros de saúde, 16 centros de atendimento permanente, 69 centros de reabilitação de cuidados primários e 15 Departamentos de Saúde Mental Comunitária (10 no UK e 5 nas principais bases permanentes no exterior), que servem todos os três serviços.

São chefiados pelo Diretor Geral dos Serviços Médicos do Exército. Estes serviços fornecem a maioria do pessoal para os DMS e guarnecem a maioria dos hospitais de campanha, quando projetados.

Os *Royal Air Force Medical Services* (RAFMS) fornecem direção e orientação aos centros médicos da *Royal Air Force* (RAF) e outras unidades do MOD onde a RAF é *lead-service*. São chefiados pelo Diretor Geral dos Serviços Médicos da RAF, o qual é o



principal conselheiro em matéria de gestão de pessoal médico (recrutamento, emprego e carreira).

Além da prestação de cuidados de saúde primários, os RAFMS contribuem para os DMS e sustentam um grupo de médicos especialistas, os quais estão atribuídos ao JMC, para colocação no NHS, do qual são libertados quando necessário, para suportar a capacidade operacional, destacada.

O RAFMS é a principal autoridade em Medicina Aeronáutica da Defesa e o *lead-Service* das Unidades de Reabilitação Regional: 13 distribuídas no UK e 2 na Alemanha.

b. A Medicina Militar em França

O *Service de Santé des Armées* (SSA) tem, nos últimos anos, estado em constante transformação, procurando melhorar a sua eficácia e eficiência, com vista ao cumprimento da sua principal missão, de apoio às FFAA e, acessoriamente, de apoio ao serviço público.

Esta transformação, prevista até 2020, assenta em cinco linhas de ação:

“(…)

- a concentração e intensificação das formas de apoio às missões de saúde;
- abertura ao serviço público, (...);
- cooperação internacional;
- promoção do SSA (...);
- simplificação da governança.” (SSA, 2014c)

É que “a manutenção de um poderoso serviço de saúde, perfeitamente adaptado para as missões das FFAA, é de grande importância neste necessariamente delicado período de transformação.” (Darré, 2010, p. 54)

O SSA “é uma capacidade operacional das forças conjuntas à disposição do sistema de defesa nacional” (Nédellec, 2012), também ela conjunta, chefiada pelo Diretor Geral, oficial general de quatro estrelas, que está na dependência do *Chef D’État-Major des Armées* (CDEMA).

A sua missão é a de assegurar o apoio médico às FFAA francesas e à Polícia Nacional Francesa, antes, durante e após o envolvimento operacional. Contribui, ainda, para a política de saúde pública, ao tratar pacientes civis nos hospitais militares e participando na resposta a situações de catástrofe. Este serviço está organizado (Figura nº 12) em torno de uma direção central, conforme descrito na Figura nº 13, e cada um desses componentes constitui um elo essencial na cadeia de cuidados médicos para os feridos em operações.

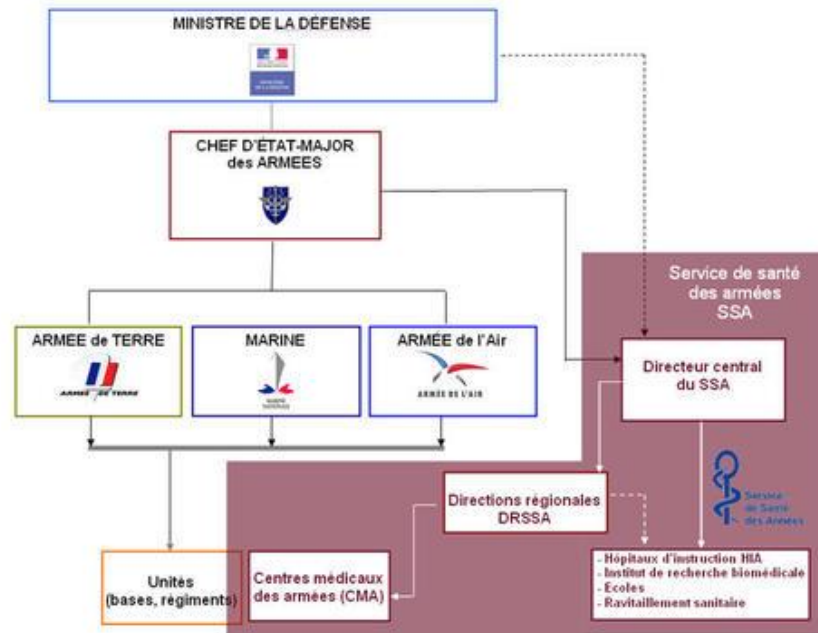


Figura nº 12 – Organização do SSA.

Fonte: (SSA, 2014a)

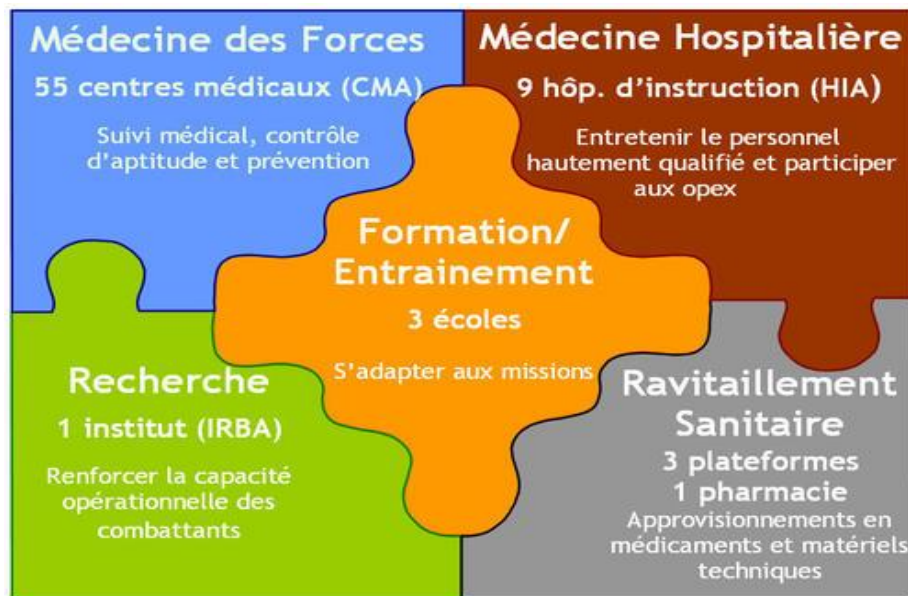


Figura nº 13 – Áreas de atividade do SSA.

Fonte: (SSA, 2014a)

Esta evolução organizacional tem andado de mãos dadas com a modernização das unidades médicas operacionais, sendo que:

- o *Role 1* é fornecido pelos postos médicos e por equipas médicas móveis;
- a equipa cirúrgica militar e o seu reforço constituem o *Role 2 light manouvre*;
- o *Role 2 enhanced* e o *Role 3* são organizados numa base modular, em torno de um hospital médico-cirúrgico, com uma capacidade de 2 áreas cirúrgicas e 50 camas.



Figura nº 14 – Conceito de Apoio Médico às operações.

Fonte: (SSA, 2014b)

Este conceito, representado na Figura nº 14, e sobre o qual os franceses referem que “em contraste com o anglo-saxão, que prefere a velocidade da evacuação medicalizada em formações maiores, o conceito francês coloca a equipa cirúrgica mais perto do ferido” (SSA, 2014b).

O apoio médico é organizado de forma a garantir que todos os militares são tratados por um médico e enfermeiro, treinados, capazes de providenciar ajuda de sobrevivência enquanto aguardam a evacuação médica, tática, do paciente, embora o SSA esteja a procurar proporcionar treino em *life saving* a todos os militares, antes de serem enviados para operações.

As FFAA francesas têm seguido uma abordagem de serviços conjuntos para as unidades médicas operacionais desde a criação, em 2005, das direções regionais de forças conjuntas. A partir de janeiro de 2011, todos os recursos necessários para a assistência médica inerente às formações do Exército, FA, Marinha e Polícia Nacional, foram reunidos em 55 Centros Médicos, em França e 14 no exterior.

No entanto, e tendo em atenção as características específicas de cada Ramo, mantém-se uma formação para o desempenho nas áreas aeronáutica, marítima e terrestre. Para além disso, todos os jovens médicos estão preparados para desempenho de funções em *Role 1*, implantado em teatro de operações (TO).



No que à estrutura hospitalar diz respeito, os 9 hospitais, localizados em Bordéus, Brest, Clamart, Lyon, Marselha, Metz, Paris, St Mandé e Toulon, disponibilizam um total de 2.722 camas, extensíveis até 3.144 em caso de emergência e a sua atividade está centrada em torno de situações de emergência, embora possibilitem também uma ampla gama de valências médicas.

“A atividade clássica de prestação de cuidados é complementada por atividades com uma orientação operacional:

- *experiência e tratamento em medicina hiperbárica (Toulon, Paris, Metz);*
- *experiência e tratamento em medicina aeronáutica (Clamart, Toulon);*
- *atendimento às vítimas de NRBO:*
 - *centro de tratamento para pacientes que sofrem de contaminação radioativa (...), química (...), queimados ou expostos a radiação (...), cadeia pré-hospitalar de descontaminação (...)*”.

Os hospitais militares têm uma função prioritária de prestar apoio às FFAA e também o de prestar um serviço de hospital público.

A função prioritária tem uma vertente orgânica, participando na preparação das FFAA e uma vertente operacional, projetando equipas médico-cirúrgicas, durante operações no exterior.

A função de serviço público é a de estar disponível para esse setor, o que lhe permite manter as perícias exigíveis ao pessoal de saúde, para ações em campanha e também lhe permite receber o financiamento para uma parte significativa da sua ação.

Procurando manter pessoal especializado, adaptado à missão, o SSA optou por controlar o recrutamento e o mesmo é, em cerca de 95% dos casos, de candidatos que terminam os estudos liceais, através de um concurso anual, aberto pela *École de Santé des Armées*.

Os estudos são realizados na Faculdade de Medicina da Universidade de Lyon e, quando se tornam clínicos gerais (10 anos) ou especialistas (11 a 13 anos), têm que permanecer no SSA por um período superior ao tempo de formação.

Os licenciados que se destinam à Medicina das Forças, têm o seu foco formativo em clínica geral, emergência e prevenção pois destinam-se a exercer em unidades dos diferentes Ramos, fornecendo suporte operacional a unidades de combate, pelo que podem carecer de formação militar específica (comandos, pára-quedistas, mergulhador, etc, ...).

Aqueles que se destinam à Medicina Hospitalar têm acesso a todas as especialidades da área civil e a três que não existem no serviço público: medicina



hiperbárica, aeroespacial e de gestão, podendo participar na atividade dos hospitais de campanha.

Exceccionalmente, são recrutados especialistas, mas apenas em situações de carência, por passagens precoces à situação de reserva.

Não empregam médicos civis.

c. A Medicina Militar na Holanda

O *Health Care Command* (DGO), é chefiado pelo SG e está em reorganização, que se prevê ficar completa até janeiro de 2016. É composto por dez serviços de saúde (Figura nº 15), organizados centralmente, e um *staff*. Pretende-se agora que os CSP permaneçam sob o comando dos respetivos Ramos, embora na dependência funcional do SG, que passará a chefiar a *Health Care Division*, no *Support Command*, em cuja dependência ficará também o *Military Inspector* (Figura nº 16).

