

**INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES
CURSO DE PROMOÇÃO A OFICIAL GENERAL**

2012/2013



T II

**Criação do Campus de Saúde Militar.
Um projeto para o futuro**

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



INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES

Criação do Campus de Saúde Militar.

Um projeto para o futuro.

**Simão Pedro Esteves Roque da Silveira
COR/MÉD**

Trabalho de Investigação Individual do Curso de Promoção a Oficial General

Pedrouços, 2013



INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES

Criação do Campus de Saúde Militar.

Um projeto para o futuro.

Simão Pedro Esteves Roque da Silveira

COR/MÉD

Trabalho de Investigação Individual do CPOG

Orientador: Cor ENGAED Vítor Marques

Pedrouços, 2013



Agradecimentos

Agradeço a todos os que colaboraram com os seus conselhos e ideias para a execução deste trabalho.

Um agradecimento particular ao nosso orientador, Sr. Cor. Vítor Marques, pela compreensão e disponibilidade demonstradas.

Finalmente, um agradecimento também àqueles que privei da minha presença ao longo deste percurso.



Índice

Introdução

- Tema	1
- Princípios orientadores do Sistema de Saúde Militar	2
- Justificação da atribuição do tema	3
- Enunciado, contexto e base conceptual	3
- Objeto do Estudo e sua delimitação	4
- Objetivos da Investigação	4
- Questão Central e Questões Derivadas	4
- Metodologia, percurso e instrumentos	6

1. O Serviço de Saúde Militar. Introdução histórica e abordagem contextual

a. Introdução histórica	7
b. Contexto atual	11
c. As Forças Armadas e o Serviço de Saúde	12
(1) Enquadramento normativo	12
(2) Aplicabilidade da Saúde Militar no atual contexto estratégico	
Necessidades atuais	14
d. Conclusão em relação à necessidade	16

2. A viabilidade do serviço de Saúde Militar

a. Considerandos gerais	17
b. Serviços de Saúde Militares. Situação atual	18
c. A criação do Hospital das Forças Armadas	19
d. A Instituição Hospitalar versus a Instituição Militar.	
Missão e características	21
e. A articulação do Serviço de Saúde Militar com a Rede Nacional	
de Prestação de Cuidados de Saúde	23
f. População utente do HFAR	25
g. Conclusão em relação à viabilidade	25

3. O Campus de Saúde Militar

a. Introdução	27
b. As estruturas do Campus de Saúde Militar	28
(1) Estruturas assistenciais	29



(a) Centro de Saúde Militar (CSM) e Cuidados de Saúde Primários.....	31
(1) As especificidades do Centro de Saúde Militar	33
(2) Articulação do Centro de Saúde Militar com o Hospital das Forças Armadas	34
(b) Hospital das Forças Armadas (HFAR)	34
(c) UTITA	35
(2) Estruturas operacionais.....	36
(a) Hospital de Campanha	37
(b) Centro de Fisiologia Militar	40
(3) Escola do Serviço de Saúde Militar	43
(a) Necessidades de formação na área da saúde	44
(b) Centro de Simulação Médica	45
(4) Juntas Médicas Militares	45
(5) Outras estruturas do Campus de Saúde Militar	46
c. Conclusão em relação aos ganhos de eficiência (decorrentes da integração e concentração de serviços)	46
4. A Integração do Pessoal de Saúde das Forças Armadas.	
a. Os recursos humanos no Serviço de Saúde Militar	49
b. Carreira Profissional	50
c. A integração dos quadros de pessoal numa estrutura única. Conclusão	53
5. Conclusões	55
Bibliografia	60

Índice de Figuras

Figura 1 (Hieronimus Bosch – “Die Steinoepration”)	8
Figura 2 (Regulamento do Conde de Lippe)	10
Figura 3 (Intervenção médica no Afeganistão)	14
Figura 4 (Hospital das Forças Armadas – Pólo Lumiar)	20
Figura 5 (Convento de Nossa Senhora da Estrela)	29



Figura 6 (Hospital de Campanha)	37
Figura 7 (Centro de Medicina Aeronáutica)	41
Figura 8 (Centro de Medicina Hiperbárica)	42
Figura 9 (Hospital da Marinha)	42
Figura 10 (Parada do Conde de Lippe)	43
Figura 11 (Eneias tratado por Iapis perante Afrodite e Ascânio)	59
Figura 12 (Pormenor atual)	59

Índice de Tabelas

Tabela 1 (Questão Central. Questões derivadas)	5
Tabela 2 (Hipóteses)	5
Tabela 3 (Unidades dependentes ou de apoio ao Serviço de Saúde)	18
Tabela 4 (Beneficiários da ADM por escalões etários)	25
Tabela 5 (Estruturas do Campus de Saúde Militar)	28
Tabela 6 (Níveis de apoio sanitário – AJP 4.10)	39
Tabela 7 (Recursos humanos do Serviço de Saúde)	49
Tabela 8 (estruturação funcional e hierárquica do Serviço de saúde Militar)	57



Resumo

Uma abordagem histórica sumária permite inferir a utilidade da presença de serviços médicos junto das tropas, assim como a especificidade de um serviço de saúde militar, com necessidades e exigências particulares em termos de conhecimentos e formação, disponibilidade e mobilidade.

De facto, as necessidades assistenciais ditadas pela condição militar e as exigências ditadas pela atividade operacional, assim como a evolução técnica associada aos modernos sistemas de armas que determinam condições fisiológicas humanas particulares, são circunstâncias que tornam imprescindível a necessidade do Serviço de Saúde Militar.

Ora, se faz parte da atribuição e da responsabilidade da gestão do Serviço de Saúde Militar atender a uma lógica de eficiência e racionalidade, evitando a multiplicação desnecessária de meios e o desperdício de recursos, há também que atender à questão da dimensão como fator limitador ou potenciador das potencialidades de desenvolvimento de uma unidade de saúde, da manutenção das capacidades e competências, e até como fator motivador dos profissionais que aí desenvolvem a sua atividade.

Parece portanto imprescindível a integração efetiva do Serviço de Saúde Militar na Rede Nacional de Prestação de Cuidados e a sua articulação dentro desta rede, quer seja com o SNS, quer seja com outras entidades prestadoras de cuidados, de forma a se criar a dimensão necessária, e a se otimizarem recursos (físicos, humanos, e técnico-científicos).

Assim sendo, o Serviço de Saúde Militar deverá ser organizado tendo por base aquela que poderá ser a verdadeira razão de ser da Saúde Militar, ou seja, a garantia das condições físicas e psíquicas dos efetivos militares, em particular no apoio às forças em operações ou em campanha, embora com duas vertentes *major*, interdependentes e a ser equacionadas em função de dois objetos: a vertente assistencial e a vertente operacional. Ou, de outra forma, estruturas assistenciais, capazes de providenciar cuidados de saúde - Centro de Saúde Militar, Hospital das Forças Armadas, Hospital de Campanha, etc. -, e estruturas não assistenciais, envolvidas no recrutamento, avaliação e inspeção, juntas médicas, ensino e formação - Centros de Medicina Aeronáutica e Subaquática, Secções de Treino, etc..



Da mesma forma, a integração dos quadros pode vir a potenciar a sinergia de esforços decorrentes da integração dos serviços, pelo que é aconselhável associar-se a integração dos serviços, à integração respetiva dos quadros militares.

Considerando os objetivos que se consideraram importantes no início deste trabalho apresenta-se um modelo que visa conciliar a organização do SSM numa mesma estrutura hierárquica e funcional.

Conclui-se então que a concentração da Saúde Militar num *Campus* de Saúde Militar, nas suas diferentes vertentes (seleção, formação, prevenção e tratamento), potencia a eficácia da sua atuação.



Abstract

A brief historical approach allows us to infer the usefulness of the presence of medical services with the troops, as well as the specificity of a military health service, with needs and particular requirements in terms of knowledge and training, availability and mobility.

In fact, the needs in what concerns health services, dictated by military condition and the requirements dictated by operating activities, as well as technical developments associated with modern weapons systems that determine particular human physiological conditions, are circumstances which make essential the need for Military Health Service.

However, if part of the assignment and the responsibility for managing the Health Service Military attend a logic of efficiency and rationality, avoiding unnecessary multiplication and waste of resources, we must also address the question of size as a factor limiting or potentiating the capacities of development of a health facility, including maintenance of skills and competencies, and even as a motivating factor for professionals developing their activity.

Therefore, it seems essential an effective integration of the Military Health Service in the Global National Medical Care System and its articulation with the National Health Service, or with other care providers in order to create the necessary dimension, and optimize resources (physical, human, and technical-scientific).

Thus, the Military Health Service should be organized based on what may be the real reason for the Military Health, ie, the guarantee of physical and psychological conditions of military personnel, particularly in support of forces in operations or campaigning, with two major arms, regarding two objects: as a care provider system and as an operational support system. Or, otherwise, welfare structures, capable of providing health care - Military Health Center, Armed Forces Hospital, Campaign Hospital, etc. – and other structures (not care providers), involved in recruitment, assessment and inspection, medical boards, education and training - Aeronautics and Underwater Medicine Centers, Physiological Training, etc..

Likewise, integration of medical personnel under the same hierarchical system, might enhance synergic efforts arising from the integration of services. So, it is advisable



to include personnel integration the same time as concentration of military health facilities occurs.

Considering the objectives that were considered important initially, we present a model that aims to reconcile the organization of Military Health System in a same hierarchical and functional structure.

It was concluded that the concentration of health military services and facilities in a “Military Health Campus”, in their different aspects (selection, training, prevention and treatment), enhances the effectiveness of its action.



Palavras-chave

- Apoio Sanitário
- Campus de Saúde Militar
- Hospital de Campanha;
- Hospital das Forças Armadas;
- Integração da Saúde Militar;
- Serviço de Saúde Militar.

Keywords

- *Armed Forces Hospital;*
- *Campaign Hospital;*
- *Integration of Military Health System;*
- *Medical Support;*
- *Military Health Campus;*
- *Military Health Service.*



Lista de acrónimos e abreviaturas

ADM	Assistência na Doença aos Militares
ADSE	Assistência na Doença aos servidores do Estado
CPOG	Curso de Promoção a Oficial General
CEDN	Conceito Estratégico de Defesa Nacional
CEMGFA	Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas
CMA	Centro de Medicina Aeronáutica
CMH - HM	Centro de Medicina Hiperbárica–Hospital da Marinha
CPS	Cuidados Primários de Saúde
CS	Centro de Saúde
CSM	Centro de Saúde Militar
DL	Decreto-lei
EMGFA	Estado-Maior-General das Forças Armadas
ESSM	Escola do Serviço de Saúde Militar
FFAA	Forças Armadas
FND	Forças Nacionais Destacadas
HFAR	Hospital das Forças Armadas
IASFA	Instituto de Ação Social das Forças Armadas
IESM	Instituto de Estudos Superiores Militares
JMM	Juntas Médica Militares
LOBOFA	Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas
MDN	Ministério da Defesa Nacional



MG/F	Medicina Geral e Familiar
NBQ	Nuclear /Biológico/Químico
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OTAN	Organização do Tratado do Atlântico Norte
PN	Pessoal Navegante
QC	Questão Central
QD	Questão Derivada
SM	Saúde Militar
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SSM	Serviço de Saúde Militar
TII	Trabalho de Investigação Individual
UTITA	Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo



Introdução

Tema

A presença de médicos ou cirurgiões junto das tropas tornou-se normal logo que se tomou consciência de que não acudir a feridos nem zelar pela sua saúde, enfraquecia as tropas, corroendo o moral, e diminuindo a coesão.

Mesmo sem Serviço de Saúde propriamente dito, organizado, físicos e cirurgiões tentavam prestar o socorro possível aos feridos de guerra, sendo conhecido que, em algumas situações que implicavam imobilidade das tropas, por exemplo, durante os cercos, o trabalho destes era facilitado, num acordo tácito entra as partes beligerantes. Fernão Lopes (citado por Reis, 2006, Revista Militar, pág. 2/17), referindo-se ao arraial dos sitiadores durante o cerco de Lisboa, escreveu: «*Ali havia físicos e cerurgiões e boticários que nam somente tinham prestes as coisas necessárias para conservar a saúde do corpo, mas desvairados modos de confeitos, e assucares e conservas, çhe acharíeis em muita fartura*».

Também desde muito cedo se verificou que não só o tratamento dos feridos de guerra, com o suporte emocional e a segurança que essa garantia implica, mas também uma seleção mais apurada, de forma a trazer para as fileiras os mais fortes e saudáveis, tudo isto se constituía como forma de criar e manter um exército.

A existência de um Serviço de Saúde Militar (SSM) foi-se portanto impondo de forma progressiva como necessidade, cuidando inicialmente dos feridos e estropiados, exercendo acções preventivas de higiene, tratando dos doentes, contribuindo dessa forma para o moral, a coesão e a identidade da condição militar, mas acima de tudo com a finalidade de assegurar a prontidão daqueles que constituem as fileiras das Forças Armadas.

Como disse o Dr. Alberto Rodrigues Coelho, Director-Geral de Pessoal e Recrutamento Militar do Ministério da Defesa Nacional, "a verdadeira razão de ser da Saúde Militar (SM) assenta na sua componente operacional, a qual visa a garantia das condições físicas e psíquicas dos efetivos militares, em particular no apoio às forças em operações ou em campanha" (Coelho, 2006, Revista Militar, pág. 3/5).

Nessa vertente de prestação de cuidados de saúde, a SM tem por finalidade não só a promoção e manutenção da saúde física e mental dos efetivos militares, como a sua



proteção em relação aos riscos resultantes da sua atividade e dos meios utilizados, e ainda, a sua adaptação ao ambiente físico e psicológico característico do meio militar, de forma a permitir uma boa interface homem/máquina.

Com a evolução da ciência e da técnica, a exigência feita ao militar tem também evoluído, impondo novos riscos, mas também novas exigências em termos físicos e fisiológicos. Também a evolução da arte médica veio introduzir novos modelos de atuação e novas práticas, o que determina uma cada vez maior necessidade de trabalho de equipa, interdisciplinar, com necessidade de recurso a meios diferenciados e dispendiosos. A ideia de um médico apoiar uma força perde progressivamente razão de ser, substituída por um sistema de apoio capaz de providenciar cuidados diferenciados, multidisciplinares, adequados a cada condição específica.

