

**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR  
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS  
CURSO DE PROMOÇÃO A OFICIAL GENERAL  
2021/2022**



**TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL**

**O PAPEL DAS DIREÇÕES DE SAÚDE DOS RAMOS NO CONTEXTO DA  
PROPOSTA DE CENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE MILITAR**

**O TEXTO CORRESPONDE A TRABALHO FEITO DURANTE A  
FREQUÊNCIA DO CURSO NO IUM SENDO DA RESPONSABILIDADE DO  
SEU AUTOR, NÃO CONSTITUINDO ASSIM DOCTRINA OFICIAL DAS  
FORÇAS ARMADAS PORTUGUESAS OU DA GUARDA NACIONAL  
REPUBLICANA.**

**João Pedro Vieira Branco  
Capitão-de-mar-e-guerra**



**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR**  
**DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS**

**O PAPEL DAS DIREÇÕES DE SAÚDE DOS RAMOS NO**  
**CONTEXTO DA PROPOSTA DE CENTRALIZAÇÃO DA**  
**SAÚDE MILITAR**

**CMG MN João Pedro Vieira Branco**

Trabalho de Investigação Individual do CPOG 2021/2022

Pedrouços 2022



**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR**  
**DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS**

**O PAPEL DAS DIREÇÕES DE SAÚDE DOS RAMOS NO**  
**CONTEXTO DA PROPOSTA DE CENTRALIZAÇÃO DA**  
**SAÚDE MILITAR**

**CMG MN João Pedro Vieira Branco**

Trabalho de Investigação Individual do CPOG 2021/2022

Orientador: Orientador: COM MN Luís Carlos Bronze Santos Carvalho

Oficial apoiante de MIC: TCOR TMMA Nuno Alberto Rodrigues Santos  
Loureiro

Pedrouços 2022



### **Declaração de compromisso anti plágio**

Eu, João Pedro Vieira Branco, declaro por minha honra que o documento intitulado “**o papel das Direções de Saúde dos Ramos no contexto da proposta de centralização da Saúde Militar**” corresponde ao resultado da investigação por mim desenvolvida, enquanto auditor do Curso de Promoção a Oficial General 2021/2022 no Instituto Universitário Militar, e que é um trabalho original, em que todos os contributos estão corretamente identificados em citações e nas respetivas referências bibliográficas.

Tenho consciência que a utilização de elementos alheios não identificados constitui grave falta ética, moral, legal e disciplinar.

Pedrouços, 06 de maio de 2022

João Pedro Vieira Branco  
Capitão-de-mar-e-guerra Médico Naval



## **Agradecimentos**

O presente trabalho representa o culminar do Curso de Promoção a Oficial General, para o qual a nomeação representa uma honra por si só, que muito agradeço à Marinha. Representa também um ponto decisivo de uma carreira para a qual muitos contribuíram e sem os quais nunca teria sido possível tal trajecto.

Assim, este trabalho não estaria completo sem agradecer aqueles que para isso contribuíram. Não se tratando de um agradecimento exaustivo, já que na vida todos deixam uma marca, começo por agradecer a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para o meu crescimento enquanto homem e profissional.

Uma palavra especial aos camaradas do CPOG 2021/2022, dignos representantes do espírito de entreajuda e sã camaradagem, que nunca esquecerei.

Ao meu orientador, COM MN Luís Bronze, e ao meu oficial apoiante de MIC, TCOR Nuno Loureiro, por todo o apoio que permitiu levar a bom porto esta tarefa e a todos os que, direta ou indiretamente, comigo colaboraram na elaboração deste estudo, com uma palavra especial para os entrevistados.

Aos meus pais, por representarem exemplos de vida que procuro seguir.

À Sol, por me acompanhar e apoiar, pacientemente, permitindo-me a serenidade e disponibilidade necessárias para o desenvolvimento profissional.

À Marta e à Lara, razões maiores da minha vida.



## Índice

1. Introdução .....	1
2. Os racionais do projeto de CSM em relação às DS .....	6
2.1. Génese .....	6
2.2. Desenvolvimento dos estudos da CSM.....	6
2.3. Últimos desenvolvimentos .....	12
2.4. Síntese conclusiva .....	13
3. A missão e competências das DS no contexto de CSM .....	14
3.1. Análise do inquérito .....	14
3.2. Análise das entrevistas .....	16
3.3. Síntese conclusiva .....	22
4. Os Sistemas de Saúde de FFAA congéneres com SM centralizada .....	23
4.1. Espanha .....	23
4.2. Bélgica .....	25
4.3. França.....	26
4.4. Síntese conclusiva .....	27
5. Contributos para o modelo organizacional das DS, no contexto da proposta de CSM...29	
5.1. Propostas gerais .....	29
5.2. Propostas relativas à CCSM.....	31
5.3. Propostas relativas à DIRSAM .....	31
5.4. Propostas relativas às DS.....	33
5.5. Síntese conclusiva .....	34
6. Conclusões .....	36

## Índice de Apêndices

Apêndice A — Caracterização das modalidades de ação .....	Apd A-1
Apêndice B — Entrevistas e questionário.....	Apd B-1
Apêndice C — Análise S.W.O.T. / T.O.W.S. ....	Apd C-1
Apêndice D — Missão e competências atuais das DS .....	Apd D-1
Apêndice E — Corpo de conceitos .....	Apd E-1



## Índice de Figuras

Figura 1 - Posto dos inquiridos (resultados do inquérito).....	14
Figura 2 - Ramo de origem dos inquiridos (resultados do inquérito) .....	15
Figura 3 - Justificação das DS (resultados do inquérito).....	15
Figura 4 - Configuração para as DS (resultados do inquérito).....	16
Figura 5 - QES que deverão ficar sob gestão das DS (resultados do inquérito) .....	16
Figura 6 - Organograma da saúde nas FFAA de Espanha.....	24
Figura 7 - Organograma da saúde nas FFAA da Bélgica .....	25
Figura 8 - Organograma da saúde nas FFAA de França.....	27

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Missão e competências da DS Marinha .....	Apd D-1
Tabela 2 - Missão e competências da DS Exército .....	Apd D-2
Tabela 3 - Missão e competências da DS Força Aérea .....	Apd D-3

## Índice de Quadros

Quadro 1 - Repartição das responsabilidades na M/A2.....	7
Quadro 2 - Caracterização das M/A.....	Apd A-1
Quadro 3 - Participantes nas entrevistas e inquérito.....	Apd B-1
Quadro 4 - Guião da entrevista A - Participantes nos estudos relativos à CSM..	Apd B-1
Quadro 5 - Guião da entrevista B - Peritos em SM.....	Apd B-2
Quadro 6 - Guião da entrevista C - Militares de FFAA congéneres.....	Apd B-3
Quadro 7 - Guião do inquérito - Médicos militares abrangidos pela CSM.....	Apd B-3
Quadro 8 - Excertos de entrevista - ALM Gouveia e Melo.....	Apd B-4
Quadro 9 - Excertos de entrevista - VALM Henriques Gomes.....	Apd B-5
Quadro 10 - Excertos de entrevista - MGEN Rui Ferreira.....	Apd B-6
Quadro 11 - Excertos de entrevista - COR Inês Loureiro.....	Apd B-7
Quadro 12 - Excertos de entrevista - CMG Ribeiro Correia.....	Apd B-7
Quadro 13 - Excertos de entrevista - MGEN Esmeraldo Alfarroba.....	Apd B-7
Quadro 14 - Excertos de entrevista - CALM Albuquerque e Sousa.....	Apd B-9
Quadro 15 - Excertos de entrevista - COM Halpern Diniz.....	Apd B-9
Quadro 16 - Excertos de entrevista - BGEN Fazenda Branco.....	Apd B-10
Quadro 17 - Excertos de entrevista - BGEN João Mairos.....	Apd B-11



Quadro 18 - Excertos de entrevista - BGEN André Baptista.....	Apd B-12
Quadro 19 - Análise S.W.O.T. ....	Apd C-1
Quadro 20 - Análise T.O.W.S. ....	Apd C-3
Quadro 21 - Corpo de conceitos.....	Apd E-1



## **Resumo**

Apesar da intenção de unificação da saúde militar remontar a várias décadas e ter atravessado vários governos, apenas avançou efetivamente em 2008, por intermédio da Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2008, de 28 de fevereiro, que determinava a criação do Hospital das Forças Armadas.

Desde essa data, não só foram criados os dois polos desse Hospital, mas também se realizaram outros avanços, com o intuito de unificar a Saúde Militar. Um deles foi a centralização, na Direção de Saúde Militar, da gestão dos Quadros Especiais de Saúde.

Este processo de centralização, ainda em curso, apresenta vários aspetos a esclarecer, um deles é o papel das Direções de Saúde dos Ramos.

Com base em entrevistas a cinco responsáveis envolvidos nesse processo, seis peritos em Saúde militar, dois militares de países congéneres e um inquérito respondido por 147 médicos militares (57,4% da totalidade dos médicos militares no ativo), este estudo de caso, sustentado numa estratégia qualitativa e num raciocínio indutivo, propõe contributos para um modelo organizacional para as Direções de Saúde, conclui que serão ainda mais importantes que no quadro anterior, por passarem a aconselhar uma estrutura central, com menos conhecimento dos Ramos das Forças Armadas, sua cultura e idiossincrasias.

## **Palavras-chave:**

Sistema de Saúde Militar; Saúde Militar; Direção de Saúde; Centralização



***Abstract***

Despite the intention to unify the military health dating back several decades, having crossed several governments, it only advanced effectively in 2008, through the resolution of the Council of Ministers that determined the creation of armed forces hospital.

Since that date, not only have the two poles of this hospital been created, but other advances have been made, with the aim of unifying military health. One of them was the centralization, in the directorate of military health, of the management of Health Staff.

This centralization process, still in progress, have many aspects to be clarified, one of them is the role of the Health Departments of the armed forces branches.

Based on interviews with five officers involved in this process, six experts in Military Health, two officers from similar countries and a survey answered by 147 military doctors (57.4% of all active military doctors), this case study, supported by a qualitative strategy and inductive reasoning, proposes contributions to an organizational model for the Health Directorates and concludes that they will be even more important than in the previous picture, as they start to advise a central structure, with less knowledge of the Armed Forces Branches, their culture and idiosyncrasies.

***Keywords:***

Military Health System; Military Health; Health Directorate; Centralization



## Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ADJPC	Adjunto para o Planeamento e Coordenação
CCEM	Conselho de Chefes de Estado-Maior
CCSM	Comissão Consultiva da Saúde Militar
CEMA	<i>Chef d'État-Major des Armées</i>
CEMGFA	Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas
CEO	<i>Chief Executive Officer</i>
CHOD	<i>Chief of Defense</i>
CSM	Centralização da Saúde Militar
DGRDN	Direção-Geral de Recursos da Defesa Nacional
DIPLAEM	Divisão de Planeamento Estratégico Militar
DIRSAM	Direção (ou Diretor) do Serviço de Saúde Militar
DS	Direções de Saúde (dos Ramos das Forças Armadas)
EMGFA	Estado-Maior-General das Forças Armadas
FFAA	Forças Armadas
FND	Forças Nacionais Destacadas
HFAR	Hospital das Forças Armadas
IGESANDEF	<i>Inspector General de Sanidad de la Defensa</i>
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
JECOSAN	<i>Jefatura Conjunta de Sanidad</i>
JEMAD	<i>Jefe del Estado Mayor de la Defensa</i>
M/A	Modalidade de Ação
MDN	Ministério (ou Ministro) da Defesa Nacional
s/n	Sem Número
NATO	North Atlantic Treaty Organization
NBQ	Nuclear, Biológica e Química
OE	Objetivo Específico
OG	Objetivo Geral
QD	Questão Central
QD	Questão Derivada
QES	Quadros Especiais de Saúde
RCM	Resolução do Conselho de Ministros
RH	Recursos Humanos
SM	Saúde Militar
SMER	<i>Submarine Escape &amp; Rescue</i>
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SSM	Sistema de Saúde Militar
TSDT	Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica
UEFISM	Unidade de Ensino, Formação e Investigação em Saúde Militar
UMT	Unidade Militar de Toxicologia
US	Unidades de Saúde



## 1. Introdução

Apesar da intenção de unificação da Saúde Militar (SM) remontar a várias décadas e ter atravessado vários governos, poderá considerar-se que a concretização dessa intenção aconteceu por iniciativa do XVII Governo Constitucional, por intermédio da Resolução do Conselho de Ministros (RCM) n.º 39/2008, de 28 de fevereiro, onde se decidiu pela criação do Hospital das Forças Armadas (HFAR).

Esse desiderato veio a ser concretizado em 2012, já no decurso do XIX Governo Constitucional, através do Decreto-Lei n.º 187/2012, de 16 de agosto, que cria o polo de Lisboa do HFAR, a que se seguiu uma miríade de legislação que desenvolveu e regulou esta instituição. No entanto, todos os diplomas entretanto criados e/ou revistos desde a RCM n.º 39/2008, apenas visavam reorganizar estruturas hospitalares, nada aludindo acerca de reformas na gestão dos Quadros Especiais de Saúde (QES).

Desses, destaca-se o Despacho n.º 2943/MDN/2014, de 31 de janeiro, que vem clarificar o conceito de Sistema de Saúde Militar (SSM):

O SSM compreende a Direção de Saúde Militar [DIRSAM], integrada na estrutura do Estado-Maior-General das Forças Armadas [EMGFA], e as Direções de Saúde [DS] das Forças Armadas [FFAA], integradas na estrutura dos Ramos [...], e deve organizar-se como um sistema integrado.

Integra ainda o SSM a Direção de Serviços de Saúde Militar, a criar na Direção-Geral de Recursos de Defesa Nacional do [Ministério da Defesa Nacional] MDN [DGRDN], enquanto órgão de apoio à decisão política.

Estabelece ainda que:

Serão readaptadas as [DS] das [FFAA], tendo em vista a prestação de cuidados de saúde de proximidade às unidades militares, que deverão constituir-se como meio preferencial de referenciação para o pessoal militar, no ativo e fora da efetividade de serviço [...] e assegurar as condições de aprontamento, quando determinado, de módulos adicionais de capacidades de saúde operacional. A reorganização da prestação de cuidados de saúde de proximidade às unidades militares constituirá uma rede de unidades de saúde [US], atuando na dependência dos Ramos das [FFAA].

A necessidade de proceder a uma reforma na gestão dos QES foi sentida, numa primeira fase, pela DGRDN, principalmente devido à taxa de atrição sentida nas fileiras, em especial nos Médicos Militares (DGRDN, 2017). Foram então iniciados vários estudos, à



data promovidos por essa Direção que, no entanto, não vieram a consubstanciar reformas de monta.

Em 2018, no decorrer do estudo de um grupo de trabalho, criado pelo Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas (CEMGFA), com o objetivo de apresentar um relatório sobre SM, foi levantada a preocupação com o facto das medidas resultantes dos diplomas legais até aí aprovados, não estabelecerem relação de comando entre a DIRSAM e as DS,

[...] não prevendo nenhuma entidade com a capacidade de gerir, de forma integrada, o SSM [...] apesar da legislação apontar para ações de coordenação e de articulação entre os Ramos e o EMGFA, não define os limites nem as responsabilidades dos intervenientes. Esta lacuna ganha particular relevância quando se fala de Recursos Humanos [RH]. (EMGFA, 2018)

Foram, como conclusão desse estudo, propostos ao Ministro da Defesa Nacional (MDN) dois modelos de governação para o SSM, diametralmente opostos no que dizia respeito à autonomia das DS (Memorando n.º 014/CEMGFA/2018, de 14 de novembro).

Na sequência, o MDN determina que seja elaborado novo estudo de avaliação do SSM, a ser desenvolvido pela Dra. Ana Jorge<sup>1</sup> (Despacho s/n/MDN/2019, de 14 de março). Após o referido estudo, que nada refere acerca das DS e sua dependência (Jorge & Valente, 2019), é emitido novo despacho ministerial que, apesar de também nada referir diretamente sobre esse assunto, determina que deve existir um “conhecimento transversal dos recursos e das capacidades existentes nas diferentes US, e [...] criar condições para uma gestão conjunta, centralizada [na DIRSAM]” (Despacho n.º 40/MDN/2019, de 18 de julho).

Esta ordem é consubstanciada por despacho do CEMGFA, que determina que seja proposto um “mecanismo, que crie condições para a gestão conjunta, centralizada na DIRSAM, das diferentes unidades militares de saúde” (Despacho n.º 106/CEMGFA/2019, de 30 de julho). Por aparente contradição, é emitido ofício para a DGRDN, estabelecendo, sem margem para dúvidas, que

[...] relativamente à autoridade hierárquica, funcional e técnica [da DIRSAM] sobre as DS dos Ramos, o EMGFA considera que, esta alteração constitui uma disrupção do modelo atual, pode ser fator de grande desmotivação nos Médicos Militares e de constrangimento no desenvolvimento da carreira [...]. (Ofício n.º 2896/GC-DIRSAM, de 4 de outubro de 2019)

---

<sup>1</sup> Ana Maria Teodoro Jorge, médica e política portuguesa, ex-Ministra da Saúde dos XVII e XVIII Governos Constitucionais.



No entanto, como resposta ao memorando 26/CEMGFA/2019, de 20 de novembro, que por ser classificado aqui não se reproduz, o MDN emite novo despacho, determinando que “a centralização da gestão da [SM] na DIRSAM é indispensável ao surgimento de um verdadeiro e efetivo SSM. [O que] implica o estabelecimento de um modelo de gestão global e centralizado dos [QES]”. Determina ainda que “o modelo de gestão global e centralizado dos [RH] implicará [...], no devido momento, a revisão das competências do CEMGFA, dos Chefes dos Ramos e da DIRSAM, bem como das atuais estruturas de topo da [SM] existentes nos Ramos”, dando um prazo ao CEMGFA para submeter à sua consideração as alterações legislativas que o permitam concretizar (Despacho n.º 68/MDN/2019, de 16 de dezembro).

Internamente, o CEMGFA determina então ao Adjunto para o Planejamento e Coordenação (ADJPC), que

[...] no âmbito da centralização da gestão da [SM] na DIRSAM [lhe deverá apresentar] projetos de alterações legislativas às leis orgânicas que permitam concretizar tal centralização, bem como a revisão das inerentes competências do CEMGFA, dos Chefes dos Ramos, da DIRSAM e das atuais estruturas de topo da [SM] existentes nos Ramos. (Despacho s/n/CEMGFA/2019, de 20 de dezembro)

Como consequência, foram apresentadas ao MDN sete modalidades de ação (M/A), cuja caracterização se apresenta no Apêndice A, com a indicação que a escolha do CEMGFA recairia sobre a M/A2 (Memorando n.º 17/CEMGFA/2020, de 1 de setembro). Subsequentemente, o MDN refere que, no que diz respeito à centralização da gestão da SM na DIRSAM, aprova a “[M/A2], correspondente à ‘Direção centralizada da afetação dos QES após 3 anos’”, solicitando ao CEMGFA, uma vez mais, que submeta à sua consideração “os necessários projetos legislativos que concretizem esta [M/A]” (Despacho 47/MDN/2020, de 21 de setembro). Este diploma nada estabelece em relação às DS.

Em seguida, o CEMGFA determina ao ADJPC que assegure

[...] a apresentação dos projetos legislativos que concretizem a Modalidade de Ação aprovada pelo MDN (M/A2 – ‘Direção Centralizada da afetação dos QES após 3 anos’), incluindo proposta do normativo que permita a operacionalização das soluções organizativas identificadas nesta M/A, identificando, nos patamares estratégico e da execução, os intervenientes e as suas competências e responsabilidades sobre os recursos da [SM] (humanos, materiais, financeiros e



informativos), para os níveis genético, estrutural/organizativo e operativo. (Despacho n.º 104/CEMGFA/2020, de 29 de setembro)

Como corolário do historial de diplomas aqui mencionados, foi apresentado um relatório com o estado dos trabalhos e respetivos pontos de decisão, capeado pelo Memorando n.º 004/CEMGFA/2021, de 16 de março, onde se estabelece a proposta legislativa que poderá vir a regular as competências dos órgãos do SSM, incluindo as DS.

No entanto, o MDN não aprovou diretamente o proposto, no que dizia respeito, especificamente, à centralização da gestão da SM na DIRSAM, considerando que seria necessário “consolidar num único diploma a regulação dos QES e as regras relativas à centralização da gestão da [SM]”. Considerou ainda que, em simultâneo com a apresentação desse diploma, deveriam ser submetidas à sua consideração “as alterações às orgânicas do EMGFA e dos Ramos, de forma a garantir a necessária coerência do quadro jurídico”. Reiterou, então, um seu despacho exarado sobre uma proposta da DGRDN que versava QES, onde estabelecia que devia o seu gabinete “promover um trabalho conjunto entre o EMGFA e a DGRDN, envolvendo os Ramos sempre que adequado, para finalizar o projeto legislativo” (Despacho n.º 18/MDN/2021, de 19 de abril).

Pelo descrito infere-se que o papel das DS, no contexto da Centralização da Saúde Militar (CSM), não se encontra definido, tendo esse facto dado origem ao presente trabalho, cujo objeto de investigação é o “modelo de integração das DS no SSM”, no contexto da proposta de CSM.

O objetivo geral (OG) do presente estudo é propor um modelo organizacional para a integração das DS, no contexto da proposta de CSM, que assegure o cumprimento da missão do respetivo Ramo. Nesse sentido, este OG foi desdobrado em três objetivos específicos (OE):

- OE1- Analisar a implementação do projeto de CSM face aos objetivos inicialmente definidos;
- OE2- Analisar a atual missão e competências das DS no contexto da CSM e;
- OE3- Analisar os sistemas de saúde de FFAA congéneres, que tenham centralizado a Saúde Militar.