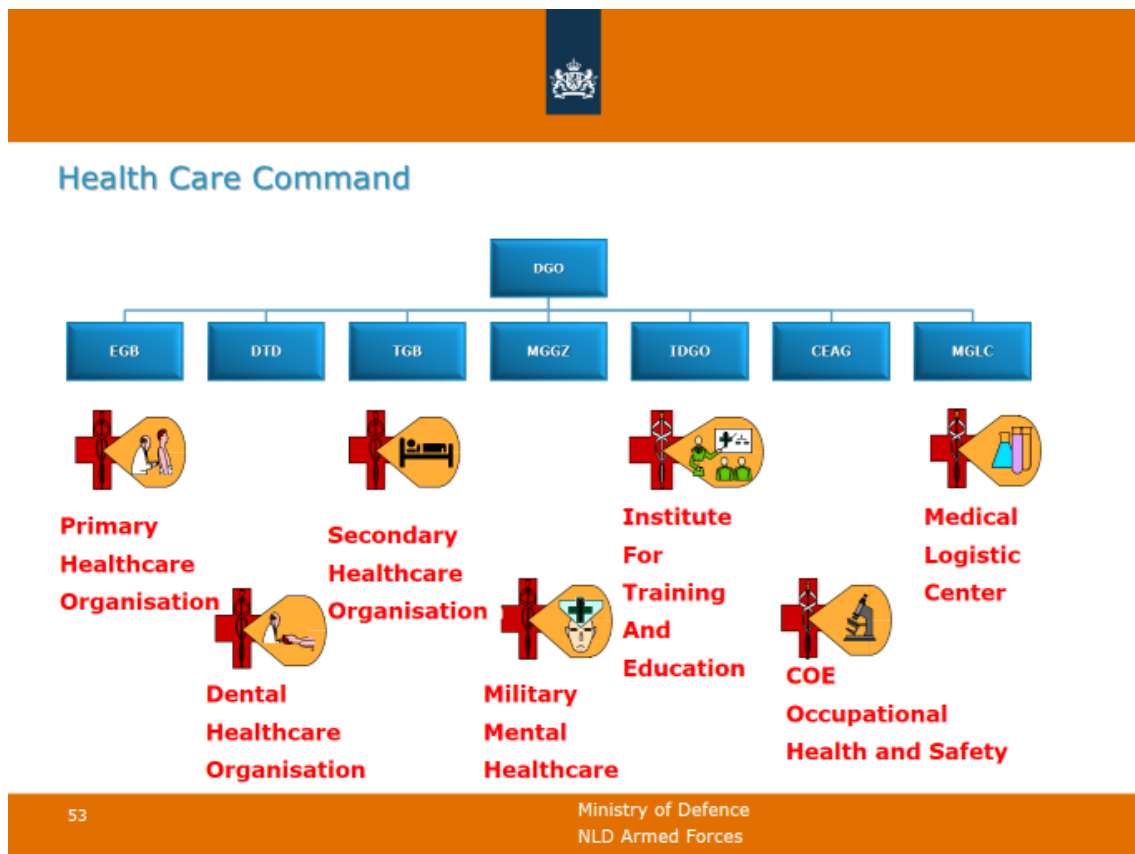


Figura nº 15 - Forças Armadas Holandesas: Comando de Saúde Militar.

Fonte: (NLD MOD, 2013)

Providencia serviços de saúde a todos os ramos das forças, na Holanda e no estrangeiro, os quais incluem CSP, saúde oral, cuidados secundários, com o destacamento de equipas clínicas especializadas, logística médica e formação inicial a todo o pessoal de saúde.

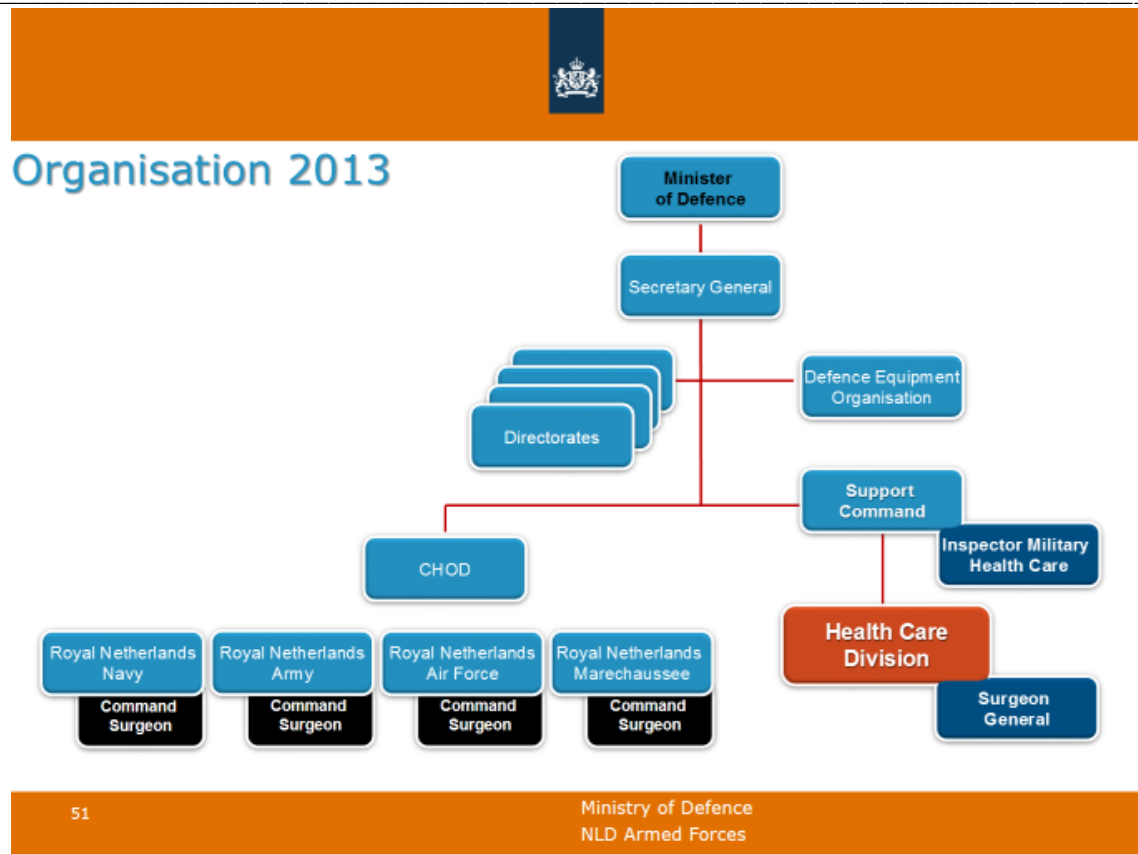


Figura nº 16 - Forças Armadas Holandesas.

Fonte: (NLD MOD, 2013)

O Inspetor de Saúde Militar conta com uma equipa de 5 pessoas e é responsável por inspeções de saúde.

O Comando dos Serviços de Saúde engloba os SS dos Ramos.

O Exército tem pessoal médico incorporado nas unidades táticas. Cada brigada possui uma companhia médica dedicada, com ativos de *Role 1*. No total, existem 3 brigadas com 3 brigadas médicas, sendo uma de assalto aéreo. Acima do nível brigada existe um batalhão médico, incorporado no Comando de Suporte Operacional do Exército, com 4 companhias médicas, inter-serviços, com possibilidade de projetar 8 *Role 2* para operações de sustentação ou combinar esta capacidade para uma operação com alto nível de ameaça, em qualquer Ramo. Ao nível de companhia e batalhão existem *staffs* médicos que podem ser usados como tal, um deles chefiado por um *staff surgeon*.

A FA possui meios dedicados para evacuação aeromédica e capacidades para apoio *Role 1*, a unidades aéreas destacadas. Existe uma capacidade de *Save and Rescue* limitada (em cooperação com a Marinha). A nível do QG da FA há um *staff* médico, chefiado por um *staff surgeon*.



A Marinha possui capacidades médicas para os seus navios, incluindo uma capacidade *Role 2* embarcada e um navio anfíbio, de apoio e transporte. Além disso, os *Marines* têm disponível uma capacidade *Role 1*, para operações anfíbias. Ao nível do QG da Marinha há um *staff* médico, chefiado por um *staff surgeon*.

A Polícia Militar tem um *staff* médico separado, de 5 pessoas, chefiado por um *staff surgeon*. Não têm pessoal médico dedicado, para apoiar as suas operações, mas apoiam-se no SS das unidades em que trabalham.

São dois os Hospitais militares: o *Central Military Hospital* (CMH) (Figura nº 17), localizado em Utrecht, com 30 camas, que possui todas as áreas de especialidade, na área militar ou no co-localizado Hospital Universitário de Utrecht, em conjunção com o qual abriga um Hospital de Catástrofe, com uma capacidade de 200 camas e de quarentena; o *Military Rehabilitation Centre* (MRC) (Doorn), com 80 camas, capacidade de ambulatório e instalações de treino e que recebe pacientes civis

Existem seis Institutos:

- Centro Especializado de Saúde Militar (Utrecht), responsável por prestar assessoria em assuntos específicos (alimentação, radiação, micro-biologia, controle de doenças, etc.);

- Centro de Conhecimento para o SS do Exército (Hollandse Rading), responsável pelo treino de perícias médicas e o apoio na formação médica para o TO;

- Centro de Aviação e Pessoal Navegante, (Soesterberg), responsável pela avaliação aeromédica e psicológica e pela avaliação e treino do pessoal navegante;

- Centro de Medicina do Mergulho, (Den Helder), responsável pela avaliação médica dos mergulhadores, sua formação e treino, tratamento de pacientes de descompressão e pesquisa na área da medicina do mergulho;

- Centro de Desportos e Formação Médica (Utrecht), responsável pelos exames médicos individuais, investigação na área do exercício físico e orientação sobre *stress*, no TO;

- O *Samenwerking Defensie Relatieziekenhuizen Instituut* (IDR) (Hollandse Rading), que providencia formação, treino médico militar inicial (MCIF, 2014, p.117). Recruta ainda especialistas, normalmente no SNS, sendo 12 cirurgiões e 12 anestesistas que, após 8 semanas de treino militar, passam a, em grupos de dois e pagos pelo MOD, trabalhar em 12 hospitais civis, previamente selecionados, mediante protocolo. Recebem as FFAA, em troca, a possibilidade de poderem



dispor de mais 24 cirurgiões e 24 anestesistas, para desempenho em missões, por períodos de 2-3 meses.



Figura nº 17 - CMH.

Fonte: (Meer, 2009, p. 29)

Os atuais grandes desafios são o recrutamento, o treino e a retenção de pessoal, sobretudo médico. Os médicos militares são recrutados pelo DGO, após graduação universitária e são sobretudo generalistas, sendo-lhes providenciado um programa de dois anos de treino médico-militar, para se tornarem Oficiais Médicos.

Médicos civis poderão, ainda, ser contratados, mas apenas para prestação nos centros de saúde nas bases.

d. Síntese conclusiva

No UK existe um Convénio entre a AFC, o Governo e a Nação, que define a aspiração do Governo de que a AFC deve desfrutar o mesmo padrão de acesso a cuidados de saúde que qualquer outro cidadão.

Para servir o pessoal, os cuidados secundários são fornecidos através do NHS e os CSP são fornecidos pelo MOD, através dos DMS. Além destes, a maioria dos grandes centros de CSP militares possuem cuidados de reabilitação, no local ou nas proximidades.

Os serviços dos três Ramos e o seu pessoal são conhecidos coletivamente como DMS, são agrupados sob o HQSG e incluem o *Assistant Chief of the Defence Staff (Health)*, o JMC, e o DDS. São dirigidos pelo SG.

Os DMS são responsáveis por assegurar que o pessoal ao serviço se encontra pronto e clinicamente apto para destacar, com aviso prévio mínimo.



Empregam médicos militares e civis em diferentes áreas de especialidade, muitas vezes com um compromisso de curto prazo. Para se juntar aos DMS, como médico militar, o candidato terá que o fazer através de um dos três Ramos, Exército, Marinha, FA.