Este reconhecimento da necessidade de mudança da SM não é, portanto, de hoje.

Princípios orientadores do Serviço de Saúde Militar

O SSM deve obedecer a um conjunto de valores e princípios fundamentais, que visem a melhor utilização e agilização dos recursos, a melhoria dos cuidados prestados, a satisfação das necessidades da população que serve, e a melhoria das capacidades e aptidões dos profissionais de saúde.

Assim, o SSM deverá orientar-se pelos seguintes princípios (Coelho, 2006):

1. Ação orientada sobretudo para assegurar a prontidão dos efetivos militares nos vários cenários de atuação;
2. Garantia de obtenção de significativas mais-valias em matéria de eficiência e, particularmente, de satisfação dos utentes e profissionais. Garantia de formação dos profissionais.
3. Racionalização e otimização dos recursos.
4. Cooperação, no âmbito da defesa, com organismos e estruturas civis e militares, nacionais ou a nível internacional;
5. Articulação com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou outras estruturas, no sentido da sua complementaridade, de modo a garantir sempre uma resposta eficiente e eficaz;
6. Sentido de mudança e capacidade para apoiar e desenvolver projetos inovadores.
7. Acompanhamento e avaliação sistemática da missão e do desempenho.



Justificação da atribuição do tema

São conhecidas as recentes determinações da tutela no sentido de se proceder à integração dos Serviços de Saúde dos Ramos, particularmente no que diz respeito à medicina hospitalar.

Com efeito, vem nessa sequência a decisão da criação do Hospital das Forças Armadas (HFAR) no anterior Hospital da Força Aérea, no Lumiar, actualmente já dirigido por uma comissão conjunta, sendo também intenção da tutela concentrar nesse espaço não só a assistência hospitalar, como também toda a formação na área da saúde, os centros dedicados à fisiologia humana em ambiente aeronáutico e subaquático, e a seleção médica de pessoal,

Dadas as especificidades de cada um dos ramos, nomeadamente naquelas áreas que impõem cuidados adicionais, é natural que esta integração se revista de cuidados especiais, de forma a não se perder esse manancial de conhecimento dado pela experiência e a se potenciarem as competências.

Enunciado, contexto e base conceptual.

Face ao tema escolhido, os objetivos deste trabalho são:

- Efetuar uma resenha histórica da SM, determinando conceitos, áreas de intervenção e utilidade, tanto na sua vertente específica de prestação de cuidados de saúde, como no contributo para operacionalidade das Forças Armadas (FFAA) no geral.

-Analisar a possível articulação do SSM com a Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, de forma a se potenciarem as vertentes assistencial e de formação, contribuindo para a melhoria da saúde da população por um lado, e retirando do Serviço Nacional de Saúde (SNS) a experiência e a escola só possível num universo alargado, com maior impacte epidemiológico.

-Avaliar as necessidades atuais das FFAA em termos de Serviço de Saúde, bem como a adequabilidade da existência de vários Serviços de Saúde.

- Analisar a possível estrutura de um *Campus* de Saúde Militar, que abarque todas as valências da SM, desde a formação à prestação de cuidados, sejam primários, de assistência hospitalar, ou de reabilitação, como uma estrutura integradora de diferentes



serviços, fator de racionalização de custos, potencialização de resultados e melhoria dos cuidados prestados.

Objeto do Estudo e sua delimitação

A reestruturação da SM tem sido um problema recorrentemente abordado, impondo-se agora pela atual situação de restrição financeira, e dado o progressivo descontentamento dos profissionais no que diz respeito à sua valorização, que os leva a pensar que, com os mesmos meios, mas organizados de forma diferente, haveria lugar a um aumento do saber e das competências, e a uma melhoria substancial dos cuidados prestados. Com ganho para os doentes e recompensa moral dos profissionais.

A integração de serviços constitui-se assim como o cumprimento de expectativas de alguns profissionais, contribuindo para os objetivos das boas práticas médicas, oferecendo aos militares e suas famílias serviços de confiança, preenchendo as necessidades de formação constante e de manutenção das competências, afinal o grande fator de motivação dos profissionais de saúde.

Para além de que, com esta sinergia de esforços, se poderá equacionar a possibilidade de se criarem serviços que sejam referência pelas competências e capacidades científicas, trazendo, por essa via, uma mais-valia passível de ser utilizada pela tutela numa área de negócio cada vez mais em expansão – o negócio da saúde.

Objetivos da Investigação

O objetivo principal da investigação visa permitir a identificação de um modelo de organização do *Campus* de Saúde Militar, adequado às necessidades das Forças Armadas.

Questão Central e Questões Derivadas

Decorrente do tema e enquadrada pela exposição que precede, a investigação passa pela resposta à seguinte questão central (QC), e de onde foram deduzidas as questões derivadas (QD), tal como se refere na Tabela 1:



Tabela 1 (Fonte: do autor)

QUESTÃO CENTRAL	
É possível e desejável a concentração e integração dos meios da saúde num único local e sob uma organização comum?	
QD 1	A condição militar e as missões atribuídas às Forças Armadas apresentam características que fazem supor a necessidade de meios médicos específicos?
QD 2	Um Serviço de Saúde Militar, a funcionar de forma autónoma e independentemente da rede geral de cuidados (Serviço Nacional de Saúde), compromete a sua viabilidade?
QD 3	A concentração da Saúde Militar num <i>Campus</i> de Saúde Militar, nas suas diferentes vertentes (seleção, formação, prevenção e tratamento), potencia a eficácia da sua atuação?
QD 4	É possível e aconselhável a integração dos serviços associada à integração respetiva dos quadros militares?

Para responder a estas questões derivadas, foram colocadas as seguintes hipóteses, conforme se explica na Tabela 2:

Tabela 2 (Fonte: do autor)

Hipótese 1	A condição militar e as missões atribuídas às FAA apresentam especificidades que determinam a necessidade de um SSM capaz de dar essa resposta específica.
Hipótese 2	A viabilidade de um SSM, quer em termos de adequabilidade económico-financeira, quer no que diz respeito à qualidade dos serviços prestados, depende da sua articulação com a rede geral de prestação de cuidados de saúde, ou com o SNS.
Hipótese 3	A concentração de serviços e a integração das diferentes atividades específicas da Saúde Militar irá potenciar a qualidade do serviço prestado e contribuir para uma economia de esforços.
Hipótese 4	A integração dos quadros pode vir a potenciar a sinergia de esforços decorrentes da integração dos serviços.



Metodologia, percurso e instrumentos.

A metodologia a seguir estará de acordo com a Metodologia de Investigação Científica (MIC), descrita na NEP nº DE 218, de 15set2011.

Definidas a questão central e as questões derivadas com base em leitura prévia de documentação de referência e de reflexão sobre a realidade percecionada das matérias, a fase nuclear da investigação apoia-se na análise e definição de conceitos, na exploração da bibliografia relevante e no estudo da documentação recolhida, complementada com recolha de opiniões de peritos na matéria, que possam assim viabilizar uma análise consistente com as necessidades objetivas.

Seguir-se-á a fase da problemática, onde se avaliará a missão, os meios, problemas e necessidades actuais, a forma de compatibilizar toda a SM com as exigências globais das FFAA e a possível interacção com a rede geral de cuidados de saúde, integrando-se posteriormente toda esta informação, de modo a permitir a identificação de um modelo de organização de um *Campus* de Saúde, adequado às necessidades das FFAA.

Finalmente e de acordo com o objetivo da investigação, serão apresentadas as conclusões, que, através da validação das hipóteses, confirmarão as questões derivadas, assim se consubstanciando a resposta à questão central.

O método adotado será o método dedutivo, com base na recolha de dados que estabelecerão as premissas iniciais para o desenvolvimento do tema. Será dada especial atenção à realidade actual, com uma caracterização adequada da missão e dos meios, e do estudo das necessidades, através da leitura de estudos e artigos sobre o tema em questão, da comparação com a prática de outras FFAA de países europeus, nomeadamente de países que integrem a Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN), e de entrevistas a pessoas com experiência na área – militares, médicos, administradores hospitalares, anteriores directores de saúde.



1. O Serviço de Saúde Militar. Introdução histórica e abordagem contextual

a. Introdução histórica

Como já foi referido na introdução ao tema, a presença de médicos ou cirurgiões junto das tropas ocorreu logo que se tomou consciência de que não acudir a feridos, nem zelar pela sua saúde, enfraquecia as tropas, corroendo o moral e diminuindo a coesão.

Homero, na “Íliada”, fala das feridas de guerra, particularmente aquelas provocadas por lanças, bem como da habilidade de alguns cirurgiões no seu tratamento. De feridas contusas, passou-se a feridas cortantes, feridas penetrantes, esfacelos, politraumatismos de gravidade crescente, queimaduras, amputações traumáticas, e por diante (Reis, 2004, pág. 22).

Data do ano 2800 AC o “Livro das Feridas”, contido no “Papiro Smith” (Reis, 2004, pág. 20), onde se elabora já então, um tipo de intervenção que, de certa forma, se pode considerar como o prelúdio de uma ação de triagem em situação de catástrofe (“*Doenças que vou tratar. Doenças com as quais me baterei. Doenças em que nada poderei fazer.*”).

O Império Romano, construído na base das armas, também sentiu a necessidade da permanência de médicos e cirurgiões junto das suas legiões, a ponto de, a partir de Augusto, haver um médico em cada Legião e em cada navio de guerra. E foi tal o reconhecimento pelos serviços prestados, que Júlio César atribuiu então aos “*servus medicus*”, na altura sobretudo gregos, a dignidade de cidadãos romanos, bem como honras e proveitos, e um progressivo prestígio social e político.

Por outro lado, o desenvolvimento das campanhas militares, levou à construção de hospitais militares onde houvesse soldados romanos (conforme descoberto em escavações na Suíça, na Áustria e na Alemanha). Ao que se juntava o desenvolvimento das noções de higiene pessoal e pública, construindo balneários, esgotos, aquedutos, ou urinóis públicos.

Já então se percebia a importância da prevenção das doenças, e da relação entre o bem-estar dos soldados e a sua capacidade de dar o rendimento necessário às acções de guerra.

Foi esse sempre o princípio que determinou a necessidade de médicos e cirurgiões junto das tropas ao longo da História, com reconhecido benefício para ambas as partes, já que o bem-estar e as possibilidades de socorro e tratamento contribuem para a melhoria da



condição e do moral do soldado, e porque a experiência de socorro a feridos de guerra se constituiu sempre como uma mais-valia na experiência do médico e no avanço da arte médica.

No que à medicina militar portuguesa diz respeito, pode afirmar-se que a presença de físicos e mestres junto dos soldados remonta também ao início da nação portuguesa.

De facto o século que se seguiu à fundação de Portugal não foi um século pacífico, mas antes sempre marcado por lutas e escaramuças quer entre os reinos cristãos da península, quer no esforço da reconquista. As incursões militares desse tempo não eram morosas nem particularmente intensas, salvo as comandadas pelo Rei que levava com ele os seus físicos e cirurgiões, muitos deles ligados à Igreja, clérigos, ou mesmo bispos, outros laicos, habitualmente chamados de «Mestres», sobretudo os cirurgiões.



Figura 1: Hieronymus Bosch (1450-1516), "Die Steinoepration" ("Extração ou corte da pedra da loucura"), Óleo sobre Madeira, pintado entre 1475 e 1480.

Fonte: Museu do Prado. Madrid

<http://viticodevagamundo.blogspot.pt/>

As Ordens Militares tiveram também grande importância na fundação do país e, tal como os cruzados, devem ter trazido alguns conceitos novos no que respeita ao tratamento dos feridos de guerra. Por outro lado, as ordens monásticas foram autênticos centros de cultura, sobretudo em Alcobaça e Santa Cruz de Coimbra. Nesta última ensinou-se medicina, podendo considerar-se que teria sido a primeira escola médica portuguesa.



E assim se foi mantendo a presença da medicina junto das tropas. Foi aliás nessa condição que físicos e cirurgiões participaram nas incursões por praças de Marrocos. Na tomada de Arzila morreu Mestre Abraão, físico de D. Afonso V.

Já no que diz respeito à aventura dos descobrimentos, há história também da presença de médicos. Percebe-se que é preciso cuidar das tripulações, dos soldados nas fortalezas, dos colonos. E entre os «cosmógrafos» que faziam viagens nas naus, figuram vários físicos, destacando-se, por exemplo, Pedro Nunes, figura ímpar da história e da ciência portuguesas.

No entanto, é com a Guerra da Restauração que se vai organizar um exército permanente. E com ele, os cirurgiões militares profissionais, como se refere na documentação sobre o seu recrutamento.

Por exemplo, entre as atribuições do «Conselho de Guerra», de 1643, estava a confirmação das nomeações de físicos e cirurgiões pelos Mestres de Campo, tal como faziam em relação aos seus oficiais combatentes. Na altura havia um «Físico-Mor» e «Físicos» nos hospitais.

De qualquer forma era notória a falta de cirurgiões e a pouca qualidade dos existentes. «... *estão feridos em Castelo de Vide quantidade de soldados que todos vieram despidos e por falta de cirurgião morreram alguns, seja V. M. servido de mandar um que seja homem de conta dos muitos que há em Lisboa, porque é grande lástima que morrão os homens depois de escaparem das mãos do inimigo, por não haver quem os saiba curar,...* » (Reis, 2004, pág. 166).

Em 1762, na sequência de nova guerra com Espanha, o Marquês de Pombal chamou a Portugal o Conde de Lippe, com a finalidade de reorganizar o exército, o que fez elevando-o a um estado de eficiência nunca antes havido, tendo então orientado o Serviço de Saúde nos moldes em que o rei Frederico o fizera na Prússia.

Os Regulamentos do Conde de Lippe para os Regimentos de Infantaria, de 1763, previam no seu estado-maior um cirurgião-mor e «*seis ajudantes*», e para os regimentos de cavalaria de um cirurgião-mor e quatro ajudantes de cirurgião, pondo de parte a intervenção dos comandantes na nomeação dos cirurgiões-mores, não podendo ser nomeado nenhum sem prévia apresentação do cirurgião-mor do Exército «*o qual o fará examinar de Medicina e de Cirurgia*».