Como forma de atingir os objetivos seguindo uma metodologia científica, que teve por base um tipo de raciocínio indutivo, uma estratégia de investigação qualitativa e um desenho de pesquisa de estudo de caso (Santos & Lima, 2019), foi formulada uma questão central



(QC): Qual o modelo organizacional ótimo para as DS, no contexto da proposta de CSM, que assegura o cumprimento da missão do respetivo Ramo?

Para atingir esta QC, foram formuladas três questões derivadas (QD):

- QD1- Em que medida a implementação do projeto de CSM cumpre os objetivos inicialmente definidos?
- QD2- Qual o impacto da implementação do projeto de CSM na atual missão e competências das DS?
- QD3- Quais os modelos organizacionais adotados por congéneres que centralizaram a SM?

Dado o dinamismo evolutivo do assunto em investigação, este trabalho foi delimitado temporalmente de 2018, data do relatório sobre SM do grupo de trabalho do EMGFA, à atualidade (abril de 2022), especialmente às FFAA e em termos de conteúdo ao “espírito do legislador”, à missão e competências das atuais DS e aos SSM de congéneres que tenham centralizado a SM.

Resumindo, a presente investigação iniciará pela averiguação do chamado “espírito do legislador”, no que ao papel das DS diz respeito, subsequentemente tentará inferir os aspetos chave para essas direções e os caminhos que FFAA congéneres seguiram, com a finalidade de propor contributos para um modelo futuro para as mesmas.



## **2. Os racionais do projeto de CSM em relação às DS**

O presente capítulo procura inferir qual o chamado “espírito do legislador”, durante o desenvolvimento dos trabalhos conducentes à CSM.

Para tal baseou-se em entrevistas à maioria dos envolvidos no processo, identificados no apêndice B (a verde na respetiva tabela e doravante denominados planeadores), assim como na análise dos diplomas já elaborados, como mencionado na introdução do presente estudo.

### **2.1. Génese**

Na génese desse processo, encontra-se o relatório sobre SM, redigido pelo grupo de trabalho criado pelo CEMGFA, no qual foi levantada a preocupação com o facto das medidas resultantes dos diplomas legais até aí aprovados, não estabelecerem relação de comando entre a DIRSAM e as DS,

[...] não prevendo nenhuma entidade com a capacidade de gerir, de forma integrada, o SSM [...] apesar da legislação apontar para ações de coordenação e de articulação entre os Ramos e o EMGFA, não define os limites nem as responsabilidades dos intervenientes. Esta lacuna ganha particular relevância quando se fala de [RH]. (EMGFA, 2018)

A montante, encontrava-se já o Despacho n.º 2943/MDN/2014, que estabelece que as DS, readaptadas, seriam responsáveis pelos “cuidados de saúde de proximidade às unidades militares”, constituindo-se enquanto “meio preferencial de referência para o pessoal militar, no ativo e fora da efetividade de serviço [...] e assegurar as condições de aprontamento, quando determinado, de módulos adicionais de capacidades de saúde operacional”.

Foi, no entanto, considerado pela tutela que a atual missão e competências das DS teriam de ser alteradas, no sentido da sua adaptação à proposta de CSM em curso (Despacho n.º 68/MDN/2019).

### **2.2. Desenvolvimento dos estudos da CSM**

Foi no quadro anteriormente descrito que tiveram início, em 2019, os estudos relativos à operacionalização da proposta de CSM, então entregue à Divisão de Planeamento Estratégico Militar (DIPLAEM), dirigido pelo ADJPC do EMGFA (I. Loureiro, entrevista presencial, 3 de dezembro de 2022).



Foi formado, para o efeito, um grupo de trabalho abrangente, composto por planeadores do EMGFA, dos Ramos e de uma convidada civil de reconhecido mérito na área da saúde<sup>2</sup> (R. Ferreira, entrevista presencial, 15 de janeiro de 2022).

Numa primeira fase foi identificado o conjunto de M/A possíveis para um cenário de CSM, que variavam entre uma centralização total na DIRSAM (o comumente chamado “quarto Ramo”) e a manutenção do *status quo*. Entre estes cenários, encontraram-se outros, em que a transição de responsabilidades entre a DIRSAM e as DS dos Ramos ia sendo dividida, num total de sete (H. Melo, entrevista presencial, 4 de fevereiro de 2022). Estes cenários encontram-se caracterizados na sua totalidade no apêndice A. Seguidamente existiu o trabalho de as caracterizar e encontrar as respetivas vantagens e inconvenientes (R.Ferreira, *op.cit.*).

A M/A proposta pelo CEMGFA e selecionada pela tutela foi a M/A2 – “Direção centralizada da afetação dos QES após 3 anos” (Despacho n.º 47/MDN/2020), que constitui um cenário misto, em que o SSM se encontra sob responsabilidade do CEMGFA, mas mantendo uma responsabilidade partilhada entre o EMGFA e os Ramos, no que diz respeito à execução.

Mais concretamente, foi decidido que as responsabilidades ficariam repartidas conforme estabelecido no Quadro 1.

**Quadro 1 - Repartição das responsabilidades na M/A2**

<b>GENÉTICA</b>		
Equipamentos/ Tecnologias de Informação e Comunicação	Definição de requisitos	EMGFA
	Definição de necessidades e prioridades	CCEM (proposta)
	Aquisição para o HFAR, UEFISM e UMT	EMGFA
	Aquisição para US tipo II e III	Ramos
	Aquisição para US tipo I e para missões próprias dos Ramos/Treino	Ramos
Pessoal	Planeamento de necessidades de recrutamento	EMGFA
	Planeamento de necessidades de formação	CCEM (proposta)
	Recrutamento e seleção	Ramos
	Retenção	CCEM (deliberação)
	Formação de base	Ramos
	Formação pós-graduada	EMGFA
	Formação contínua (na UEFISM)	EMGFA
<b>ESTRUTURA / ORGANIZAÇÃO</b>		
Definição da Rede de Referenciação		EMGFA
Órgãos de saúde	Autoridade hierárquica sobre HFAR, UEFISM e UMT	EMGFA
	Autoridade funcional e técnica sobre os órgãos periféricos	EMGFA

<sup>2</sup> Ana Paula Harfouche, professora universitária e administradora da Agenda da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo para a sustentabilidade.



	Existência de órgão de Direção de Saúde no Ramo	✓
<b>OPERAÇÃO / GESTÃO</b>		
Recursos Humanos - QES	Até 3 anos (após formação base) nos Ramos, posteriormente no EMGFA	✓
	Desenvolvimento de carreira	EMGFA
	Colocações	EMGFA
	Escolha da Especialidade Médica	EMGFA
	EMGFA faz a afetação dos QES aos Ramos (parecer CCEM)	✓
Recursos materiais / Financeiros	HFAR, UEFISM, UMT e FND	EMGFA
	US tipo II e III	Ramos
	US tipo I e desempenho de missões próprias/treino	Ramos
Recursos informacionais	Processo Clínico Único e outros	EMGFA

Fonte: Adaptado do Despacho n.º 47/MDN/2020

No primórdio destes estudos, não existiram determinações específicas relativas ao papel das DS. No entanto, nunca foi considerada por nenhum dos intervenientes a sua extinção. A prova cabal desse facto, e de sempre ter sido atribuída às DS uma importância fundamental, é que a totalidade das M/A descritas no decorrer dos trabalhos e superiormente apresentadas, contempla atividades dos Ramos, enquanto competências dessas Direções, mesmo no caso do cenário considerado mais centralizador (R.Ferreira, *op.cit.*).

Houve também um pressuposto de base que as DS deveriam manter-se nos Ramos, ou seja, como interlocutores da especificidade da SM de cada um deles. Logo, nas M/A levantadas, “nenhuma delas tinha por base a eliminação, ou desaparecimento, ou a não existência das DS” (R.Ferreira, *op.cit.*).

O racional subjacente foi integrar as DS num sistema mais coeso, mais coerente em termos de responsabilidades aos diversos níveis, que pudesse resultar em benefício para os *stakeholders* (H. Gomes, entrevista presencial, 2 de fevereiro de 2022).

No decorrer dos estudos foi, apesar disso, equacionada a hipótese de reforçar as competências da DIRSAM em detrimento das DS. No entanto, dado se ter concluído que tal aumento implicaria um correspondente reforço do pessoal na DIRSAM, que se cifrava em volta dos 40 elementos, cedo se concluiu não ser viável, volvendo-se à lógica já referida, de coordenação pela DIRSAM das atividades desenvolvidas pelas DS (R. Correia, entrevista presencial, 20 de dezembro de 2021).

Concluiu-se, assim, ser necessária uma reafecção das funções, quer da DIRSAM, quer das DS, trabalhando numa lógica de articulação, umas com as outras, garantindo que havia maior coerência no sistema (H.Gomes, *op.cit.*).



De facto, todos os seus planeadores consideram que as DS, não só ainda têm um papel a desempenhar, como este será, eventualmente, mais importante no futuro cenário, já que o esforço de gestão será maior e assegurarão a função de principais conselheiros de uma estrutura centralizada (DIRSAM), que tendencialmente não será conhecedora, a fundo, dos Ramos e das suas idiossincrasias (H.Melo, *op.cit.*). O esforço de fundamentação das necessidades será maior, dado que, contrariamente a ter interlocutores dos Ramos, conhecedores da sua realidade, como até aqui acontecia, as necessidades colocadas à DIRSAM terão de ser substancialmente mais fundamentadas, exigindo, para tal, massa crítica e diferenciação nas DS.

É também considerado que quem melhor conhece os recursos, as fragilidades e a missão do Ramo, estará, em princípio, mais capacitado para gerir internamente, para, com celeridade e justiça, fazer cortes e movimentos de uma unidade para outra, garantindo, com flexibilidade, o cumprimento adequado da missão, especialmente em tempos de escassez. Daí a importância das DS, porque fazem a gestão próxima com conhecimento de causa. “Conhecem a missão, conhecem as dificuldades, conhecem as pessoas” (I.Loureiro, *op.cit.*).

Com o intuito de reforçar a importância das DS, foi mantida a Comissão Consultiva da Saúde Militar (CCSM), sede de parecer e registo da posição oficial daquelas (I.Loureiro, *op.cit.*). Será nesta sede que serão discutidos e elaborados os documentos estruturantes para a SM, como os objetivos estratégicos para o SSM, a diretiva estratégica para o SSM, o plano de afetação do pessoal de saúde ao EMGFA e aos Ramos, plano de necessidades de pessoal de saúde, plano de necessidade de formação pós graduada dos QES e relatório sobre funcionamento global do SSM, identificando áreas a melhorar e ações a desenvolver no sentido da melhoria contínua, entre outras decisões estruturantes para o SSM (Despacho n.º 032/CEMGFA/2022, de 14 de fevereiro).

Estando bem estabelecido o intuito, por parte dos planeadores do processo, na manutenção e, eventualmente, até no incremento da importância das DS, importa agora avaliar qual foi a intenção em relação à sua eventual missão futura.

A M/A2 consiste na centralização de toda a gestão dos QES depois de três anos da sua entrada para os quadros.

Aqui é importante não esquecer que, embora esta reforma tenha sido motivada, em grande parte, pela escassez de Médicos Militares, a centralização, para ser coerente, foi vista numa lógica mais complexa daquilo que é a realidade da área da saúde em todas as valências, englobando todos os QES, nomeadamente médicos, enfermeiros, farmacêuticos, médicos



veterinários, médicos dentistas, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, psicólogos, entre outros profissionais que participam na SM, assim como as infraestruturas e o material de apoio. No fundo, tudo o que concorre para que a prestação dos atos médicos e dos cuidados de saúde sejam prestados com qualidade (H.Gomes, *op.cit.*).

Daí que seja opinião unânime dos envolvidos no processo, ser fundamental que as DS congreguem, dentro do respetivo Ramo, de forma similar à concentração superior, todos estes recursos, para que o sistema funcione de forma coerente (H.Melo, *op.cit.*). Assim, as DS devem ser responsáveis pela gestão interna de todas as classes/especialidades dos QES.

Mas, a coordenação dos recursos humanos, por parte das DS, não se esgota no pessoal até aos três anos. O modelo, apesar de ter esta fasquia temporal, tem de assegurar que os Ramos têm os recursos imprescindíveis, mas com uma gestão diferente para aquilo que é o funcionamento das unidades que estão na sua dependência. (R.Ferreira, *op.cit.*). Os Ramos vão sempre necessitar de ter ao seu serviço pessoal mais antigo, tanto nas missões, como para suprir cargos de gestão, como para garantir o ensino aos camaradas em fase de aprendizagem. Para tal, é entendido que existirá no pessoal de saúde uma “carreira que será sinusóidal, entre o Ramo e o hospital, de forma a desenvolver apetência e *skills* relativamente ao Ramo específico e sua cultura, e também garantir que há uma unidade central, porque o hospital é transversal aos Ramos” (H.Melo, *op.cit.*).

No entanto, dado existirem áreas específicas que têm de ser mantidas no Ramo, algumas até obrigatórias no âmbito das incumbências nacionais decorrentes da North Atlantic Treaty Organization (NATO) (ATP-57, 2017; ADivP-02, 2020), como a hiperbárica, o escape e salvamento submarino, o treino fisiológico dos pilotos, entre outros, a gestão central da SM “terá de profissionalizar alguns dos recursos, ou seja, superespecializar alguns deles, porque, para adquirir a *expertise* [...] é necessário muita prática, muito conhecimento, e isso só se adquire e se consolida com o tempo” (H.Melo, *op.cit.*). Assim sendo, para cumprir esse desiderato, alguns profissionais deverão passar mais tempo no Ramo ou, pelo menos, sob sua orientação técnica e funcional direta.

Assim, pretende-se que exista uma colaboração perfeita entre a DIRSAM e as DS, que permitam uma total coerência do sistema, ou seja, a gestão dos RH deve ser conjunta desde o seu início, independentemente da estrutura com a responsabilidade de gestão direta. Assim, todos os inquiridos consideram que em todo este processo é extremamente importante os Ramos serem ouvidos, assim como todo o pessoal envolvido na transformação, neste caso as DS (R.Correia, *op.cit.*).



Nas palavras do Almirante Gouveia e Melo, atual Chefe do Estado-Maior da Armada e que, à data, enquanto ADJPC do EMGFA, dirigiu este processo, as DS,

[...] têm de participar em parceria na gestão do todo. Não pode haver uma direção central isolada das direções dos Ramos. As direções dos Ramos são acionistas da empresa central e como têm um conjunto de ações têm também voto, terão de elaborar pareceres. Portanto, se isso for bem montado, cria-se uma forte ligação, e passamos a ter uma direção central com um individuo mais antigo, mas com três indivíduos que serão os seus grandes conselheiros e que com ele partilham a gestão. Nenhum conselho de administração, hoje em dia, nenhuma empresa funciona só com uma pessoa, tem um CEO [*Chief Executive Officer*] mas tem outros conselheiros. E, de facto, eu julgo que isso é positivo. (*op.cit.*)

É entendido pelos planeadores que a missão das DS, no que diz respeito à gestão do pessoal, nem será alterada de forma significativa porque, na realidade, já não eram as DS que administravam o seu pessoal no Ramo, antes aconselhavam uma estrutura superior (superintendência do pessoal/ comando do pessoal), mas sem papel executivo. No entanto, no Ramo, sempre foram ouvidos, enquanto peritos, pelo que o seu “conselho” relativamente aos RH da saúde era, por regra, acatado. Assim, é considerado que a missão, em determinada medida, até se mantém, mas, em lugar de aconselharem a estrutura superior de pessoal do Ramo, passam a aconselhar a DIRSAM (R.Ferreira, *op.cit.*). É, no entanto, essencial, que a DIRSAM e as DS mantenham uma postura de colaboração e respeito mútuo, para que o sistema funcione como um todo.

Para que todo o sistema opere em uníssono e sejam evitados equívocos e atritos, é fundamental que, em diplomas futuros, seja clarificado, primeiro, quem tem a responsabilidade pela decisão, quem é que tem a responsabilidade de levar o entregável à decisão e, depois, esses entregáveis são feitos com a colaboração de quem e em que momentos [...]. [E é importante que isso] seja feito de uma forma participada com todos os *stakeholders*. (R.Ferreira, *op.cit.*)

Por outro lado, é entendido que as DS continuam a gerir todos os recursos de saúde que estão dentro do Ramo (H.Melo, *op.cit.*). Alguma, eventual, perda de funções na gestão corrente do pessoal, até pode ser positiva, porque libertará recursos para o planeamento e para aquilo que é entendido como a verdadeira função das DS, que é serem uma verdadeira direção técnica da saúde (H.Melo, *op.cit.*). As DS manterão as funções de coordenação, de



participação nos estudos a apresentar superiormente, tanto no Ramo como na DIRSAM, no aconselhamento em saúde, na emissão de normas técnicas, entre outros (R.Ferreira, *op.cit.*).

Não subsistem dúvidas na mente dos planeadores que a DIRSAM terá um trabalho fulcral no processo e que tudo deverá funcionar, no que diz respeito ao apoio à atividade operacional, no mínimo, tal como funcionava com a gestão total nas DS. De referir que nunca foi intenção que os profissionais não estivessem também colocados, efetivamente, no Ramo. Serão colocados pela DIRSAM, e ajustados às necessidades (R.Correia, *op.cit.*).

Quando, para a componente operacional, forem necessários profissionais de saúde, “temos de assegurar que, seja a DIRSAM, seja a DS, consegue promover a alocação desses recursos nas unidades onde eles fazem falta” (H.Gomes, *op.cit.*).

Em termos materiais, as DS manterão, igualmente, a sua missão, já que as US, se manterão sob sua tutela. Embora o dispositivo (da chamada rede de referenciação) seja

[...] decidido, na sua arquitetura, pelo EMGFA, o que é facto é que a maior parte das US continua sob comando completo dos Ramos. Ora, embora as normas de funcionamento, a sua harmonização e colocação de pessoal seja [da responsabilidade do] EMGFA, o funcionamento diário e a responsabilidade pela alocação de recursos financeiros e materiais é dos Ramos. Portanto, a missão não desaparece, a missão altera-se. (R.Ferreira, *op.cit.*)

Apesar de todo o caminho já trilhado no sentido da CSM, os planeadores estão, no entanto, cientes que dificilmente se encontrará uma “solução neste tipo de modelos se não [se for] à essência, que é a falta de atratividade, remunerações baixas, concorrência externa, e o não observar a essência da medicina militar” (H.Gomes, *op.cit.*).

Conforme refere o Vice-almirante Henriques Gomes, Chefe do Gabinete do CEMGFA no momento do início do processo (hoje, ADJPC),

[...] se se quer ter médicos militares, um corpo militar para aquilo que é o objetivo das forças armadas de qualquer país, que é estar pronto para o defender e partilhar aquilo que são os contributos internacionais, eu tenho de ter, e garantir que o tenho. E o problema é que continuamos a estar sistematicamente dependentes de questões económicas, de orçamento, de vontades [...]. (*op.cit.*)

### **2.3. Últimos desenvolvimentos**

Já no decorrer do presente trabalho e após a apresentação do respetivo projeto de investigação, deram-se novos desenvolvimentos com relevância para o papel das DS.

Esses desenvolvimentos são consubstanciados em dois diplomas:



- O Decreto-Lei n.º 19/2022, de 24 de janeiro, que Estabelece a Lei Orgânica do EMGFA e altera as Leis Orgânicas dos três Ramos das FFAA e;
- O Despacho n.º 032/CEMGFA/2022, que determina procedimentos e mecanismos de adaptação ao novo quadro legal estabelecido pelos novos diplomas legais.

O primeiro estabelece que “a DIRSAM exerce a autoridade técnica e funcional sobre os órgãos de saúde militar e direções de saúde dos Ramos, supervisionando o funcionamento de todo [o SSM]”. Estabelece ainda que “a DIRSAM assegura a gestão centralizada do pessoal de saúde que seja colocado sob responsabilidade do EMGFA, nos termos determinados em diploma próprio”. Mantém a CCSM na dependência da DIRSAM, onde têm assento os diretores de saúde dos Ramos.

O segundo refere, sobretudo, os diferentes diplomas a ser produzidos pela DIRSAM, estabelecendo que a produção de todos eles, deve ser efetuada em coordenação com o órgão competente dos Ramos que, para a SM são, inequivocamente, as DS, eventualmente apoiadas pelo organismo de gestão de pessoal do Ramo.

Ambos os diplomas enfatizam a importância futura das DS.

#### **2.4. Síntese conclusiva**

Desta fase do estudo se infere que, não só nunca foi intenção, em qualquer fase do processo, desativar as DS, mas também que o intuito foi que estas configurassem o principal interlocutor dos Ramos com o EMGFA, para a operacionalização da SM.

Pode-se concluir que a intenção era a reformulação das competências das DS, no sentido destas entidades serem as implementadoras, no terreno, das orientações técnicas emanadas centralmente, adaptando-as à cultura e necessidades dos Ramos, para além de constituírem os interlocutores, parceiros e conselheiros da DIRSAM, não só nos assuntos correntes, mas também na elaboração de estudos e planos estruturantes para a SM.

Como corolário deste capítulo, considera-se atingido o primeiro OE, “Analisar a implementação do projeto de CSM face aos objetivos inicialmente definidos”, respondendo à primeira QD, “Em que medida a implementação do projeto de CSM cumpre os objetivos inicialmente definidos?”, tendo em conta que a M/A2 cumpre esses objetivos, que consistiam em manter as DS enquanto principal interlocutora da DIRSAM.