A formação profissional do pessoal médico varia de acordo com a especialidade, o ramo e o quadro.

Em França, o SSA tem, nos últimos anos, estado em constante transformação.

O SSA é uma capacidade conjunta, chefiada pelo Diretor Geral, na dependência do CDEMA.

A sua missão é a de assegurar o apoio médico às FFAA francesas e à Polícia Nacional Francesa, antes, durante e após o envolvimento operacional. Contribui, ainda, para a política de saúde pública, ao tratar pacientes civis nos hospitais militares e participando na resposta a situações de catástrofe.

As FFAA francesas têm seguido uma abordagem de serviços conjuntos para as unidades médicas operacionais desde a criação, em 2005, das direções regionais de forças conjuntas. A partir de janeiro de 2011, todos os recursos necessários para a assistência médica inerente às formações do Exército, FA, Marinha e Polícia Nacional, foram reunidos em 55 Centros Médicos, em França e 14 no exterior.

A estrutura hospitalar consiste em 9 hospitais, cuja atividade está centrada em torno de situações de emergência, embora possibilitem também uma ampla gama de valências médicas. A sua principal função é a de prestar apoio às FFAA e, acessoriamente, de apoio ao serviço público (o que lhe permite manter as perícias exigíveis ao pessoal de saúde e receber o financiamento para uma parte significativa da sua ação).

O SSA recruta, em cerca de 95% dos casos, candidatos que terminam os estudos liceais e os que se destinam à Medicina das Forças têm o seu foco formativo em clínica geral, emergência e prevenção, enquanto aqueles que se destinam à Medicina Hospitalar têm acesso a todas as especialidades da área civil e a três que não existem no serviço público. Excepcionalmente são recrutados especialistas, mas apenas em situações de carência, por passagens precoces à situação de reserva. Não empregam médicos civis.

Na Holanda, o DGO é chefiado pelo SG e composto por dez serviços de saúde e um *staff*. Pretende-se agora que os CSP permaneçam sob o comando dos respetivos Ramos, embora na dependência funcional do SG, que passará a chefiar a *Health Care Division*, no *Support Command*, em cuja dependência ficará também o *Military Inspector*.

Providencia serviços de saúde a todos os ramos das forças, na Holanda e no estrangeiro, os quais incluem CSP, saúde oral, cuidados secundários, destacamento de



equipas clínicas especializadas, logística médica e formação inicial para o pessoal de saúde.

Possui dois Hospitais militares, o CMH, co-localizado com o Hospital Universitário de Utrecht e o MRC, e seis Institutos.

Os atuais grandes desafios são o recrutamento, o treino e a retenção de pessoal, sobretudo médico. Os médicos militares são recrutados pelo DGO, após graduação universitária e são sobretudo generalistas.

Especialistas são recrutados pelo IDR.

Podemos assim deduzir que os resultados do estudo de investigação, conduzido ao longo deste capítulo, demonstraram que a realidade da MM no Reino Unido, em França e na Holanda tem estado em transformação mas mantém diferenças estruturais.

Consideramos assim validada a H3 e respondida a QD3.



4. (Re)Criar um modelo para a Medicina Militar.

O presente capítulo será orientado de forma a procurar (Re)criar um modelo para a MM.

a. Modelo para a Medicina Militar, em Portugal

Hoje em dia, e apesar de se considerarem os riscos das operações militares, a opinião pública tem tendência a não tolerar o que é considerado um risco evitável, como aconteceu, por exemplo, com as múltiplas manifestações de desagrado, da sociedade civil espanhola, após a confirmação de baixas, quer no Iraque, quer no Afeganistão, sobretudo aquando da morte de 62 militares espanhóis, resultante da queda de um avião ucraniano, no nordeste da Turquia, quando regressavam de uma missão de quatro meses no Afeganistão, em maio de 2003 e que motivaram, mesmo, questões ao Parlamento Europeu (PE, 2003). Esta perceção pelos media sociais e pela opinião pública pode-se agravar, se ocorrerem situações em que seja apercebido um deficiente apoio médico às tropas em campanha (apesar da aparente posição contraditória, em tempo de paz, com os gastos com a Instituição Militar).

Um sistema eficaz e confiável de apoio médico militar ajuda a melhorar o moral das tropas e a manter a confiança dos militares, do público em geral e, mesmo, da liderança política.

O que antecede tem a ver com o facto de o Estado ter o dever, legal e moral, de garantir a prestação de cuidados de saúde aos seus cidadãos, conforme definido no Artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (AR, 2005, p. 4652), nos objetivos estratégicos do Programa do XIX Governo Constitucional para a Saúde, para a legislatura 2011 a 2015 (PCM, 2011, p. 78) e, no que respeita aos militares, atenta a condição militar, definida no Artº 2º da Lei de bases gerais do estatuto da condição militar (AR, 1989, p. 2096), essa prestação é garantida no Artº 15, nº 2 (Idem, p. 2097).

Se de há muito se falava em unificação, nomeadamente no que respeita à componente hospitalar da SM, a crise económica que se instalou, sobretudo desde 2008, tornou-se um acelerador para a integração, no intuito de procurar sustentar cuidados de saúde de qualidade, num ambiente limitado de recursos.

Com mudanças na economia nacional, orçamento militar limitado e novas tecnologias militares, tem sido gradualmente reduzido o quantitativo de RH das FFAA.

Mas “*Quanto menor for o número destes profissionais, mais prontos têm que estar os restantes*”. (Coelho, 2013)



Isto tem influência direta nos cuidados de saúde militares pois, na área da MM, o foco é sobre a seguinte questão: como manter competências em tempo de paz, que permitam ao médico manter-se pronto para atividade operacional?

Um hospital militar que trate apenas pacientes militares, doentes ou feridos, não consegue fornecer suficiente número de casos para manter as perícias do pessoal médico, assim como uma limitada procura gera sérias dificuldades em recrutar e reter o pessoal médico, tornando-o ineficaz e insustentavelmente caro, o que, associado a um orçamento limitado e a custos crescentes do tratamento, acaba por levar a uma redução das capacidades da instituição e ao seu condicionamento técnico.

Assim, um reduzido universo potencial de utentes, conjugado com RH e financeiros inadequados torna, tanto profissional como economicamente, impossível sustentar a instituição, podendo acabar por resultar no encerramento da mesma, na sua integração numa estrutura civil maior ou no estabelecimento de protocolos com entidades civis, públicas ou privadas.

Sendo que o encerramento dificilmente será uma opção, atenta a condição militar, e que a integração numa instituição civil cria novos obstáculos para os militares, pois ao estar fora do comando e controlo militar, dificulta a coordenação entre os diferentes níveis de apoio sanitário, não restam muitas opções.

Se quisermos extrair ilações dos modelos apresentados no capítulo anterior, aquele que se nos afigura ideal é o francês, na medida em que reúne todas as condições para um completo SS, verdadeiramente conjunto, pensado pelos militares e para os militares e a responder, com recursos próprios, às necessidades integrais das FFAA.

Este modelo, na atual conjuntura nacional, de constrangimentos financeiros, aparenta ser muito difícil de replicar, na medida em que, em Portugal, muito está por fazer, começando na mentalidade, passando pelas infraestruturas e acabando na gestão dos RH. Sendo adequado, dificilmente será, por agora, exequível e teria, certamente, alguns problemas de aceitabilidade.

Assim sendo, e no intuito de (re)criar a MM em Portugal, pensamos ser possível replicar alguns dos aspetos, comuns ou não, aos modelos apresentados, criando um modelo que se revele funcional e, portanto, adequado às reais necessidades das FFAA portuguesas, até porque demorará alguns anos a resolver as consequências do que tem sido o paradigma de recrutamento dos RH médicos para as FFAA agravado, em nossa opinião, com a fusão hospitalar.



Este modelo deve ter, como nível de ambição, o de desenvolver uma proposta de cuidados que se estenda a toda a comunidade da Defesa, preservando todavia a ligação às FFAA. Isto porque, sendo este um tempo delicado, de transformação, por maioria de razão devemos procurar que a mesma se processe tendo em vista criar uma organização mais eficiente, com um melhor desempenho e perfeitamente adaptada a uma resposta pronta ao que é a sua principal missão, o apoio sanitário às FFAA. Esta missão deve ainda ser incrementada no sentido de cumprir uma ambição antiga, que se tem concretizado pontualmente, de complementaridade com o SNS.

O modelo preconizado, consubstanciado em organigrama nas Figuras números 18 e 19, será discriminado em seguida.

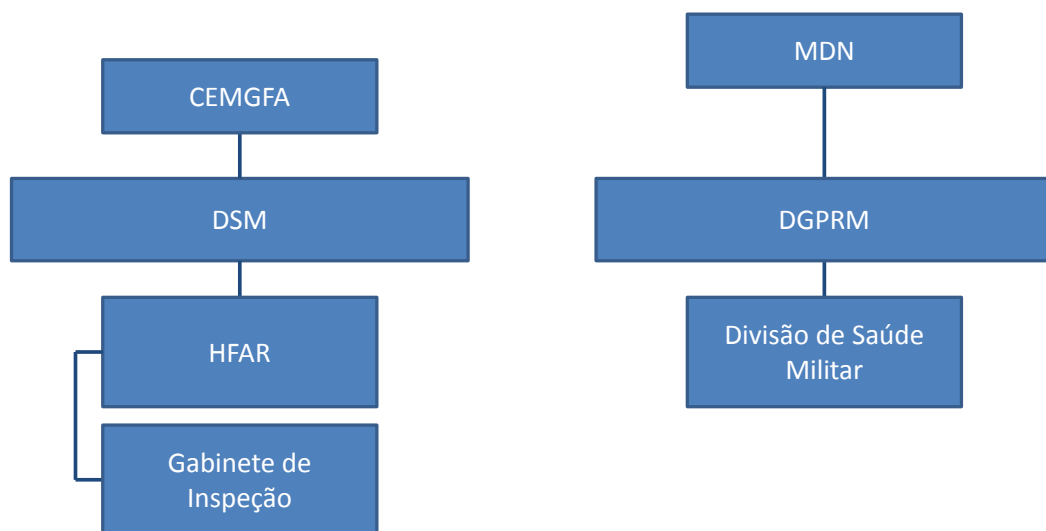


Figura nº 18 – Modelo: EMGFA e MDN.

Fonte: Autor

(1) Direção de Saúde Militar

O topo da pirâmide deste modelo deve ser, desde logo, uma Direção de Saúde Militar, conforme já preconizado, “...no EMGFA (DSM/EMGFA), com autoridade hierárquica e técnico-funcional sobre as estruturas de Saúde Militar na dependência do EMGFA (...)” (MDN, 2014b, p. 5387), entre as quais se inclui o HFAR, “(...) dispondo ainda de autoridade de coordenação das Direções de Saúde na dependência dos ramos das Forças Armadas, designadamente em matérias relativas ao apoio sanitário aos ramos das Forças Armadas e à implementação da doutrina da NATO no âmbito da saúde operacional;” (Ibidem). Para facilitar essa coordenação, pensamos que, no seu *staff*, e na sua direta dependência técnico-funcional, deverão estar os Diretores de Saúde dos Ramos.

Deverá ser a este nível que devem ser estudadas e propostas ações de nível estratégico, no âmbito da SM, efetuado o planeamento dos RH necessários à sustentação



do SSM, a articulação com o EMGFA e, através dele, com o MDN e demais entidades públicas e privadas, e coordenadas tecnicamente as atividades de cooperação internacional, no domínio da SM.

Porque é fundamental proceder à monitorização da execução das ações, no âmbito da SM, pensamos dever ser criado, na dependência da DSM, um gabinete de inspeção/auditoria de SM que, com o Diretor do HFAR e com os Diretores de Saúde dos Ramos se posicionará como órgão de apoio à tomada de decisão.