Figura 2: “Regulamento para o exercicio e disciplina dos Exércitos de sua Magestade” (Conde de Lippe)
Fonte: <http://otiumlivraria.wordpress.com/2012/01/06/36197-lippe-guilherme-conde-reinante-de-schaumbourg/>

Para garantir o ingresso no exército de cirurgiões melhor preparados criaram-se, no fim do século XVIII as Aulas de Anatomia e Cirurgia dos Hospitais Militares em Almeida (1773), Elvas (1783), Tavira (1786) e Chaves (1789).

Determinou-se que se montassem hospitais móveis junto das tropas; montaram-se, porém, hospitais especiais perto das trincheiras, quando se cercavam praças. Atendidos no campo pelo pessoal das unidades, os feridos eram transportados depois para os hospitais mais próximos, se bem que, em condições tais que, por vezes, desse transporte resultava mais o agravamento do seu estado de saúde.

Já após as invasões francesas, e restabelecida a Regência entrou-se num período de grandes alterações da estrutura militar. Beresford, como bom organizador, era muito cuidadoso no que respeitava ao bem-estar das suas tropas. O Serviço de Saúde a que estava particularmente atento, mereceu-lhe várias intervenções, de que se destaca a criação de uma «Junta» para examinar os cirurgiões-mores e ajudantes, sendo, os aprovados, graduados em capitães e tenentes, respectivamente. Também em 9 de Fevereiro de 1813, publicaram os Governadores um «Regulamento para os Hospitais Militares» em cuja elaboração Beresford teve intervenção directa ou através de delegados de sua escolha.



D. Pedro, por seu lado, conforme permitia a melhoria de recursos, foi também remodelando o SSM mandando construir o primeiro hospital militar, construído de raiz para esse efeito, o Hospital Militar de D. Pedro V, na cidade do Porto.

Em 1849, já no reinado de D. Maria II, é criada uma nova Repartição de Saúde no Estado-Maior do Comando em Chefe do Exército, passando a ter como atribuições «*o pessoal de saúde; juntas de saúde; inspecções dos hospitais; convalescenças, ambulâncias e serviço de saúde em campanha*». (Reis, Revista Militar, 2006, pág 14/17) Posteriormente é criado o lugar de Cirurgião-em-Chefe do Exército, com o posto de Coronel.

Por Decreto de 7 de Setembro de 1899, publicado na OE nº 10, há nova organização do exército e os cirurgiões passam a ser chamados pelos postos, seguidos da palavra médico (tal como se verifica atualmente).

O SSM foi-se portanto impondo de forma progressiva como necessidade, cuidando inicialmente dos feridos e estropiados, exercendo acções preventivas de higiene, tratando dos doentes, contribuindo dessa forma para o moral, a coesão e a identidade da condição militar, mas acima de tudo com a finalidade de assegurar a prontidão daqueles que constituem as fileiras das FFAA.

b. Contexto actual

Da abordagem histórica que foi feita, depreendem-se diversas conclusões que apontam para a necessidade, ao longo dos tempos, da presença de médicos junto das tropas, a fim de providenciarem os cuidados necessários, como também se depreende a especificidade desse trabalho, com necessidades particulares em termos de conhecimentos e formação, o que implica conhecimento, disponibilidade e mobilidade.

Também muitas das actividades militares são hoje possíveis, ou feitas em condições particulares de segurança acrescida, em função dos conhecimentos que advêm da medicina ou das ciências que lhe são subsidiárias (fisiologia, bioquímica, etc.).

É o caso da contribuição da medicina aeronáutica para a actividade aérea, da medicina subaquática para as actividades submarinas, da medicina de esforço em situações limite de exaustão, e da contribuição da medicina no âmbito da guerra nuclear, química ou biológica. Ou do tratamento de feridos de guerra, estropiados ou queimados, dos conhecimentos daí resultantes com aplicação nas técnicas cirúrgicas gerais, sejam da cirurgia reconstructiva, seja da cirurgia geral. Entre tantos outros...



Daí decorre também uma necessidade específica de conhecimentos, que se afastam do habitual conhecimento médico, o que leva a necessidades particulares de formação, tal como já se tinha verificado na antiguidade, e, entre nós, no século XVIII, e que levou à criação das Aulas de Anatomia e Cirurgia dos Hospitais Militares - destinavam-se a ser frequentadas por ajudantes de cirurgião que, findo o curso, se dedicavam, uns ao Exército e outros à clínica rural.

Decorre também, já desde então, a consciência da necessidade da prestação de cuidados à população feitos pela medicina militar, da moralidade e da justiça desses cuidados, particularmente quando prestados a uma população carente e em risco.

É nesse contexto que abordaremos a necessidade de um serviço de saúde militar junto das tropas, da sua especificidade no que respeita a conhecimentos e competências, das necessidades próprias de formação, da sua autonomia técnica em relação à própria estrutura militar, e do espírito de serviço prestado, não só aos militares mas a toda a população, logo seja adequado e necessário.

c. As Forças Armadas e o Serviço de Saúde

(1) Enquadramento normativo

São missões das FFAA, no termos da Constituição e da Lei (Lei Orgânica n.º 1-A/2009, de 7 de Julho, que Aprova a Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas – (LOBOFA)):

a) Desempenhar todas as missões militares necessárias para garantir a soberania, a independência nacional e a integridade territorial do Estado;

b) Participar nas missões militares internacionais necessárias para assegurar os compromissos internacionais do Estado no âmbito militar, incluindo missões humanitárias e de paz;

c) Executar missões no exterior do território nacional, num quadro autónomo ou multinacional, destinadas a garantir a salvaguarda da vida e dos interesses dos portugueses;

...

f) Colaborar em missões de protecção civil e em tarefas relacionadas com a satisfação das necessidades básicas e a melhoria da qualidade de vida das populações.



Por outro lado, conforme a mesma legislação, são estabelecidos os princípios gerais de organização das FFAA:

1 - A organização das FFAA tem como objectivos essenciais o aprontamento eficiente e o emprego operacional eficaz das forças, no cumprimento das missões atribuídas.

2 - A organização das FFAA rege-se por princípios de eficácia e racionalização, devendo, designadamente, garantir:

a) A optimização da relação entre a componente operacional do sistema de Forças e a sua componente fixa;

b) A articulação e complementaridade entre o Estado-Maior-General-das-Forças-Armadas e os Ramos, evitando duplicações desnecessárias e criando órgãos conjuntos, inter-ramos ou de apoio a mais de um ramo, sempre que razões objectivas o aconselhem;

c) A correcta utilização do potencial humano, militar ou civil...

3 — No respeito pela sua missão fundamental, a organização das FFAA deve permitir que a transição para o estado de guerra se processe com o mínimo de alterações possível.

Também no que diz respeito ao Conceito Estratégico de Defesa Nacional (CEDN), este vem pôr em evidência os seguintes aspectos:

“- As Forças Armadas portuguesas, como vetores para consolidar Portugal no seu estatuto de coprodutor de segurança internacional.”

Pelo que a estratégia nacional deverá definir com clareza:

- as missões prioritárias das Forças Armadas, a escala geopolítica das prioridades do seu emprego e as capacidades necessárias.

- as medidas de racionalização que garantam maior eficiência na aplicação dos seus meios.”

Tendo em atenção:

“- O novo ambiente de segurança, as novas condições financeiras e as exigências das alianças externas obrigam a uma capacidade de resposta diferente das Forças Armadas.

- A internacionalização e a modernização das Forças Armadas portuguesas resultam da integração de Portugal na Aliança Atlântica.” (CEDN, 2013)

Preconizando-se:



- ... a participação relevante das Forças Armadas em missões internacionais de paz.
- A racionalização e rentabilização de recursos, mediante o desenvolvimento de capacidades civis e militares integradas.
- ...
- A valorização do princípio do duplo uso...:
 - O apoio ao Serviço Nacional de Proteção Civil, ...;
 - O apoio à satisfação das necessidades básicas das populações;
 - ...
- Uma maior integração de estruturas... (CEDN, 2013)

(2) Aplicabilidade da Saúde Militar no actual contexto estratégico. Necessidades actuais.

Daqui se depreende que, apesar de neste momento se verificar uma atenuação das ameaças tradicionais de cariz militar, não deixa no entanto de ser expectável a necessidade de utilização da força militar, tanto em missões internacionais, no âmbito das organizações de que Portugal faz parte (quer para cumprimento da concretização dos objectivos do estado no âmbito da sua política externa, quer no âmbito de missões de paz ou humanitárias), como na possibilidade de ter de se proceder a evacuação de cidadãos portugueses tão espalhados pelo mundo, ou até no apoio à população civil em situações de excepção.



Figura 3: Intervenção médica no Afeganistão
Fonte: Elsa Fonseca (Cap/Méd FAP)

A instabilidade verificada no mundo, com o subsequente risco de ocorrência de conflitos de pequena dimensão em locais onde vivem cidadãos nacionais, a possibilidade



de concretização de ameaças terroristas, poderão impor o recurso às FFAA, com necessidade de apoio médico, ou até impor o recurso a intervenção médica em locais de risco, acompanhando a força militar.

Por outro lado, é imperioso lembrar que no meio militar a exigência operacional se impõe de uma forma muito mais intensa. O trabalho efetua-se muitas vezes em condições limite, tanto a nível físico, como psíquico ou emocional. Estamos perante alguém que se propõe muitas vezes operar em ambiente não natural para o homem (não fisiológico), sujeito a condições extremas de agressividade, cuja intensidade e variabilidade pode ultrapassar os mecanismos de adaptação humana. A aviação militar é disso exemplo, sendo imprescindível o conhecimento do ambiente em altitude e das capacidades de adaptação do organismo humano a esse ambiente. O mesmo se passa com o ambiente subaquático e as suas características. Ou com o esforço físico e psíquico, tantas vezes necessário e imposto para o cumprimento da missão do infante. Ou do operador de máquinas de combate que, sob risco iminente, se concentram a operar mecanismos complexos. O conhecimento dessas circunstâncias é essencial, de forma a se prestar o cuidado necessário quando preciso, mas também de forma a se seleccionar bem, a prevenir o erro, garantindo o cumprimento da missão, minimizando os custos, aumentando a segurança tanto do próprio como de terceiros.

Dá também o interesse da medicina militar, como valência imprescindível de uma organização que opere meios complexos em ambientes complexos. Não só nas vertentes de selecção de pessoal, como na formação, no treino, na investigação, na operação de simuladores, na programação de algumas missões, no apoio ao combate e no tratamento e reabilitação.

São estas necessidades de conhecimento e de competências que determinam a especificidade de programas próprios de formação, que podem incluir valências tão diversas como medicina aeronáutica ou subaquática, fisiologia do exercício, ambiente nuclear, químico ou biológico, medicina tropical e do viajante, medicina operacional, assim como o conhecimento dos meios e do ambiente em que vão operar os militares, factos que tornam a medicina militar tão específica e abrangente ao mesmo tempo.

Finalmente, e parafraseando o Major-General Médico Jorge Mateus Cardoso, *“a já expressiva e relevante participação de militares do Serviço de Saúde, em múltiplas missões de paz, no decurso dos últimos anos, alargando sempre que possível a prestação*



de cuidados às populações locais, vem demonstrar a sua capacidade de adaptação a novas situações e a sua aptidão para servir em situações operacionais e ambientais diversas e rigorosas, bem como a sua aptidão técnica para o desempenho das várias funções, sejam elas de apoio sanitário sejam de no âmbito o planeamento e organização”, o que se poderá traduzir numa capacidade acrescida para intervir em situações de catástrofe ou calamidade (Cardoso, 2006, Revista Militar, pág. 6/6).

d. Conclusão em relação à necessidade

Assim sendo, pensamos estar plenamente justificada a necessidade da existência do SSM, da sua especificidade no que respeita a conhecimentos e competências, bem como das necessidades próprias de formação, da sua autonomia técnica em relação à própria estrutura militar, e do espírito de serviço, prestado não só aos militares mas a toda a população, logo seja adequado e necessário.

Pelo que consideramos validada a Hipótese1,

A condição militar e as missões atribuídas às FFAA apresentam especificidades que determinam a necessidade de um SSM capaz de dar essa resposta específica.

Dando resposta afirmativa à QD1.



2. Viabilidade do Serviço de Saúde Militar

a. Considerandos Gerais

Um Serviço de Saúde será sempre uma organização complexa, com impacto determinante na população que serve, e cuja importância não se limita aos cuidados de saúde prestados, tendo também implicações determinantes nos domínios pessoal, familiar, social, laboral, económico e organizacional.

Basta verificar o impacto nas populações, e as reacções subsequentes, que tiveram recentes tentativas de reestruturação das Urgências e Maternidades, para nos darmos conta da importância dos cuidados de saúde na qualidade de vida das pessoas e no sentimento de segurança que a garantia desses cuidados transmite.

Esta complexidade, bem como as dificuldades que daí advenham, não devem porém constituir impedimento a um processo de reorganização, cuja necessidade parece incontestável e que se justifica por muitas e boas razões, as menores das quais não serão, certamente, a própria qualidade dos cuidados prestados, ou a sustentabilidade de um serviço de saúde, ameaçado por custos crescentes, particularmente quando na sua estrutura se enquadra um hospital que se pretende de ponta, capaz de prestar cuidados diferenciados ao nível do que se faz no melhor estado da arte.

Também a formação dos profissionais de saúde é crucial na determinação deste processo de mudança. Com efeito, a necessidade de formação e actualização constantes, apenas possível em ambiente diferenciado, ou o treino derivado da automatização de procedimentos adquirida pela experiência, tem estabelecido novos paradigmas de formação. Porque não basta transmitir conhecimentos, ou exigir conhecimento teórico das técnicas, tal como se de ensino pré-graduado se tratasse. É imperioso desenvolver competências e rotinas assistenciais modelares, capacidades, atitudes e comportamentos, capazes de tornar possível a resposta adequada, feita de profissionalismo competente e experiente, atributo essencial no exercício das profissões ligadas à saúde.

Porque, com o desenvolvimento do conhecimento científico e de novas tecnologias, a actividade assistencial deixou há muito de ser da responsabilidade única do médico, para passar a ser o resultado do contributo de equipas cada vez mais alargadas e que recorrem a equipamentos cada vez mais sofisticados.



b. Serviços de Saúde Militares. Situação actual

O Sistema de Saúde Militar em vigor incorpora os Serviços de Saúde dos Ramos, dependentes hierárquica, funcional e administrativamente das chefias do respectivo Ramo.