### 3. A missão e competências das DS no contexto de CSM

O presente capítulo, pretende, por intermédio do conhecimento das atuais missões e competências das DS (apêndice D), da avaliação de inquérito realizado aos médicos militares e da audição, em entrevista, de personalidades de reconhecido mérito da SM, identificados no apêndice B (a laranja na respetiva tabela), em acrescento aos já ouvidos para o capítulo anterior, inferir os contributos para a construção de um modelo ideal para as DS e os cuidados a observar, com vista a maximizar as hipóteses de sucesso da presente proposta de CSM.

#### 3.1. Análise do inquérito

Da avaliação do inquérito, totalmente anónimo, realizado aos médicos militares na efetividade de serviço, por intermédio da ferramenta *Google Forms*<sup>®</sup>, disponibilizado *online* de 1 de janeiro a 12 de abril de 2022, salientam-se os seguintes resultados:

Durante o período da sua disponibilização, responderam ao inquérito 147 médicos militares, valor que se considera significativo, por representar 57,4% da totalidade dos médicos militares no ativo<sup>3</sup>.

Relativamente à caracterização da amostra, 52,2% são oficiais subalternos, 46,6% oficiais superiores e 1,2% oficiais gerais. Destes, relativamente ao Ramo de origem, são 32,5% de Marinha, 44,8% do Exército e 22,7% da Força Aérea, conforme figuras 1 e 2.

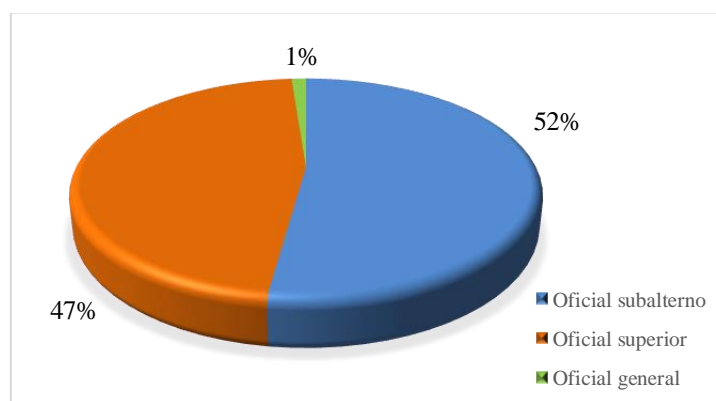
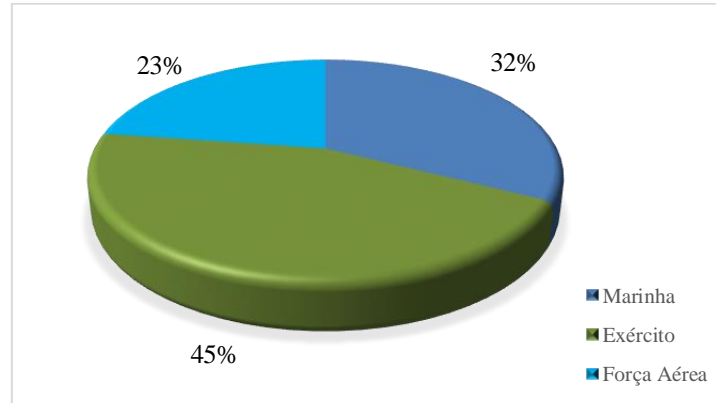


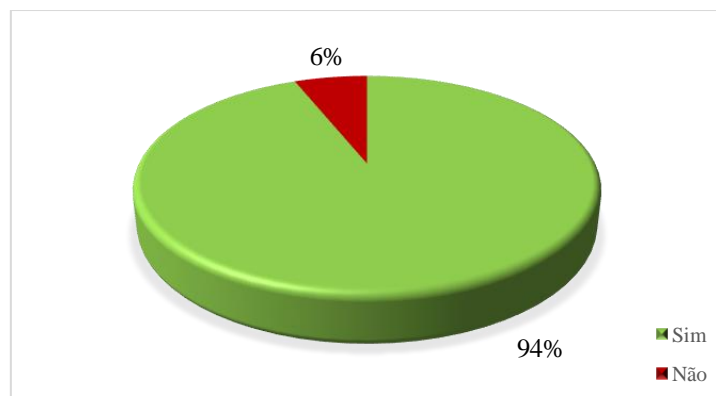
Figura 1 - Posto dos inquiridos (resultados do inquérito)

<sup>3</sup> Segundo fontes das respetivas DS, encontram-se no ativo 62 médicos militares na Marinha, 129 no Exército e 65 na Força Aérea.



**Figura 2 - Ramo de origem dos inquiridos (resultados do inquérito)**

Como resposta à pergunta se consideram que as DS ainda se justificam, no caso de vir a ser concretizada a CSM, como desenhada, 93,9% responderam positivamente e 6,1% negativamente, conforme representado na figura 3..



**Figura 3 - Justificação das DS (resultados do inquérito)**

Relativamente à configuração das DS, 71,6% responderam que se deveria manter no Ramo nos atuais moldes, 20,4% que se deveria manter no Ramo com oficial de ligação permanente na DIRSAM, 4,9% que deveriam transitar para a DIRSAM e 3,1% que deveriam encerrar, assumindo a DIRSAM a totalidade das suas funções. Conclui-se, portanto, que 92% dos profissionais considera importante que as DS se mantenham no Ramo, conforme figura 4.

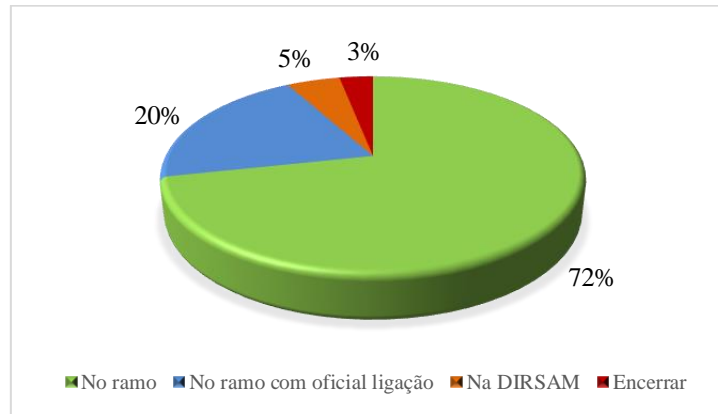


Figura 4 - Configuração para as DS (resultados do inquérito)

Relativamente à pergunta se as DS deveriam, no Ramo, assumir a gestão de todos os QES, 87,7% responderam afirmativamente, demonstrando a importância dessa centralização para a coerência do sistema, à semelhança do escalão superior, conforme representado na figura 5.

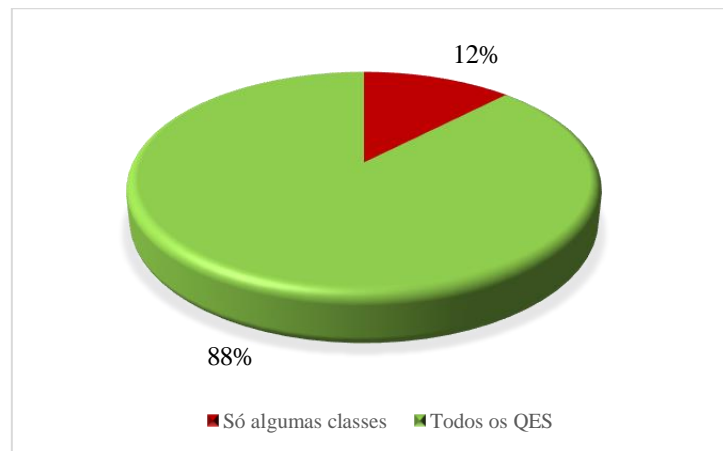


Figura 5 - QES que deverão ficar sob gestão das DS (resultados do inquérito)

Como conclusão da avaliação das respostas ao inquérito realizado, verifica-se que, na opinião dos inquiridos, as DS devem manter um perfil e localização o mais semelhante possível ao atual, mantendo-se hierarquicamente subordinadas aos Ramos e assumindo a gestão de todas as classes com intervenção direta no SSM.

### 3.2. Análise das entrevistas

A maximização das hipóteses de sucesso desta centralização depende do estabelecimento de premissas e da clarificação, sem margem para dúvidas, em sede



legislativa, de aspetos que, embora possam parecer menores, são considerados de extrema importância para o sucesso futuro e passíveis de abreviar o possível impacto negativo na atividade operacional nos Ramos.

Está presente, nos inquiridos, que poderá existir algum impacto nesse aspeto, fruto da adaptação à nova realidade (H.Melo, *op.cit.*). No entanto, “o racional que esteve subjacente à criação desta rede de referenciação e ao modelo, teve em vista não prejudicar aquilo que é a capacidade operacional dos Ramos” (H.Gomes, *op.cit.*). A capacidade operacional é o core-business das FFAA, “as forças armadas não produzem saúde, as forças armadas produzem defesa e, portanto, é para isso que elas estão vocacionadas” (J. Mairós, entrevista presencial, 11 de março de 2022), a SM serve um único propósito: sustentar essa capacidade.

Aliás, encontra-se claramente estabelecido, enquanto fator imperativo do processo, “garantir e integrar as operações militares, sustentar a capacidade operacional, regenerar as condições de saúde dos militares e manter preventivamente o estado de saúde dos militares” (Memorando 17/CEMGFA/2020).

Um dos aspetos a considerar é que pode vir a acontecer a perversão do sistema, ou seja, num cenário de centralização, poderá existir a tendência para considerar o HFAR como a unidade mais importante do sistema (H.Melo, *op.cit.*), esquecendo a verdadeira razão de ser dos profissionais de saúde militares (em especial os médicos e enfermeiros), que é a componente operacional.

Assegurar a proficiência e sólida aculturação nos Ramos, necessária para a assunção de funções de pendor mais operacional, ou para a função de aconselhamento e assessoria dos escalões superiores em relação às especificidades do Ramo, enquanto elementos das DS é um fator fundamental. Nas palavras do Brigadeiro-general João Mairós,

[...] nós sabemos que os militares que nascem numa determinada cultura entendem essa cultura e traduzem-na depois em ações, quando essa cultura não existe [...], no meu ponto de vista tem repercussão na operacionalização das coisas, porque é natural que uma pessoa numa esquadra de voo, por exemplo, se não sabe como funciona uma aeronave nem quais são as regras que se utilizam em termos de esquadra de voo [...], vai haver problemas na comunicação e, ao haver problemas na comunicação, vai haver problemas na qualidade das soluções. (*op.cit.*)



Este desiderato só poderá ser atingido através da experiência que os profissionais adquirem com o seu trabalho no Ramo, pelo que se considera desejável que a carreira penda para uma sinusoide, entre o trabalho hospitalar e o trabalho operacional (H.Melo, *op.cit.*). Ou seja, durante a sua carreira, os profissionais devem rodar com alguma frequência entre o hospital e as tarefas operacionais, de forma a não estagnar enquanto pessoal hospitalar puro, que em nada beneficiará a sociedade castrense. Da mesma forma, ao conformar-se e assumir, com o tempo, um papel puramente hospitalar, estarão, inevitavelmente, menos propensos ao empenhamento em missões com perigosidade associada, de grau de intensidade variável, de que a guerra é o cenário mais extremo (E. Branco, entrevista presencial, 11 de março de 2022).

Igualmente, deve ser considerado que a estabilidade e disponibilidade dos militares é importante, nomeadamente para a sua vida pessoal e familiar, pelo que se deseja que esses episódios de rotação sejam, na medida do possível, curtos (H.Melo. *op.cit.*). É neste equilíbrio que poderá residir um fator importante para a retenção dos quadros.

Assim, qualquer cenário que se equacione, deve permitir que os profissionais tenham uma profusa experiência na componente operacional da SM. Esta necessidade entronca numa outra, há muito defendida pela maioria dos entrevistados, que a atividade clínica do HFAR se deve basear numa forte componente de pessoal civil dos quadros, facilitando a rotação do pessoal militar, tendencialmente cada vez mais escasso, para as suas funções militares mais específicas, sem o impacto na produção hospitalar que hoje representa (J.Mairos, *op.cit.*).

Esta opção é importante também para estabilizar o pessoal do HFAR, conferindo-lhe consistência e cultura hospitalar, como já acontecia nas estruturas hospitalares suas percussoras (E.Branco, *op.cit.*). É, no entanto, necessário ser inflexível na procura de profissionais competentes e de qualidade. Isso só será conseguido pela diferenciação e pela detenção de excelentes qualidades técnicas e tecnológicas do hospital. Esta medida não deve, no entanto, descurar a formação dos profissionais militares que deverão, no mínimo, acompanhar o nível dos civis (E. Alfarroba, entrevista presencial, 10 de março de 2022).

Será necessário não esquecer, no entanto, que existem profissionais com mais apetência para as atividades hospitalares e outros para as atividades operacionais. Este fator, aliado à necessidade, já mencionada, de superespecializar alguns para as áreas da saúde operacional específicas, lembra que a gestão de carreiras deve ser personalizada e, na medida do possível, tendo em conta as competências, apetências e satisfação do pessoal.



Os aspetos referidos anteriormente confluem para a necessidade de manter os profissionais satisfeitos com a sua carreira nas FFAA, mas com grande preparação nos aspetos culturais e da saúde operacional do seu Ramo (assim como nas áreas fundamentais da SM, como a catástrofe ou guerra nuclear, biológica e química (NBQ), entre outras), e mentalizados da potencial possibilidade de serem mobilizados, a verdadeira razão da existência de uma SM (E.Branco, *op.cit.*).

Caso não exista essa satisfação, mentalização, formação e treino, continuaremos a observar uma taxa de atrição elevada, relacionada com a desmotivação (H.Diniz, *op.cit.*).

Nenhum esforço deve ser descurado, no sentido de aumentar a capacidade de recrutamento e diminuir a desmotivação, e consequente taxa de atrição, sob pena de se colocar em risco a existência do próprio SSM. Claro que estes esforços devem ser realizados nunca esquecendo o objetivo maior de sustentar a capacidade operacional das FFAA (DGRDN, 2017).

Outro aspeto importante para a justiça e para a coerência do sistema é a seleção para lugares-chave na SM.

Revela-se unânime, entre todas as entidades entrevistadas, tanto nos planeadores da centralização como nos restantes peritos, a necessidade extrema de manter a representação rotativa de todos os Ramos nos cargos cimeiros (à semelhança do que se observa na rotação do próprio CEMGFA), tendo em vista uma representatividade igualitária dos aspetos próprios dessas instituições, e do não favorecimento de um Ramo em particular, sob pena de levar à perversão do sistema (H.Melo, *op.cit.*). Esta necessidade é enfatizada para os cargos centrais de direção e gestão (especialmente os providos por oficial general), referidos como sendo, especialmente, o de DIRSAM<sup>4</sup>, Direção do HFAR<sup>5</sup>, Direção da Unidade de Ensino, Formação e Investigação da Saúde Militar (UEFISM)<sup>6</sup> e diretores da Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicoddependências e Alcoolismo (UTITA) e Unidade Militar de Toxicologia (UMT).

Este ponto é considerado essencial para manter a harmonia do SSM, mas também para equilibrar, entre os profissionais dos vários Ramos, as oportunidades de progressão na carreira, como forma de combater a desmotivação. Obviamente que estas nomeações terão de ter em conta as necessárias competências e perfil para o cargo, devendo estes aspetos ser observados quando da sua proposta por parte dos Ramos (E.Branco, *op.cit.*).

---

<sup>4</sup> Do próprio DIRSAM e do chefe da repartição de estudos, planeamento e qualidade

<sup>5</sup> Diretor, diretor clínico, subdiretores e enfermeiro coordenador

<sup>6</sup> Diretor e subdiretor



À semelhança dos restantes oficiais gerais, é natural que seja o Ramo a propor os médicos para estes cargos, destacando-se os cargos de Diretor de Saúde (H.Gomes, *op.cit.*), sem prejuízo da sua escolha final ser prerrogativa do MDN, após deliberação do Conselho de Chefes de Estado-Maior (CCEM) (Lei Orgânica n.º 3/2021, de 9 de agosto) e, igualmente, que esse DS possa, de alguma forma, indigitar, ou ter influência na escolha da sua equipa, fator diferenciador para o sucesso.

Esta importância é justificada pela necessidade do Ramo se identificar com o seu DS, que será o seu principal interlocutor na DIRSAM (R.Correia, *op.cit.*). A escolha para promoção dos oficiais gerais médicos, para outros cargos deve, igualmente, ser indicada pelo Ramo.

Seguindo essa linha de pensamento, é igualmente importante que a Marinha e a Força Aérea, repositórios do conhecimento das necessidades e ciência nas áreas da Medicina Subaquática e Hiperbárica e Medicina Aeronáutica, respetivamente, através das suas DS, possam ter uma palavra a dizer na escolha das direções dos respetivos centros, que, tudo indica, passarão para a estrutura do HFAR, para além de a sua dependência técnica dever estar em entidade médica (H. Diniz, entrevista presencial, 18 de março de 2022).

Existem, nestes Ramos, necessidades específicas, nomeadamente nas áreas do Escape e Salvamento Submarino (IONAV200, 2021), mergulho (ADivP-2, 2020), treino fisiológico e prevenção de acidentes (RFA330-1, 1999) e seleção de candidatos às forças especiais/ alto rendimento. No caso da primeira, responsabilidade atribuída pela NATO, de manutenção obrigatória nas águas territoriais portuguesas (ATP-57, 2017). Estas têm de ser preservadas e os respetivos centros são o repositório dos recursos essenciais no seu apoio.

É, igualmente, necessário manter a CCSM, enquanto órgão de partilha e decisão.

Este órgão de conselho terá, na opinião dos peritos, um papel cada vez mais essencial, não só porque promove grande proximidade entre o DIRSAM e os DS, mas também por corporizar sede própria para os DS manifestarem, e registarem, as necessidades dos Ramos (I.Loureiro, *op.cit.*).

Salvaguardando as devidas diferenças, é considerado que a CCSM será o equivalente ao CCEM ao nível da SM, permitindo melhores opções conjuntas, no sentido de fortalecer e desenvolver todo o sistema (E.Alfarroba, *op.cit.*).

Existe, neste particular, uma chamada de atenção comum a todos os DS (e ex-DS), que este órgão só será útil se existir uma real vontade de ouvir e respeitar a opinião das entidades intervenientes.



Na mesma linha, seria essencial que a autonomia relativa das DS fosse respeitada, ou seja, sem detrimento do cumprimento da arquitetura das US e o pessoal determinado superiormente, possam ser as DS a movimentar e organizar, internamente, os RH atribuídos ao Ramo. Isto conferirá maior flexibilidade à gestão, permitindo mitigar, com celeridade, constrangimentos inopinados (E.Branco, *op.cit.*).

É, também, consensual que, à semelhança do escalão superior, as DS congreguem a gestão interna de todas as classes dos QES, sem exceção, conferindo integridade e unicidade, incrementando a capacidade de atuação global da SM nos Ramos (H.Melo, *op.cit.*).

Por último, considera-se fundamental a importância do recrutamento e retenção, para o sucesso do SSM como um todo. Este desiderato só será atingido se a atratividade da carreira militar for significativamente aumentada, em especial para os QES, alvos de grande procura externa (em particular a classe médica) (H.Diniz, *op.cit.*).

Na verdade, num contexto de grande competitividade pelos recursos a que assistimos atualmente, só se conseguirá recrutar e reter os profissionais, caso exista comprometimento a vários níveis, sobretudo político e das chefias militares (H.Gomes, *op.cit.*).

Um foco essencial serão, logicamente, as remunerações, que terão de ter em conta os salários do mercado civil, e o facto de se querer reter profissionais altamente diferenciados e procurados, com a exigência da disponibilidade permanente (H.Gomes, *op.cit.*). Ou são remunerados de forma justa, ou a SM manterá as altas taxas de atrição a que se assiste, com a agravante de serem, invariavelmente, os profissionais de melhor qualidade com tendência a sair, dado que são os mais assediados externamente, reduzindo a qualidade global do sistema.

Mas existem, igualmente, outros focos fundamentais, como a existência de uma carreira digna e respeitada (que encare os QES como uma necessidade estratégica para o país), a diferenciação da SM, quer operacional, quer hospitalar, a existência de idoneidade formativa e o respeito interno pelos profissionais, com valorização das suas competências, dos seus interesses e das suas vocações (E.Alfarroba, *op.cit.*).

Alguns dos fatores que podem ser diferenciadores, são a criação de “nichos” de especialização, de que os Centros de Medicina Subaquática e Hiperbárica e o Centro de Medicina Aeronáutica são exemplos paradigmáticos, ou a interligação com o Sistema Nacional de Saúde (SNS) ou o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e especialização em catástrofe. Estes fatores, para além de aliciantes, constituiriam uma mais-



valia para as FFAA, porque assegurariam, em permanência, a existência e treino dos profissionais (E.Alfarroba, *op.cit.*).

### **3.3. Síntese conclusiva**

Como conclusão deste capítulo, considera-se atingido o segundo OE, “Analisar a atual missão e competências das direções de saúde dos Ramos no contexto da CSM”, respondendo à segunda QD, “Qual o impacto da implementação do projeto de CSM na atual missão e competências das DS?”, Estabelecendo as principais linhas de ação, consideradas fundamentais para minimizar o impacto negativo no sistema.



#### **4. Os Sistemas de Saúde de FFAA congéneres com SM centralizada**

Este capítulo pretende avaliar FFAA congéneres que tenham, num modelo semelhante ao que se pretende para Portugal, centralizado a gestão da SM, no sentido de averiguar da existência de estruturas equivalentes às DS, qual o seu papel e utilidade, com vista a responder à QD/OE formulados.