(2) Divisão de Saúde Militar

Parece-nos ainda razoável integrar no SSM, uma Divisão de Saúde Militar “(...) a criar (...) no MDN, enquanto órgão de apoio à decisão política” (MDN, 2014b, p. 5387), “(...) responsável por estudar e propor medidas de política de saúde militar e monitorizar a execução das mesmas; por participar no planeamento dos recursos humanos da saúde militar, com vista à satisfação das necessidades do SSM.” (Ibidem)

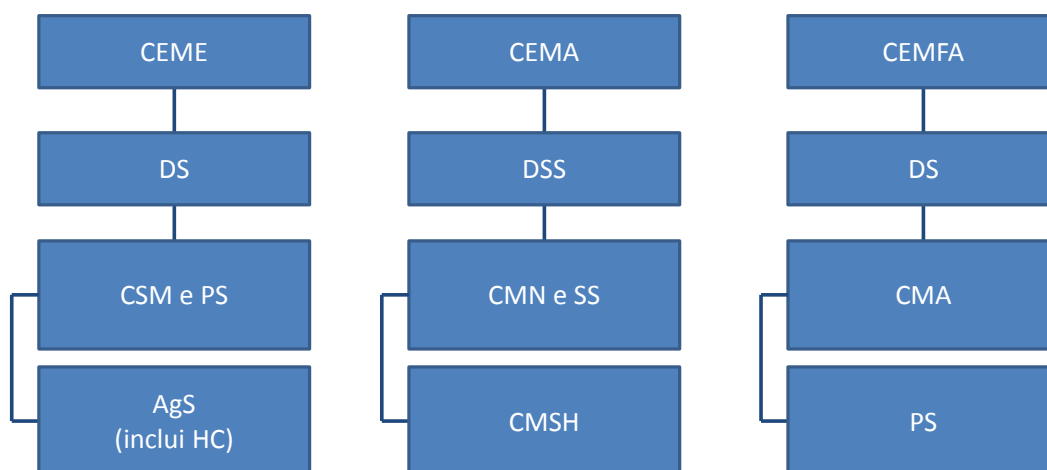


Figura nº 19 – Modelo: Ramos.

Fonte: Autor

(3) Direções de Saúde dos Ramos

As DS devem permanecer sob dependência hierárquica do Chefe do Estado-Maior (CEM) respetivo e ser responsáveis por garantir a componente operacional da SM, em cada Ramo. Para tal devem assegurar autoridade técnico-funcional sobre todas as unidades de saúde de cada Ramo e, nalguns casos, mesmo a hierárquica, conforme se discrimina de seguida.

A DSS da Marinha deve manter sob dependência hierárquica o CMN e o CMSH:

- O CMN porque é a entidade responsável por coordenar e controlar a atividade médico-sanitária de apoio às unidades e a ele estarem cometidos os CSP que, na essência, cumprem o conceito vertido na Declaração de Alma-Ata e são um



serviço de proximidade, embora nos pareça dever ser redefinido o número de SS apoiados.

- O CMSH porque, como anteriormente referido, é uma estrutura diferenciada da componente operacional da MM, na Marinha, responsável pelo apoio ao mergulho e à atividade submarina, pelo que eventual perda da dependência hierárquica do Ramo pode pôr em causa o cumprimento da missão da Marinha. Porque este centro mantém um serviço de urgência, especializado, 24 horas por dia, 365 dias por ano, aberto às urgências médico-cirúrgicas dos hospitais civis do Centro e Sul do País e porque o Comité Europeu de Medicina Hiperbárica emanou Recomendações de Ética e Boas Práticas em Medicina Hiperbárica, que aconselham a dispor de uma área destinada ao tratamento de doentes em regime de internamento, de um bloco operatório e de uma Unidade de Cuidados Especiais, que permitam manter o nível de excelência, é indispensável que o CMSH continue a integrar um Quadro de Apoio Médico-Cirúrgico, pelo que, face à extinção do HM, importa proceder à rápida transferência do mesmo para o Campus de Saúde Militar, para co-localização com o HFAR-PL.

A DS da FA deve manter sob dependência hierárquica o CMA, na medida em que esta é uma estrutura diferenciada da componente operacional da MM, na FA, sobretudo orientada para a Medicina Preventiva/Medicina do Trabalho (e não para a curativa), responsável pela seleção, creditação e certificação do pessoal de voo, no que à aptidão física e psíquica para o desempenho operacional diz respeito e que, neste âmbito, e porque os mesmos princípios se aplicam ao pessoal civil, funciona também como junta de avaliação de pessoal civil que a ele recorre, para revalidação do certificado médico de aptidão.

Pelo exposto, se pode deduzir que eventual perda da dependência hierárquica do Ramo pode pôr em causa o cumprimento da missão da FA.

Porque este centro mantém um quadro de apoio que depende do HFAR-PL, deve manter-se localizado no Campus de Saúde Militar.

Como se depreende do referido, não podemos concordar com o determinado pelo MiDN sobre “*A fusão do Centro de Medicina Aeronáutica e do Centro Medicina Subaquática e Hiperbárica num único Centro de Medicina Aeronáutica e Naval (CMAN), (...).*” (MDN, 2014b, p. 5388)

É que isso, a acontecer, e atendendo a que o CMA e o CMSH desenvolvem atividades divergentes, empregando equipamentos diferenciados, alguns especificamente



criados para o seu ambiente operacional, constituindo portanto capacidades operacionais das forças e meios dos ramos, comprometeria o apoio direto à respectiva atividade operacional, alteraria a unidade de Comando e tornaria difícil cumprir, conforme determinado, que “*Os ramos das Forças Armadas devem assegurar a geração, aprontamento e sustentação das forças da componente operacional do sistema de forças nacional.*” (PCM, 2013, p. 2288)

A dependência hierárquica do respectivo Ramo e a co-localização dos CMSH e CMA com o HFAR não impedem que os mesmos mantenham, e até incrementem, a capacidade sobranse ao serviço do SNS e de outras entidades que dela careçam.

A DS do Exército deve manter sob dependência hierárquica os CS e o AgS, que integra, como vimos, o HC, para permitir treino operacional, por forma a garantir a mesma prontidão que as forças que apoiam. O HC deve, todavia, manter uma relação funcional com o HFAR, embora os seus quadros técnicos de cuidados diferenciados se devam manter na sua OB, para efeitos de treino, exercícios e emprego operacional.

(4) HFAR

No que à estrutura hospitalar diz respeito e depois de o Despacho 2943/2014 (MDN, 2014b), dar por encerrado o processo de criação do HFAR-PL, e do que descrevemos no capítulo 2, este aparenta não se constituir ainda como uma estrutura de saúde com dimensão e casuística que permitam garantir um elevado padrão de qualidade dos serviços prestados e está por provar a prontidão de resposta às exigências operacionais das FFAA (pensando nós que será praticamente impossível vir o HFAR a constituir-se, alguma vez, como uma capacidade de *Role 4*).

Embora consideremos que o local escolhido para a implantação do HFAR-PL foi adequado, a mesma ocorreu em estruturas notoriamente insuficientes, o que não tornou possível replicar, nas mesmas, todas as valências existentes na anterior RHM, apesar de um dos objetivos, com a criação do HFAR, ser o de manter um conjunto de competências adequado ao suporte à atividade operacional.

Importa assim incrementar o crescimento infraestrutural do atual HFAR-PL, para o que é necessário ultrapassar o défice de investimento.

Sabendo nós que os procedimentos médicos são geralmente subfinanciados, que os seus custos são, em regra, mais elevados que o seu reembolso (quando acontece) que quanto mais procedimentos se executam, maior é o défice gerado, e que este não pode crescer para sempre, haverá que assegurar que os recursos financeiros alocados pelo MDN



não serão retirados do orçamento dos Ramos, pelo consequente maior compromisso da atividade operacional dos mesmos e criação de tensão entre os militares.

Atendendo a que um menor investimento pode levar à tentação de reduzir o universo de utentes ou a diminuir o número de procedimentos realizados, opções inaceitáveis, porque minam os esforços para manter e desenvolver competências, resta-nos encontrar um caminho que a todos beneficie. Uma lógica de *win win*.

E essa parece-nos, claramente, e de uma forma genérica, passar por manter o HFAR-PL na sua atual localização, por identificar as áreas em que existe capacidade de resposta, torná-las mais acessíveis e, portanto, mais atrativas para os beneficiários, identificar eventual capacidade sobrança a protocolar com entidades públicas ou privadas e, bem assim, protocolar com uma única entidade, pública, as áreas em carência, a qual, em nosso entender, deveria ser o Hospital de Santa Maria (HSM), por uma questão de proximidade e por ser uma das duas únicas entidades hospitalares, em Lisboa, a poderem garantir a capacidade de *Role 4*, topo da cadeia de evacuação de qualquer apoio sanitário.

Concretizando, devemos prosseguir o caminho no sentido de, passo a passo, “reconstruir” os cuidados secundários.

Todas as valências cirúrgicas têm que ser objeto de avaliação, em termos de capacidade para criar serviços e, seja ou não possível atingir esse desiderato, atenta a necessidade de preparação para potencial desempenho em teatro operacional, deve ser considerado protocolar a prestação de serviço, por militares, na sua área de competência no HSM, incluindo serviço de urgência, mantendo atividade assistencial no HFAR-PL.

Sabendo que existem áreas cirúrgicas sem condições para a criação de um serviço, dada a escassez de profissionais, que dificilmente terão a possibilidade de ter internamento próprio, gerando uma dificuldade acrescida de garantir pessoal de enfermagem com treino específico em pós-operatórios que podem ser exigentes e a escassa casuística, sobretudo do foro traumático (o mais frequente em teatro de operações), limitando a prática clínica e o treino cirúrgico dos especialistas, estas devem potenciar a solução preconizada no parágrafo anterior.

No que à área médica diz respeito importa, também, proceder a avaliação das diversas competências, definindo áreas críticas a serem alvo de extensão no referido protocolo.

A Psiquiatria, por exemplo, que consideramos ser área fundamental da MM, apesar da incompreensão de que foi alvo, na Marinha e na FA, com o encerramento, ao tempo, das áreas específicas de internamento, foi protocolada com entidade externa. Este



protocolo permitiu manter um certo enquadramento, na medida em que os pacientes são mantidos juntos, em internamento, e seguidos por médicos militares, mantendo uma continuidade de tratamento com o ambulatório. De qualquer forma, é sabido que, em regra, quanto mais perturbado está um indivíduo, maior a necessidade de contenção no âmbito da sua cultura organizacional.

A Nefrologia, valência que no HMP constituía um Serviço de Utilização Comum foi, agora, contratualizada com o HCV. Acontece que esta entidade tem a valência subcontratada a uma entidade externa, também ela privada. Enquanto isso, os equipamentos do serviço, no HMP, estão inativos, em rápida degradação. Isto, associado ao facto de, à data, nesse serviço estarem em tratamento cerca de 25 pacientes crónicos, de se calcular que bastam cerca de 40 para tornar um serviço deste tipo viável e que é possível protocolar estes tratamentos com o SNS, leva-nos a considerar ser de rapidamente procurar criar condições para repor esta valência no HFAR-PL, pois ela é obrigatória quando existe, como é o caso, uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Consideramos assim deverem ser rapidamente criadas condições, no que à Nefrologia e à Psiquiatria diz respeito, para a sua integração no HFAR-PL e, portanto, revistos os protocolos.

Ainda neste âmbito, pensamos dever ser a UTITA integrada no HFAR-PL.

Sobre os cuidados de convalescença, cuja gestão foi agora atribuída ao IASFA, e para os quais se previa uma necessidade de cerca de 30 camas, pensamos dever ser essa uma situação de redundância e, portanto, mantida essa capacidade no HFAR-PL.