Em cada Ramo, o Serviço de Saúde planeia, coordena, supervisiona ou executa:

- a actividade assistencial;
- a parte médica das actividades de classificação e selecção;
- o apoio sanitário à actividade operacional e as actividades de Medicina Preventiva, nomeadamente as relacionadas com o aprontamento de Forças;
- as actividades ligadas à avaliação do dano e reabilitação;
- as acções de resposta a situações de crise, emergência e catástrofe, de acordo com directivas superiores;
- a formação e treino em saúde.

Tabela 3: As Unidades que podem ser consideradas dependentes, ou de apoio ao Serviço de Saúde Militar

Fonte: (Marques, 2006, Revista Militar, pag 5/19)

Estruturas já integradas	Hospital das Forças Armadas
Marinha	Centro de Medicina Hiperbárica Centro de Medicina Naval Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependentes e Alcoólicos; Centro de Abastecimento Sanitário Laboratório de Análises Fármaco-Toxicológicas da Marinha
Exército	Centro de Saúde do Campo Militar de Santa Margarida Centro de Saúde da Região Militar Sul (Évora) Centro Militar de Medicina Preventiva Laboratório Militar de Produtos Químico-Farmacêuticos Centro Militar de Medicina Veterinária Hospital Cirúrgico Móvel
Força Aérea	Centro de Medicina Aeronáutica Centros de Saúde das Unidades

Não foram somente as alterações verificadas a nível das FFAA que determinaram a evolução que se tem verificado nos seus Serviços de Saúde. Também a própria evolução



dos cuidados de saúde, verificada nos últimos trinta anos, ditou essa transformação, pela evolução dos conceitos técnico-científicos, por um lado, e pela necessidade de racionalização de custos, numa área cada vez mais especializada e dispendiosa.

Conforme referido pelo Major-General/Médico Nunes Marques, verificou-se uma focalização nos cuidados primários, (a que os SSM tiveram de responder sem dispor de especialistas suficientes para o efeito) e, paralelamente, uma progressiva diferenciação dos Serviços Hospitalares, por vezes dificultada nos Hospitais Militares pela multiplicação de serviços das mesmas especialidades.

Por outro lado, uma multiplicidade de tarefas, que ultrapassam a questão da assistência hospitalar, é exigida aos SSM a maior parte das vezes sem que isso seja devidamente evidenciado na produtividade:

- o apoio sanitário nas Unidades Militares, na prestação de cuidados primários de saúde.
- a participação nos processos de recrutamento e selecção (a nível hospitalar, Centros de Recrutamento, Centro de Medicina Aeronáutica, etc.).
- o aprontamento sanitário prévio às missões das Forças Nacionais Destacadas (FND) e a avaliação após o regresso;
- o apoio sanitário às FND, realizado pelo pessoal nomeado para integrar essas forças;
- a realização de Juntas Médicas para apreciação da aptidão/inaptidão e capacidade/incapacidade para o serviço militar, ou a avaliação de situações de doença, sequelas ou incapacidades decorrentes do serviço militar, de militares e ex-militares.

c. A criação do Hospital das Forças Armadas (HFAR)

A LOBOFA e a Lei Orgânica do EMGFA, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 234/2009, de 15 de setembro, veio consagrar a criação do HFAR enquanto hospital militar único, devendo o mesmo ficar organizado em dois pólos hospitalares, um em Lisboa e outro no Porto.

Foi também concebida uma proposta de Programa Funcional que identifica a população a servir pelo referido polo hospitalar, assim como os serviços a prestar e os recursos materiais imprescindíveis ao seu pleno funcionamento.



Posteriormente, através do despacho n.º 16437/2011, de 4 de novembro, do MDN, foi assumida a decisão política de criar e implementar, numa primeira fase, o Pólo de Lisboa do HFAR, mediante algumas alterações ao referido programa funcional, no espaço físico ocupado pelo Hospital da Força Aérea, (Unidade Hospitalar do Lumiar), *“por esta se afigurar a solução mais adequada e exequível na atual conjuntura das contas públicas, atentos os critérios de eficácia e eficiência, consubstanciando um ponto ótimo de equilíbrio entre as capacidades técnica, médica, logística e financeira”*.



Figura 4: Hospital das Forças Armadas (Pólo do Lumiar)

Fonte: ASEP, Engineering.

<http://www.asep.pt/portfolio/principais-intervencoes/Edificios-e-Instalacoes-Hospitalares/33/>

Finalmente, o Decreto-Lei n.º 187/2012, de 16 de agosto, no seguimento da *“intenção de reestruturação hospitalar, como eixo essencial da política de saúde a desenvolver no âmbito militar”*, cria o Polo de Lisboa do HFAR. E o Decreto-Regulamentar 51/2012 de 10 de dezembro, vem regulamentar as *“matérias para o período de fusão hospitalar, até à completa criação do HFAR, finalizado com a criação e implementação do Pólo do Porto”*.

Nesse Decreto-Lei, logo se estabelece a natureza e a missão do Polo de Lisboa do HFAR

1 - ...

2 - *O Polo de Lisboa do HFAR resulta da fusão entre o Hospital da Marinha, o Hospital Militar Principal, o Hospital Militar de Belém e o Hospital da Força Aérea.*

Sendo sua missão e atribuições:



1 - Prestar cuidados de saúde diferenciados aos militares das FFAA e à família militar, bem como aos deficientes militares, podendo, na sequência de acordos que venha a celebrar, prestar cuidados de saúde a outros utentes.

2 - a) Prestar cuidados de saúde aos beneficiários da Assistência na Doença aos Militares das Forças Armada/Instituto de Ação Social das Forças Armadas (ADM/IASFA);

b) Colaborar no aprontamento sanitário dos militares que integram as FND;

c) Colaborar nos processos de seleção, inspeção e revisão dos militares das FFAA;

d) Promover a cooperação e articulação com o SNS;

e) Assegurar as condições necessárias ao treino e ensino pós-graduado dos profissionais de saúde;

f) Apoiar ações de formação e de investigação e cooperar com instituições de ensino nestes domínios;

g) Articular com as estruturas do SNS e com as autoridades de proteção civil as modalidades de resposta às situações de acidente grave ou catástrofe.

Ressalta desta decisão a evidência de que a missão e atribuições do HFAR abarcam aspectos tão diversos como a prestação de cuidados assistenciais, a formação em saúde, num sentido global, a colaboração nos processos de seleção, inspeção e revisões médicas dos militares das FFAA, a responsabilidade no aprontamento das tropas e no apoio às FND, bem como a possibilidade de articulação com a rede nacional de prestação de cuidados, e particularmente com o SNS, na prestação de cuidados à população não militar.

d. A Instituição Hospitalar versus a Instituição Militar. Missão e características.

Os hospitais não podem ignorar que têm, hoje em dia, uma tripla vertente na sua atividade: são simultaneamente plataformas tecnológicas sofisticadas, instâncias de acolhimento de pessoas em sofrimento e vectores essenciais de formação e ensino de profissionais de saúde.

São essas vertentes que vão caracterizar a especificidade de um hospital militar, de disponibilidade e prioridade na assistência aos militares com enfoque dado à primazia da sua prontidão, bem como a disponibilidade de se mobilizar no apoio a forças destacadas (1), a capacidade de contribuir para todo um programa de formação em saúde e para a



formação específica, pré e pós-graduada, dos seus profissionais de saúde (2), e a capacidade, quando necessário, de estender a sua acção à população (3).

Para além de outros aspetos tão genuinamente característicos dos militares, como a segurança e a disciplina, às vezes tão importantes quando poderão estar em causa interesses que o exijam.

A definição da missão, no que diz respeito à ética e valores, pode assumir, neste caso, aspectos particularmente relevantes, dada a hierarquia e a dinâmica de um hospital não ser consentânea muitas vezes com o habitual funcionamento hierárquico militar. Em ambiente hospitalar sobrepõem-se por vezes subordinações técnicas e hierárquicas que nem sempre coincidem, não sendo adequada a perspectiva puramente formalista, que pretenda a definição e imposição de objectivos “de cima para baixo” para serem cumpridos pelas “bases” da organização (Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, 2010).

Também se torna fundamental desenvolver esforços no sentido de efectivar o comprometimento da organização na sua globalidade, bem como o comprometimento da comunidade, para que o hospital possa assumir um papel decisivo, com a criação de inovação e conhecimento, tornando-se também agente modificador da realidade.

A missão do hospital, os valores assumidos, e a acção daí resultante devem constituir-se como uma declaração dos valores humanitários, e dos objectivos que se pretendem alcançar, reflectindo os valores da organização que o suporta, mas que são compartilhados por todos - comprometimento com cuidados de elevada qualidade, em respeito pelo princípio da equidade; com a promoção da formação específica e contínua; e com incentivo à investigação e desenvolvimento.

É assumido que a cada hospital deverá ser atribuída a responsabilidade de um papel específico na área assistencial a uma população, seja uma área geodemográfica, seja uma população específica que se identifique por alguma característica diferenciadora, devendo ser tomado em consideração a sua articulação, quer com uma rede cuidados primários, quer com outras instituições (v.g. cuidados continuados).

Um hospital deverá portanto enquadrar-se num sistema de referenciação e numa rede de unidades de saúde, cada qual com a sua missão e os seus objectivos específicos, de modo a:



- Assegurar a prestação de cuidados de saúde de qualidade (abordagem atempada, global, multidisciplinar, continuada).
- Atender a uma lógica de eficiência e racionalidade, evitando o desperdício ou a multiplicação desnecessária de recursos;
- Garantir, em cada área de intervenção, a existência de uma dimensão que possibilite aquisição e manutenção de experiência e de competências.

Um hospital deve dispor dos meios financeiros necessários à prossecução dos objectivos que lhe estão atribuídos. No planeamento da unidade hospitalar, há portanto que ter em consideração, também, a sua dimensão.

De facto, unidades hospitalares de dimensão menor têm normalmente vantagens em ser integradas, não deixando assim de proporcionar, aos seus utilizadores, cuidados diferenciados, num contexto de proximidade, qualidade e sustentabilidade. Mais uma vez, a integração dos hospitais militares a funcionar como factor de promoção da competência, e de viabilização da sua sustentabilidade.

e. A articulação do Serviço de Saúde Militar com a Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde

Tem feito parte dos programas de governo desde há muito tempo, e faz parte ainda do actual programa de governo:

“... a Reestruturação da Estrutura Superior da Defesa Nacional, concretizando a legislação recentemente aprovada, nomeadamente, a Lei de Defesa Nacional e a Lei de Bases das Forças Armadas. Neste quadro, assumem-se, ainda, como prioridades: a Reforma do Sistema de Saúde Militar e instalação do Hospital das Forças Armadas; ...”

(Programa do XVIII Governo Constitucional, 2009, pág. 121).

Uma característica que é atribuída ao sistema de saúde nacional é a complexidade intrínseca derivada das naturezas múltiplas que conjuntamente o compõem. Efectivamente, e conforme a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), o sistema de saúde, que visa a efectivação do direito à protecção da saúde, abarca não só os serviços próprios do Estado, como as entidades privadas, sejam aquelas com contrato para a prestação de cuidados, sejam todas as outras entidades privadas, compreendendo toda a actividade pública ou privada, a nível da prestação de serviços ou do seu financiamento, bem como o apoio e a fiscalização tão necessárias na área da saúde.



Por outro lado, a complexidade do sistema de saúde deriva igualmente das diferentes perspectivas em que o mesmo pode ser analisado, e em concreto nas de financiamento e de prestação dos cuidados de saúde.

Essa distinção permite assim, e desde logo quanto à perspectiva “financiamento”, distinguir o SNS financiador, os subsistemas públicos financiadores, os subsistemas privados financiadores e os seguros de saúde, bem como o financiamento privado dos cuidados de saúde.

Já no que respeita à perspectiva “prestação de cuidados”, identificam-se as situações de prestação pública, social ou privada.

Por seu turno, a prestação pública pode ser assegurada através de estabelecimentos integrados no SNS, ou através de estabelecimentos sociais e privados que foram contratados para a sua realização.

De onde se depreende que, não incluindo o SNS o SSM (e os estabelecimentos de saúde militares), por não estar na dependência do Ministério da Saúde, não deixa este de fazer parte do sistema de saúde nacional, nem de estar sujeito às exigências e normas legais que se aplicam ao SNS. Nomeadamente no que diz respeito às exigências de diferenciação, competência e formação, segurança, qualidade dos serviços, ou respeito pelos direitos dos utentes.

Além disso, fazendo parte da atribuição e da responsabilidade da gestão dos hospitais militares atender a uma lógica de eficiência e racionalidade, poder-se-á impor, pela necessidade dessa racionalização, o recurso a serviços prestados no seio da comunidade, quer pelo SNS, quer por entidades privadas, quando não se justifique a permanência desses recursos no hospital militar. Ou a disponibilização dos recursos próprios à comunidade, uma vez se verifique a existência de capacidade sobrança.

Finalmente, também se evidencia a questão da dimensão como fator limitador ou potenciador das potencialidades de desenvolvimento de uma unidade hospitalar, da manutenção das capacidades e competências, e até como fator motivador dos profissionais que aí desenvolvem a sua actividade. Porque, em última análise, todos queremos um dia ser tratados por profissionais experientes, treinados, com rotina nos protocolos de atuação, e segundo o melhor estado da arte no momento.



f. População utente do Hospital das Forças Armadas.

Conforme se pode verificar no relatório de actividades do IASFA, os beneficiários da ADM, afinal os potenciais utentes do hospital militar, distribuem-se conforme as tabelas que se seguem:

Tabela 4: Beneficiários da ADM por escalões etários

Fonte: (IASFA, Relatório de actividades 2011, pag 11)

ESCALOES	MARINHA	EXERCITO	FORÇA AEREA	TOTAIS
< 18	6.123	7.985	3.327	17.435
19 – 25	4.104	9.733	3.496	17.333
26 – 49	12.706	15.118	7.575	35.399
49 - 64	9.295	14.982	4.025	28.302
> 64	9.285	21.485	5.789	36.559
TOTAIS	41.513	69.303	24.212	135.028

Destes 135.028 contabilizados no final de 2010, 69.737 são beneficiários titulares (englobando o ativo, reserva e reforma), sendo 65.291 familiares (IASFA).