Do estudo preliminar realizado, por intermédio da análise da ferramenta *Military Medical Corps Worldwide Almanac* (BetaVerlag, 2022), concluiu-se existirem três países com uma estrutura, eventualmente, semelhante ao que se pretende para Portugal: Espanha, Bélgica e França, países aos quais se solicitou entrevista. Destes, foram concedidas entrevistas pela Espanha e Bélgica.

##### **4.1. Espanha**

Este país foi avaliado pelo estudo da ferramenta eleita, por estudo de páginas oficiais online (GE, 2022) e por entrevista a coronel médico militar espanhol.

Embora Espanha tivesse, pelo estudo preliminar, uma união mais profunda da SM, entendida nesse estudo como um quarto Ramo, apresenta, na prática, um modelo mais próximo do que se pretende no nosso país.

Neste país, com a SM centralizada desde 1989, existe uma estrutura equivalente à DIRSAM e, de igual forma, estruturas equivalentes às DS, doravante referenciadas como tal, embora não tenham essa denominação, nem em Espanha, nem nos restantes países avaliados, com o único intuito de facilitar a compreensão.

Em Espanha existe uma estrutura bicéfala, com um Comandante da Componente Médica (*Jefatura Conjunta de Sanidad - JECOSAN*) a depender hierarquicamente do *Jefe del Estado Mayor de la Defensa* (JEMAD) e tecnicamente do *Inspector General de Sanidad de la Defensa* (IGESANDEF) que, por sua vez, depende diretamente do *Subsecretario de Defensa*, conforme o organograma na figura 6.

Ao JECOSAN cabe, sobretudo, um papel de aconselhamento do JEMAD, de dirigir e coordenar os aspetos relacionados com a saúde operacional, de emitir diretrizes orientadoras do emprego das capacidades operacionais, considerando a interoperabilidade e uniformização (derivadas do seu planeamento e propostas) e de desenvolver e estabelecer as normas de ação conjunta. Tem também um papel de aconselhamento do JEMAD nas áreas da defesa NBQ (EMAD, 2022).

Ao IGESANDEF cabe, para além da autoridade técnica sobre o JECOSAN, a responsabilidade sobre o centro de transfusão, o centro militar de veterinária, as farmácias



central e de depósito, os hospitais de Madrid e Zaragoza, o instituto de medicina preventiva e o instituto de toxicologia (GE, 2022).

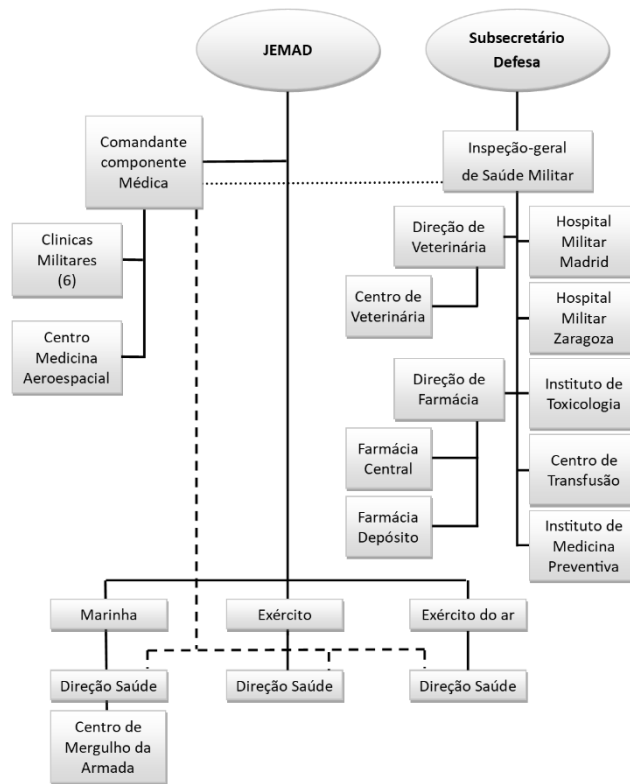


Figura 6 - Organograma da saúde nas FFAA de Espanha

Durante a entrevista verificou-se que, embora exista uma centralização administrativa, na prática a SM encontra-se separada por Ramos, ou seja, as DS continuam a existir e tem um grau de autonomia que tem vindo a ser crescente, dado que concluíram assim funcionar melhor (E. Calejon, entrevista presencial, 31 de janeiro de 2022).

É entendido pelos profissionais que a DIRSAM trata, sobretudo, dos aspetos mais administrativos do processo, sendo as DS entendidas como as reais gestoras das operações com envolvimento da saúde nos Ramos, possuindo uma *pool* de profissionais que gerem de forma maioritariamente independente (E.Calejon, *op.cit.*).

Todas as solicitações de pessoal para missões, no entanto, são apresentadas à DIRSAM, que as encaminha para a DS respetiva. Caso a DS não tenha recursos para o fazer, reporta o facto e a DIRSAM soluciona, através de médicos colocados noutra Ramo, ou nos hospitais militares sob sua dependência.



Em relação às decisões superiores, estas são propostas ao JEMAD, em conjunto, pelas estruturas superiores em coordenação com as DS (E.Calejon, *op.cit.*).

#### 4.2. Bélgica

Este país foi avaliado pelo estudo da ferramenta eleita, pela avaliação de páginas oficiais online (LD, 2022) e por entrevista a coronel médico militar belga.

Na Bélgica existe um verdadeiro quarto Ramo, diretamente dependente do *Chief of Defense* (CHOD), com recursos humanos e materiais próprios, que colocam à disposição dos restantes Ramos, para treino e missões, como representado na figura 7.

No entanto, para além desse Ramo, têm também uma estrutura semelhante à DIRSAM, órgão de conselho do CHOD, responsável pelas políticas de saúde, saúde ocupacional e segurança no trabalho.

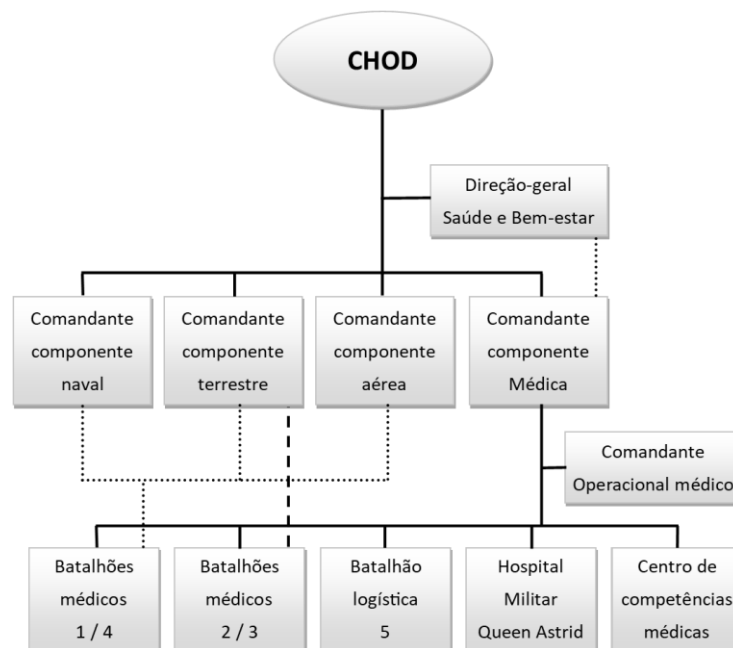


Figura 7 - Organograma da saúde nas FFAA da Bélgica

Fonte: Adaptado de BetaVerlag (2022)

A Direção-geral de Saúde e Bem-estar é responsável pelas políticas médicas e de saúde, assim como a saúde ocupacional e segurança no trabalho. É também a estrutura responsável pelo aconselhamento do CHOD para elaboração das diretivas para a saúde, organização das avaliações médicas periódicas do pessoal, bem-estar no trabalho, suporte religioso, moral e psicossocial.



A componente médica é responsável por tudo o que diz respeito à saúde operacional, incluindo RH, logística, formação, treino e avaliação (R. Geert, entrevista via eletrónica, 16 de março de 2022).

Na sua estrutura detém cinco unidades médicas: o Batalhão médico 2/3 (que suporta a brigada mecanizada), o batalhão 1/4 (responsável pelo apoio às operações especiais, marinha e força aérea), o elemento de intervenção médica (logística), o Hospital Militar Queen Astrid e o centro de competências (com o encargo da formação e treino de médicos, enfermeiros, paramédicos, socorristas e auxiliares).

O pessoal de saúde só passa para comando das outras componentes quando em missão. Para facilitar a coordenação, durante a fase de preparação para missões ou exercícios, existe um contacto direto entre os batalhões médicos e as unidades envolvidas das outras componentes (mar/terra/ar) e um oficial da componente médica presente no processo de planeamento.

A Bélgica tem um verdadeiro quarto Ramo, com pouco contacto com os restantes, que só existe quando de missões ou exercícios (R.Geert, *op.cit.*).

O processo de centralização da saúde foi motivado pela escassez de pessoal (sobretudo da classe médica). Desta forma, é entendido que neste processo existiram vantagens, como uma formação conjunta e coerente do pessoal e uma maior dinâmica na movimentação dos RH, mas também teve sérias desvantagens, como uma deficiente aculturação e enquadramento nos Ramos, entendida como essencial, e lacunas na capacidade de suporte e logística, que tem de ser assegurado pela componente (R.Geert, *op.cit.*).

Um outro problema considerado importante é que, devido à separação, frequentemente os aspetos médicos são “esquecidos” pelas componentes, quando do planeamento das missões, com claro prejuízo para todos os envolvidos (R.Geert, *op.cit.*).

### **4.3. França**

Este país foi avaliado pelo estudo da ferramenta eleita, pela avaliação de páginas oficiais online (MA, 2022a;2022b) e estudo passado que o caracteriza (J.Silva, 2014).

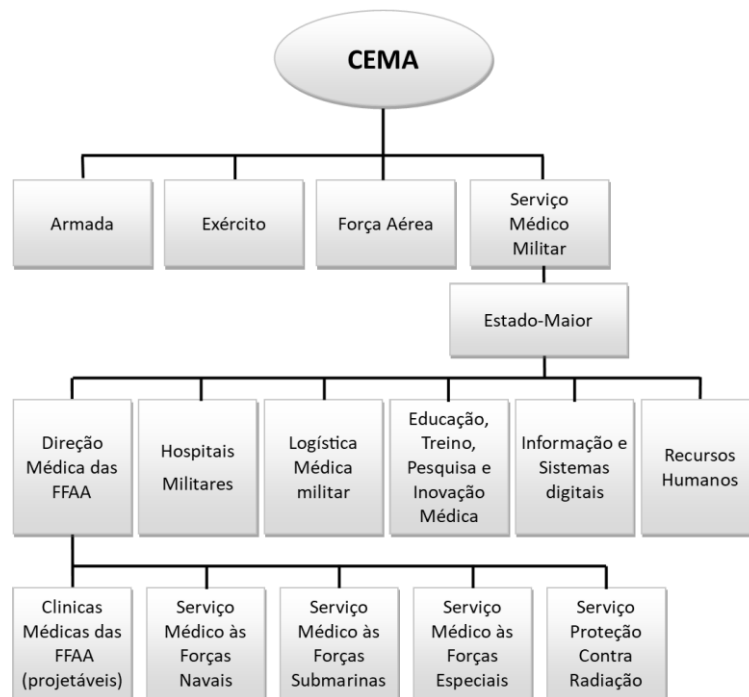
Apurou-se que constitui, embora de forma díspar à Bélgica, um quarto Ramo, completamente independente da Marinha, Exército e Força Aérea, chefiado por oficial-general de quatro estrelas (J.Silva, 2014), fazendo parte dos denominados *organismes interarmées*, sob dependência direta do *Chef d'État-Major des Armées* (CEMA) (Ministère des Armées, 2022a), representado na figura 8.



Das palavras do General Thierry Burkhard, CEMA, proferidas na conferência “*La vision stratégique du CEMA français*” (Burkhard, 2021), conclui-se que a centralização da SM nesse país foi motivada pelas mesmas razões dos países anteriormente avaliados, ou seja, escassez de pessoal, sobretudo na classe médica.

O CEMA enfatizou, durante a mesma palestra, que grandes esforços estão a ser envidados em França, no sentido de não esquecer que os médicos têm de estar junto dos seus homens, têm de comandar homens e dar apoio à componente operacional, senão não serão verdadeiros médicos militares.

Também na página oficial da SM francesa, não existe margem para dúvidas: “*Le coeur de métier du service de santé des armées est le soutien médical de l’armée de Terre, de l’armée de l’Air, de la Marine et de la Gendarmerie, en toutes circonstances et en tous lieux*” (MA, 2022b).



**Figura 8 - Organograma da saúde nas FFAA de França**

Fonte: Adaptado de BetaVerlag (2022)

#### 4.4. Síntese conclusiva

Do estudo levado a cabo para a elaboração do presente capítulo e das entrevistas aos países congéneres, conclui-se que nenhum tem um modelo absolutamente igual ao que se pretende para Portugal, consubstanciado no capítulo dois do presente trabalho.



Igualmente, conclui-se por uma circunstância transversal, ou seja, a centralização da SM não resultou de uma estratégia de melhoramento, mas sim uma reação decorrente da escassez de recursos humanos, em especial da classe médica, e não necessariamente desejada pelos profissionais. Tendo em conta esta motivação, os entrevistados consideram que a reforma não foi a ideal e que tem, ainda hoje, muitas falhas.

Importa, então, que exista a capacidade de aprendizagem, usufruindo das lições aprendidas dos países com SM centralizada.

Terminando o presente capítulo, considera-se atingido o terceiro OE, “Analisar os sistemas de saúde de FFAA congéneres, que tenham centralizado a SM”, respondendo à terceira QD, “Quais os modelos organizacionais adotados por congéneres que centralizaram a SM?”.



## **5. Contributos para o modelo organizacional das DS, no contexto da proposta de CSM**

Este capítulo pretende, pela reflexão do estatuído nos capítulos anteriores, chegar a propostas concretas, de medidas consideradas determinantes para o sucesso de um modelo organizacional para as DS, no contexto da CSM, terminando por atingir o OG e responder à QC do trabalho.

Pela sua capacidade de intuir as possíveis estratégias e táticas de ação, optou-se pela análise S.W.O.T. cruzada (T.O.W.S), que é uma potenciação dessa clássica ferramenta analítica. Esta análise apresenta-se no apêndice C, sendo que as referências mencionadas neste capítulo, aí poderão ser consultadas.

Deve entender-se as propostas neste capítulo como adicionais às decisões já tomadas superiormente, constantes dos diplomas já mencionados ou, em certos casos, como propostas entendidas como melhoria a essas decisões. Dessa forma, as competências já determinadas nesses diplomas não serão aqui mencionadas, quer por não ser necessário, quer por imperativo de limitação de dimensão do trabalho.

De referir que a base da proposta pressupõe que, também no sentido das decisões já tomadas, a DIRSAM tenha um papel estratégico, administrativo e inspetivo (de auditoria), deixando a execução descentralizada, a cargo das DS, que deverão implementar no terreno a estratégia e diretivas superiormente emanadas.

### **5.1. Propostas gerais**

Manter as DS na estrutura hierárquica dos Ramos, sob subordinação das Superintendências/ Comandos do pessoal, com dependência técnica e funcional da DIRSAM. Por sua vez, devem estar na dependência técnica e funcional das DS, todas as US do Ramo. As DS devem, na gestão dessas dependências, seguir as orientações delineadas pelo EMGFA e estar sujeitas a atividades de auditoria por esta entidade (WT01).

Passar o cargo de DIRSAM ao posto de Vice-almirante/ Tenente-general, tendo em conta que, na prática, a CSM proposta representa uma estrutura semelhante a um quarto Ramo das FFAA e que o número de RH que passará a comandar é substancialmente aumentado. Outro fator a favor é o incremento de motivação que isso representa para a carreira médica militar e provável conseqüente redução da taxa de atrição (ST02).

Passar os cargos de DS e diretor do HFAR ao posto de Contra-almirante/ Major-general e o diretor clínico e subdiretores dessa unidade a Comodoros/ Brigadeiros-generais, seguindo o mesmo raciocínio. Para além dos motivos elencados no parágrafo anterior, esta



medida representa também a capacidade de manter os Capitães-de-mar-e-guerra/ Coronéis oficialmente envolvidos na atividade clínica e operacional, sem que tal represente iniquidade e conflitos de posto com a direção (ST02).

Incrementar a formação em Medicina Militar, apostando na área da catástrofe e guerra NBQ, assim como outras áreas ligadas aos conflitos, onde os médicos militares deverão ser os peritos nacionais (SO01).

Dinamizar as competências em Medicina Militar, Medicina Subaquática e Hiperbárica e Medicina Aeronáutica na Ordem dos Médicos, assim como as suas congêneres nas restantes ordens, onde os militares devem apostar e estar fortemente representados, não só porque deverão ser os peritos nacionais nessas áreas, mas também por serem os precursores das mesmas (SO04).

Apostar decisivamente no “regresso ao passado”, quando a SM representava o motor da saúde nacional e gozava de um significativo prestígio. Realisticamente, o SSM não poderá competir ombro-a-ombro com o forte investimento das entidades privadas, mas conseguirá (e deverá) fazê-lo em alguns “nichos de mercado”, especialmente aqueles em que ainda é o grande detentor do conhecimento. Sem dúvida que o deverá fazer na área da Medicina Subaquática e Hiperbárica, Medicina Aeronáutica, Medicina de Catástrofe, Guerra NBQ, mas poderá também apostar noutras áreas, aproveitando a enorme capacidade que representa a componente operacional das FFAA, nem sempre aproveitada para o desenvolvimento (SO04).

Apostar veementemente na inovação, informatização, robótica e inteligência artificial aplicadas à saúde, como forma de desenvolvimento e enquanto meio de atratividade para as FFAA, tanto para militares dos quadros, como para profissionais civis para o HFAR (SO02).

Assegurar a manutenção da aculturação, treino e proficiência dos profissionais no seu Ramo de origem, de forma a poderem vir a assumir papéis de aconselhamento e orientação dos escalões superiores, sem colocar em causa a componente operacional. Esta situação, para além de ser considerada essencial para o sucesso das missões dos Ramos, é fundamental para que o DIRSAM tome decisões no melhor interesse do domínio das operações militares e para que cargos de chefia no Ramo possam ser assumidos por militares com a competência e habilitação necessárias (ST06).

Esta proficiência poderá ser conseguida com uma disrupção mínima nos serviços hospitalares, igualmente necessária, promovendo rotações curtas e frequentes (devidamente programadas), entre as duas vertentes. Este procedimento é também passível de ter menos



impacto na programação da vida pessoal e familiar dos militares, com a eventual consequente redução da taxa de atrição (WO03).

Dotar o hospital de uma base sólida de profissionais civis, preferencialmente do quadro de pessoal civil das FFAA (no sentido de promover a sua estabilidade e identificação com a instituição), de modo a conseguir a já referida disrupção mínima nos serviços hospitalares, devido ao envio de militares para missões e tarefas operacionais (WT09).

### **5.2. Propostas relativas à CCSM**

Manter a CCSM nos atuais moldes, como sede de decisão das propostas de política *major* a apresentar ao CEMGFA ou ao CCEM, conforme o despacho n.º 032/CEMGFA/2022 e como principal estrutura de decisão macro do SSM (ST01).

Nesta sede, os DS devem ser entendidos como os principais conselheiros do DIRSAM, em todas as áreas, mas especialmente em relação aos assuntos e necessidades específicas do seu Ramo. Todas as decisões estratégicas do DIRSAM deverão, idealmente, ter por base a sua discussão e consenso na CCSM (ST03).

### **5.3. Propostas relativas à DIRSAM**

Apoiar e aconselhar o CEMGFA, na sua responsabilidade estratégica de governação do SSM, nomeadamente através das medidas e dos documentos estratégicos elencados no Despacho n.º 032/CEMGFA/2022.

Pugnar pela criação de uma carreira digna para os QES, que a torne atrativa, nomeadamente, através de uma remuneração compatível com o seu grau de diferenciação e da sua afirmação enquanto reserva estratégica para o país<sup>7</sup>. Esta missão só será possível com uma ligação direta e estreita entre a DIRSAM e a DGRDN, por forma a elaborar estratégias conjuntas, nas áreas em que essa entidade tem responsabilidade (WT03).

Pugnar pela diferenciação e formação pré e pós-graduada dos QES, que colmate as necessidades das FFAA e que os prepare, não só para as suas funções hospitalares, mas principalmente, para a sua função na componente operacional, não esquecendo que este efetivo tem grande probabilidade de ser mobilizado para cenários de conflito de intensidade variável. Esta diferenciação deverá ser especialmente focada nas áreas específicas militares, como a Medicina Subaquática e Hiperbárica, Escape e Salvamento Submarino, Medicina Aeronáutica, Medicina do Desporto (alto rendimento), catástrofe e guerra NBQ (WT04).

---

<sup>7</sup> Neste sentido, recorda-se que nunca foi aplicado o Estatuto da Carreira Médico Militar, de 1977 (Decreto-Lei n.º 519/77, de 17 de dezembro), com claro prejuízo para os médicos militares (Carvalho, 2016). Já para os restantes profissionais, não existe legislação própria que os aproxime da correspondente carreira civil.



Planear e coordenar ações de divulgação “agressivas” e eficazes, de forma a incrementar a entrada de recursos humanos, estabilizando-a num número anual consistente, capaz de manter as capacidades do SSM na sua plenitude. Alguns locais de ação considerados inevitáveis, serão as faculdades, a Futurália<sup>8</sup>, a mostrEM<sup>9</sup> e eventuais congressos médicos (WT05).

Monitorizar a evolução da doutrina em SM, nas suas vertentes operacional e hospitalar e implementar a sua atualização de forma descendente (WT06).