Na dependência do HFAR-PL, deve manter-se o Centro Militar de Medicina Preventiva, responsável por garantir o estado de prontidão sanitária do combatente antes, durante e após as missões.

Sobre o SU, módulo nuclear de qualquer Sistema de Saúde, e básico o do HFAR-PL, com reduzido universo de utentes e baixa casuística, sobretudo no que à traumatologia diz respeito, deveriam ser revistos os critérios de funcionamento¹⁰ e, em nosso entender, o mesmo deveria passar a ser, mediante protocolo, localizado no HSM, mantendo-se todavia uma Consulta Aberta, entre as 08.00 e as 20.00 e uma urgência interna, no HFAR-PL. Esta última seria objeto de uma concomitante revisão dos critérios de funcionamento da UCI.

¹⁰ Tal como aconteceu com grande parte dos SU no país e em particular na capital, com o encerramento parcial ou total de vários SU.



A capacidade de internamento do HFAR-PL deveria, assim, ser mantida, não só para permitir internamentos programados (do foro médico ou cirúrgico) mas também para garantir cuidados continuados para os pacientes atendidos no SU do HFAR-PL (localizado, como proposto, no HSM) após, como pacientes agudos, terem sido operados e/ou estabilizados.

Isto permitiria ao HFAR-PL responder cabalmente às necessidades de atendimento urgente do seu universo de utentes mas também garantir manutenção de perícias aos seus profissionais, incluindo a área da emergência.

No que aos atuais médicos militares diz respeito, atenta a sua condição militar, o facto de o seu recrutamento ter sido em função das necessidades, em cada momento definidas, por cada um dos Ramos das FFAA e as frequentes inadequações, do mesmo, à componente operacional da MM, nos Ramos, este momento de delicada transformação gera um grande desafio de gestão, sobretudo na sua articulação, para satisfação das necessidades da MM, nos Ramos e no HFAR. Sendo eles fundamentais à sobrevivência do SSM, é necessário rever o seu recrutamento e a capacidade de retenção.

Se incentivos financeiros são adequados para atrair e, até certo ponto, reter especialistas, esta medida será de difícil implementação no seio da Instituição Militar mas, eventualmente, passível de ser abordada no âmbito do protocolo com a entidade civil que complementarás as valências do HFAR-PL.

Formas flexíveis de serviço e um planeamento de carreira e desenvolvimento profissional são meios adequados de retenção, mas não podem ser implementados sem custos e, em alguns aspetos, sem alterar a condição dos médicos militares, como parte integrante das FFAA.

A formação básica pode funcionar, acima de tudo, como uma medida de recrutamento, e a formação avançada como uma medida de retenção.

b. Síntese conclusiva

Um sistema eficaz e confiável de apoio médico militar ajuda a melhorar o moral das tropas e a manter a confiança dos militares, do público em geral e, mesmo, da liderança política.

As mudanças na economia nacional, orçamento militar limitado e novas tecnologias militares levaram à gradual redução do quantitativo de RH das FFAA, com influência direta nos cuidados de saúde militares, pelo que importa procurar (re)criar o modelo da MM.



Se quisermos extrair ilações dos modelos apresentados no capítulo anterior, aquele que se nos afigura ideal é o francês, na medida em que reúne todas as condições para um completo SS, verdadeiramente conjunto, pensado pelos militares e para os militares, o qual, na atual conjuntura nacional, aparenta ser muito difícil de replicar. Sendo adequado, dificilmente será, por agora, exequível e teria, certamente, alguns problemas de aceitabilidade.

Assim sendo, pensamos ser possível replicar alguns dos aspetos, comuns ou não, aos modelos apresentados, criando um modelo que se revele funcional e adequado às reais necessidades das FFAA.

O modelo preconizado incluirá, no topo da pirâmide, uma Direção de Saúde Militar, com autoridade hierárquica e técnico-funcional sobre as estruturas de SM na dependência do EMGFA, onde se incluem o HFAR e um gabinete de inspeção de SM e em cujo *staff*, e na sua direta dependência técnico-funcional, deverão estar os Diretores de Saúde dos Ramos.

Parece-nos ainda razoável integrar no SSM uma Divisão de Saúde Militar, do MDN, responsável por estudar e propor medidas de política de saúde militar.

As DS devem permanecer sob dependência hierárquica do CEM respetivo e ser responsáveis por garantir a componente operacional da MM, em cada Ramo, onde se incluem, na Marinha, o CMN e o CMSH, o primeiro porque é a entidade responsável por coordenar e controlar a atividade médico-sanitária de apoio às unidades e o segundo porque é responsável pelos cuidados de apoio ao mergulho e à atividade submarina.

A DS da FA deve manter sob dependência hierárquica o CMA, na medida em que esta é uma estrutura diferenciada da componente operacional da MM, na FA.

Daqui se depreende não podermos concordar com a criação do *Centro de Medicina Aeronáutica e Naval*.

A DS do Exército deve manter sob dependência hierárquica os CS e o AgS, que integra o HC.

Após encerrado o processo de criação do HFAR-PL, e porque a mesma ocorreu em estruturas notoriamente insuficientes, o que não tornou possível replicar todas as valências existentes na anterior RHM, importa incrementar o seu crescimento infraestrutural, para o que é necessário ultrapassar o défice de investimento e encontrar um caminho que a todos beneficie, numa lógica de *win win*.

E essa parece-nos passar por identificar, no HFAR-PL as áreas em que existe capacidade de resposta, torná-las mais acessíveis e mais atrativas para os beneficiários e



protocolar com uma única entidade, pública, as áreas em carência, a qual, em nosso entender, deveria ser o HSM.

Todas as valências, médicas e cirúrgicas, carecem de avaliação e, atenta a necessidade de preparação para potencial desempenho em teatro operacional, deve ser protocolada a prestação de serviço, por militares, na sua área de competência, no HSM, incluindo SU, mantendo atividade assistencial no HFAR-PL.

Sendo a Psiquiatria e a Nefrologia áreas fundamentais da MM, consideramos deverem ser rapidamente criadas condições para a sua reintegração no HFAR-PL e nele integrada a UTITA.

Os cuidados de convalescença, cuja gestão foi atribuída ao IASFA, devem-no ser numa situação de redundância.

Na dependência do HFAR-PL deve manter-se o Centro Militar de Medicina Preventiva.

O SU do HFAR-PL deveria passar a ser, mediante protocolo, localizado no HSM, mantendo-se uma Consulta Aberta, entre as 08.00 e as 20.00 e uma urgência interna, no HFAR-PL.

A capacidade de internamento do HFAR-PL deveria ser mantida.

Isto permitiria ao HFAR-PL responder cabalmente às necessidades de atendimento urgente do seu universo de utentes mas também garantir manutenção de perícias aos seus profissionais, incluindo a área da emergência.

No que aos atuais médicos militares diz respeito, este momento de delicada transformação gera um grande desafio de gestão, sobretudo na sua articulação entre os Ramos e o HFAR.

Podemos assim deduzir que os resultados do estudo de investigação, conduzido ao longo deste capítulo, demonstraram que é possível (re)criar o modelo da MM, no contexto do processo de unificação e qual o modelo por nós preconizado.

Consideramos assim validada a H4 e respondida a QD4.



Conclusões e recomendações

Com a “Reforma da Saúde Militar” em fase de implementação, importa saber em que medida esta interfere com a contribuição que a MM oferece para a capacidade operacional das FFAA, o que permite considerar importante e atual o tema “A Medicina Militar e os desafios da unificação”.

Estando legislada a prestação de cuidados médicos, na Instituição Militar, e sendo a mesma fundamental ao desempenho da missão, pensamos que uma investigação neste âmbito poderá ser um contributo para a respetiva área de conhecimento, atendendo ao que ainda há para dirimir.

Ao falar de MM referimo-nos aos profissionais que a exercem mas é evidente que alterações no seu âmbito se refletirão, sempre, na SM, da qual são uma das componentes imprescindíveis.

Sendo um tema abrangente, procurámos delimitá-lo, pelo que apenas afluímos aspetos relativos à Formação e ao Recrutamento, não abordámos as Juntas Médicas e não nos debruçámos sobre o Polo do Porto do HFAR.

A nossa investigação desenvolveu-se de acordo com a NEP/ACA – 018, de 15 de julho de 2012 (IESM, 2012) e respetivos anexos e adotámos o método de investigação hipotético-dedutivo, de acordo com o “Manual de Investigação em Ciências Sociais” e o percurso metodológico seguiu as sete etapas do método científico nele descrito (Quivy, 2005).

No primeiro capítulo procurámos identificar o ponto de situação da MM, em Portugal, e em que medida se justifica a manutenção de uma componente operacional da MM nos Ramos, concluindo o seguinte:

- os CSP, essenciais a qualquer sistema de saúde, são o suporte da componente operacional da MM, nos Ramos;
- O CMSH é uma estrutura diferenciada, responsável pelos cuidados primários, específicos e especializados de apoio ao mergulho e à atividade submarina, pelos cuidados diferenciados hospitalares e, ainda, pelo treino operacional desta área de competência, pelo que se trata de uma unidade indispensável à prontidão da Esquadra;
- O CMA é responsável pela seleção, creditação e certificação do pessoal de voo, no que à aptidão física e psíquica para o desempenho operacional diz respeito sendo, portanto, imprescindível a uma organização militar que opere meios aéreos;



- O HC é orgânico do AgS, com quadros técnicos de cuidados diferenciados em OB, apesar de prestarem serviço em permanência no HFAR.

Considerámos assim validada a H1 e respondida a QD1.

No segundo capítulo procurámos identificar em que medida a prestação de cuidados secundários de saúde, pelo HFAR, é uma componente importante do SSM e, conseqüentemente, da MM e constatámos que:

- O HFAR-PL teve que ser instalado num só local, com estruturas notoriamente insuficientes;

- Ao HFAR-PL não foi possível englobar todas as valências existentes nas anteriores estruturas hospitalares;

- No HFAR-PL persiste a falta de idoneidade formativa da maioria dos serviços hospitalares, pelo que os médicos internos continuam a ter que obter a sua diferenciação e especialização através de estágios realizados em hospitais do SNS;

- Os cuidados de convalescença foram colocados sob a responsabilidade do IASFA;

- O SU do HFAR-PL não constitui um lugar de excelência para formação dos seus profissionais de saúde;

- O HFAR não tem, na atual conjuntura, capacidade para se transformar num *Role 4*.

Considerámos assim como não validada a H2 e respondida a QD2.

No terceiro capítulo procurámos caracterizar a MM em países amigos (Reino Unido, França e Holanda) e concluímos que:

- Enquanto no UK os cuidados secundários são fornecidos através do NHS e os CSP pelo MOD, através dos DMS, o SSA francês é uma capacidade conjunta, na dependência do CDEMA, responsável por assegurar todo o apoio médico e, na Holanda, os CSP são responsabilidade dos Ramos e os secundários uma responsabilidade partilhada com o SNS;

- O UK e a Holanda possuem estruturas hospitalares co-localizadas com o SNS, em contraponto com o SSA, que possui estruturas hospitalares próprias;

- O UK emprega médicos militares e civis, em diferentes áreas de especialidade, e o candidato, para se juntar aos DMS, como médico militar, terá que o fazer através de um dos três Ramos, enquanto o SSA recruta, em cerca de 95% dos casos, candidatos que terminam os estudos liceais. Na Holanda, os médicos



militares são recrutados pelo DGO, após graduação universitária e são sobretudo generalistas, sendo os especialistas recrutados pelo IDR.

Considerámos assim validada a H3 e respondida a QD3.

No quarto capítulo, atendendo a que é necessário um sistema eficaz de apoio médico para ajudar a melhorar o moral das tropas e que o processo de unificação em curso está a decorrer num ambiente desafiante, porque limitado em RH e materiais, que incluem orçamento militar limitado, tornando difícil gerir o SSM, procurámos (re)criar o modelo deste.