Por outro lado, há que referir que estes beneficiários se estendem por todo o território nacional, sendo que apenas cerca de 30% reside no Distrito de Lisboa, percentagem que aumenta para 50%, quando se juntam os distritos limítrofes de Leiria, Santarém e Setúbal (IASFA). Pelo que, do total de potenciais utentes do HFAR, há a referir que cerca de 50% vivem longe, o que anula o factor proximidade e se constitui como motivo de afastamento desta população do seu hospital, e de recurso a cuidados no âmbito do SNS ou de entidades privadas com acordo com a ADM.

g. Conclusão em relação à viabilidade

Pelo que, quando observada a dimensão do hospital no plano do universo de utentes, percebemos que há necessidade de alargar esse universo, de forma a se manter a um nível que permita a manutenção da proficiência, e das possibilidades de desenvolvimento dos serviços e dos profissionais que aí trabalham.

Também assim sendo, fará cada vez mais sentido olharmos para a realidade deste universo, adequando o hospital aos serviços que poderá vir a prestar de forma adequada, com os critérios de qualidade e de competência técnico-científica, para que não nos



retenhamos num modelo idealizado, com serviços que depois não serão sustentáveis, por não terem suporte na prática.

Pelo que nos parece imprescindível a integração efectiva do SSM na Rede Nacional de Prestação de Cuidados, e a sua articulação dentro desta rede, quer seja com o SNS quer seja com outras entidades prestadoras de cuidados (v.g. entidades privadas, sociais ou públicas), e o estabelecimento de acordos, quer com o SNS quer com outros Sistemas de Saúde (v.g. Assistência da Doença Aos Servidores do Estado - ADSE) de forma a se criar por um lado a dimensão necessária, e por outro, a otimizar os recursos, físicos, humanos, e técnico-científicos.

Pelo que é nossa opinião de que se encontra validada a Hipótese2:

A viabilidade do SSM, quer em termos de adequabilidade económico-financeira, quer no que diz respeito à qualidade dos serviços prestados, depende da sua articulação com a rede geral de prestação de cuidados de saúde, ou com o SNS.

Dando resposta afirmativa à QD2.



3. O Campus de Saúde Militar

a. Introdução

Tem-se portanto chegado à conclusão que o SSM se nos afigura de utilidade imprescindível, senão inquestionável. E que este serviço deverá assumir características e manter valências particulares, que não apenas a nível da vertente assistencial.

Com efeito, e de acordo com o que já foi anteriormente referido, o serviço de saúde deverá também considerar (Nunes Marques, 2006, Revista Militar, pág. 4/9 e 5/9):

- a) Os processos de seleção, inspeção e revisão.
- b) O aprontamento sanitário dos militares que integram as FND; o apoio sanitário às FND, de acordo com as obrigações assumidas;
- c) O treino e o ensino do pessoal operacional, no que ao Serviço de Saúde diga respeito.
- e) A criação de condições necessárias ao treino e ensino pós-graduado dos profissionais de saúde;
- f) Ações de formação e de investigação; cooperação com instituições de ensino nestes domínios;

Também a vertente assistencial não se poderá basear apenas na vertente hospitalar, dada a abrangência exigida, nomeadamente quando se baseia o modelo assistencial na prevenção e nos cuidados primários de saúde, e se assume que os cuidados de saúde se deverão orientar para a pessoa, e não para o episódio de doença propriamente dito.

Por outro lado, foi também referida a questão da dimensão como fator limitador ou potenciador de potencialidades, da manutenção das capacidades e competências, e até como fator motivador dos profissionais

Finalmente, há que evidenciar que a exigência de uma lógica de eficiência e racionalidade implica que se evite a multiplicação desnecessária de recursos e o desperdício de meios.

É nessa perspectiva que tem vindo a ser equacionada a criação de um “*Campus de Saúde Militar que assegure uma utilização comum e sinérgica de serviços por parte dessas estruturas, conduzindo a uma maior rentabilização de recursos, com previsíveis proveitos de eficácia e eficiência*”. (Despacho MDN n.º 11250/2012).



b. Estruturas do *Campus* de Saúde Militar

Neste contexto poder-se-á afirmar que o SSM deverá ser organizado, tendo por base aquela que poderá ser a verdadeira razão de ser da Saúde Militar, ou seja, a garantia das condições físicas e psíquicas dos efectivos militares, em particular no apoio às forças em operações ou em campanha, embora com duas vertentes *major*, interdependentes, a ser equacionadas em função de dois objectos (Conforme se explicita na tabela 4):

Tabela 5: Estruturas do Campus de Saúde Militar

Fonte: (do autor)

ESTRUTURAS ASSISTENCIAIS FIXAS		Centro de Saúde Militar (CSM)	Cuidados Primários de Saúde Medicina Geral/Familiar Medicina Militar Medicina do Viajante Medicina Tropical Extensões do CSM (Unidades de Saúde Tipo 1, 2 e 3).
		Hospital das Forças Armadas (HFAR)	Serviços Hospitalares Internamento Ambulatório
		Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e alcoolismo (UTITA)	
MEDICINA OPERACIONAL	ESTRUTURAS ASSISTENCIAIS MÓVEIS	Hospital de Campanha	
	ESTRUTURAS DE APOIO À OPERAÇÃO	Fisiologia militar	Medicina aeronáutica
			Medicina hiperbárica
		Medicina do exercício	
FORMAÇÃO E ENSINO		Escola do Serviço de Saúde Militar (ESSM)	
JUNTAS MÉDICAS		Juntas Médicas Militares (JMM)	

Por um lado, a vertente assistencial, orientada para o homem enquanto doente a necessitar de cuidados. Por outro lado, a vertente operacional, orientada para a organização



militar que necessita de gente formada, capaz, em condições físicas e psicológicas adequadas ao cumprimento da missão.

Ou ainda:

Por um lado, as estruturas capazes de providenciar cuidados de saúde - Centros de Saúde, Hospital, Hospital de Campanha;

Por outro lado, estruturas não assistenciais, envolvidas no recrutamento, avaliação e inspeção, juntas médicas, ensino e formação – Centros de Medicina Aeronáutica e Subaquática, Secções de Treino Fisiológico, Medicina Do Exercício, Juntas Médicas Militares.

Finalmente, e considerando as necessidades específicas do SSM no que diz respeito a formação e ensino, e a prioridade que deverá ser dada às vertentes de investigação e desenvolvimento, torna-se imprescindível que as FFAA se constituam como factor de referência no âmbito da medicina operacional, da intervenção em situação de emergência e catástrofe, ou de outras áreas em que tem sido pioneira – programas de intervenção nas áreas do alcoolismo e das toxicodependências, ambiente, etc. -, assumindo o conceito de Escola como criação e fonte de informação e conhecimento, consubstanciado na Escola do Serviço de Saúde Militar (ESSM).

(1) Estruturas assistenciais



Figura 5: Igreja e antigo Convento de Nossa Senhora da Estrela, actual Hospital Militar Principal de Lisboa

Fonte: Camara Municipal de Lisboa, in, <http://www.cm-lisboa.pt/en/equipments/equipamento/info/igreja-e-antigo-convento-de-nossa-senhora-da-estrela-actual-hospital-militar-principal-de-lisboa>



A evolução das sociedades, com a modernização e conhecimento crescentes, implica mudança nas expectativas, e na sua opinião sobre a forma como pretendem viver como indivíduos e como membros da sociedade.

Daí também a mudança como valorizam o pacto social que estabeleceram com o Estado, no que respeita ao que esperam que lhes seja garantido, bem como a aspectos da vida em comum, que podem incluir a segurança, a solidariedade ou a inclusão. E neste campo inclui-se também a forma como vivem as expectativas em relação à saúde e aos cuidados de saúde, como função integral da forma como vivem o seu dia-a-dia.

Por outro lado, também o mundo tem vindo a registar alterações significativas: globalização, urbanização e envelhecimento combinam-se, determinando alterações nos estilos de vida, criando um diferente quadro de incidência de patologias, marcada pela predominância das doenças crónicas – doença cardiovascular, diabetes, neoplasias e patologia depressiva – e dos traumatismos, como causas cada vez mais determinantes de morbidade e de mortalidade.

De fato, se há cerca de trinta anos 38% da população mundial vivia em cidades, em 2008 essa percentagem era já superior a 50% (equivalente a 3,3 mil milhões de pessoas), esperando-se que, em 2030 cerca de 5 mil milhões de pessoas residiam em áreas urbanas, e a que se associa uma mobilidade crescente. Também se sabe que este universo móvel e urbanizado está a envelhecer (com o conseqüente aumento da multimorbidade dos doentes), estimando-se que em 2050, o mundo possa contar com 2 mil milhões de pessoas acima dos 60 anos de idade (World Health Organization, 2008, pág 8).

Espera-se portanto que as políticas de saúde se saibam antecipar a esta realidade que já não é surpresa, e que os cuidados de saúde se adaptem a novas necessidades e a custos crescentes. Novas necessidades, que passam pela necessidade de abordagens globais que intervenham na prevenção, na educação para a saúde, na abordagem do doente centrada nele próprio, pela continuidade dos cuidados e sua integração numa rede abrangente, e pela responsabilidade social dos prestadores de cuidados com atenção não só aos princípios éticos e científicos da sua ação, mas também com atenção à própria administração e sustentabilidade do sistema (World Health Organization, 2008).



(a) Centro de Saúde (CS) e Cuidados Primários de Saúde (CPS)

Pode afirmar-se que durante praticamente todo o século XX os sistemas de saúde gravitaram à volta das entidades hospitalares, detentoras da evolução médica e tecnológica mais mediática, e das especialidades e subespecialidades médicas, que se constituíram assim como atores principais na prestação de cuidados.

Este acréscimo de importância do Hospital acabou por se tornar fonte de ineficácia e de desigualdade, tal como é reconhecido pela maioria da comunidade médica que não deixa, no entanto, de se mostrar extraordinariamente resistente à mudança. Mesmo as autoridades políticas de saúde, reconhecendo esta desproporcionalidade, e quantas vezes dando voz à preocupação sobre a necessidade de se privilegiarem os CPS, continuam a contemporizar com a fragmentação dos cuidados que a subespecialização favorece (World Health Organization, 2008).

Por exemplo, nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a um crescimento de 35% no número de médicos, (1990-2005), correspondeu um aumento de 50% no número de especialistas e de apenas 20% de médicos de clínica geral. O que quer dizer que, evidentemente impulsionado por interesses e tradições profissionais, tem sido este nível, mais dispendioso da prestação de cuidados, o favorecido. Apesar de a experiência ter vindo a demonstrar que este desequilíbrio em favor dos cuidados especializados pouco valoriza o dinheiro gasto (World Health Organization, 2008, pág 12).

O que se tem verificado é que esta organização “hospitalocêntrica” implica custos acrescidos (v.g. medicação ou iatrogenese desnecessárias), comprometendo muitas vezes as dimensões humana e social da saúde.

Pelo que, desde há mais de vinte anos, uma boa parte dos países da OCDE tem tentado manter os custos sob controlo, através da diminuição do predomínio da intervenção de especialistas e tecnologias hospitalares, diminuindo camas hospitalares, privilegiando os cuidados domiciliários, racionalizando equipamento, e estabelecendo políticas que promovem a eficiência dos cuidados extra-hospitalares (World Health Organization, 2008, pág 13).

Torna-se importante, portanto, equacionar a SM, na sua vertente assistencial, fora da visão centrada no Hospital, valorizando-se os CPS, a educação para a saúde, a



prevenção, a integração e continuidade dos cuidados, a constância do médico assistente e a proximidade quanto possível, de forma a se potenciar a qualidade e eficácia dos cuidados, com redução de custos. Esta valorização dos CPS terá de passar necessariamente pela implementação da Medicina Geral e Familiar (MG/F) como especialidade médica fundamental no âmbito global da Saúde Militar.

A MG/F é uma *“Disciplina académica e científica, com os seus próprios conteúdos educacionais, investigação, base de evidência e actividade clínica; é uma especialidade clínica orientada para os cuidados primários”* (Allen, J. 2002, *“Sociedade Europeia de Clínica Geral/Medicina Familiar”*, pág 6), e que se caracteriza por:

- a) Assegurar a primeira linha de cuidados de saúde, seja no diagnóstico, no tratamento ou na recuperação;
- b) Ser habitualmente a porta de entrada no Sistema de Saúde;
- c) Coordenar e manter a continuidade da prestação de cuidados;
- d) Manter um Processo Clínico, individual e personalizado;
- f) Atuar na promoção da educação para a saúde, promover o bem-estar, e a saúde, e agir como fator de prevenção;
- g) Assumir uma visão global da saúde da comunidade.

Da mesma forma, um Centro de Saúde deverá ter como responsabilidade a prestação garantida dos CPS à população que serve:

- a) Promoção da saúde e Prevenção da doença;
- b) Prestação de cuidados na doença;
- c) Integração e continuidade de cuidados;
- d) Vigilância epidemiológica;
- e) Avaliação de resultados e ganhos em saúde;
- f) Formação profissional;
- g) Investigação em cuidados de saúde.

A sua intervenção terá, portanto, um âmbito pessoal, centrada no doente, e um âmbito comunitário, orientada para a população. Compreende também acções tão diversas como o apoio domiciliário, a vacinação, a gestão de riscos ambientais, podendo incluir inclusivamente outras responsabilidades desde que correspondam a necessidades comuns e transversais dessa população (e.g. medicina ocupacional).



(1) As especificidades do Centro de Saúde Militar (CSM):

A população militar apresenta características próprias que decorrem da sua própria condição, e que derivam da grande mobilidade que a vida militar lhes impõe, da partilha de riscos comuns e de condições de trabalho que lhe são particulares.

Trata-se, na maioria das vezes, de uma actividade em que a componente traumática está latente, e onde os aspetos de ordem psíquica assumem importância no desenvolvimento de patologias incapacitantes.

Finalmente, impõe-se a necessidade da recuperação rápida dos recursos humanos em situação de incapacidade, particularmente quando se fala em recursos dispendiosos na sua formação.

É portanto de assumir que a população militar apresenta uma potencialidade para formas próprias de adoecer, e necessidades específicas em termos de educação para a saúde, acções de prevenção, ou de apoio na vertente ocupacional, pelo que a prestação de cuidados primários de saúde nesta população deve ter em atenção essa diferença e garantir a adequabilidade dos cuidados prestados, em eficiência e em tempo.