Promover o dinamismo científico dos profissionais, quer pelo incentivo à produção científica (especialmente em qualidade) e publicação em revistas científicas de referência, quer por parcerias com universidades para pós-graduações, mestrados e doutoramentos.

Promover o desenvolvimento e inovação da SM, ampliando as áreas de atuação únicas das FFAA e edificando novas áreas de atuação, considerando as suas necessidades e os “nichos de mercado” existentes (SO03).

Promover a aplicação e incentivar o desenvolvimento de novas tecnologias em saúde, das quais a telemedicina e inteligência artificial são paradigmas, de modo a ampliar as capacidades do pessoal de saúde empenhados em tarefas operacionais. Esta capacidade pode, inclusivamente, ser aplicada no apoio a FFAA de parceiros, como a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (SO03).

Planear e coordenar as missões de apoio civil de emergência, no âmbito da SM, não esquecendo a componente de divulgação, no sentido do recrutamento (WT04).

Promover a cooperação nacional, não só com estruturas ligadas à saúde, mas também com entidades públicas ou privadas que permitam que a SM assuma um papel de vanguarda na inovação em saúde e relevante nas estruturas de saúde do país, nas quais deverá passar a dar um contributo importante, assegurando benefícios mútuos (SO03).

Promover a cooperação internacional com estruturas congéneres e diligenciar que essa cooperação seja efetiva também ao nível das DS (WO01).

Garantir o trabalho colaborativo com as DS, assegurando a salvaguarda do apoio à atividade operacional, enquanto *core business* do SSM (ST03).

Manter as atuais e promover novas parcerias externas, nomeadamente com o SNS, INEM e estruturas hospitalares, no sentido da eventual partilha de profissionais e oportunidades de treino (SO03).

---

<sup>8</sup> Feira da oferta educativa, formação e empregabilidade.

<sup>9</sup> Mostra das especialidades médicas.



Promover uma rotação frequente e, desejavelmente, curta (exceto em áreas operacionais em que seja recomendada uma maior permanência) dos profissionais entre o hospital e as áreas operacionais do seu Ramo, de forma a mitigar a interrupção da atividade operacional do Ramo, a atividade hospitalar e vida pessoal (WO03).

Garantir autonomia suficiente às DS, para que estas possam gerir, internamente, os seus recursos, usufruindo do seu conhecimento das operações, capacidade de reação a situações inopinadas e necessidades especiais dos Ramos, no sentido de criar um sistema harmonioso, eficaz e eficiente (WT01).

#### **5.4. Propostas relativas às DS**

As DS devem gerir todos os QES atribuídos ao Ramo de forma centralizada, à semelhança da DIRSAM, para que exista coerência no sistema e todos estejam representados em sede de CCSM. Esta medida deve incluir todas as classes de QES, nomeadamente médicos, médicos veterinários, médicos dentistas, farmacêuticos, enfermeiros, TSDT, psicólogos, técnicos de farmácia, técnicos veterinários, socorristas, e restantes RH diretamente ligados à área da saúde (WT02).

Deverá caber às DS a gestão dos RH atribuídos, através dos quantitativos definidos anualmente por intermédio do plano de afetação do pessoal de saúde, internamente, com vista a permitir alguma flexibilidade que melhore o sistema global (WT02).

Deverá caber também às DS a autoridade técnica e funcional das US dos Ramos, seguindo a arquitetura e missão superiormente definida e ficando sujeita a auditorias técnicas por parte da DIRSAM, para verificação da *compliance* a essa definição (ST05).

Às DS deve competir o planeamento, treino e aprontamento específico do apoio sanitário às missões próprias, cabendo à DIRSAM atribuir-lhes os RH essenciais para o efeito (WO02).

As DS devem assumir um papel de aconselhamento e orientação da DIRSAM para a tomada de decisão em todos os aspetos (para além dos já definidos pelo Despacho n.º 032/CEMGFA/2022), cabendo-lhes especialmente a elaboração de estudos e pareceres da sua área da SM. Nesta área, sublinha-se a necessidade de manterem um papel importante na definição das reservas estratégicas de equipamentos, dispositivos médicos e fármacos do respetivo Ramo, assim como a sua coordenação (ST04).

Sem detrimento das suas subordinações, deve ter possibilidade de propor alterações à estrutura sob sua dependência, nomeadamente de alteração da tipologia das US e aquisição de material pesado, assim como outros aspetos que julgue pertinentes, devendo as suas



propostas fundamentadas ser ouvidas, discutidas em sede de CCSM e atendidas, sempre que esse órgão assim o recomendar (ST03).

Deve igualmente poder elaborar pareceres, informações e normas técnicas na área da saúde a ser aplicadas especificamente no Ramo, assim como quaisquer outros, por iniciativa própria ou quando solicitados pela sua hierarquia (WT01).

Para além destes fatores, deve assegurar o funcionamento e qualidade das unidades sob sua dependência, de acordo com o que já realizava no passado, nomeadamente nos aspetos logísticos e de disponibilidade dos equipamentos, dispositivos e produtos médicos, assim como o controlo dos mesmos (ST04).

De acordo com o que já existia, deverá garantir a prontidão das forças e unidades operacionais do seu Ramo na área da saúde (assim como a avaliação da aptidão e índices de saúde global de militares e civis do Ramo). Da mesma forma, deve promover o aprontamento sanitário das Forças Nacionais Destacadas envolvendo militares do seu Ramo e colaborar no planeamento da projeção do respetivo apoio sanitário (WO02).

Tendo em conta que representam áreas imperativas para o funcionamento da componente operacional, sem as quais essa componente não funciona, ou fica seriamente limitada, sendo a qualidade e proficiência dos profissionais de saúde um interesse direto e operacional do Ramo, o Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica e o Centro de Medicina Aeronáutica, quando se venha a oficializar a dependência hierárquica do HFAR, deverão ficar na dependência funcional e técnica da DS do respetivo Ramo (WT07).

### **5.5. Síntese conclusiva**

Como corolário deste capítulo conclui-se que as DS deverão ter um papel ainda mais importante do que no anterior quadro, pois o seu interlocutor deixa de ser uma estrutura do Ramo, que o conhece a fundo, para passar a ser uma estrutura central, com muito menor conhecimento da sua realidade, especificidade, cultura e necessidades, com a agravante de que existirá uma natural “competição” pelos recursos, centralizados, por parte dos Ramos.

Um ponto fundamental para o sucesso desta e qualquer outra proposta, relativamente ao SSM, é a capacidade de atração e retenção de RH. Se não se encontrar uma forma eficaz de o fazer, qualquer proposta e/ou reforma estarão irremediavelmente condenadas ao fracasso.

Tudo se deve basear nas competências dos QES, que deverão ser selecionados de forma isenta e de acordo com a sua formação e experiência. Como forma de possibilitar a escolha dos melhores, para os cargos certos, deveria apostar-se na possibilidade de



progressão horizontal na carreira, até porque existirão sempre militares que não estarão interessados numa progressão vertical, com o reforço da componente de direção e chefia e diminuição da disponibilidade para a clínica, que isso implica. Na verdade, existiram no passado, e continuarão a existir, caso não se encontre solução, militares competentes que abandonaram as fileiras por não quererem chefiar e abandonar a área clínica pura. Sendo o contrário também verdadeiro, existindo militares que saem por não vislumbrar o topo da sua carreira militar.

Por último, não deverá ser nunca olvidado que a prioridade do SSM é o apoio à componente operacional e a manutenção da saúde do militar para combater e que, sem esta, não há SM, com graves consequências para a manutenção das próprias FFAA.

Como resultado do presente capítulo, considera-se atingido o OG, propor “contributos para um modelo organizacional para a integração das DS, no contexto da proposta de CSM, que assegure o cumprimento da missão do respetivo Ramo”, respondendo à QC, “Qual o modelo organizacional ótimo para as DS, no contexto da proposta de CSM, que assegura o cumprimento da missão do respetivo Ramo?”, recordando que as medidas propostas representam um complemento às já determinadas superiormente.



## 6. Conclusões

A SM encontra-se num processo de reforma profunda, com algumas medidas estruturantes já tomadas, mas com muitas ainda a representar uma incógnita para o futuro, que interessa, de forma célere, mas esclarecida e fundamentada, aclarar.

Esta reforma, há muito prometida, mas só recentemente efetivada, foi motivada, mormente, pela escassez de pessoal de saúde, sobretudo Médicos Militares, consubstanciando-se, sobretudo, por uma centralização na DIRSAM da gestão do SSM.

Algumas das referidas incógnitas dizem respeito à distribuição de funções entre a DIRSAM e as DS, assim como o seu papel no cenário de CSM.

O tipo de raciocínio adotado foi indutivo, já que, depois de identificadas omissões no processo da CSM, foram estudados os diplomas e analisadas as observações, permitindo propor um modelo adequado às DS nesse contexto.

A estratégia de investigação adotada foi qualitativa, tendo em conta que partiu dos diplomas já produzidos sobre CSM, entrevistas e questionários, para inferir um modelo para as DS, de uma forma maioritariamente não métrica.

O desenho de pesquisa é um estudo de caso, considerando que o trabalho se foca num fenómeno contemporâneo específico, numa perspetiva temporal transversal.

O presente trabalho inicia por fazer uma descrição do processo de CSM desde o seu início formal.

Seguidamente, avalia qual o “espírito do legislador” em relação ao papel desejado para as DS no processo, concluindo que os planeadores sempre consideraram manter as DS e a sua importância.

Posteriormente avaliou-se qual o parecer dos médicos militares no ativo e de personalidades de reconhecido mérito no âmbito da SM, quanto às medidas a adotar, em relação às DS, para assegurar o êxito do processo. A opinião acerca da continuação das DS, com um papel o mais semelhante possível ao atual, é a predominante. Verificou-se, de igual forma, quais as premissas que os intervenientes consideraram essenciais para o sucesso da CSM.

Para além do referido, são avaliados países congéneres que, em avaliação preliminar, se considerou existir paralelismos com o modelo que se pretende para Portugal embora, numa avaliação mais profunda, se tenha concluído não existirem muitas semelhanças. O mais idêntico é o caso espanhol que, apesar de formalmente declarar ter um sistema



semelhante a um quarto Ramo, na prática mantem componentes nos Ramos, que atuam de forma algo independente.

Este estudo termina por realizar uma análise S.W.O.T. cruzada (T.O.W.S.), inferindo por estratégias e táticas de ação, no sentido de melhorar o sistema e aumentar as hipóteses de sucesso da CSM. As referidas propostas são adicionais às medidas já tomadas superiormente ou, em certos casos, propostas de melhoria de decisões já tomadas.

Conclui-se que as DS são estruturas que garantirão a *interface* entre a DIRSAM e a componente operacional, sendo essenciais para o funcionamento coerente da SM. Conclui-se também que, não comprometendo a gestão centralizada, seria benéfico garantir que as DS mantêm a sua autoridade técnica e funcional sobre as US dos Ramos, já que é a única forma eficaz de garantir o funcionamento fluido destas unidades.

Enquanto resultados deste estudo, salienta-se a convergência de opiniões de todas as individualidades entrevistadas, no sentido da importância de manter as DS enquanto pedra fundamental na estrutura do SSM. Há, inclusive, a opinião que, eventualmente, as DS serão ainda mais importantes num cenário de CSM, já que são as estruturas que realmente conhecem os Ramos e a saúde operacional, com as suas particularidades, cultura e idiossincrasias.

A convergência é também notada no sentido da DIRSAM protagonizar um papel estratégico de planeamento e administrativo, aconselhado pela CCSM, emanando orientações e atribuindo às DS uma *pool* de RH, ficando estas com o papel de gerir, nos Ramos, toda a SM, de acordo com as orientações emanadas, mas com substancial autonomia nessa gestão.

O presente trabalho pretendeu aferir se ainda existiria papel para as DS no contexto da CSM e qual deveria ser esse papel. Enquanto contributo para o conhecimento, salienta-se a proposta de medidas concretas, cotejadas pela reflexão do estudo dos diplomas e documentos existentes, das personalidades entrevistadas e pelos inquiridos, através de instrumentos científicos de tomada de decisão.

Enquanto limitações da investigação, salienta-se que a CSM é um processo em curso, existindo pouca doutrina sobre a mesma. Mesmo os exemplos que poderíamos seguir são inexistentes, já que o modelo preconizado para as FFAA portuguesas não encontra paralelismos com as congéneres. Representou também uma limitação o facto de se ter obtido apenas duas respostas de FFAA congéneres.



Face à necessária delimitação de conteúdo deste trabalho, subsistem alguns aspetos que se recomenda serem estudados no futuro, nomeadamente a hipótese de criação da progressão horizontal na área da SM e a forma de garantir que os médicos militares chegam aos lugares cimeiros da carreira com um cabal conhecimento e aculturação no seu Ramo, assim como um profuso conhecimento das estruturas conjuntas, que lhes permita corporizar, eficazmente, o seu papel de conselheiros e decisores da estrutura superior da SM.

Da mesma forma, conclui-se repetidamente, de forma transversal aos documentos estudados, que urge resolver a limitante situação da falta de atratividade da vida castrense para os QES, principalmente devido aos níveis remuneratórios, completamente desadequados às elevadas diferenciação e qualificações destas classes. Assim, reitera-se a importância da realização de um estudo, ao mais alto nível e conseqüente, que consiga mitigar esta situação, da qual toda e qualquer medida tomada para o sucesso do SSM, depende.

Cerrando, recomenda-se a aplicação das propostas contidas no presente trabalho, mormente no seu capítulo 5, considerando-se que contribuem para o sucesso do processo de CSM em curso.

Esta reforma, embora esteja ainda a iniciar e tendo muitos aspetos a aperfeiçoar, constitui um esforço dos seus autores no sentido de tentar melhorar o sistema. A aplicação das propostas deste trabalho e, certamente, de outros que se seguirão, permitirão a construção de um SSM consistente, coeso, eficaz e resiliente, de que todos os militares se poderão orgulhar.



## Referências bibliográficas

- ADivP-02. (2020, 17 de fevereiro). *Allied guide to diving medical disorders* (NATO Standard - Edition C Version 3). Bruxelas: NATO Standardization Office.
- ATP-57. (2017, 24 de outubro). *The submarine search and rescue manual* (NATO Standard - Edition C Version 3). Bruxelas: NATO Standardization Office.
- BetaVerlag. (2022, 04 de janeiro). *Worldwide Military-Medicine – Military Medical Corps Worldwide Almanac* [Página online]. Retirado de <https://military-medicine.com/almanac/index.html>.
- Burkhard, T. (2021, novembro). *La vision stratégique du CEMA français*. Em: Instituto Universitário Militar, A visão estratégica do CEMGFA francês. Lisboa: Instituto Universitário Militar.
- Carvalho, L.C.B.S. (2016). *Medicina civil e militar - duas vertentes inseparáveis*. Trabalho de Investigação Individual do Curso de Promoção a Oficial General. Instituto Universitário Militar, Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 519/77, de 17 de dezembro (1977). *Promulga o Estatuto da Carreira Médico-Militar*. Diário da República, 1.ª série, 290, 2983-2986. Lisboa: Conselho da Revolução.
- Decreto-Lei n.º 187/2012, de 16 de agosto (2012). *Cria o polo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas*. Diário da República, 1.ª série, 158, 4490-4492. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.
- Decreto-Lei n.º 19/2022, de 24 de janeiro (2022). *Estabelece a Lei Orgânica do Estado-Maior-General das Forças Armadas e altera as Leis Orgânicas dos três Ramos das Forças Armadas*. Diário da República, 1.ª série, 16, 3-97. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Decreto Regulamentar n.º 10/2015, de 31 de julho (2015). *Aprova a Orgânica da Marinha*. Diário da República, 1.ª série, 148, 5200-5237. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.
- Decreto Regulamentar n.º 11/2015, de 31 de julho (2015). *Aprova a Orgânica do Exército*. Diário da República, 1.ª série, 148, 5237-5259. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.



Decreto Regulamentar n.º 12/2015, de 31 de julho (2015). *Aprova a Orgânica da Força Aérea*. Diário da República, 1.ª série, 148, 5259-5275. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.

Despacho 2943/2014, de 31 de janeiro (2014). *Define orientações complementares para a reforma do Sistema de Saúde Militar e identifica as entidades responsáveis pela execução do respetivo processo de implementação*. Diário da República, 2.ª série, 37, 5386-5388. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.

Despacho 511/MDN/2015, de 19 de janeiro (2015). *Estabelece enquadramento conceptual entre “saúde operacional” e “saúde assistencial”*. Diário da República, 2.ª série, 12, 1795-1796. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.

Despacho s/n/MDN/2019, de 14 de março (2019a). Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.

Despacho 40/MDN/2019, de 18 de julho (2019b). *Sistema de Saúde Militar*. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.

Despacho 106/CEMGFA/2019, de 30 de julho (2019a). *Sistema de Saúde Militar*. Estado-Maior-General das Forças Armadas.

Despacho n.º 68/MDN/2019, de 16 de dezembro (2019c). Lisboa: Ministério da Defesa Nacional

Despacho s/n/CEMGFA/2019, de 20 de dezembro (2019b). Lisboa: Estado-Maior-General das Forças Armadas.

Despacho n.º 47/MDN/2020, de 21 de setembro (2020). *Sistema de Saúde Militar – Reestruturação*. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.

Despacho n.º 104/CEMGFA/2020, de 29 de setembro (2020). *Sistema de Saúde Militar – Reestruturação*. Lisboa: Estado-Maior-General das Forças Armadas.

Despacho n.º 18/MDN/2021, de 19 de abril (2021a). *Sistema de Saúde Militar – Reestruturação*. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.

Despacho n.º 032/CEMGFA/2022, de 14 de fevereiro (2022). *Procedimentos e mecanismos de adaptação ao novo quadro legal estabelecido pelas LDN, LOBOFA e Leis Orgânicas do EMGFA, da Marinha, do Exército e da Força Aérea*. Lisboa: Estado-Maior-General das Forças Armadas.

Direção-Geral de Recursos da Defesa Nacional (DGRDN). (2017). *Obtenção e retenção de recursos humanos dos Quadros Especiais de Saúde nas Forças Armadas*. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.



- Estado Mayor de la Defensa (EMAD). (2022, 20 de fevereiro). *Unidades – Jefatura Conjunta de Sanidad* [Página online]. Retirado de [https://emad.defensa.gob.es/unidades/emacon/?\\_\\_locale=es](https://emad.defensa.gob.es/unidades/emacon/?__locale=es).
- Fachada, C. P. A., Ranhola, N. M. B., Marreiros, J. P. R., & Santos, L. A. B. (2020). *Normas de Autor no IUM* (3.ª Ed., revista e atualizada). IUM Atualidade, 7. Lisboa: Instituto Universitário Militar. Disponível em: <https://cidium.ium.pt/docs/publicacoes/2qrgbi1la78k04488k.pdf>.
- Gobierno de España (GE). (2022, 20 de fevereiro). *Inspeccion General de Sanidad de la Defensa* [Página online]. Retirado de <https://administracion.gob.es/pagFront/espanaAdmon/directorioOrganigramas/fichaUnidadOrganica.htm?idUnidOrganica=1807&origenUO=gobiernoEstado&volver=volverFicha>.
- Graça, A.M.N.S. (2008). *O regime dos Quadros Especiais da Área da Saúde das Forças Armadas*. Trabalho de Investigação Individual do Curso de Promoção a Oficial General. Instituto Universitário Militar, Lisboa.
- IONAV 200. (2021, 25 de maio). *Busca e salvamento de submarinos*. Lisboa: Marinha - Comando Naval.
- Jorge, A.M.T., Valente, S (2019). *Estudo de avaliação do Sistema de Saúde Militar*. Lisboa.
- La Défense (LD). (2022). *La composante médicale de la defense* [Página online]. Retirado de <https://www.mil.be/fr/a-propos-de-la-defense/composante-medicale/>.
- Memorando n.º 014/CEMGFA/2018, de 14 de novembro (2018). *Relatório sobre a Saúde Militar*. Lisboa: Estado-Maior-General das Forças Armadas.
- Memorando n.º 26/CEMGFA/2019, de 21 de novembro (2019). *Sistema de Saúde Militar* [RESERVADO]. Lisboa: Estado-Maior-General das Forças Armadas.
- Memorando n.º 17/CEMGFA/2020, de 1 de setembro (2020). *Sistema de Saúde Militar – Reestruturação*. Lisboa: Estado-Maior-General das Forças Armadas. Estado-Maior-General das Forças Armadas.
- Memorando n.º 004/CEMGFA/2021, de 16 março (2021). *Sistema de Saúde Militar – Reestruturação*. Lisboa: Estado-Maior-General das Forças Armadas.
- Ministère des Armées (MA). (2022a, 30 de maio). *État-major des armées – Nos organismes* [Página online]. Retirado de <https://www.defense.gouv.fr/ema/nos-organismes>.



Ministère des Armées (MA). (2022b, 30 de maio). *Service de santé des Armées* [Página online]. Retirado de <https://www.defense.gouv.fr/sante/service-sante-armees/presentation-du-ssa>.

NEP/INV – 001 (A1) (2020). *Procedimentos relativos à elaboração de trabalhos de investigação realizados no âmbito de cursos que não atribuem grau académico*. Lisboa: Instituto Universitário Militar.

NEP/INV – 003 (A3) (2020). *Estrutura e regras de citação e referenciação de trabalhos escritos a realizar no Instituto Universitário Militar*. Lisboa: Instituto Universitário Militar.

Ofício n.º 2896/GC-DIRSAM, de 4 de outubro 2019. Reforma da Saúde Militar. Lisboa: Estado-Maior-General das Forças Armadas.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2008, de 7 de fevereiro (2008). *Aprova as orientações para a execução da reorganização da estrutura superior da defesa nacional e das Forças Armadas*. Diário da República, 1.ª série, 42, 1328-1332. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

RFA330-1. (1999). *Prevenção de acidentes*. Lisboa: Força Aérea - Inspeção-Geral da Força Aérea.