Baseando-nos nos modelos caracterizados no terceiro capítulo, considerámos que aquele que se nos afigura ideal é o francês, na medida em que reúne todas as condições para um completo SS, verdadeiramente conjunto e a responder, com recursos próprios, às necessidades integrais das FFAA, embora o mesmo aparente ser difícil de replicar na atual conjuntura nacional.

Assim sendo, (re)criámos um modelo funcional, que nos permitiu considerar validada a H4 e respondida a QD4.

Do que antecede julgamos oportuno tecer as seguintes recomendações:

- Importa (re)criar o modelo da MM, estendendo-o a toda a comunidade da Defesa, para abranger um universo de utentes que permita manter as perícias do pessoal médico, preservando a ligação às FFAA mas concretizando uma complementaridade com o SNS;

- O modelo incluirá, no topo da pirâmide, uma Direção de Saúde Militar, na dependência do EMGFA, de cujo *staff* deverão fazer parte o Diretor do HFAR, os Diretores de Saúde dos Ramos e um Inspetor de SM;

- Incluirá a Divisão de Saúde Militar, do MDN, responsável por estudar e propor medidas de política de saúde militar deve integrar o SSM;

- As DS devem permanecer sob dependência hierárquica do CEM respetivo e ser responsáveis por garantir a componente operacional da SM, em cada Ramo;

- O HFAR-PL deve ter crescimento infraestrutural adequado e protocolar com uma única entidade, o HSM, as áreas em carência.

Consideramos assim, no âmbito da reestruturação do SSM, dever ser, a atrás descrita, *a forma como deverá evoluir a MM, no intuito de enfrentar desafios decorrentes do atual processo de unificação* e, portanto, respondida a QC.



Bibliografia

- Alfarroba, ECS, 2008. *A Reforma em Curso do Serviço Nacional de Saúde e as suas repercussões no Sistema de Saúde Militar*. TII do CPOG 2007/2008. Lisboa, IESM.
- AR, 1989. *Bases gerais do estatuto da condição militar* (Lei 11/89, de 1 de junho). Lisboa: Diário da República.
- AR, 2005. *Constituição da República Portuguesa*. Lei Constitucional n° 1/2005, de 12 de Agosto. Lisboa: Diário da República—I Série-A n° 155.
- AR, 2009. *Aprova a Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas* (Lei Orgânica n° 1-A/2009, de 7 de julho). Lisboa: Diário da República.
- AR, 2013. *Aprova as Grandes Opções do Plano para 2014*. Lei n.º 83-B/2013, de 31 de dezembro. Lisboa: Diário da República, 1.ª série — N.º 253. [Em linha], Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2013/12/25301/0000200057.pdf>. (Consult. 23 fev. 2014).
- CEME, 2011. *Conceito de Apoio Sanitário para o Exército*. Despacho n° 152/CEME/11, de 5 de agosto de 2011.
- CM, 2009. *Aprova a Lei Orgânica do EMGFA*. (Decreto-Lei n° 234/2009, de 15 de setembro). Lisboa: Diário da República.
- CMN, 2013. *Apontamento do Diretor*.
- Coelho, AR, 2013. (Diretor Geral, DGPRM). *A Medicina Militar e os desafios da unificação*. Entrevistado por CMG Jesus Silva. Lisboa, 25 out. 2013.
- Cunha, MP et al, 2006. *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. 6ª Edição Revista e Aumentada. Editora RH.
- Darré, E., 2010. *The Military Health Service Transforms*. MCIF 2/4-2010.
- Desola J, Crespo A, Garcia A, Salinas A, Sala J, Sánchez U., 1998. *Indicaciones y contraindicaciones de la oxigenoterapia hiperbárica*. JANO/Medicina 1998; LIV(1260): 5-11.
- DGS, 2014. [Em linha], Disponível em: <http://www.dgs.pt/saude-ocupacional/apresentacao.aspx>. (Consult. em abr. 2014).
- Duarte, JMG, 2006. *Medicina Aeronáutica: Uma Componente Aérea da Saúde Militar*. Revista Militar. [Em linha], Disponível em: www.revistamilitar.pt/artigopdf.php?art_id=120, [Consult. em 8 fev. 2014]
- eHow Brasil, 2014. [Em linha], Disponível em: http://www.ehow.com.br/medicina-preventiva-ocupacional-sobre_61200/ (Consult. em 4 abr. 2014).
- ERS, 2009. Guia do Utente do Serviço Nacional de Saúde, citado em *Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS*; fevereiro de 2009. [Em linha], Disponível em:



https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/86/ERS_-

[_Estudo do Acesso aos Cuidados de Saude Primarios - Relatorio.pdf](#) (Consult. em 28 fev. 2014).

ERS, 2011. *Estudo sobre a organização e desempenho das unidades locais de saúde – relatório preliminar I*, 24 de fevereiro de 2011. [Em linha], Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/39/ULS_11.pdf (Consult. em 27 nov. 2013).

Gov. UK, 2010. *MOD*. [Em linha], Disponível em: <http://www.thinkdefence.co.uk/2010/10/mod-org-chart/> (Consult. em 8 mar. 2014).

Gov. UK, 2014. *Defense Medical Services*. [Em linha], Disponível em: <https://www.gov.uk/defence-medical-services> (Consult. em 8 mar. 2014).

Graça, AMNS, 2014. *A Medicina Militar e os desafios da unificação*. Entrevistado por CMG Jesus Silva. Lisboa, 25 de fevereiro de 2014.

Guerra, P, 2013. *Formação pós-graduada em medicina e enfermagem na escola do serviço de saúde militar*. TII do CPOG 2012/2013. Lisboa, IESM.

ICMM, 2009. *Statutes of International Committee of Military Medicine*. 5 october. [Em linha], Disponível em: http://www.cimm-icmm.org/page/statuts/STATUT_ANG.pdf (Consult. em 27 nov. 2013).

IESM, 2012. NEP ACA 018, julho de 2012.

IESM, 2013. Temas para TII/CPOG – 2013/2014.

INAC, 2014. *Instituto Nacional de Aviação Civil*. [Em linha], Disponível em: <http://www.inac.pt/vPT/Generico/MedicinaAeronautica/Paginas/MedicinaAeronautica.aspx> (Consult. em 8 mar. 2014).

Infopédia, 2013. *Medicina*. Porto: Porto Editora, 2003-2013. [Em linha], Disponível em [www: <URL: http://www.infopedia.pt/termos-medicos/medicina;jsessionid=7tE6v631gebpG9pqtvowDQ_>](http://www.infopedia.pt/termos-medicos/medicina;jsessionid=7tE6v631gebpG9pqtvowDQ_). [Consult. 2013-10-04].

Lopes, CMPV, 2007. *Como estruturar a relação da ADM com o Sistema de Saúde das Forças Armadas*. TII do CPOG 2006/2007, Lisboa, IESM.

Marinha, 1999. *Despacho 17/99, de 3 de Março, do Almirante Chefe do Estado-Maior da Armada (CEMA)*. Lisboa: OA1 10/10-3-99.

Marinha, 2001. *Despacho nº 001/01, de 14MAI, do Vice-Almirante Superintendente dos Serviços do Pessoal (SSP)*. Lisboa: OP1 39/24-05-2001.

MCIF, 2014. *Almanac – Military Medical Corps Worldwide*. Medical Corps International Forum. Edition 2014.



- MDN, 1999. *Define o Estatuto dos Militares das Forças Armadas (EMFAR)*. (DL n.º 236/99, de 25 de junho). Lisboa: Diário da República.
- MDN, 2009a. *Lei Orgânica do Exército*. Decreto-Lei n.º 231/2009, de 15 de setembro. Lisboa: Diário da República, 1.ª série — N.º 179.
- MDN, 2009b. *Lei Orgânica da Marinha*. Decreto-Lei n.º 233/2009, de 15 de setembro. Lisboa: Diário da República, 1.ª série — N.º 179.
- MDN, 2011. *Cria equipa para apresentar modelo integrado de organização e gestão do SSM*. (Despacho n.º 15302/2011, de 11 de novembro). Lisboa: Diário da República.
- MDN, 2012a. *Cria o Polo de Lisboa do HFAR*. (Decreto-Lei n.º 187/2012, de 16 de agosto). Lisboa: Diário da República.
- MDN, 2012b. *Transferência do CMSH para o HFAR-PL*. (Despacho n.º 1125072012, de 20 de agosto). Lisboa: Diário da República.
- MDN, 2012c. *Transferência do CMSH para o HFAR-PL*. (Despacho n.º 14711/2012, de 16 de novembro). Lisboa: Diário da República.
- MDN, 2013a. *Cria uma equipa técnica com o objetivo de estudar e apresentar a proposta do programa funcional para o Polo do Porto do HFAR*. (Despacho n.º 2659/2013, de 30 de janeiro). Lisboa: Diário da República.
- MDN, 2013b. *Aprova o Regulamento Interno do Polo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas (HFAR)*. (Despacho n.º 5566/2013, de 1 de abril). Lisboa: Diário da República.
- MDN, 2013c. *Cria o Campus de Saúde Militar*. (Despacho n.º 7002/2013, de 30 de maio). Lisboa: Diário da República.
- MDN, 2014a. *Aprova o Programa Funcional para o HFAR/PP*. (Despacho n.º 2064/2014, de 24 de janeiro). Lisboa: Diário da República.
- MDN, 2014b. *Aprova o novo modelo integrado preconizado para a Saúde Militar*. (Despacho n.º 2943/2014, de 31 de janeiro). Lisboa: Diário da República.
- Meer, R, 2009. *The Netherlands Military Medical Services*. Medical Corps International Forum, 1/2009. [Em linha], Disponível em: <http://www.mci-forum.com/media/epaper/20/flash.html> [Consult. em 8 mar. 2014].
- Mendes, NAMC, 2013. *A Medicina Operacional e a Prontidão da Componente Operacional do Sistema de Forças*. TII do CPOG 2012/2013, Lisboa, IESM.
- NATO, 2006. *AJP-4.10(A) - Allied Joint Medical Support Doctrine*. COMEDS approved ratification draft. NATO/PFP Unclassified.
- NATO, 2009. *Multinational Medical Support in NATO*, JALLC Report, JALLC/CG/09/093, 13 July 2009.



- Nédellec, G, 2012. *The French Armed Forces Military Medical Service*. [Em linha], Disponível em: <http://www.mci-forum.com/category/interviews/290-the-french-armed-forces-military-medical-service.html> (Consult. em 14 fev. 2014).
- NLD MOD, 2013. *Netherlands Defense Organization*. Ministry of Defense (Power Point), June 2013.
- OM, 2009. *Competência em Medicina Hiperbárica e Subaquática*. Revista da Ordem dos Médicos, nº 103, Julho/Agosto 2009.
- PCM, 2008. *Reorganização da estrutura orgânica do Ministério da Defesa Nacional*, em linha com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2006, de 30 de março, na sequência da aprovação do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE). (Resolução do Conselho de Ministros nº 39/2008, de 28 de fevereiro). Lisboa: Diário da República.
- PCM, 2011. *Programa do XIX Governo Constitucional*. [Em linha], Disponível em: http://www.portugal.gov.pt/media/130538/programa_gc19.pdf. (Consult. em 23 fev. 2014).
- PCM, 2013. *Reforma “Defesa 2020”*. (RCM nº 26/2013, de 11 de abril).
- PE, 2003. [Em linha], Disponível em: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+WQ+E-2003-1947+0+DOC+XML+V0//PT> (Consult. em 19 fev. 2014)
- Quivy, R.. et al., 2005. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª Edição ed. s.l.:Gradiva.
- Ribeiro, AS, 2009. *Teoria Geral da Estratégia. O essencial ao processo estratégico*. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Roque, AFS, 2009. *Medicina Militar: componente operacional*. TII do CPOG 2008/2009, Lisboa, IESM.
- Santana, JN, 2012. *Saúde Militar em Contexto Operacional*. V Jornadas da ESSM. Lisboa, 8 de outubro de 2012.
- Silveira, SPER, 2013. *Criação do Campus de Saúde Militar. Um projeto para o futuro*. TII do CPOG 2012/2013, Lisboa, IESM.
- Sousa, JGA, 2006. *A medicina hiperbárica. Uma especificidade da medicina naval*. Revista Militar. [Em linha], Disponível em: http://www.revistamilitar.pt/artigo.php?art_id=119 (Consult. em 8 fev. 2014).
- Sousa, JGA, 2012. *A Saúde Militar, perspetivas futuras*. TII do CPOG 2011/2012, Lisboa, IESM.