Por outro lado, a prestação de cuidados de saúde à família militar assume ainda importância mais relevante, quando se obriga o militar a fixar-se longe da comunidade de origem, se impõem colocações longe do agregado familiar, ou quando o militar é chamado ao cumprimento de missões em locais distantes.

Pelo que a necessidade de uma estrutura de CPS assume maior interesse, mais do que um Hospital que atua essencialmente a nível dos cuidados secundários ou terciários.

Apenas a dispersão territorial das unidades militares se poderia considerar entrave à eficácia do CSM. O que nos parece poder ser compensado através do contacto personalizado que se poderá estabelecer então com o médico assistente, ou através da criação de extensões – mais ou menos diferenciadas, com acesso ou não a serviços de telemedicina - nos locais onde a concentração de militares o justifique.

O CSM, orientado para a prestação de CPS, deverá assim assumir as responsabilidades atrás referidas e atribuídas à generalidade dos centros de saúde, devendo também, tal como a HFAR, contribuir para as restantes actividades da medicina militar: seleção, inspeção e revisão médicas; consultas médicas específicas (Medicina do Viajante,



Medicina Tropical, etc.) e concorrer para o cumprimento da generalidade da missão do SSM.

Deverá também assegurar a gestão e funcionamento das suas extensões, (gestão corrente das necessidades de saúde, prestação dos cuidados imediatos necessários, articulação com os outros serviços de saúde militares ou com as unidades de saúde locais, apoio das Unidades Militares conforme as necessidades do comando).

(2) - Articulação do Centro de Saúde Militar com o Hospital das Forças Armadas:

Como foi referido atrás, a existência de um serviço prestador de CPS, impõe-se como fator de racionalização de recursos e de poupança de meios, na medida em que se substitui à acção da instituição hospitalar, sempre mais dispendiosa.

Também o recurso a cuidados médicos fora do contexto militar, nomeadamente aqueles que, no âmbito de acordos com o Instituto de Ação Social das Forças Armadas (IASFA), se vão substituindo aos hospitais militares, leva a um desperdício de recursos que poderiam ser gastos no SSM, e que irão acabar por contribuir para a falência dos ADM e do próprio IASFA, para além de abalar a noção de imprescindibilidade do HFAR.

Juntar no mesmo local o CSM e o HFAR, num trabalho em complementaridade e parceria, irá permitir uma articulação mais adequada, já que torna mais fácil a orientação do doente, melhorando a continuidade de cuidados, centralizando a informação clínica, gerindo melhor os processos, mantendo a informação e os registos actualizados, permitindo racionalização de recursos (técnicos e humanos) e a reorientação do paciente para o SSM, afinal o serviço que se pretende venha a ser a fonte dos cuidados a prestar aos militares e suas famílias.

(b) Hospital das Forças Armadas.

Diz o Decreto Regulamentar n.º 51/2012 de 10 de dezembro:

“No âmbito do processo de reestruturação hospitalar preconizado pela Resolução do Conselho de Ministros..., a LOBOFA, ..., e a Lei Orgânica do Estado-Maior-General das Forças Armadas, ..., consagraram a criação do Hospital das Forças Armadas (HFAR) enquanto hospital militar único, organizado em dois polos hospitalares, um em Lisboa e outro no Porto.”

Mais refere o mesmo Decreto Regulamentar:



“A população a servir, o conjunto dos serviços a prestar e os recursos materiais imprescindíveis ao funcionamento do Polo de Lisboa do HFAR encontram-se identificados no programa funcional concebido e apresentado pelo Grupo de Trabalho criado pelo Despacho n.º 10825/2010, de 16 de junho, do MDN, ...”

A mesma legislação estabelece ainda a natureza, sede, missão e atribuições do HFAR, bem como a sua estrutura funcional e áreas de actividade, e os princípios de gestão aplicáveis.

Pelo que nos parece que a consulta da legislação e do programa funcional em causa se nos afigura esclarecedora, nada mais havendo a argumentar num momento em que está em curso a implementação dessa decisão.

Apenas nos faz sentido transcrever o que foi considerado ser Missão e atribuições do HFAR, uma vez que nos parece que esta transcrição faz sentido no contexto de todo o estudo sobre o *Campus* de Saúde Militar.

“1 — O HFAR tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados aos militares das Forças Armadas e à família militar, bem como aos deficientes militares, podendo, na sequência de acordos que venha a celebrar, prestar cuidados de saúde a outros utentes.

Sendo atribuições do HFAR não só a prestação de cuidados de saúde, cooperando a articulando-se com o SNS, mas também a colaboração em todos os processos que visem a selecção, inspecção e revisão do pessoal militar, de uma forma global ou no contexto do seu aprontamento sanitário para integrar FNDs, para além da responsabilidade no treino do pessoal de saúde, e da participação em projectos de formação e investigação.

Pensamos, portanto, que o caminho traçado aponta para a resolução das questões que se consideravam entrave à manutenção de uma estrutura hospitalar adequada, viável e sustentável, nomeadamente no que diz respeito à dimensão, à articulação com a rede geral de prestação de cuidados de saúde (SNS) e à racionalização e rentabilização de recursos.

(c) Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependentes e Alcoólicos (UTITA)

O Programa de Combate à Droga e Alcoolismo nas Forças Armadas, abrange uma série de acções a nível da dissuasão e prevenção, que vão desde as acções de



sensibilização, formação e o rastreio toxicológico aleatório, ao tratamento e reabilitação dos doentes dependentes de substâncias psicoativas.

Estamos, nestes casos, perante uma patologia do foro mental e comportamental, da carácter biopsicossocial, que necessita de programas de reabilitação estruturados, com características próprias, que devem ser trabalhados por equipas multidisciplinares que ultrapassam a intervenção hospitalar, e atravessam todos os níveis de prevenção. A sua execução em ambiente comunitário fará todo o sentido, já que se trata de um programa de reabilitação psicossocial, e até pelo carácter medico-medicamentoso puro que se pretende excluir da própria abordagem terapêutica.

O fato de se ter optado por uma estrutura com autonomia técnica, funcionando fora do contexto hospitalar e fora do ambiente médico estrito, tem-se mostrado uma alternativa adequada, tal como se verificou noutros locais, em serviços similares que adoptam o mesmo modelo.

Finalmente, os resultados clínicos da actividade da UTITA têm sido animadores, com exemplares taxas de adesão ao processo de reabilitação e recuperação.

Pelo que nos parece que, independentemente da sua integração na estrutura do SSM, se justifica manter o actual modelo de funcionamento da UTITA, permitindo o seu funcionamento de forma mais integrada na comunidade.

(2) Estruturas operacionais

Como já foi referido anteriormente, o SSM tem por missão garantir o apoio sanitário aos efectivos militares, procedendo à avaliação permanente dos recursos humanos das FFAA, desde a sua admissão à sua passagem à disponibilidade.

Pelo que, para além de uma estrutura assistencial, deve ser capaz de proceder à avaliação e selecção (física e psíquica), à formação e ao treino do pessoal para operar em situações de adaptação adversa (meio aéreo, meio aquático, situações climáticas extremas, situações de esforço extremo), bem como proceder à educação e formação dos militares no âmbito da educação para a saúde e no âmbito dos primeiros socorros.

Se, por um lado, a função assistencial se efetua, em tempo de paz e no espaço do território nacional, essencialmente a nível das estruturas assistenciais fixas, já em situação de crise, ou quando se impõe o destacamento de forças, pode haver necessidade de mobilizar estruturas de tratamento mais diferenciadas e eficazes para o teatro de operações.



Porque se deve partir do princípio que o SSM deve estar sempre orientado para a manutenção da capacidade operacional das FFAA, pensamos que fará então todo o sentido diferenciar neste trabalho as estruturas orientadas para esse desiderato, já que deverão ser possuidoras de uma organização própria, capaz de ser implementada a todo o momento, logo que se mostre necessário, mesmo que utilizem os meios materiais e humanos do HFAR ou do CSM.

As estruturas que constituem o corpo da vertente operacional do SSM compreendem:

- Hospital de Campanha.
- Centro de Fisiologia Militar.
 - Medicina Aeronáutica (Câmara hipobárica e simuladores).
 - Medicina Subaquática (Câmara hiperbárica).
 - Medicina do Exercício.

(a) Hospital de Campanha



Figura 6: Hospital de Campanha

Fonte: HospitalCampanha.JPG. www.exercito.pt

O apoio médico em operações, sendo responsabilidade dos respectivos países, deve (1) estar de acordo com as leis e convenções internacionais, com a ética e deontologia médicas e com os padrões de tratamento existentes nos respectivos países, (2) ser orientado para o bem estar físico e psíquico dos doentes; (3) ser de fácil acessibilidade e garantir a continuidade do tratamento, ou seja, desde a linha da frente até ao hospital do respectivo país (“*NATO Principles and Policies of Operational Medical Support*”, - MC 326/2).

Deve portanto obedecer a um planeamento que abarque a Medicina de Emergência, Cuidados Primários, Cuidados Secundários e Evacuação Sanitária e que tenha



em consideração a aferição do risco, ou seja, as condições do terreno e do clima, as questões endêmicas da região, as necessidades, os riscos ambientais, a qualidade da água e alimentação, o número eventual de mortos ou feridos e o tipo de ferimentos, possibilidade de uso de meios Nucleares, Biológicos ou Químicos (NBQ), etc., de forma a se providenciar não só a melhor preparação das tropas, como a planear o nível de necessidade de apoio médico e sanitário.

É esta aferição que irá permitir estabelecer qual o suporte sanitário a destacar para determinada operação. E o nível de prestação de cuidados deve obedecer a parâmetros de capacidade assistencial bem definidos, tendo em conta as condições julgadas necessárias.

Os diversos níveis de apoio sanitário em operações (“*Role*” ou “*Echelon*”), relacionam-se assim com as próprias infra-estruturas sanitárias (Medical Treatment Facilities - MTFs), e conforme vem descrito na Tabela 4 – Níveis de Apoio Sanitário.

É de referir que este termo, *Role* (mais utilizado pelas forças terrestre e aérea) ou *Echelon* (um termo primariamente marítimo), define-se na base das capacidades e recursos, não sendo específico de qualquer tipo de unidade médica em particular.

O Exército dispõe de equipamento para apoio aos destacamentos, missões humanitárias e para resposta a situações de crise. Trata-se de uma estrutura modular, passível de ser ampliada, que poderá cumprir o nível de *Role 2*, e que deveria ser operada com regularidade, de modo a permitir o treino do pessoal, a manutenção das qualificações, a familiarização com os equipamentos e com o ambiente de campanha.

A integração desta estrutura no HFAR pareceria ser a evolução adequada uma vez que o Hospital de Campanha beneficiaria assim do apoio multidisciplinar resultante dessa integração, já que irá ser operada por pessoal médico essencialmente hospitalar.

No entanto, a verdade é que a utilização do Hospital de Campanha ocorrerá essencialmente em situação operacional, seja no apoio a FND, seja em situação de crise ou calamidade, seja em missões humanitárias. Pelo que, se a decisão de o integrar no *Campus* de Saúde nos parece lógica, de forma a se criar uma proximidade do pessoal com a estrutura, facilitando o treino e permitindo a harmonização dos recursos (humanos, materiais, informáticos, etc.), já a sua total subordinação funcional nos deixa dúvidas, dado que tanto a cultura como o funcionamento hospitalar, centrado na necessidade dos serviços e nos doentes que trata em cada momento, debatendo-se com continuadas necessidades



acrescidas, podem trazer entraves à satisfação das exigências do planeamento do apoio sanitário numa situação operacional.

Tabela 6: Níveis de apoio sanitário conforme Allied Joint Publication (AJP – 4.10), 2002

Fonte: (AJP - 4.10, 2002)

ROLE 1	
<ul style="list-style-type: none">- É responsabilidade nacional. Pode ser negociado e delegado com e noutros países.- Tem como nível de cuidados de saúde os Cuidados Primários, os Primeiros Socorros especializados, a Triagem, a Reanimação, a Estabilização e a preparação para evacuação.- Pouca ou nula capacidade de internamento, à excepção de alguma capacidade de recolha de doentes para evacuação.- Pode ainda ter: Cuidados dentários; Testes básicos de Laboratório; Medicina Preventiva; Psicologia / Psiquiatria .	
ROLE 2	ROLE 2+
<ul style="list-style-type: none">- Estrutura capaz de tratar as baixas recebidas de "Role 1", bem como providenciar reanimação e tratamento a um nível mais elevado.- Por rotina é desejável que inclua "Damage Control Surgery" (DCS).- Capacidade mínima de internamento para tratamento e estabilização, para posterior evacuação. Pode ser aumentada de forma a incluir cuidados secundários de especialidade, alguma cirurgia especializada, UCI e camas com cuidados de enfermagem.- Para além do "Role 1" deve incluir.- Laboratório móvel. Imagiologia básica.- Recepção e evacuação de doentes.- Capacidade de internamento de doentes em espera limitado.- Capacidade para lidar com doentes NBQ.	<p>Além da capacidade "Role 2", inclui:</p> <ul style="list-style-type: none">- Cirurgia de emergência. Realiza cirurgia "life saving", quando a gravidade das lesões do ferido não permite que se aguarde a evacuação para um nível mais diferenciado- Cuidados intensivos.- Hemoterapia (armazenamento e fornecimento de sangue);- Pode ser da responsabilidade da força destacada ou do país hospedeiro, quando tal ficou estabelecido nos acordos pré-destacamento. <p>Idealmente deverá ficar localizado tão próximo quanto possível da linha da frente o que só se verificará se os riscos inerentes ao combate, e a possível necessidade de evacuação, não comprometam a preservação da vida dos doentes internados.</p>
ROLE 3	ROLE 3+
<ul style="list-style-type: none">- As mesmas capacidades de "Role 2" g:- Mais e melhores meios diagnósticos, incluindo TAC.- Reabastecimento de "Roles 1 e 2".- Reforço de pessoal a "Role 2"; evacuação de "Role 2"- Estabilização e Preparação para evacuação estratégica para "Role 4".- Pode ser ou não ou não deslocável (missão dependente).- Cirurgia Especializada (Neuro-Cirurgia, Cir. Plástica, etc). Cuidados Médicos diferenciados (Med. Interna, Oftalmologia, etc.). Serviço de Sangue.- Medicina Preventiva. Medicina Trabalho e Ambiental.	<ul style="list-style-type: none">- Em princípio, fornecido pelo país hospedeiro, mas em que a estrutura hospitalar fica distante da linha da frente.- Estrutura hospitalar ou estrutura com capacidade limitada de mobilidade.- Se o país hospedeiro não poder fornecer este nível de cuidados os mesmos serão fornecidos por um país amigo que se localize a uma distância de Role 2+ compatível com o que se pretende.
ROLE 4	
<ul style="list-style-type: none">- Cuidados definitivos, altamente diferenciados;- Reabilitação física e psíquica possível- A prestar no país de origem ou em hospitais militares centrais de um país amigo, fora do teatro de operações.	