Santos, L.A.B., & Lima, J.M.M. (Coord.) (2019). *Orientações metodológicas para a elaboração de trabalhos de investigação* (2.ª ed., revista e atualizada). Cadernos do IUM, 8. Lisboa: Instituto Universitário Militar.

Silva, J.M.J. (2014). *A medicina militar e os desafios da unificação*. Trabalho de Investigação Individual do Curso de Promoção a Oficial General. Instituto Universitário Militar, Lisboa.

Sousa, J.G.A. (2012). *A Saúde Militar, perspectivas futuras*. Trabalho de Investigação Individual do Curso de Promoção a Oficial General. Instituto Universitário Militar, Lisboa.



## Apêndice A — Caracterização das modalidades de ação

No quadro 2 apresenta-se a caracterização das M/A, conforme o Despacho n.º 47/MDN/2020, de 21 de setembro.

**Quadro 2 - Caracterização das M/A**

Responsabilidades		Modalidades de ação (M/A)							
		1	2	3	3a	3b	4	5	
GENÉTICA	Equipamentos/ Tecnologias de Informação e Comunicação	Definição de requisitos	E	E	E	C/D	C/D	E	R
		Definição de necessidades e prioridades	E	C/P	C/P	C/D	C/D	C/D	R
		Aquisição para o HFAR, UEFISM e UMT	E	E	E	E	E	E	E
		Aquisição para Unidades de Saúde tipo II e III	E	R	R	R	R	R	R
		Aquisição para Unidades de Saúde tipo I e para missões próprias dos Ramos/Treino	R	R	R	R	R	R	R
	Pessoal	Planeamento de necessidades de recrutamento	E	E	C/P	C/D	C/D	C/D	R+ C/D
		Planeamento de necessidades de formação	E	C/P	C/P	C/P	C/P	C/D	R
		Recrutamento e seleção	R	R	R	R	R	R	R
		Retenção	C/D	C/D	C/D	C/D	C/D	C/D	C/D
		Formação de base	R	R	R	R	R	R	R
		Formação pós-graduada	E	E	R	R	R	R	R
	Formação contínua (na UEFISM)	E	E	E	E	E	E	R/E	
ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO	Definição da Rede de Referenciação	E	E	C/P	C/D	C/D	C/D	C/D	
	Órgãos de saúde	Autoridade hierárquica sobre HFAR, UEFISM e UMT	E	E	E	E	E	E	E
		Autoridade funcional e técnica sobre os órgãos periféricos	R	E	R	R	R	R	E
		Existência de órgão de Direção de Saúde no Ramo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
OPERAÇÃO E GESTÃO	Recursos Humanos - QES	Centralizados no EMGFA	✓						
		Até 3 anos (após formação base) nos Ramos, posteriormente no EMGFA		✓					
		Até 10 anos (após formação base) nos Ramos, posteriormente no EMGFA			✓				
		Até à conclusão da formação especializada nos Ramos, posteriormente no EMGFA				✓			
		Até à promoção a oficial superior nos Ramos, posteriormente no EMGFA					✓	✓	



O papel das direções de saúde dos Ramos no contexto da proposta de centralização da saúde Militar

		Centralizado nos Ramos						✓	
		Desenvolvimento de carreira	E	E	R	R	R	R	R
		Colocações	E	E	E	E	E	C/D	R
		Escolha da Especialidade Médica	E	E	C/P	C/D	C/D	C/D	C/D
		EMGFA faz a afetação dos QES aos Ramos (parecer CCEM)		✓	✓	✓	✓		
	Recursos materiais / Financeiros	HFAR, UEFISM, UMT e FND	E	E	E	E	E	E	E
		Unidades de Saúde tipo II e III	E	R	R	R	R	R	R
		Unidades de Saúde tipo I e desempenho de missões próprias/treino	R	R	R	R	R	R	R
	Recursos informacionais	Processo Clínico Único e outros	E	E	E	E	E	E	E

Fonte: Adaptado do Despacho n.º 47/MDN/2020

Legenda: C/D – CCEM-Deliberação  
C/P – CCEM-Proposta  
E – EMGFA  
R – Ramos



## Apêndice B — Entrevistas e questionário

No presente apêndice apresenta-se a relação dos entrevistados (quadro 3), os guiões das entrevistas e inquérito (quadros 4 a 7) e os excertos das entrevistas considerados de interesse para o presente trabalho (quadros 8 a 18).

**Quadro 3 - Participantes nas entrevistas e inquérito**

ADJPC (Ex/ agora Chefe do Estado-Maior da Armada)	VALM Gouveia e Melo	Entrevistado presencialmente a 4 de fevereiro de 2022
ChGabCEMGFA (Ex/ agora ADJPC)	CALM Henriques Gomes	Entrevistado presencialmente a 2 de fevereiro de 2022
DIPLAEM (Ex/ agora Chefe gabinete do CEME)	BGEN Rui Ferreira	Entrevistado presencialmente a 15 de janeiro de 2022
DIRSAM – Chefe REPQ (Ex/ agora Subdiretora DS FAP)	COR Inês Loureiro	Entrevistado presencialmente a 3 de dezembro de 2021
DIPLAEM – Chefe RDCOM	CFR Ribeiro Correia	Entrevistado presencialmente a 20 de dezembro de 2021*
DS EXE (Ex/ agora na reforma)	MGEN Esmeraldo Alfarroba	Entrevistado presencialmente a 10 de março de 2022*
DirHFAR (Ex/ agora na reserva na efetividade de serviço)	CALM Albuquerque e Sousa	Entrevistado por escrito a 20 de abril de 2022**
DS Marinha	COM Halpern Diniz	Entrevistado presencialmente a 18 de março de 2022*
DS EXE	BGEN Eduardo Fazenda Branco	Entrevistado presencialmente a 11 de março de 2022
DS FAP (Ex)	BGEN João Maires	Entrevistado presencialmente a 11 de março de 2022
DS FAP	BGEN André Batista	Entrevistado por escrito a 19 de abril de 2022**
Oficial Médico (Espanha)	COR Enrique Callejon (ES)	Entrevistado presencialmente a 31 de janeiro de 2022*
Oficial Médico (Bélgica)	COR Rotty Geert (BE)	Entrevistado por escrito a 16 de março de 2022
Médicos Militares	Questionário disponível pela ferramenta Google Forms®, de 1 de janeiro a 12 de abril de 2022	

\* Via vídeo teleconferência

\*\* Dado a receção das entrevistas ter ocorrido após a redação do corpo do trabalho, são refletidas apenas nos respetivos excertos

**Quadro 4 - Guião da entrevista A - Participantes nos estudos relativos à CSM**

Objetivos		Questões
OE1	Analisar o racional do projeto de CSM em relação às DS	<ol style="list-style-type: none"> <li>Qual o seu papel nos grupos de trabalho conducentes à CSM?</li> <li>Qual a determinação superior e/ou intenção do grupo de trabalho, em relação ao eventual papel das DS, no contexto da CSM desenhada?</li> <li>Ao que corresponde, exatamente a M/A2, proposta superiormente e aprovada pelo MDN?</li> <li>No que diz respeito, especificamente, as funções das DS, o que significará a M/A2?</li> </ol>
OE2	Analisar a missão e competências das DS no contexto da CSM	<ol style="list-style-type: none"> <li>Da atual missão/competências das DS, quais se manterão num cenário da CSM desenhada?</li> <li>Acha que as DS ainda se irão justificar, caso seja concretizada a CSM desenhada?</li> </ol>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>Tendo-lhe sido apresentado tema deste trabalho e o assunto em questão, deseja acrescentar algum comentário e/ou sugestão?</li> </ol>



**Quadro 5 - Guião da entrevista B- Peritos em SM**

Objetivos		Questões
OE2	Analisar a missão e competências das DS no contexto da CSM	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Da atual missão/competências das DS, quais julga que se manterão, no cenário da CSM desenhada?</li><li>2. Julga que as DS ainda se irão justificar, caso seja concretizada a CSM desenhada?</li><li>3. Subsistirá estrutura/ massa crítica suficiente nos Ramos para suportar essas DS?</li><li>4. Qual julga que será o impacto na atividade operacional do seu Ramo, decorrente das alterações propostas?</li><li>5. Como julga que será possível garantir uma aculturação eficaz no Ramo, dos militares, que lhes permita virem a ser bons e competentes conselheiros do EMGFA, em relação as necessidades do respetivo Ramo?</li><li>6. Como julga que será possível manter a proficiência em áreas da saúde exclusivamente operacionais, tendo em conta a CSM?</li><li>7. Tendo em conta que o modelo sobre o qual recaiu a escolha do MDN refere que as colocações são feitas pelo EMGFA, qual a sua opinião sobre a escolha dos futuros Diretores de Saúde?</li><li>8. Julga que a rotatividade dos Ramos dos militares colocados em lugares cimeiros (em especial, mas não só, os cargos de oficial general) se deverá manter?</li><li>9. Julga que as DS, a semelhança da DIRSAM, deverão congregar a gestão de todas as classes de profissionais de saúde, sem exceção?</li><li>10. A escolha do MDN recaiu sobre o modelo que centraliza após 3 anos, sabendo nós que nesse período os militares terão de realizar formação militar, e receber os cursos mínimos para estarem aptos para projeção (para além do início do internato ao fim de dois anos). Qual considera ser a utilidade desses militares para o Ramo nesse período?</li><li>11. Julga importante manter a CCSM? Qual julga que será a sua importância?</li><li>12. Julga importante deter uma base de pessoal civil importante no HFAR, de modo a que os militares possam ser destacados para as suas funções mais operacionais, sem prejudicar gravemente a atividade hospitalar?</li><li>13. Pensa que as DS dos Ramos devem manter a autoridade funcional e técnica sobre os centros de medicina especializada?</li><li>14. Do seu conhecimento, quais as FFAA que tem implementada uma centralização semelhante a que se deseja para Portugal? Qual o seu grau de sucesso?</li></ol>
		<ol style="list-style-type: none"><li>15. Tendo-lhe sido apresentado tema deste trabalho e o assunto em questão, deseja acrescentar algum comentário e/ou sugestão?</li><li>16. Julga interessante abordar esta temática sob algum outro ponto de vista?</li></ol>



**Quadro 6 - Guião da entrevista C - Militares de FFAA congêneres**

Objetivos		Questões
OE3	Analisar os Sistemas de Saúde de FFAA congêneres que tenham centralizado a SM	1. Como funciona e qual a estrutura da Saúde Militar nas suas FFAA?
		2. Qual foi a razão da centralização da Saúde Militar nas suas FFAA?
		3. Pensa que a centralização da Saúde Militar trouxe alguma mais-valia?
		4. Existe alguma estrutura de saúde própria dos Ramos/ Direções de Saúde?
		5. Quais as suas funções?
		6. Como funciona a articulação entre Ramos?
		7. Tendo-lhe sido apresentado tema deste trabalho e o assunto em questão, deseja acrescentar algum comentário e/ou sugestão?

**Quadro 7 - Guião do inquérito - Médicos militares que serão abrangidos pela CSM**

Objetivos		Questões
OE2	Analisar a missão e competências das DS no contexto da CSM	No caso de se vir a concretizar a centralização da gestão da SM na DIRSAM:
		Considera que as Direções de Saúde dos Ramos ainda se justificam?
		Considera que as Direções de Saúde dos Ramos deviam:
		Em sua opinião, quais os Quadros Especiais de Saúde que devem ser geridos pelas Direções de Saúde dos Ramos?

	1. Sim 2. Não
	1. Manter-se no Ramo, nos atuais moldes 2. Manter-se no Ramo, nomeando oficial de ligação permanente para a DIRSAM 3. Transitar para a DIRSAM 4. Encerrar, assumindo a DIRSAM, totalmente, a missão e competências das atuais DS
	1. Médicos 2. Médicos Dentistas 3. Médicos Veterinários 4. Farmacêuticos 5. Enfermeiros 6. Psicólogos 7. Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica 8. Técnicos de Farmácia 9. Técnicos de Medicina Veterinária 10. Socorristas



			11. Todos os profissionais ligados a saúde
--	--	--	--

**Quadro 8 - Excertos de entrevista - ALM Gouveia e Melo**

Pergunta	Excerto da resposta
A02	[...] o que nós fizemos foi (fui eu que dirigi esse processo), olhar para o problema e dizer o seguinte, qual é a solução mais radical do lado esquerdo, qual é a solução mais radical do lado direito e em quantas soluções tipo nós devemos estruturar o estudo para que depois se possa decidir. Basicamente iniciámos com cinco cenários e depois, se a memória não me escapa, desdobramos dois cenários. Ao todo acabamos com sete cenários.
A06	[...] a DS continua a gerir todos os recursos de saúde que estão dentro do ramo e que estão a trabalhar dentro do ramo. E de alguma forma ganha espaço para desenvolver enquanto DS a verdadeira direção técnica da saúde [...].
B04	A centralização poderá necessariamente ter impacto, porque eu tinha todos os recursos no ramo, era o ramo que decidia quem colocava no hospital central e agora é ao contrário e, portanto, essa filosofia, se for mal aplicada, poderá ter um impacto. Agora, não me parece que uma direção central queira ter três Ramos a combatê-la, porque a direção central não cuida de garantir que os Ramos tenham recursos mínimos suficientes para cumprir as suas funções.
A07	E agora o hospital militar tem de, como Sta. Maria ou como o Campo Santana, ter alunos próprios. Ter a qualidade para formar os seus próprios alunos, porque isso atrai não só médicos militares, como dá formação e atrai futuros médicos que queiram ficar no hospital. Deve ter um regime que permita alguma abertura aos médicos que trabalham no hospital, para terem alguma medicina privada, sem chegar ao exagero de ser mais a medicina privada do que a medicina no hospital [...].
A07	[...] termos um hospital que seja uma referência, para que, se o Sr. Presidente da República tiver um problema, queira ir ao HFAR, se o Sr. primeiro-ministro... Ou seja, para as FFAA, para as forças de segurança e para uma parte do estado cuja inoperacionalidade é grave para o próprio estado.
B05	[...] portanto, é natural que, numa carreira que será sinusoidal, entre o ramo e o hospital, de forma a desenvolver apetência e <i>skills</i> relativamente ao ramo específico e sua cultura, e também garantir que há uma unidade central, porque o hospital é transversal aos Ramos [...].
B05	A gestão central não é do hospital, atenção! Por vezes pode dar-se a entender que a gestão dos recursos é do hospital, não é, a gestão é da DIRSAM.
B06	[...] terá de profissionalizar alguns dos recursos, ou seja, superespecializar alguns deles [...].
B06	Porque, para adquirir o expertise é necessária muita prática, muito conhecimento, e isso só se adquire e se consolida com o tempo.
B07	Porque o modelo de escolha há-de ser sempre híbrido, quer dizer, hoje a escolha é totalmente do CEMA, no futuro, o modelo há-de ser necessariamente híbrido, um propõe outro decide, ou os dois têm a capacidade de decidir e depois há um que desempata, portanto, temos de encontrar um modelo híbrido em que os interesses estejam correspondidos na decisão [...].
B09	As DS devem gerir todos os profissionais de saúde. Como a direção central vai gerir todos os profissionais de saúde das FFAA, os Ramos também devem fazer a mesma coisa. Não faz sentido ser diferente.
A07	As DS têm de participar em parceria na gestão do todo. Não pode haver uma direção central isolada das direções dos Ramos. As DS são acionistas da empresa central e, como tem um conjunto de ações, tem também voto, terão de elaborar pareceres. Portanto, se isso for bem montado, cria-se uma forte ligação, em que passamos a ter uma direção central, com um individuo mais antigo, mas com três indivíduos que serão os seus grandes conselheiros e que com ele partilham a gestão. Nenhum conselho de administração atualmente, nenhuma empresa, gere com uma pessoa. Tem um CEO, mas tem outros conselheiros e, de facto, eu julgo que isso é positivo.



B08	Sim deve, isso acho que é absolutamente necessário. Todos os cargos centrais devem ser obrigatoriamente de rotação, centrais de direção e de gestão, porque senão há um desequilíbrio, isso é que faz a perversão do sistema [...].
-----	---

Fonte: Adaptado de H.Melo, *op.cit.* (2022)

**Quadro 9 - Excertos de entrevista - VALM Henriques Gomes**

Pergunta	Excerto da resposta
A02	Quando se começou a pensar num reforço das competências da área da DIRSAM, para aquilo que era um corpo coerente no âmbito da SM, implicava uma reafectação das funções, quer da DIRSAM, quer das DS, trabalhando numa lógica de articulação umas com as outras e garantindo que havia maior coerência no sistema.
A02	[...] houve efetivamente uma perceção de que as coisas tinham de ser afinadas neste sentido, nesta pirâmide por assim dizer, que possa de alguma forma traduzir-se, em termos práticos, num sistema mais coeso, mais coerente em termos de responsabilidades aos diversos níveis e que possa resultar em benefício para os <i>stakeholders</i> , especialmente os pacientes do SSM.
A03	A M/A2 tinha a ver com uma gestão centralizada da saúde, ou dos RH da área da saúde, a partir dos três anos de formação. Genericamente era isso que representava, e até isso, essa caracterização macro por assim dizer, não me parece feliz, isto porquê? Os recursos da saúde não são só médicos, os recursos da saúde são médicos, enfermeiros, veterinários, paramédicos, material de apoio e por aí fora, tudo concorre para que a prestação dos atos médicos e dos cuidados de saúde sejam prestados com qualidade.
B04	Imaginemos agora, no caso concreto aquilo que é nosso ramo, na Marinha, em que precisamos, mesmo que pontualmente, médicos e enfermeiros embarcados, nós temos de assegurar que, seja a DIRSAM, seja a DS, consegue promover a alocação desses recursos nas unidades onde eles fazem falta.
A07	O problema é que estamos a tentar resolver uma questão com soluções que não vão resolver o problema, ou seja, dificilmente encontraremos solução neste tipo de modelos se não vamos à essência, que é a falta de atratividade, remunerações baixas, concorrência externa, e o não observar a essência da medicina militar.
A07	Se se quer ter médicos militares, um corpo militar para aquilo que é o objetivo das FFAA de qualquer país, que é estar pronto para o defender e partilhar aquilo que são os contributos internacionais, eu tenho de ter, e garantir que o tenho. E o problema é que continuamos a estar sistematicamente dependentes de questões económicas, de orçamento, de vontades, de isto ou de aquilo.
B04	O racional que esteve subjacente à criação desta rede de referenciação e ao modelo, teve em vista não prejudicar aquilo que é a capacidade operacional dos Ramos.
B07	Convém ter aqui um bocadinho de tato, naquilo que é a questão da seleção ou da nomeação para as funções de direção, por razões várias. Desde logo, porque esse tipo de interferências naquilo que é a gestão interna, na estrutura dos próprios Ramos, deve ser naturalmente proposto pelos Ramos. Não faz sentido que seja de outra maneira até porque são eles que os conhecem.
B08	Senão, temos um DIRSAM que é de um determinado ramo e que não consegue ser isento e vai numa lógica de, potencialmente, beneficiar as unidades que estão no seu ramo, depois vem outro e troca tudo, e andamos aqui aos ziguezagues. Não pode ser.
B06	Primeiro, é o próprio ramo identificar essa necessidade suficientemente importante para, em sede própria, garantir que são criadas as condições para ter essa capacidade. E voltamos ao mesmo, ou seja, se isso é um imperativo da atuação da marinha, nos espaços onde tem de atuar, em função da missão que lhe está atribuída, ela tem de garantir essa condição. E o garantir essa condição passa por atuar nos diversos níveis, seja na área da saúde, por influência na DIRSAM, seja o próprio comandante operacional e o CEMA, para garantir que aquela capacidade não é beliscada e é mantida.