SSA, 2014a. *Presentation*. [Em linha], Disponível em: <http://www.defense.gouv.fr/sante/le-ssa/presentation/presentation> (Consult. em 14 fev. 2014).

SSA, 2014b. *Soutien médical opérationnel*. [Em linha], Disponível em: <http://www.defense.gouv.fr/sante/le-ssa-en-operation/chaine-sante/soutien-medical-operationnel> (Consult. em 14 fev. 2014).

SSA, 2014c. *Projet du service de santé des armées « SSA 2020 »*. [Em linha], Disponível em: <http://www.defense.gouv.fr/sante/dossiers/projet-du-service-de-sante-des-armees-ssa-2020> (Consult. em 14 fev. 2014).

UTITA, 2013. Apontamento do Diretor.

WONCA EUROPA, 2002. *A definição europeia de medicina geral e familiar (clínica geral / medicina familiar)*. [Em linha], Disponível em:

<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf> (Consult. em 14 fev. 2014).



Anexo A – Estrutura da área clínica do Polo de Lisboa do HFAR

“3-A área clínica da Polo de Lisboa do HFAR tem a seguinte estrutura:

a) Departamento de Medicina:

i) Serviços hospitalares

Cardiologia

Medicina Interna

Neurologia

Psiquiatria

Dermatologia

Endocrinologia

Gastrenterologia

Pneumologia

ii) Unidades funcionais

Nefrologia

Oncologia Médica

iii) Unidades integradas no Serviço de Medicina Interna

Hematologia

Imunoalergologia

Infeciologia

Reumatologia

b) Departamento de Cirurgia:

i) Serviços hospitalares

Anestesiologia

Cirurgia Geral

Medicina Dentária/Estomatologia

Oftalmologia

Ortopedia

Otorrinolaringologia

Ginecologia

Urologia

ii) Unidade funcional

Cirurgia Plástica e Reconstructiva

iii) Unidades integradas no Serviço de Cirurgia Geral

Cirurgia Vasculiar



Neurocirurgia

iv) Bloco operatório e Central de esterilização

c) Departamento de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica:

i) Serviços hospitalares

Anatomia Patológica

Imagiologia

Medicina Nuclear

Patologia Clínica

Medicina Física e Reabilitação

ii) Unidade funcional

Medicina Transfusional

d) Departamento de Cuidados Críticos:

i) Serviço de Urgência

ii) Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios

e) Centro Militar de Medicina Preventiva” (MDN, 2013b, pp. 13580-81).



Anexo B – NATO Medical Capabilities

“Medical Capabilities

1030. *Within NATO, the medical resources and assets are usually distributed into four tiers on a progressive basis to conduct treatment, evacuation, re-supply and other functions essential to the maintenance of the health of the force. All component medical facilities are categorised into four Roles, defined according to the minimum clinical capability available in a facility, not the capacity or manoeuvrability. (...)*

1032. *MC 326/2 defines the standard capability of the Role 2 MTF. (...)*

1033. *As a general rule, as medical support capabilities are increased, they do so at the price of increased requirements for complex equipment, personnel and supplies, which in turn requires increased lift and other support, thereby limiting their mobility. (...)*

1034. *Under battle conditions the flow of casualties generally follows the pattern from Role 1 to Role 3 facilities. Then medical evacuation to Role 4 care takes place as appropriate. (...)*

Medical Treatment Facilities (MTF)

1036. *MTFs should, where appropriate, be as mobile and robust as the units they need to support, within the time related constraints of medical care and the provision of medical evacuation assets.*

Role 1 MTF

1037. *The Role 1 MTF provides primary health care, specialised first aid, triage, resuscitation and stabilisation. Generally Role 1 medical support is ultimately a national responsibility and it must be readily and easily available to all force personnel. (...)*

Role 2 MTF

1041. *MC 326/2 significantly recognised the clinical enhancement at Role 2 and defined Role 2 as: “A Role 2 MTF is a structure capable of the reception and triage of casualties, as well as being able to perform resuscitation and treatment of shock to a higher level than Role 1. It will routinely include DCS and may include a limited holding facility for the short term holding of casualties until they can be returned to duty or evacuated”. (...).*

Therefore Role 2 MTFs are now classified into Role 2 Light Manoeuvre and Role 2 Enhanced.

Role 2 Light Manoeuvre (2LM)

1044. *Role 2LM MTFs are light, highly mobile MTFs to support component formations (normally brigade equivalent level). (...)*



A Role 2LM MTF is able to conduct triage and advanced resuscitation procedures up to DCS. It will usually evacuate its post surgical cases to Role 3 (or Role 2E) for stabilisation and possible primary surgery before evacuation to Role 4. (...)

Role 2 Enhanced (2E)

1046. Role 2 Enhanced (2E) MTFs are effectively small field hospital. They provide basic secondary health care, built around primary surgery, ICU and nursed beds. A Role 2E MTF is able to stabilise post-surgical cases for evacuation to Role 4 without needing to put them through a Role 3 MTF first. (...)

Role 3 MTF

1049. Role 3 MTFs are designed to provide theatre secondary health care within the restrictions of the Theatre Holding Policy. Role 3 medical support is deployed hospitalisation and the elements required to support it. It basically includes surgical at primary surgery level, ICU, nursed beds and diagnostic support. Depending on mission characteristics it includes a mission-tailored variety of clinical specialities, focussed on the provision of emergency medical care. This does not exclude nations to include other specialities as well. (...)

Role 4 MTF

1052. A Role 4 MTF provides the full spectrum of definitive medical care that cannot be deployed to theatre or is too time consuming to be conducted there.” (NATO, 2006, pp. 1-8/1-13)



Anexo C – Glossário de termos

Agrupamento Sanitário - unidade, de organização modular, destinada a apoiar uma Brigada ou a destacar módulos, de acordo com a unidade e tipologia de apoio a prestar. Integra cuidados desde o Role 1 ao Role 2E e Evacuação Sanitária (simples e assistida); efetua o planeamento de Apoio Sanitário em operações, a ativação de uma Equipa de Planeamento e Coordenação da Evacuação (*PECC – Planning Evacuation Coordination Cell*), o desenvolvimento de ações de informações médicas (*Medical Intelligence*) e o reabastecimento de material sanitário. (CEME, 2011, p. 6)

Autoridade funcional - tipo de autoridade conferido a um órgão para superintender processos, no âmbito das respectivas áreas ou actividades específicas, sem que tal inclua competência disciplinar. (MDN, 2009b, p. 6436)

Autoridade técnica - tipo de autoridade que permite a um titular fixar e difundir normas de natureza especializada, sem que tal inclua competência disciplinar. (MDN, 2009b, p. 6436)

Câmaras hiperbáricas - são compartimentos estanques, habitualmente cilíndricos (para uma mais uniforme distribuição das pressões sobre a sua superfície interna), construídos com materiais resistentes a elevadas pressões, classificadas como dispositivos médicos tipo IIB (directiva 93/42 CCE de 14 de Junho de 1993, relativa a dispositivos médicos), destinados ao tratamento e atenuação de doenças e investigação. (Desola, 1998, citado por Sousa, 2006)

Centro de Saúde - unidade básica do SNS para atendimento e prestação de cuidados de saúde à população. (ERS, 2009)

Centro de Saúde Militar - estrutura, modular e flexível, vocacionada para a prestação de cuidados de saúde, em complemento das actividades desenvolvidas pelos PS das U/E/O, na forma de Apoio de Área. Compete-lhe ainda o levantamento dos encargos operacionais bem como garantir o preenchimento dos efetivos em OB que lhe forem determinados. (CEME, 2011, p. 5)

Centros de Saúde de Terceira Geração – são Centros de Saúde dotados de personalidade jurídica e de autonomia técnica, administrativa e financeira. (ERS, 2009)

Chefe do Estado-Maior General das Forças Armadas (CEMGFA) – é conselheiro do Governo para a definição da estratégia geral militar e é o responsável pela estratégia operacional da defesa militar, sendo apoiado pelos Chefes Militares dos três Ramos das FFAA. (Ribeiro, 2009, p. 114)



Chefes Militares dos Ramos das Forças Armadas – estão incumbidos das estratégias particulares e da realização das ações sectoriais a cargo de cada um. Reportam ao Ministro da Defesa Nacional nas matérias de natureza administrativa e ao CEMGFA para assuntos de natureza operacional. (Ribeiro, 2009, p. 114, 115)

Condição militar – (...) caracteriza-se:

- a) Pela subordinação ao interesse nacional;
- b) Pela permanente disponibilidade para lutar em defesa da Pátria, se necessário com o sacrifício da própria vida;
- c) Pela sujeição aos riscos inerentes ao cumprimento das missões militares, bem como à formação, instrução e treino que as mesmas exigem, quer em tempo de paz, quer em tempo de guerra;
- d) Pela subordinação à hierarquia militar, nos termos da lei;
- e) Pela aplicação de um regime disciplinar próprio;
- f) Pela permanente disponibilidade para o serviço, ainda que com sacrifício dos interesses pessoais;
- g) Pela restrição, constitucionalmente prevista, do exercício de alguns direitos e liberdades;
- h) Pela adopção, em todas as situações, de uma conduta conforme com a ética militar, por forma a contribuir para o prestígio e valorização moral das forças armadas;
- i) Pela consagração de especiais direitos, compensações e regalias, designadamente nos campos da Segurança Social, assistência, remunerações, cobertura de riscos, carreiras e formação. (Lei n.º 11/89 de 1 de Junho, Art. 2.º)

Conselho de Defesa (UK) - órgão superior, presidido pelo Secretário de Estado, e a sua principal responsabilidade é a de apoiar a liderança estratégica da Defesa. Os seus principais objetivos são: o alinhamento dos recursos com os objetivos; monitorizar o desempenho nos 20 principais projetos da Defesa, monitorizar a performance no recrutamento, treino, motivação e retenção do pessoal e analisar o desempenho e a gestão de riscos.