O que não impõe, no entanto, que tanto os recursos materiais como os humanos, não estejam em permanência no HFAR e no CSM, podendo ser mobilizados logo que a necessidade o imponha.

No meio militar, em que a exigência operacional se impõe de uma forma intensa, os aspectos ligados à fisiologia humana assumem características prementes. Estamos perante alguém que se propõe atingir um objectivo, levando o esforço ao limite, muitas vezes sob condições de perigosidade, ou operar um sistema em ambiente não natural (não fisiológico), capaz de interferir com o normal desempenho ou discernimento do ser humano, ultrapassando os normais mecanismos de adaptação humana.

Daí a necessidade de conhecimento das circunstâncias que envolvem o ambiente operacional, seja o ambiente em altitude (biodinâmica, pressão atmosférica, temperaturas, ruído e vibração, orientação espacial, radiação), seja o ambiente subaquático, sejam as condições climáticas adversas extremas, sejam as complicações do esforço levado ao limite. E a necessidade de conhecimento das patologias que por essas circunstâncias possam ser agravadas ou desencadeadas e das condições físicas ou psíquicas que podem pôr em causa a adaptação do homem ao ambiente.

Porque em ambiente não fisiológico não basta o conceito de prevenção ou de incapacidade, a medicina predictiva assume aqui características de relevante importância, já que se pretende operar sob riscos conhecidos e assumidos como tal.

Por outro lado, considera-se desde há muito que o treino sob essas condições não fisiológicas, assume papel importante na formação dos militares que operam nesses ambientes, contribuindo para a detecção precoce das perturbações por elas desencadeadas, e, por essa forma, para o cumprimento da missão em condições acrescidas de segurança e de aumento do desempenho. Para além de que a vivência destas condições no ambiente controlado do simulador, é não só uma obrigação imposta pela regulamentação a que nos obrigámos (conforme os Standardization Agreements - *STANAGs* - que a isso obrigam), como o maior contributo para a segurança e para o cumprimento eficaz da missão.

A Medicina Aeronáutica exerce-se na assistência ao pessoal navegante e compreende o ensino e demonstração da fisiologia de voo, a detecção precoce de alterações recuperáveis que possam interferir na aptidão, o aconselhamento em termos de adequação das condições de cada tripulante às missões, a suspensão temporária da



actividade aérea em casos de incapacidade, a orientação (e acompanhamento de todo o processo) para tratamento e recuperação.

A nível da Unidade Aérea, esta actividade é desempenhada pelo *Flight Surgeon*, através do estabelecimento de relações de confiança com o Pessoal Navegante (PN), essenciais para a cultura de segurança que se pretende exemplar na actividade aérea.

A nível de um Centro de Medicina Aeronáutica (CMA) pretende-se (Duarte, *Revista Militar*, 2006, pág 10/18):



Figura 7: Centro de Medicina Aeronáutica

Fonte: (do autor)

- Exercer a acção médica na selecção, controlo e recuperação do PN;
- Assegurar o treino fisiológico do PN;
- Dar colaboração médica à prevenção de acidentes de voo;
- Assegurar a formação técnica, na área da Medicina Aeronáutica;
- Cooperar neste domínio com entidades militares e civis, promovendo a investigação e desenvolvimento em Medicina Aeronáutica.

O CMA deverá incluir dois departamentos:

- Um Departamento de Avaliação Aeromédica, responsável pela selecção de pessoal e pela sua inspecção e certificação médica regulares, para as quais concorrem especialidades médicas como a Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Cardiologia, Neurologia, Psiquiatria/Psicologia, Medicina Dentária, Ortopedia e Pneumologia.

- Um Departamento de Formação e Prevenção, vocacionado para o treino fisiológico do PN, para a recolha e análise dos dados relativos ao factor humano em ambiente aeronáutico, e para a formação em fisiologia de voo e medicina aeronáutica.

Já no que diz respeito à Medicina Subaquática, a componente operacional por excelência da Medicina Naval, a sua acção reparte-se pela selecção de candidatos ao mergulho profissional e militar e avaliação periódica da sua aptidão, pelo treino, em



câmara, para o mergulho militar profundo e pela realização de testes de tolerância aos gases em ambiente hiperbárico (Albuquerque e Sousa, *Revista Militar*, 2006, pag. 10/17).

E no que concerne a Medicina Hiperbárica, considerando a sua utilidade clínica, o termo hiperbárico refere-se a produzir/operar/ocorrer em pressões superiores à pressão atmosférica normal (Albuquerque e Sousa, *Revista Militar*, 2006, pag. 3/17). A Medicina Hiperbárica dedica-se portanto ao estudo de condições médicas passíveis de se alterar mediante a exposição a elevadas pressões, de ambiente e de oxigénio molecular, por meio da inalação deste gás, de ar, ou de outras misturas gasosas respiráveis, no interior de compartimentos estanques hiperpressurizados (câmaras hiperbáricas).

Engloba a terapêutica hiperbárica e a oxigenoterapia hiperbárica.

Em Portugal a medicina hiperbárica tem-se desenvolvido quase exclusivamente à custa das iniciativas da Marinha, ultimamente, pela actividade do corpo clínico e técnico do Centro de Medicina Hiperbárica do Hospital da Marinha (CMH-HM).



Figuras 8 e 9: Centro de Medicina Hiperbárica do Hospital da Marinha

Fontes: Miguel Machado (imagem 8) e Marinha Portuguesa (imagem 9)

<http://barcoavista.blogspot.pt/>

Trata-se, como foi referido, de uma actividade que se evidencia na sua vertente clínica, ao contrário da Medicina Aeronáutica que praticamente não tem aplicabilidade a esse nível.

Apesar de se entender a concentração de ambas as actividades (CMA/CMH) num mesmo local (Centro de Medicina Aero-Naval, como foi proposto, ou Centro de Fisiologia Militar), a união destes serviços não apresenta mais-valias clínicas, e apenas se pode entender pela remota necessidade de se proceder a terapêutica hiperbárica em caso de acidente na câmara hipobárica, fato que nunca ocorreu até agora, em virtude de se operar sempre respeitando integralmente as normas de segurança.



(3) A Escola do Serviço de Saúde Militar (ESSM)

A ESSM, estabelecimento de ensino superior integrado na rede do ensino superior politécnico, foi criada em 1979, e classificada como um estabelecimento de ensino técnico-militar.

Conforme o Decreto Regulamentar nº4/94 de 18 de Fevereiro, tem por missão principal a formação destinada aos quadros permanentes dos três ramos das FFAA e Forças Militarizadas nos domínios da Enfermagem e das Tecnologias da Saúde. Tem ainda como objectivos a realização de cursos de formação de nível não superior, na área da saúde, (Cursos de Saúde Militar) nomeadamente nos domínios do socorrismo, farmácia ou veterinária, bem como a programação e execução de estágios e tirocínios no mesmo âmbito.

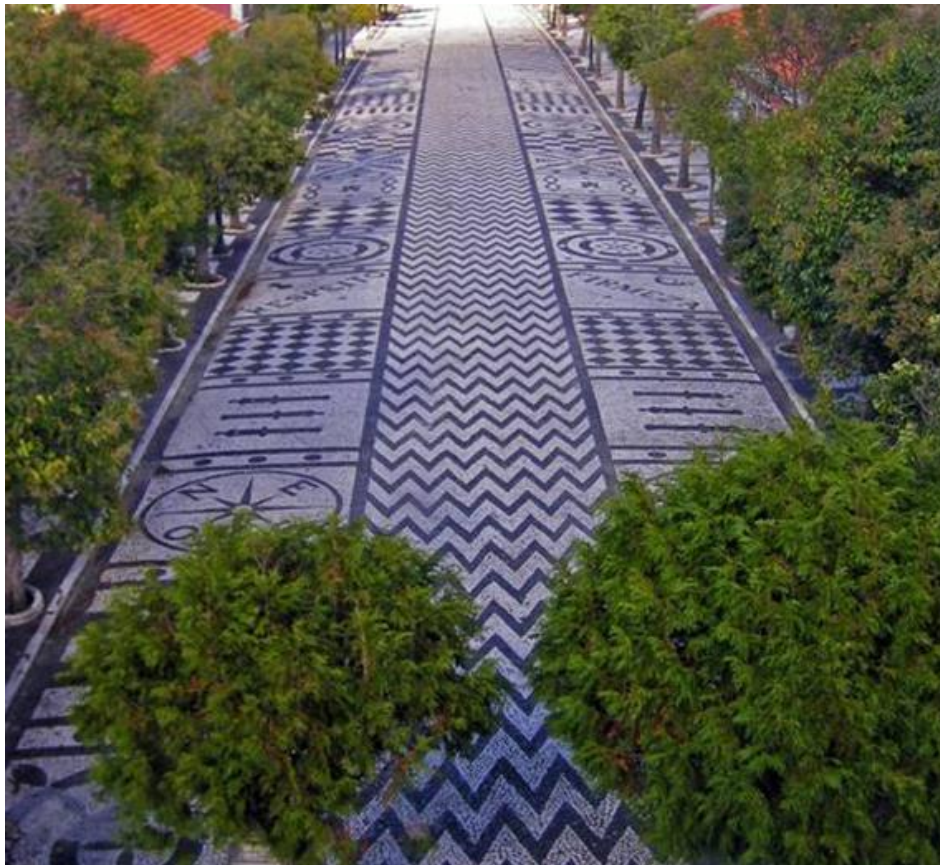


Figura 10: Parada do Conde de Lippe. Escola do Serviço de Saúde Militar. Lisboa

Fonte: Paulo Ferrero, 2010. ocarmoeatrindade.blogspot.pt

O curso de enfermagem foi sempre o de maior expressão, sobretudo pelo número de alunos que o frequentam, relativamente aos outros cursos. Foi também o que sofreu



maiores transformações, acompanhando a evolução do ensino de enfermagem ocorrida a nível nacional. Confere o grau de licenciatura.

Os cursos de Tecnologias de Saúde, nas áreas de Análises Clínicas, Saúde Pública, Cardiopneumografia, Farmácia, Fisioterapia e Radiologia conferem o grau de bacharel desde 1998.

Os cursos de saúde militar, não conferindo grau académico, envolvem diversas áreas de formação, nomeadamente socorrismo, emergência médica e patologia de adição (alcooolismo e toxicodependência).

Em 2005 foi superiormente decidida a externalização dos cursos de licenciatura, tendo sido um protocolo com a Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian.

No que diz respeito à formação pré-graduada, tanto de enfermeiros, como de técnicos superiores de saúde, e dado que a formação que é feita nas Universidades já excede as necessidades globais do país, é opinião generalizada que se torna mais fácil e rentável a admissão deste pessoal na fase pós-graduada, com redução significativa de custos, nomeadamente os custos de formação.

Será no entanto vantajoso manter-se o ensino pós-graduado em áreas que se constituam o paradigma da saúde militar (medicina de catástrofe, apoio a FND, simulação médica, etc.).

(a) Necessidades de formação na área da saúde.

Desde o início da década de 90 que os SSM têm sido confrontados com a necessidade de destacar pessoal e módulos sanitários, quer para apoio de FND, quer integradas em destacamentos de países aliados. O fato é que a participação nestas missões tem demonstrado que os oficiais do serviço de saúde não estão muitas vezes adequadamente preparados, por falta de uma prévia formação pós-graduada em matérias do foro da medicina exercida em enquadramento operacional militar. (Gomes, 2006, *Revista Militar*, pág 1/11).

De fato, a Medicina Militar apresenta características particulares, que a tornam específica, e que não se prendem necessariamente com a prática clínica propriamente dita, mas antes com a forma como se organiza, os meios em que intervém, a maneira como planeia a sua intervenção (o ambiente operacional).



Também é pedido aos militares que constituem o SSM que operem integrados em equipas operacionais, ou que executem missões que são rotina no âmbito militar (evacuações aero-médicas, por exemplo) que beneficiariam de formação adequada.

Por outro lado toda a regulamentação internacional que constitui o Direito Internacional Humanitário, ou o Direito dos Conflitos, e que tem implicações significativas no âmbito da medicina operacional, deve ser objecto de formação da SM.

E a carreira médica militar irá confrontar os médicos com responsabilidades de gestão e administrativas, e com a necessidade de conhecimentos de ordem jurídica, que deverão ser compensadas com a acção de uma instituição que se constitua como uma Escola de Serviço de Saúde Militar.

Finalmente, as FFAA desenvolvem programas próprios no âmbito da saúde que necessitam de suporte formativo para que se mantenham com eficácia. É o exemplo do Programa de Prevenção e Combate às Drogas e Alcoolismo nas Forças Armadas, e dos Cursos de Operadores de Prevenção em Alcoolismo e Toxicodependências ou de *Medical Review Officer*.

São estas as perspectivas de necessidade de formação que determinam que se mantenha um serviço que continue a constituir-se como Escola.

(b) Centro de Simulação Médica.

A simulação médica é uma área do ensino médico actual com grande procura. As FFAA possuem dois simuladores atuais e modernos, que articulados em conjunto poderão dar um contributo significativo ao ensino médico e formação contínua tão importantes nesta área, contribuído para a excelência de ensino que se pretende na ESSM.

(4) Juntas Médicas Militares (JMM).

Às JMM compete avaliar a aptidão física e psíquica do pessoal militar das FFAA, decidir sobre a aptidão ou inaptidão (parcial ou total, temporária ou definitiva) para o Serviço Militar ou para o desempenho de funções específicas, desde a admissão à saída das fileiras, propor a concessão de licenças para tratamento ou convalescença e apreciar recursos interpostos conforme a sua competência.