B09	[...] a gestão de todos os recursos que concorrem para o SSM, seja médicos, enfermeiros e por aí fora, e sabemos que cada um tem a sua especificidade nos quadros a que pertencem, uns são efetivos militares, outros são civis que são contratados para determinado tipo de funções, devem ser geridos numa lógica centralizada. E isso não quer dizer que a execução dessa gestão tenha de estar toda na DIRSAM, ou seja, até pela escassez de recursos, as orientações e a decisão, relativamente aquilo que é a distribuição dos recursos da saúde pelos diversos órgãos do SSM deve estar, garantidamente, aqui centralizada, a execução não tem de estar no EMGFA.
-----	--

Fonte: Adaptado de H.Gomes, *op.cit.* (2022)

**Quadro 10- Excertos de Entrevista - MGEN Rui Ferreira**

Pergunta	Excerto da resposta
A01	Era um grupo de trabalho muito abrangente porque a ideia era ter planeadores do EMGFA e dos Ramos, incluindo também a presença de uma assessora civil, a Dra. Ana Paula Harfouche, que tinha grande experiência no âmbito da saúde, não na SM, mas no âmbito da saúde civil.
A01	Aquilo que foi feito foi encontrar o conjunto das M/A possíveis para conduzir uma centralização e, portanto, a primeira fase do trabalho, era descobrir que M/A eram plausíveis de ser levantadas para operar esta centralização.
A01	Seguidamente houve o trabalho de as caracterizar. Não só na sua formulação, mas por determinar que entidades no EMGFA é que teriam que responsabilidades, quem é que tinha responsabilidades ao nível da gestão de pessoal, RH, recursos materiais, financeiros, etc,. É a isso que chamo caracterizar ou robustecer as M/A.
A02	Houve, digamos, um pressuposto de base que as DS deveriam manter-se nos Ramos, ou seja, como interlocutores da especificidade da SM em cada um desses Ramos. E, portanto, nas M/A levantadas, nenhuma delas tinha por base a eliminação, ou desaparecimento, ou a não existência das DS. Portanto, houve um pressuposto de base de que as DS se deveriam manter nos Ramos, embora, depois, o estabelecimento do conteúdo funcional de cada DS, obviamente, iria variar consoante o grau de centralização [...].
A04	[...] eu diria que, em vez de serem órgãos de aconselhamento da gestão do ramo, passam a ser órgão de gestão e aconselhamento do EMGFA, da DIRSAM, uma vez que é a DIRSAM que passa a ter a responsabilidade pela gestão, bom isso ainda não está em letra de, de lei, não é? Ainda está a ser discutido. Mas em todo o caso, às DS está reservado um papel de aconselhamento de todo um conjunto de documentos, de entregáveis, que são determinantes para a SM. Desde logo, é evidente que as DS vão ser consultadas na elaboração dos documentos estratégicos da SM, mas agora vão ser consultadas em sede, ou tendo como coordenação desse trabalho a DIRSAM.
A04	Por outro lado, as DS continuam a ter um papel importante na tutela, das US que continuam a manter-se nos Ramos, ou seja, o modelo de CSM, e depois com o seu, digamos, irmão gémeo que é o dispositivo, da designada rede de referenciação, embora ele seja tutelado e decidido na sua arquitetura pelo EMGFA, o que é facto é que a maior parte das US continua sob o comando completo dos Ramos. Ora embora as normas de funcionamento, a sua harmonização e colocação de pessoal seja da responsabilidade do EMGFA, o funcionamento diário e a responsabilidade pela alocação de recursos financeiros e materiais é dos Ramos. A missão não desaparece, a missão altera-se.
A07	Para que todo o sistema opere em uníssono e sejam evitados equívocos e atritos, é fundamental que, em diplomas futuros, seja clarificado, primeiro, quem tem a responsabilidade pela decisão, quem é que tem a responsabilidade de levar o entregável à decisão e, depois, esses entregáveis são feitos com a colaboração de quem e em que momentos. E portanto, eu diria que isto é a chave do funcionamento e do inter-relacionamento entre DIRSAM e DS para que fique claro, primeiro quem é que decide, quem é responsável pela coordenação da elaboração dos entregáveis mas que essa coordenação não seja feita de uma forma isolada, em retiro, mas seja feito de uma forma participada com todos os <i>stakeholders</i> .

Fonte: Adaptado de R.Ferreira, *op.cit.* (2022)(transcrição não revista pelo entrevistado)



**Quadro 11 - Excertos de entrevista - COR Inês Loureiro**

Pergunta	Excerto da resposta
A02	Manteve-se a CCSM, como o lugar na DIRSAM para os DS poderem manifestar a sua opinião e a mesma ficar oficialmente registada. Os DS podem assim, com conhecimento de causa, expor os interesses do ramo em termos de especificidades operacionais e de necessidade de recursos.
A06	Quem conhece melhor os recursos, as fragilidades e a missão do ramo, estará, em princípio, mais capacitado para gerir, para com celeridade e justiça fazer cortes de um lado para pôr no outro, garantindo com flexibilidade o cumprimento adequado da missão, especialmente em tempos de escassez. Será que com uma gestão centralizada e distante se conseguirá um melhor resultado? As grandes empresas têm gestão descentralizada. Descentralizam os seus recursos, dão-lhes competências e confiam na sua capacidade de gestão.
A07	As DS são importantes, mesmo fundamentais, porque fazem a gestão próxima. Fazem a gestão com conhecimento de causa. Conhecem a missão, conhecem as dificuldades, conhecem as pessoas, portanto, têm, em princípio, condições para gerir melhor. A gestão centralizada pode dificultar e mesmo pôr em causa a missão. Será que a DIRSAM vai ter a capacidade de ter uma ação equilibrada, atempada e adequada às necessidades reais e específicas de cada ramo?

Fonte: Adaptado de I.Loureiro, *op.cit.* (2022)

**Quadro 12 - Excertos de entrevista - CMG Ribeiro Correia**

Pergunta	Excerto da resposta
A02	Em relação às DS, numa fase inicial, aquilo que nós tínhamos pensado era transferir tudo para a DIRSAM, para ter todo o controlo. Assim uma coisa feita por alto, chegámos à conclusão que íamos precisar de mais de quarenta pessoas na DIRSAM e, quando isso foi apresentado ao CEMGFA, ele achou que com a crónica falta de pessoal, ter mais quarenta pessoas na DIRSAM não seria viável, então baixou-se para um reforço entre seis a dez, passando-se para um cenário em que a DIRSAM vai coordenar as atividades com as DS.
B06	Para a medicina subaquática e hiperbárica passa-se exatamente a mesma coisa que para a medicina aeronáutica. As DS e, no nosso caso, a Marinha, tem de se chegar à frente e, quando entra nestas discussões, tem de dizer o que é que quer.
B06	[...] não esqueçam que na medicina hiperbárica nós é que somos os peritos e, portanto, nós achamos que isto tem de ser assim e assim.
B07	Os DS são os Ramos que escolhem. O ramo tem de se identificar com o seu DS.
A07	O meu comentário é que considero que em todo este processo, é extremamente importante os Ramos serem ouvidos, e ser ouvido o pessoal que vai estar envolvido em toda esta transformação. Neste caso as DS têm de ser ouvidas, não são os estados-maiores, são as DS.

Fonte: Adaptado de R.Correia, *op.cit.* (2022)

**Quadro 13 - Excertos de entrevista - MGEN Esmeraldo Alfarroba**

Pergunta	Excerto da resposta
B15	[...] eu questiono se não tivesse havido performance por exemplo no caso da marinha, de colegas na área da cardiologia, [...], na área da pneumologia, nas áreas da medicina interna, será que se teria desenvolvido algo de altamente operacional que é precisamente a medicina hiperbárica? Se não houvesse médicos com grande nível na força aérea nessas especialidades e noutras, será que se teria desenvolvido a medicina aeronáutica da forma como se desenvolveu? Será que no caso do exército se não houvesse médicos de grande capacidade hospitalar nas áreas da medicina interna e depois na reanimação? Será que tínhamos



	conseguido o nível com que se desenvolveu o antigo hospital em Coimbra, centro de saúde militar de Coimbra congregada agora com a formação do UEFISM com médicos de grande valor?
B15	[...] que tente fazer a gestão da melhor maneira das suas carreiras que dê resposta aos seus interesses, vocações, etc. porque cada caso também é um caso [...].
B11	[...] na CCSM, precisamente para fazerem as melhores opções e da forma mais objetiva e confiável possível, de forma a termos uma SM forte.
B15	Mas agora perguntamos, concentrou-se no HFAR, que tecnologia é que se distingue no HFAR?
B15	O que interessa é, e isto é muito importante frisar, as pessoas vêm se houver essas tecnologias, foi o que aconteceu comigo. No hospital de belém estavam, quando eu entrei, os melhores meios tecnológicos na área da pneumologia, da cardiologia, ergometria, provas de esforço com cardiorrespiratório, o fibroscópio, tínhamos as melhores tecnologias, isto é atraente. Podemos até ganhar menos, mas temos condições de trabalho de nível, de classe, que fazem com que as equipas se juntem e as pessoas tenham interesse pelo serviço. De outra maneira se isso não ocorre as pessoas dispersam-se, vão embora.
B15	Que é o facto de que os protagonistas desta história não são apenas os Ramos e o EMGFA ou a DIRSAM, há outros protagonistas, há política, há políticos, governantes, há o ambiente que nos envolve dos profissionais de saúde do SNS e do serviço da parte privada, o país e provavel mente ainda outros que podemos descobrir, portanto estes protagonistas, todos eles têm de se concentrar num interesse único que é desenvolver a saúde militar e não é isso que se encontra [...].
B15	Continua-se sem estratégia de desenvolvimento das próprias especialidades, em que as pessoas que façam a especialidade no HFAR, e é estratégico haver idoneidade formativa, assim como respeito pelos profissionais, com valorização das suas competências, dos seus interesses e das suas vocações.
B12	Era extremamente importante estas ligações com muitos outros colegas que agora são chefes de serviço, passaram pelo hospital militar e criavam excelentes ligações entre a parte militar e a parte civil. Acabou-se com o serviço militar obrigatório, foi a parte política que acabou com isso, mas agora vêm eventos de guerra do leste, então já vêm politólogos, comentadores e políticos pôr a hipótese da volta do serviço militar obrigatório. Estas políticas em ziguezague criaram perturbações nas FFAA.
B15	[...] há que manter uma boa ligação com estruturas do país como o INEM, por exemplo. Uma outra solução era precisamente estruturas como o INEM serem incluídas na área da defesa, como em alguns países, mas não havendo isso, há que incluir militares nessas estruturas. Precisam de ter esse treino, caso contrário acabam por cristalizar.
B15	[...] tem de haver uma interligação com o INEM em que este pessoal, em determinadas zonas, seja a ambulância ou o helicóptero, seja precisamente do serviço de saúde militar, para dar resposta a uma determinada zona populacional e, assim, estão sempre a fazer treino e será aliciante. Claro que também terá de haver a respetiva parte remuneratória, porque senão deixa de ser aliciante e as pessoas vão-se embora e vão trabalhar particularmente. [...] igual para os incentivos para os médicos na urgência [...].
B09	Esta questão para o exército é um bocado estranha, porque a DS sempre congregou todos os profissionais de saúde, esta é uma pergunta mais para a marinha porque os enfermeiros sempre tiveram fora da DS. Os enfermeiros, os psicólogos, todos os profissionais não médicos sempre tiveram separados e, num quadro onde as pessoas cada vez serão menos, não se justifica manter as pessoas separadas.
B15	O HFAR tem de ser ressarcido do orçamento de estado, como um hospital público, só que na esfera da defesa. Eu pergunto se o Hospital S. João de Deus, aqui da prisão de Caxias, são os presos que contribuem para pagar o hospital?
B12	Isso vai ter de acontecer e sempre aconteceu nas grandes estruturas hospitalares militares, porquê? Porque o pessoal civil dá uma estabilidade maior, agora, a questão é conseguirmos aliciar pessoal civil de grande nível, e aí vamos ao mesmo, temos de obter isso através de excelentes condições de trabalho tecnológicas, as tecnologias de saúde têm de estar muito bem desenvolvidas para termos pessoas de ponta.
B12	Portanto tem de se ter pessoal civil, isso é obvio que é importante, mas não se deve também descurar que os médicos militares tenham a sua competência para estarem ao nível dos médicos civis, até porque queremos que eles sejam os chefes [...].

Fonte: Adaptado de E.Alfarroba, *op.cit.* (2022)(transcrição não revista pelo entrevistado)



**Quadro 14 - Excertos de entrevista - CALM Albuquerque e Sousa**

Pergunta	Excerto da resposta
B07	A escolha do DS justifica-se que fique no Ramo, enquanto o sector operacional da SM específica de cada Ramo se mantiver sob a tutela do Ramo [...].
B12	O pessoal civil é fundamental para a coesão estrutural e funcional dos recursos humanos do HFAR e respetivos serviços.
B15	Já Reynaldo dos Santos, encarregue de coordenar o contingente de SM no 1º conflito mundial dizia que o que diferencia a medicina militar da civil são questões de tempo e de circunstância (ou de lugar, se preferir). Numa época em que se assistiu a uma retração do contingente de pessoal que integra as FFAA, em que esta tende cada vez mais para uma superespecialização dos seus efetivos e em que as missões em que participa são cada vez mais de carácter multinacional, seja para gestão de conflitos, para manutenção da paz, de carácter humanitário, ou outras, cada vez mais se justifica uma gestão centralizada da SM [...].

Fonte: Adaptado de A.Sousa, entrevista por escrito, 20 de abril de 2022

**Quadro 15 - Excertos de entrevista - COM Halpern Diniz**

Pergunta	Excerto da resposta
B02	Sim. Está previsto na CSM, de qualquer maneira os Ramos são responsáveis tanto pela manutenção e gestão das US tipo 1, 2, e 3 e centros específicos tudo está no ramo tem de se equipar e tem de se manter e tem de ser a nível do ramo e com também manter pronto o pessoal do ramo também é uma competência da DS que não é partilhada com a DIRSAM.
B02	[...] todas as competências que a DS tinha antes vai continuar a mantê-las.
B03	[...] a questão até podia ser mais abrangente, se subsistir, neste momento, massa crítica suficiente para sustentar o SSM das FFAA, podes começar por aqui, porque neste momento, a falta de pessoal já é crítica [...].
B11	[...] tal como existe o conselho dos CEM ao nosso nível da parte da saúde tem de existir uma CCSM, portanto é consultivo, não é um órgão colegial nem outra coisa qualquer mas, é o sítio local certo para se expressar, para as DS se expressarem exatamente com as necessidades do ramo se pronunciarem sobre o que a DIRSAM pretende fazer, políticas implementação e haver atas e ficar escrito.
B04	[...] com a CSM, dentro dos princípios orientadores tens uma coisa que eu acho que é realmente importante, que diz: “os fatores qualificativos da finalidade do SSM foram classificados como imperativo, essencial e desejável”. E, nos imperativos está: “garantir e integrar as operações militares, sustentar a capacidade operacional, regenerar as condições de saúde dos militares e manter preventivamente o estado de saúde dos militares”, portanto, se numa reforma do sistema de SM não é garantido o que é considerado imperativo para o SSM, não sei o que é que vai acontecer...
B05	[...] aqui estão a ser misturadas duas coisas diferentes, uma é a gestão centralizada, outra é o local onde as pessoas estão colocadas. Eu, às vezes, tenho até explicado isto a outras pessoas, não façam um bicho de sete cabeças com a gestão centralizada, porque senão neste momento o HFAR não tinha ninguém, porque neste momento a gestão é nos Ramos e temos não sei quantas pessoas colocadas no HFAR, vai passar a ser ao contrário, daqui a três anos a gestão é no EMGFA, mas vamos continuar a ter pessoas colocadas nos Ramos e não é só nos três primeiros anos [...].
B06	Há várias coisas, uma é uma proposta do decreto-lei do hospital e do decreto regulamentar e que, a certa altura, foi assegurado exatamente o apoio, “assegurar em articulação com a marinha a presença dos recursos humanos necessários para o apoio à realização dos exercícios e de operações de mergulho profundo e submarinos” isso ficou tudo assegurado depois no decreto do HFAR, e diz também que o comando naval da marinha dispõe de autoridade funcional e de coordenação sobre CSMH no âmbito das atividades de mergulho operacional e salvamento de submarinos, e o semelhante também foi para o CMA, ou seja, foi reconhecida a ligação à parte operacional.



B09	Sim. Aliás isso é uma falha que acho que nós temos aqui na DS da marinha, e pode levar a que a DS seja assim um bocadinho mais importante, porque se a DS vai ficar responsável pela gestão das US faz todo o sentido que fique responsável por todos os QES e não apenas pelos médicos,
B07	[...] vai ser como é agora na componente operacional. Como é que foi com o comando naval? É o próprio ramo que propõe, isto terá de passar por outro filtro que é o DIRSAM, e depois para o CEMGFA, tem de ir a conselho de chefes e CEMGFA.
B08	[...] acho que deve ser rotativo, mas tem de ser cumpridas as competências consideradas essenciais para cada cargo. Estava em cima da mesa o diretor do hospital ter de ter a pós-graduação em gestão de unidades de saúde, se for definido, tem de ser definido atempadamente, para dar tempo aos Ramos para prepararem as pessoas que querem ver ocupar o lugar com a formação adequada.
B08	[...] os lugares de oficial General, sem dúvida, têm de ser rotativos, nem que seja por uma paridade de oportunidades entre os Ramos [...].
B06	O espírito deve ser, na parte do CSMH e do CMA, pensado no sentido do emprego operacional. Portanto, deve ficar salvaguardado, dentro da missão, que a atividade assistencial do CSMH será relacionada com a atividade operacional. Com o escape e salvamento de submarinos, com a atividade de mergulho, dos aprontamentos, dos mergulhadores e dessa parte toda. É nesse espírito que a parte funcional tem de ficar no ramo. E, no ramo, obviamente nas DS.
B12	Claro isso era o ideal sem dúvida. Nós queremos os militares, exatamente para poderem ficar na parte operacional ir em missões, para ficar sempre no hospital, eu acho que não sei quem possa não desejar isso. Haver uma base sólida que dava mais consistência ao hospital, são pessoas que não vão ser retiradas de um dia para o outro para ir para uma missão qualquer [...]

Fonte: Adaptado de H.Diniz, *op.cit.* (2022)

**Quadro 16 - Excertos de entrevista - BGEN Fazenda Branco**

Pergunta	Excerto da resposta
B02	[...] terá sempre de haver um órgão que faça a gestão e apoio sanitário no ramo e que permita assim a condução e continuidade das operações militares, razão primordial da existência do SSM. A CSM faz-me pensar um bocadinho, apesar de haver um EGMFA e de um Chefe do EGMFA também há os Estados-Maiores dos Ramos e os seus respetivos chefes [...].
B03	Considerando que o apoio das operações militares são a missão primordial do serviço de saúde, então terá de haver em primeiro lugar massa crítica para concretizar esse apoio [...].
B04	[...] nem será de admitir que a saúde operacional vai ficar desfalcada porque é a essência do SSM, portanto acho que se as pessoas forem sensatas percebem que o serviço de SM se destina a apoiar primordialmente as operações militares [...]
B11	[...] penso que essa comissão consultiva tem um papel cada vez mais essencial, mais importante, porque é de facto através dos DS que se poderá pôr em cima da mesa com os vários Ramos as diferentes necessidades. E, se a CCSM é presidida pelo DIRSAM então o DIRSAM tem de ter uma relação de proximidade com os DS no sentido de perceber quais são as necessidades e empenhamentos de cada de cada ramo.
B04	[...] vou relevar que a SM deve existir para apoiar primordialmente as operações militares, ou seja a saúde operacional. A saúde assistencial pode ser desempenhada por profissionais de saúde civis aliás como se verifica no HFAR em que existe médicos, médicos cientistas, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de análises, fisioterapeutas, que podem assegurar o tratamento dos doentes bem como a prevenção que o Hospital também tem uma função de prevenção, se estamos a falar de SM ainda acredito o conhecimento aliado à sensatez tudo farão para que não haja qualquer impacto negativo para a atividade operacional.
B05	[...] terá de haver sempre a identificação e o conhecimento do ramo a que pertencem [...].
B06	Isso implicará uma rotação das pessoas mas naturalmente que esta unidade de saúde em particular vai haver sempre a necessidade de termos pessoas médicos com formações especializadas vocacionadas para o alto rendimento e portanto é também essa gestão racional que tem de ser feita de forma a acautelar essas



	necessidades do ramo e portanto nós sabemos que centros de grande relevância também não contam sempre com os mesmos profissionais, há formação integração nos serviços e portanto as pessoas ficam preparadas para ter esse desempenho.
B09	No caso particular do exército apenas os psicólogos não são geridos na direção de saúde e até agora não tem havido problemas e acho que que as coisas têm corrido bem assim.
B09	[...] inclusivamente nós sabemos que num hospital por exemplo a psicologia está integrada na psiquiatria na saúde mental e, portanto, é uma área complementar e não posso dizer que não consideraria favorável serem também geridos na DS.
B07	Na minha perspetiva a escolha dos DS deve ser feita dentro do ramo [...].
B08	Claro que sim. Esses cargos são aqueles que são desempenhados por oficiais generais, portanto, temos de dar a possibilidade de progressão na carreira, de chegar a oficial general, militares dos três Ramos. Além de que, precisamente para sermos mais homogêneos e não haver parcialidade, aquilo que eu acho é que devem rodar [...].
B12	Claro que sim, isso é fundamental, porque, infelizmente nós vemos que o pessoal militar é insuficiente para completar os quadros orgânicos definidos, quer nos órgãos, unidades e estabelecimentos dos Ramos das forças armadas, porque isto é o que se ouve dizer nas reuniões de comissão consultiva, que existe carência de pessoal. A saúde operacional tem de ser desempenhada por militares e, portanto, aquilo que faltar tem de ser completado por pessoal civil.

Fonte: Adaptado de E.Branco, *op.cit.* (2022)

**Quadro 17 - Excertos de entrevista - BGEN João Maires**

Pergunta	Excerto da resposta
B02	Acho que sim. Não vejo de que de outra forma poderia ser, porque as DS conhecem o terreno e tão simplesmente por isso, não se pode desarticular toda a saúde militar de um momento para o outro, não se deve desarticular.
B15	[...] as forças armadas não produzem saúde, as forças armadas produzem defesa e, portanto, é para isso que elas estão vocacionadas.
B11	Havendo uma comissão consultiva, era necessário que essa finalidade de consultar se mantivesse, portanto, se se constituiu uma comissão consultiva para se ouvir e respeitar a opinião num órgão colegial, faz sentido. Se não se respeita o órgão colegial e a autoridade está toda centrada no DIRSAM, deixa de fazer sentido [...].
B06	Nós sabemos que os militares que nascem numa determinada cultura, entendem essa cultura e traduzem-na depois em ações. Quando essa cultura não existe, há uma desculturação e, no meu ponto de vista, isso tem repercussões na operacionalização das coisas. Porque é natural que uma pessoa numa esquadra de voo, por exemplo, se não sabe como funciona uma aeronave nem quais são as regras que se utilizam em termos de esquadra de voo e aparece lá de “paraquedas”, vai haver problemas na comunicação e, ao haver problemas na comunicação, vai haver problemas na qualidade das soluções.
B09	Na força aérea a DS gere a saúde. E a saúde são médicos, médicos dentistas, psicólogos, enfermeiros, todas as especialidades que estão ligadas ao ramo da saúde, e essa gestão é uma gestão mais compreensiva, porque os assuntos não são setoriais, são globais e todos intervêm.
B13	Pela especificidade da ação e porque também não é um órgão de saúde (não trata, não faz tratamentos), é um órgão inspetor e de acompanhamento da atividade operacional e, portanto, penso que tem toda a razão para continuar a pertencer à força aérea.
B13	Penso que seria a mesma lógica, porque se eu acho isto para o Centro de Medicina Aeronáutica não poderia achar diferente para os outros Ramos.
B12	[...] ter uma base importante de pessoal civil, penso que é fundamental para que o hospital tenha uma cultura própria e seja viável.
B15	A mensagem que gostaria de deixar é que a saúde militar tem de ser apelativa. Temos de criar condições para que as pessoas queiram vir. Eu não consigo entender como é que num país como o nosso, que tem bons profissionais de saúde (e estou a falar de médicos e enfermeiros) mas, no caso dos médicos que



eu conheço melhor, que não têm lugar nos internatos de especialidade nos hospitais, continuam a não vir para as forças armadas, estando nós com falta de pessoal médico. Quer dizer, se não nos procuram, quer dizer que nós não somos apelativos. Penso que o nosso principal objetivo devia de ser esse.