Cuidados continuados - os cuidados de saúde terciários, também designados cuidados continuados integrados, designam o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de



dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho). (ERS, 2011, p. 13)

Cuidados de saúde primários – cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, **colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade**, mediante sua plena participação e **a um custo que a comunidade e o país pode manter** em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o **primeiro nível de contato com os indivíduos**, da família e da comunidade **com o sistema nacional de saúde** pelo qual os cuidados de saúde são **levados** o mais proximamente possível **aos lugares onde pessoas vivem e trabalham**, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Declaração de Alma-Ata, 1978, artigo VI)

Cuidados secundários ou hospitalares - os cuidados secundários ou hospitalares podem ser definidos como o conjunto de actividades de prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde, bem como de diagnóstico, tratamento/terapêutica e reabilitação, em ambiente hospitalar e realizadas a doentes em fase aguda de doença, cujos episódios se caracterizam pela necessidade de intervenções especializadas, exigindo o recurso a meios/recursos com tecnologia diferenciada. (ERS, 2011, p. 12)

Cultura organizacional - conjunto de assunções implícitas partilhadas e tomadas como verdadeiras por um grupo, as quais determinam o modo como esse grupo percebe, pensa e reage aos seus vários ambientes. (Cunha, 2007, p. 636)

Discriminar - o verbo discriminar refere-se ao ato de estabelecer diferenças, de distinguir e diferenciar. Refere-se também ao ato de separar, segregar e marginalizar, tendo por base essas mesmas diferenças. Pode significar ainda o ato de especificar listando, relacionando, descrevendo, precisando. É muito utilizado para referir discriminações raciais, religiosas, sociais, (...). [Em linha], (Disponível em: <http://duvidas.dicio.com.br/discriminar-ou-descriminar/>. Consult. em 25 mar. 2014)

Estado-Maior General das Forças Armadas (EMGFA) – órgão de estado-maior do Ministro da Defesa Nacional para a estratégia da defesa militar. (Ribeiro, 2009, p. 80)



Medicina aeronáutica - área da Medicina que estuda, avalia e certifica o pessoal navegante, pilotos, técnicos de voo e controladores de tráfego aéreo. (INAC, 2014)

Medicina geral e familiar - a Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar) é uma disciplina académica e científica, com os seus próprios conteúdos educacionais, investigação, base de evidência e atividade clínica; é uma especialidade clínica orientada para os cuidados primários. (WONCA EUROPA, 2002, p. 6)

Medicina hiperbárica - dedica-se ao estudo e tratamento das doenças susceptíveis de regredirem ou de melhorarem com a exposição dos seus portadores a elevadas pressões, ambiente e de oxigénio molecular, por meio da inalação deste gás, de ar, ou de outras misturas gasosas respiráveis, no interior de compartimentos estanques hiperpressurizados (câmaras hiperbáricas) e engloba a terapêutica hiperbárica e a oxigenoterapia hiperbárica. (Sousa, 2006)

Medicina Militar - “... to be understood as the activities listed below, performed both under conditions of war and in times of peace:

a. diagnostic and curative medical and surgical activities in all their specialties, when performed for the benefit of individuals or groups pertaining to military personnel;

b. preventive medicine, hygiene and industrial medicine in a military environment;

c. techniques for assessing physical and mental aptitudes required for various military functions;

d. survey medicine in all military matters;

e. specific forms of mass medicine;

f. odontostomatology in a military environment;

g. pharmacy in a military environment;

h. activities of veterinary sciences when such activities contribute to the forms of human medicine listed above, in particular hygiene of food and zoonosis prevention, or relate to animal physiopathology in a military environment;

i. administrative, organizational and logistical activities associated with missions pertaining to the various branches of military medicine;

j. studies and research work relating to the activities listed above.” (ICMM, 2009, pp. 3-4)

Medicina preventiva – ela lida com questões de saúde relacionadas à prevenção de doenças ao nível de indivíduos e da comunidade. A medicina preventiva é subdividida em três especialidades: saúde pública e medicina preventiva geral, medicina aeroespacial e medicina ocupacional. (eHow Brasil, 2014)



Órgão de apoio a mais de um Ramo – “(...) é um órgão que inserido na estrutura de um determinado Ramo, tem por missão assegurar um apoio integrado, dispondo, por isso, de recursos dos Ramos apoiados.” (Roque, 2009, p. 41)

Oxigenoterapia hiperbárica (OTHB) - modalidade de tratamento baseada na inalação de oxigênio puro em ambiente hiperbárico, isto é, a uma pressão ambiente superior à pressão atmosférica, medida ao nível do mar. (Desola, 1998, citado por Sousa, 2006)

Pelotão Sanitário - orgânico das UEB, apoia-se em duas estruturas – Secção de Posto de Socorros (SecPS) e Secção Sanitária (SecSan). A SecPS vocacionada para efetuar o Apoio Sanitário diferenciado (médico e enfermeiro) dentro da unidade como um todo; a Secção Sanitária dirigida para o Apoio Sanitário direto diferenciado (enfermeiro) às UEC orgânicas e garantir a Evacuação Sanitária das UEC para o PS (conforme organização decidida pelo comandante). As estruturas referidas têm efetivo suficiente para funcionarem em simultâneo e garantirem em permanência o Apoio Sanitário adequado ao nível a que se destinam (UEB e UEC) e a evacuação dentro da UEB, sem recurso a adicionais. (CEME, 2011, pp. 6-7)

Posto de Socorros - estruturas sanitárias de proximidade vocacionadas para a prestação de cuidados de saúde não diferenciados ao nível das U/E/0 na forma de Apoio Próximo. (CEME, 2011, p. 5)

Saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade. (Organização Mundial da Saúde - OMS)

Saúde ocupacional – a Saúde Ocupacional é uma área de intervenção prioritária que valoriza o local de trabalho como espaço privilegiado para a prevenção primária dos riscos ocupacionais, a protecção e promoção da saúde e o acesso aos serviços de saúde dos trabalhadores. (DGS, 2014)

Secção Sanitária - orgânica das UEC independentes dos ECOSF, constituída por duas equipas - interdependentes – uma de Apoio Sanitário e uma de Ambulância, com efetivo suficiente para funcionarem em simultâneo e garantirem em permanência o Apoio Sanitário diferenciado (enfermeiro) e evacuação ao seu nível. (CEME, 2011, p. 7)

Serviço de Utilização Comum – órgão e/ou serviço especializado, localizado em estabelecimento de saúde de um dos Ramos (...) funciona com os recursos humanos e materiais próprios do Ramo onde está sediado e proporciona atendimento aos utentes dos três Ramos das FFAA. (Roque, 2009, p. 41)



Sistema de Saúde Militar - conjunto de entidades que interagem para a realização dos objetivos da saúde militar. (Roque, 2009, p. 41)


Unidade de Saúde Operacional - estrutura, modular e flexível, vocacionada para enquadrar a prestação de cuidados de saúde desenvolvidos pelos Postos de Saúde e Centros de Saúde Militar, na forma de Apoio de Área. Compete-lhe ainda o levantamento dos encargos operacionais bem como o garantir o preenchimento dos efetivos em OB que lhe forem determinados. (CEME, 2011, p. 5)



Apêndice 1 - Diagrama de validação das Hipóteses

OBJETIVO GERAL		QUESTÃO CENTRAL		
Procurar contribuir para a identificação dos desafios que a MM enfrenta, no contexto da atual reestruturação do SSM.		De que forma deverá evoluir a MM, no intuito de enfrentar desafios decorrentes do atual processo de unificação?		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	QUESTÕES DERIVADAS	HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	VALIDAÇÃO DAS HIPÓTESES	
<p>OE1: Identificar o ponto de situação da MM, em Portugal.</p> <p>OE2: Identificar em que medida se justifica a manutenção de uma componente operacional da MM, nos Ramos.</p>	<p>QD1: Será que se justifica a manutenção de uma componente operacional da MM, na dependência dos Ramos das FFAA?</p>	<p>H1: As especificidades que distinguem os Ramos das FFAA, justificam a manutenção de uma componente operacional da MM, na dependência do Ramo.</p>	<p>i) Os CSP, essenciais a qualquer sistema de saúde, são o suporte da componente operacional da MM, nos Ramos;</p> <p>ii) O CMSH é uma estrutura diferenciada, responsável pelos cuidados primários, específicos e especializados de apoio ao mergulho e à atividade submarina, pelos cuidados diferenciados hospitalares e, ainda, pelo treino operacional desta área de competência, pelo que se trata de uma unidade indispensável à prontidão da Esquadra;</p> <p>iii) O CMA é responsável pela seleção, creditação e certificação do pessoal de voo, no que à aptidão física e psíquica para o desempenho operacional diz respeito sendo, portanto, imprescindível a uma organização militar que opere meios aéreos;</p> <p>iv) O HC é orgânico do AgS, com quadros técnicos de cuidados diferenciados em OB, apesar de prestarem serviço em permanência no HFAR.</p>	
<p>OE3: Identificar em que medida a prestação de cuidados secundários de saúde, pelo HFAR, é uma componente importante do SSM e, consequentemente, da MM.</p>	<p>QD2: Como se encontram enquadrados os cuidados secundários da MM, em Portugal?</p>	<p>H2: A atual realidade do HFAR permite responder, em si, às necessidades de cuidados secundários das FFAA.</p>	<p>i) O HFAR-PL teve que ser instalado num só local, com estruturas notoriamente insuficientes;</p> <p>ii) Ao HFAR-PL não foi possível englobar todas as valências existentes nas anteriores estruturas hospitalares;</p> <p>iii) No HFAR-PL persiste a falta de idoneidade formativa da maioria dos serviços hospitalares, pelo que os médicos internos continuam a ter que obter a sua diferenciação e especialização através de estágios realizados em hospitais do SNS;</p> <p>iv) Os cuidados de convalescença foram colocados sob a responsabilidade do IASFA;</p> <p>v) O SU do HFAR-PL não constitui um lugar de excelência para formação dos seus profissionais de saúde;</p> <p>vi) O HFAR não tem, na atual conjuntura, capacidade para se transformar num <i>Role 4</i>.</p>	



OBJETIVOS ESPECÍFICOS	QUESTÕES DERIVADAS	HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	VALIDAÇÃO DAS HIPÓTESES	
OE4: Caraterizar a MM em países amigos (Reino Unido, França e Holanda).	QD3: Qual a realidade da MM no Reino Unido, em França e na Holanda?	H3: A realidade da MM no Reino Unido, em França e na Holanda tem estado em transformação mas mantém diferenças estruturais.	i) Enquanto no UK os cuidados secundários são fornecidos através do NHS e os CSP pelo MOD, através dos DMS, o SSA francês é uma capacidade conjunta, na dependência do CDEMA, responsável por assegurar todo o apoio médico e, na Holanda, os CSP são responsabilidade do Ramos e os secundários uma responsabilidade partilhada com o SNS; ii) O UK e a Holanda possuem estruturas hospitalares co-localizadas com o SNS, em contraponto com o SSA, que possui estruturas hospitalares próprias; iii) O UK emprega médicos militares e civis, em diferentes áreas de especialidade, e o candidato, para se juntar aos DMS, como médico militar, terá que o fazer através de um dos três Ramos, enquanto o SSA recruta, em cerca de 95% dos casos, candidatos que terminam os estudos liceais e, na Holanda, os médicos militares são recrutados pelo DGO, após graduação universitária e são sobretudo generalistas e especialistas em Saúde Ocupacional, sendo os especialistas recrutados pelo IDR.	
OE5 – (Re)Criar um modelo para a MM.	QD4: Que modelo para a MM, em Portugal?	H4: É possível (re)criar o modelo da MM, no contexto do processo de unificação.	i) As mudanças na economia nacional, orçamento militar limitado e novas tecnologias militares levaram à gradual redução do quantitativo de RH das FFAA, com influência direta nos cuidados de saúde militares, pelo que importa procurar (re)criar o modelo da MM; ii) O modelo preconizado incluirá, no topo da pirâmide, uma Direção de Saúde Militar, na dependência do EMGFA, de cujo <i>staff</i> deverão fazer parte o Diretor do HFAR, os Diretores de Saúde dos Ramos e o Inspetor de SM; iii) Parece-nos razoável integrar no SSM a Divisão de Saúde Militar, responsável por estudar e propor medidas de política de saúde militar; iv) As DS devem permanecer sob dependência hierárquica do CEM respetivo e ser responsáveis por garantir a componente operacional da SM, em cada Ramo; v) Após encerrado o processo de criação do HFAR-PL, importa incrementar o seu crescimento infraestrutural e protocolar com uma única entidade, pública, as áreas em carência no HFAR e que, em nosso entender, deveria ser o HSM.	