Fonte: Adaptado de J.Mairos, *op.cit.* (2022)

**Quadro 18 - Excertos de entrevista - BGEN André Batista**

Pergunta	Excerto da resposta
B03	Terá de existir. As DS têm modelos de organização diferentes entre os Ramos, derivadas à especificidade da sua atuação. Por exemplo na Força Aérea as operações sanitárias (incluindo as evacuações aeromédicas), o recrutamento e seleção e as Juntas médicas são enquadradas na estrutura própria da DS, necessitando, portanto, de RH que terão de existir.
B11	Sim. Aconselhamento do DIRSAM e o fórum onde na nova organização cada DS poderá elencar os problemas relacionados com o apoio sanitário em cada um dos Ramos, nomeadamente necessidades de RH.
B06	Deverá existir uma carreira mais operacional que será feita dentro do Ramo. No caso da Força Aérea em 2 vertentes: Medicina Aeronáutica e evacuações aeromédicas.
B06	Deverá sempre que possível permitir o desenvolvimento de carreira preferencialmente ou dentro do ramo ou então preferencialmente em ambiente hospitalar militar (com missões em hospital de campanha em teatros de operação).
B09	Certamente terá que fazer a gestão dos elementos que estão colocados no ramo [...].
B07	Não existindo 4º Ramo terá de ser feito pelo CEM respetivo, pois o DS terá que ter a sua confiança para ser o responsável pelo componente da medicina operacional do Ramo- que inclui seleção/ recrutamento e juntas médicas- que neste momento são responsabilidade do ramo.
B08	Na atual proposta de reorganização é essencial que exista uma rotatividade [...].
B13	Não existe nenhum país da NATO em que os Centros de Medicina Aeronáutica não estejam na hierarquia das respetivas Forças Aéreas [...].
B12	Dada a dificuldade de recrutamento e retenção de médicos militares é fundamental. Também a sua existência permitiria libertar os médicos militares do HFAR para missões [...].

Fonte: Adaptado de A.Batista, entrevista por escrito, 19 de abril de 2022



## Apêndice C — Análise S.W.O.T. / T.O.W.S.

Nos quadros 19 e 20 apresentam-se as análises S.W.O.T e T.O.W.S. do presente trabalho.

**Quadro 19 - Análise S.W.O.T.**

FORÇAS	FRAQUEZAS
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Capacidades únicas ou de utilização rara na vida civil</li><li>2. Qualidade técnica dos profissionais</li><li>3. Identificação dos militares com o seu ramo e com as FFAA</li><li>4. Centros de treino de excelência</li><li>5. Conhecimento transversal das atividades do ramo por parte das DS (recursos/fragilidades/missão)</li><li>6. Necessidade estratégica para o país (embora nem sempre percecionada)</li><li>7. Comunidade pequena (quando comparada com o SNS)</li><li>8. Grande potencial para crescimento (em dimensões e diferenciação)</li><li>9. A SM passa a representar um número significativo de efetivos, unido sob um comando único</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Escassez de pessoal</li><li>2. Baixa atratividade da vida militar, em especial para classes diferenciadas</li><li>3. Remuneração incompatível com a diferenciação</li><li>4. Disponibilidade permanente</li><li>5. Vida familiar instável dos profissionais</li><li>6. Mudanças frequentes (reformas)</li><li>7. Baixa diferenciação de procedimentos do HFAR</li><li>8. Baixa diferenciação tecnológica</li><li>9. Perceção de não ter uma carreira digna e respeitada por parte dos profissionais</li><li>10. Baixo conhecimento dos Ramos por parte da DIRSAM</li><li>11. Desmotivação do pessoal</li><li>12. Base hospitalar de pessoal militar (que o destrutura quando de mobilização dos mesmos)</li><li>13. Inexistência de idoneidade formativa</li><li>14. Não valorização de competências específicas</li><li>15. Não valorização dos interesses e vocações pessoais dos militares</li><li>16. Não valorização da valência de emergência / catástrofe / de guerra / áreas operacionais específicas</li><li>17. Sistema de avaliação de carreira pouco adequada/ homogénea</li></ol>
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Possibilidade de criação de “nichos de mercado”</li><li>2. Interligação natural de interesses com INEM/ SNS</li><li>3. Possibilidade de aquisição de meios tecnológicos inovadores</li><li>4. Possibilidade de potenciar a componente operacional como meio exclusivo de treino de RH e desenvolvimento tecnológico</li><li>5. Meio único para aquisição de competências específicas</li><li>6. Formação e treino conjunto – maior massa crítica</li><li>7. Espírito de corpo</li><li>8. Progressão nas carreiras mais harmoniosa entre Ramos</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Atratividade financeira da vida civil</li><li>2. Atratividade científica da vida civil</li><li>3. Atratividade da vida familiar civil</li><li>4. Grande concorrência pelos RH</li><li>5. Desconhecimento das FFAA, suas capacidades e áreas de conhecimento pelos civis</li><li>6. Risco de favorecimento do ramo de origem por parte do DIRSAM</li><li>7. Risco de favorecimento do HFAR em detrimento do domínio das operações</li><li>8. Risco de não aculturação e desconhecimento dos Ramos e sua especificidade</li></ol>



9. Possibilidade de maior diferenciação na carreira hospitalar/ especialidade
10. Possibilidade de maior abertura à sociedade civil
11. Maior complementaridade na aquisição de meios pesados
12. Maior capacidade de apoio à sociedade civil
13. Possibilidade de criar um sistema coeso, bem articulado e coerente
14. Possibilidade de maior discussão de normas e procedimentos
15. Possibilidade de retornar à situação de serviços de excelência já detidos (com investimento em RH e meios técnicos)

9. Risco de divórcio entre operacional e assistencial
10. Risco de ver os QES como mão de obra disponível e barata
11. Risco de quebra na qualidade dos profissionais (com a inatividade da vida castrense) e os melhores são mais assediados
12. Risco de descoordenação entre a componente operacional e o necessário apoio médico no planejamento e, conseqüentemente, durante as operações
13. Risco de desmotivação por não empenhamento operacional e/ou empenhamento excessivo
14. Risco de perda de razão de ser para a SM
15. Risco de os DS não serem ouvidos e respeitados em sede DIRSAM
16. Incapacidade da DIRSAM para gerir o incremento de funções com a conseqüente secundarização de algumas áreas
17. Risco de compartimentação dos QES (nos Ramos até 3 anos e DIRSAM após)
18. Risco de esvaziamento dos Ramos de pessoal mais antigo e mais conhecedor - Quebra na formação/ transmissão de conhecimento
19. Risco de descoordenação DIRSAM/DS
20. Risco de agravamento da desmotivação por carreiras e níveis remuneratórios não atrativos
21. Risco de desinvestimento nas áreas médicas exclusivas operacionais
22. Incapacidade da DIRSAM para gerir o dia-a-dia e os imprevistos inerentes aos Ramos, assim como as suas necessidades específicas
23. Percepção, pelos beneficiários da ADM, da ineficácia do sistema assistencial
24. Não clarificação e estabelecimento de níveis de responsabilidade pelos diferentes atores
25. Risco de foco na componente hospitalar, esquecendo o core business das FFAA
26. Risco de perda da capacidade de aconselhamento em saúde nas especificidades dos Ramos (perda de experiência operacional nos Ramos)
27. Risco de não preparação (física/ técnica/ psicológica) para missões/ conflitos de média/ alta intensidade
28. Incapacidade de sustentar a atividade operacional
29. Percepção, pelos Ramos, da ineficácia do sistema de apoio operacional
30. Risco de não representação / favorecimento de um ramo em detrimento de outro pelos cargos cimeiros (e baixa atratividade para o ramo prejudicado)
31. Risco de secundarizar as competências e apetências dos profissionais



	<ol style="list-style-type: none"> <li>32. Perda de integridade e unicidade, diminuindo a capacidade de atuação global da SM nos Ramos, pela não integração de todas as classes de QES na DIRSAM e nos Ramos</li> <li>33. Risco de acumulação, de um dos lados (DS/DIRSAM) de pessoal não focado/orientado/competências necessárias</li> <li>34. Risco de estagnação tecnológica e científica, com ultrapassagem por parte dos "concorrentes"</li> </ol>
--	--

**Quadro 20 - Análise T.O.W.S.**

ESTRATÉGIAS SO - OFENSIVAS	ESTRATÉGIAS WO – INTERMÉDIAS (OFENSIVAS)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incrementar a formação em Medicina Militar/ Dinamizar as competências específicas</li> <li>2. Apostar significativamente na inovação tecnológica e científica</li> <li>3. Promover a cooperação nacional, não só em áreas diretas da saúde, mas também em áreas tecnológicas que possam incrementar a sua mais-valia</li> <li>4. Investimento em áreas específicas operacionais, com formação e treino assegurados (SMER, treino fisiológico, p.e.)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover a cooperação internacional, com as congéneres</li> <li>2. DS como responsável pelo planeamento, treino e aprontamento específico do apoio sanitário às missões próprias</li> <li>3. Rotação curta e frequente dos RH entre hospital e operacional (maior proficiência e aculturação no ramo, com menor interrupção da produção hospitalar)</li> </ol>
ESTRATÉGIAS ST - DEFENSIVAS	ESTRATÉGIAS WT – INTERMÉDIAS (DEFENSIVAS)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manter CCSM como órgão de discussão e decisão das grandes opções para o SSM</li> <li>2. Deve existir upgrade nos postos, como atrativo de carreira, atrativo financeiro e devido ao número de efetivos comandados</li> <li>3. DS com papel de aconselhamento e orientação do DIRSAM, em sede de CCSM, em relação às necessidades específicas do ramo em todas as áreas</li> <li>4. DS com papel importante na definição das reservas estratégicas de equipamentos, dispositivos médicos e fármacos no ramo, assim como a sua coordenação</li> <li>5. DS como interface entre DIRSAM e operacional, assim como responsável pela gestão total das unidades abaixo</li> <li>6. Importância da aculturação no ramo</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. DS deve manter responsabilidade pelas unidades e recursos colocados, de acordo com o plano de afetação de pessoal de saúde aos Ramos</li> <li>2. DS deve ter a responsabilidade da gestão dos QES de todas as classes no ramo</li> <li>3. Pugnar por carreira digna para os QES, com remuneração adequada à sua diferenciação</li> <li>4. Pugnar pela diferenciação e formação pré e pós-graduada dos QES, preparando-os para projeção para teatros de intensidade variável e serviço hospitalar</li> <li>5. Realizar ações de divulgação/marketing do SSM eficazes, passíveis de recrutar QES suficientes para manter SSM com nível adequado</li> <li>6. Monitorizar a evolução da doutrina da SM, de acordo com a <i>leges artis</i></li> <li>7. DS com autoridade técnica e funcional sobre o CMSH e CMA</li> <li>8. Progressão horizontal</li> <li>9. Dotar o HFAR de uma base sólida de profissionais civis</li> </ol>



## Apêndice D — Missão e competências atuais das DS

De acordo com o Decreto Regulamentar n.º 10/2015, de 31 de julho, nomeadamente no seu art.º 27.º, a missão, competências e unidades dependentes da DS da Marinha são as constantes da Tabela 1.

**Tabela 1 - Missão e competências da DS Marinha**

<b>Missão</b>
A DS tem por missão o estudo, conceção e planeamento das atividades da área funcional da saúde da Marinha, por forma a assegurar a obtenção e a manutenção de condições médico-sanitárias necessárias à prontidão do pessoal, para o cumprimento da missão da Marinha (Marinha, 2021)
<b>Competências</b>
a) Propor orientações nos domínios da saúde naval e das estruturas de saúde da Marinha; b) Promover e assegurar a manutenção e reabilitação da saúde do pessoal da Marinha; c) Elaborar e propor o plano de atividades da saúde naval e assegurar, controlar e avaliar a sua execução; d) Colaborar no estudo de propostas de legislação com aplicação na área da saúde naval; e) Elaborar estudos e emitir pareceres de natureza especializada no domínio da saúde; f) Propor normativos dietéticos e promover a sua divulgação; g) Avaliar, no âmbito da saúde, o funcionamento dos órgãos e serviços de saúde da Marinha, bem como colaborar na avaliação das condições sanitárias e ambientais das respetivas instalações; h) Colaborar com a DP na afetação do pessoal da área de saúde; i) Propor, validar e acompanhar os programas para a dissuasão do consumo do tabaco, do álcool e das drogas prejudiciais à saúde; j) Propor programas e outras atividades de formação e assegurar a colaboração na orientação, acompanhamento e execução de atividades de ensino, formação e investigação na área da saúde; k) Efetuar o planeamento logístico no âmbito do medicamento e dos dispositivos médicos; l) Assegurar e garantir a disponibilidade do equipamento médico, dos dispositivos médicos, dos medicamentos e de outros produtos de saúde necessários às unidades operacionais da Marinha, bem como aos serviços de saúde que lhes prestam apoio sanitário; m) Assegurar e garantir a disponibilidade e o controlo do consumo dos medicamentos e dispositivos médicos necessários à manutenção e reabilitação da saúde do pessoal da Marinha, bem como aos restantes beneficiários da Assistência na Doença aos Militares (ADM); n) Coordenar e controlar as operações de logística operacional, no âmbito do aprontamento sanitário do pessoal da Marinha; o) Definir e coordenar as reservas estratégicas de equipamentos, dispositivos médicos e medicamentos, com vista a assegurar a prontidão das forças e unidades operacionais, de acordo com os planos superiormente aprovados; p) Apoiar as UEO da Marinha na manutenção dos equipamentos médicos e material clínico; q) Colaborar com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e com outras entidades, no âmbito da sua atividade; r) Orientar o apoio médico à prática das atividades físicas e do desporto; s) Inspeccionar as UEO, no âmbito das suas competências.
<b>Unidades dependentes</b>



- a) O Centro de Medicina Naval (CMN);
- b) O Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica (CMSH), sem prejuízo do disposto na alínea a) do n.º 6 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 2/2015, de 20 de fevereiro.

Fonte: Decreto Regulamentar n.º 10/2015, de 31 de julho

De acordo com o Decreto Regulamentar n.º 11/2015, de 31 de julho, nomeadamente no seu art.º 28.º, a missão, competências e unidades dependentes da DS do Exército são as constantes da Tabela 2.

**Tabela 2 - Missão e competências da DS Exército**

<b>Missão</b>
A Direção de Saúde planeia, dirige e coordena o apoio sanitário no Exército, e o funcionamento dos serviços de medicina, farmácia, veterinária e medicina dentária das unidades, estabelecimentos e órgãos do Exército. (Exército, 2021)
<b>Competências</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>a) Gerir de forma integrada o apoio sanitário no Exército, de acordo com as diretivas superiores;</li><li>b) Coordenar e supervisionar as áreas da medicina, medicina dentária, farmácia e medicina veterinária;</li><li>c) Colaborar nos estudos e nas propostas sobre as grandes linhas de ação no âmbito da saúde no Exército;</li><li>d) Colaborar tecnicamente em estudos respeitantes à classificação e seleção de recursos humanos, instalações, alimentação, fardamento, educação física e desportos;</li><li>e) Coordenar a atividade das juntas hospitalares de inspeção do Exército e emitir parecer sobre as suas deliberações;</li><li>f) Emitir pareceres e informações técnicas sobre doenças relacionadas com o desempenho de missões, atos ou funções de serviço;</li><li>g) Colaborar na especificação dos equipamentos e outros artigos do seu âmbito de gestão;</li><li>h) Coordenar, acionar e supervisionar a evacuação e hospitalização de indisponíveis, quando lhe for solicitado, em coordenação com o CMDLOG;</li><li>i) Promover o aprontamento sanitário das FND;</li><li>j) Elaborar, promover e coordenar o programa de medicina preventiva, de acordo com as orientações recebidas superiormente;</li><li>k) Colaborar nos procedimentos de gestão, formação e diferenciação técnica do pessoal de saúde;</li><li>l) Prestar cuidados de saúde de proximidade, através de Unidade de Saúde, aos militares do Exército, e, na sua capacidade sobranante, a outros utentes, de acordo com as diretivas superiores e ao abrigo de protocolos estabelecidos.</li></ul>
<b>Unidades dependentes</b>
A DS tem na sua dependência hierárquica as UEO definidas por despacho do CEME.

Fonte: Decreto Regulamentar n.º 11/2015, de 31 de julho



De acordo com o Decreto Regulamentar n.º 12/2015, de 31 de julho, nomeadamente no seu Art.º 22.º, a missão, competências e unidades dependentes da DS da Força Aérea são as constantes da Tabela 3.

**Tabela 3 - Missão e competências da DS Força Aérea**

<b>Missão</b>
Assegurar a prevenção, conservação e recuperação médico-sanitária do pessoal da Força Aérea e a coordenação da atividade veterinária da Força Aérea (Força Aérea, 2021).
<b>Competências</b>
a) Apoiar tecnicamente os órgãos da saúde da Força Aérea, nomeadamente emitindo pareceres sobre equipamentos médicos, material sanitário, medicamentos e apóritos e, ainda, sobre a construção, reconversão ou reparação de infraestruturas de saúde; b) Elaborar programas e promover a saúde e prevenção da doença ou do acidente; c) Gerir os recursos humanos, financeiros e materiais postos à sua disposição; d) Promover a formação e atualização técnica do pessoal de saúde, bem como a investigação e desenvolvimento nas áreas da medicina operacional, medicina preventiva, saúde ocupacional militar, cuidados primários de saúde, medicina aeronáutica e psicologia aeronáutica militar; e) Determinar a aptidão psicofísica dos cidadãos para a prestação do serviço militar em todas as especialidades da Força Aérea; f) Estabelecer normas técnicas e fornecer apoio aeromédico e treino fisiológico ao pessoal empenhado na atividade aérea; g) Coordenar e desenvolver as atividades no âmbito da psicologia aeronáutica militar; h) Desenvolver inspeções médicas para avaliação da condição física e psíquica ao pessoal da Força Aérea na situação de ativo; i) Programar e coordenar as atividades das juntas médicas da Força Aérea; j) Supervisionar as evacuações aeromédicas; k) Promover ações e colaborar com outros serviços de saúde na prevenção e combate às toxicodependências e alcoolismo; l) Promover e determinar a aptidão médico-sanitária dos militares da Força Aérea envolvidos em operações no exterior; m) Programar, coordenar e controlar a atividade veterinária na Força Aérea; n) Gerir o arquivo da informação sobre dados relativos ao pessoal e às atividades desenvolvidas na área da saúde da Força Aérea; o) Propor o estabelecimento de convénios com outros serviços ou organismos de saúde, nacionais ou estrangeiros; p) Efetuar inspeções setoriais aos serviços sob a sua dependência funcional, em coordenação com a IGFA; q) Programar, coordenar e controlar as ações de apoio sanitário a destacamentos da Força Aérea no estrangeiro.
<b>Unidades dependentes</b>
a) O Centro de Medicina Aeronáutica, sem prejuízo do disposto na alínea b) do n.º 6 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 2/2015, de 20 de fevereiro. b) O Centro de Psicologia da Força Aérea.

Fonte: Decreto Regulamentar n.º 12/2015, de 31 de julho



## Apêndice E — Corpo de conceitos

**Quadro 21 - Corpo de conceitos**

Quadros Especiais de Saúde	Médicos, Enfermeiros, Médicos dentistas, Médicos Veterinários, Técnicos de Medicina Veterinária, Farmacêuticos, Técnicos de Farmácia, Psicólogos, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, outros técnicos de Saúde (DGRDN, 2017).
Saúde Operacional	“Engloba a prestação de cuidados de saúde por motivos operacionais, nomeadamente, os que concorrem para atividades de seleção/recrutamento, revisões e inspeções periódicas de militares na efetividade de serviço, preparação sanitária prévia a projeção de forças, avaliação sanitária de forças após a retração/rendição e apoio sanitário a atividade operacional” (Despacho n.º 511/MDN/2015, de 19 de janeiro).
Saúde Assistencial	“Engloba a prestação de cuidados de saúde necessários e imprescindíveis para a manutenção do estado de saúde do militar no seu ambiente socioprofissional, nomeadamente, os prestados aos militares individualmente considerados em consequência de doença, aos militares considerados/julgados incapazes por motivos de serviço, nomeadamente os deficientes militares, bem como aos respetivos familiares” (Despacho n.º 511/MDN/2015).

Fontes: Adaptado de DGRDN, 2017 e Despacho n.º 511/MDN/2015, de 19 de janeiro