Compete ainda avaliar a aptidão física e psíquica do pessoal civil que presta serviço nas FFAA, avaliando as baixas por incapacidade temporária, ou propondo a sua reforma por incapacidade à Caixa Geral de Aposentações em caso de incapacidade definitiva.

Prevê-se a constituição de variados tipos de JMM, à imagem do que já sucede actualmente, conforme se destinam à avaliação de condições para admissão ou para promoção, conforme se pronunciam sobre actividades específicas em particular (exemplo da actividade aeronáutica), ou conforme seja necessária a presença de médicos de uma especialidade particular (caso da saúde mental).

A integração da actividade médica num *Campus* de Saúde, pela possibilidade de integração eficaz dos registos clínicos, irá certamente constituir-se como fator de rentabilização e de aumento de eficácia do trabalho das JMM, evitando-se o défice de comunicação entre os diferentes órgãos de saúde.

Finalmente, a integração das JMM sob a mesma cobertura técnica e funcional, permitirá uma avaliação mais justa e integrada dos militares, por favorecer a harmonização de critérios de avaliação, tantas vezes, actualmente, diferentes de ramo para ramo.

(5) Outras estruturas do *Campus* de Saúde Militar.

Do Serviço de Saúde Militar fazem parte outras estruturas, entra as quais os Serviços Farmacêuticos, os Centros de Psicologia, os Serviços Veterinários ou Laboratórios de Análises (Laboratório de Análises, Fármaco-Toxicológicas da Marinha, por exemplo) ou mesmo unidades de apoio administrativo, que, no entanto, não serão abordados neste contexto, dado que se pretende aqui abordar apenas a questão da medicina humana nas suas diversas especificidades, e a integração de serviços e quadros que a essa dizem respeito.

c. Conclusão em relação aos ganhos de eficiência

(decorrentes da integração e concentração de serviços).

Pela descrição das diferentes atribuições do SSM, infere-se a necessidade de concentrar no mesmo local toda esta disparidade de tarefas, de forma a se poderem utilizar simultaneamente os recursos dos vários serviços.

Do ponto de vista dos recursos materiais, torna-se evidente que a utilização dos meios hospitalares, particularmente nos que respeita a meios complementares de



diagnóstico, pelos serviços responsáveis pela selecção e inspecção de pessoal, deve ser a regra, no sentido de se evitarem duplicações desnecessárias e se incrementar a produtividade dos recursos já existentes.

Da mesma forma, em relação aos meios humanos, é conhecida a necessidade do contributo de médicos especialistas, e dos seus pareceres, para as decisões médicas de aptidão de pessoal adstrito a missões específicas (PN, por exemplo) ou nos meios a atribuir ao Hospital de Campanha. Porque, como facilmente se percebe, o pessoal que vai constituir o Hospital de Campanha, é o pessoal que trabalha regularmente no HFAR, e que, pela prática médica diária, mantém a competência e diferenciação.

O mesmo se verifica quando se pretende organizar uma acção de formação, para a qual o contributo da medicina assistencial se revele determinante.

Mais:

A Medicina subaquática, vertente operacional da Medicina Naval, associa-se à medicina hiperbárica que se reveste de um interesse fundamental no tratamento de variadas patologias, pelo que a sua articulação com o CSM, ou com o HFAR, faz todo o sentido.

A Medicina Aeronáutica deverá ser exercida de forma abrangente, junto do Pessoal Navegante, embora os aspectos mais diferenciados ligados à selecção, inspecção e formação necessitem de local específico onde se concentrem os simuladores, e onde seja possível o recurso a meios médicos especializados.

O pessoal do Serviço de Saúde é, hoje em dia, possuidor de formação altamente diferenciada, dispendiosa, que não deve estar subaproveitada em serviços limitadores das suas capacidades, ou que se constituam como fator de desmotivação. Como é perceptível, não será motivante para um oftalmologista limitar a sua actividade à selecção aeromédica, abdicando, por exemplo, de toda a actividade cirúrgica. Além de que, a dimensão dos serviços não justifica a atribuição de todas as especialidades necessárias, a tempo inteiro.

A formação deverá ser sempre complementada com a prática que a realização de estágios permite, o que poderá ser facilitado pela proximidade entre a ESSM e os locais de exercício real das funções ensinadas. O desenvolvimento de capacidades e competências irá sempre de depender deste trabalho realizado na realidade do meio assistencial.

Finalmente:

A atribuição de meios próprios a Serviços que depois não poderiam explorar eficazmente a sua utilização, parece-nos uma má decisão, que irá levar à redundância e



duplicação de meios, e a uma qualidade deficiente do serviço prestado por falta de dimensão capaz de permitir o treino das equipas que os operam.

Em conclusão:

A concentração de serviços e a integração das diferentes atividades específicas da Saúde Militar irá potenciar a qualidade do serviço prestado e contribuir para uma economia de esforços, tal como foi equacionado na H3, dando resposta afirmativa à QD3.



4. A Integração do Pessoal de Saúde das Forças Armadas.

a. Os recursos humanos do Serviço de Saúde Militar

Um Serviço de Saúde, qualquer que seja, assenta essencialmente nos seus recursos humanos – médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos de saúde, auxiliares de acção médica, socorristas, etc..

O quadro seguinte (Tabela 6) espelha os quantitativos de pessoal de saúde dos três ramos das FFAA afeto ao SSM no ano de 2010 (Equipa técnica, MDN).

Tabela 7: Recursos humanos, militares e civis, por categoria profissional

(acrescem a estes totais, os socorristas, maioritariamente militares, e as auxiliares de acção médica, maioritariamente civis)

Fonte: (Equipa Técnica MDN, 2011)

Categorias Profissionais	MARINHA	EXÉRCITO	F. AÉREA	TOTAIS
Militares/Civis	Militares/Civis	Militares/Civis	Militares/Civis	Militares/Civis
Médicos	95/9	128/194	87/38	297/241
Médicos Dentistas	9/4	11/4	4/2	24/10
Enfermeiros	214/10	145/205	101/34	359/249
Técnicos Superiores de Saúde	15/4	38/17	8/2	41/23
Téc. Diagnóstico e Terapêutica	34/13	60/70	0/39	198/122
TOTAIS	367/40	371/490	200/115	919/645
				1564

Apesar da divergência do Exército em relação aos outros dois ramos, verifica-se, no conjunto, uma predominância de recursos humanos militares em relação aos civis.

E, de fato, o SSM, cuja missão principal será o apoio sanitário à missão operacional, deverá ter por base pessoal militar que deverá estender a sua actividade pelas



várias estruturas da SM. Porque, com efeito, são actividades que se complementam e que, ao serem exercidas em acumulação, potenciam a competência de quem as exerce.

Por outro lado, a utilização de um profissional altamente diferenciado em tarefas menos exigentes do ponto de vista técnico-científico, ou afastadas da prática clínica, afinal o grande fator de motivação do pessoal de saúde, conduz à sua desmotivação e ao desperdício de recursos. Pelo que, grande parte das acções a desenvolver no âmbito da SM deverão ser efectuadas em acumulação, podendo o mesmo agente distribuir-se por diferentes serviços e tarefas.

b. Carreira Profissional

O Estatuto da Carreira Médico-Militar, criado pelo Decreto-Lei nº 519/77 de 17 de dezembro, veio criar um paralelismo técnico e profissional entre a carreira médica militar e a carreira médica no âmbito do SNS, o que contribuiu para uma maior dignificação da medicina militar e, pelo menos temporariamente, a tornar mais atractiva.

Não obstante, torna-se necessária a revisão do Estatuto da Carreira Médico-Militar, de forma a conformá-la com as exigências requeridas para a carreira especial médica conforme o Decreto-Lei nº 177/2009.

O Estatuto dos Militares das Forças Armadas (EMFAR) estabelece a carreira militar como o conjunto hierarquizado de postos a que corresponde o desempenho de cargos e o exercício de funções diferenciadas entre si. A esta carreira estão associados vários aspectos de natureza tão diversa como as normas de ingresso, a formação de base e complementar, aos princípios e as características da formação militar, a tipologia dos cargos e das funções militares com as competências e responsabilidades associadas, bem como as modalidades e condições de progressão.

No Artº. 166, o EMFAR prevê ainda que o regime dos quadros especiais das áreas de saúde é estabelecido em diploma próprio, se bem que, até agora, a regulamentação necessária não tenha sido completada. Este fato dever-se-á certamente à complexidade de que este assunto se reveste, uma vez que estamos perante profissões também regulamentadas no âmbito do SNS, e que são desempenhadas no pressuposto de qualificações de exigência crescente determinantes da progressão profissional.

Integrar as qualificações técnicas exigidas no decurso das carreiras desenvolvidas no âmbito do SNS no percurso militar é uma exigência que não pode, portanto, ser



ignorada (como não o tem sido de fato), de modo que as carreiras dos profissionais da SM possam manter a equiparação técnica e profissional em relação ao determinado para as carreiras do SNS.

No que diz respeito aos médicos militares, e pela relevância que esta categoria profissional apresenta neste contexto, considera-se oportuna a atribuição de uma atenção particular neste estudo. Porque, de facto, apenas a carreira médico-militar tem subjacente essa equiparação em vários diplomas, submetendo-se às mesmas exigências técnico-científicas observadas no SNS para a prática profissional, a que se adicionam especificidades próprias da condição médica-militar.

Os médicos militares pertencentes ao Quadro Permanente, ingressam atualmente nesse quadro através dos Estabelecimentos de Ensino Superior Militar (Academias/Escola Naval), prestando serviço, conforme as necessidades dos Ramos a que pertencem, nas diferentes Unidades/Estabelecimentos/Órgãos.

Distribuem-se por um vasto leque de especialidades que foram determinadas ao longo do tempo pela vontade do próprio médico, e por políticas circunstanciais dos SSM, desgarradas de uma perspectiva global da SM. Daí se verificar a existência de especialistas em número que não poderá nunca constituir-se em serviço idóneo, ou em áreas onde não existe serviço estruturado, e a diminuta percentagem de médicos de MG/F, especialidade que deveria ser a base de um Serviço de Saúde (Equipa técnica MDN, 2011).

No entanto, observado detalhadamente, constata-se a existência de especialidades cujo quantitativo de médicos especialistas apresentam um número significativo: Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Cardiologia, Psiquiatria, Anestesiologia, ORL, Gastroenterologia e Urologia. O que irá certamente determinar a constituição e a dinâmica do HFAR. Pensamos que, de fato, fará sentido orientar o HFAR no sentido de constituir serviços de referência nas especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Psiquiatria e Cardiologia, dado serem aquelas que, no que diz respeito ao apoio às operações militares, à recuperação das capacidades operacionais do pessoal em caso de lesão ou incapacidade, ou mesmo numa perspetiva da necessidade de apoio aos deficientes das FFAA ou da família militar, nos parecem mais necessárias. Todas as restantes especialidades hospitalares deveriam ser equacionadas tendo em conta a organização do HFAR e os serviços que o constituem, de forma a se manter sempre uma estrutura sólida,



com continuidade no tempo, capaz de criar escola e de garantir a formação do seu próprio pessoal.

No que respeita ao CSM e às extensões propostas capazes de suprir as necessidades em termos da MG/F e das valências especificamente militares em âmbito operacional, nomeadamente no que interessa à Força Aérea e às suas necessidades no âmbito da Medicina Aeronáutica e do apoio local ao pessoal navegante, ou da Marinha no âmbito da Medicina Naval, há que equacionar as necessidades de forma a se constituir um SSM abrangente com capacidade de apoiar localmente os militares colocados em Unidades mais afastadas dos centros médicos principais.

Já no que diz respeito à progressão na carreira, e tal como foi referido anteriormente, a carreira médico-militar submete-se às mesmas exigências técnico-científicas observadas nas carreiras médica do SNS. Por outro lado, pode afirmar-se que os médicos, na sua globalidade, se reconhecem nessas exigências, aceitando a sua hierarquização conforme a sua diferenciação técnico-científica. Sendo fácil portanto, organizar uma escala de antiguidade baseada nessa diferenciação (determinante na progressão na carreira) e facilmente aceite pela classe profissional.

Além de que é facilmente compreensível a necessidade, numa estrutura militar, de uma cadeia hierárquica bem definida e de uma estrutura que se baseie no princípio da unidade de comando.

Porque nos parece que uma estrutura militar criada a partir da integração de militares e estruturas pertencentes a vários ramos, sem que se verifique a necessária integração numa única cadeia hierárquica, baseada em pressupostos aceites pela globalidade dos indivíduos que a compõem, irá pôr em causa a sua coesão e sentir dificuldades em estabelecer uma orientação de atuação quando se verificar conflito de opinião em relação a prioridades.

Finalmente, numa perspectiva internacional, comparando os SSM de alguns países membros da OTAN, verifica-se que grande parte dos países que nos poderiam servir de orientação, optaram por um serviço de saúde militar conjunto (Bélgica, Dinamarca, Espanha, França, Holanda, Itália, Reino Unido), sendo que também a sua maioria optou por uma ligação ao serviço nacional de saúde respectivo (Equipa técnica MDN, 2011, pág 77).



Parece-nos portanto que estão reunidas as condições que poderão determinar uma integração efectiva do pessoal do SSM numa mesma estrutura.

c. A integração dos quadros de pessoal numa estrutura única. Conclusão.

A necessária racionalização dos recursos humanos impõe uma gestão de pessoal centralizada, já que se pretende que a actividade dos técnicos de saúde se distribua por diferentes tarefas, potenciando-se a eficácia, mantendo-se a motivação do pessoal, e respeitando-se as necessidades específicas de cada Ramo das FFAA.

Assim sendo, torna-se evidente que a integração numa mesma estrutura hierárquica, respeitando as especificidades da estrutura e do funcionamento militares por um lado, e a diferenciação técnica e científica por outro, se pode constituir como fator de coesão, facilitando a gestão de pessoal e garantindo o cumprimento da missão da SM. Porque nos parece evidente que deve ser a diferenciação técnico-científica e profissional o desiderato principal na progressão na carreira, e a base da escolha para missões específicas ou para promoções que impliquem cargos de particular responsabilidade.

A integração dos SSM numa única estrutura hierárquica e funcional visa assim os seguintes objectivos:

- Melhoria dos serviços prestados, pela sinergia de esforços e potenciação de recursos, com garantia do cumprimento das missões atribuídas à SM;
- Estrutura hierárquica adequada, baseada na Unidade de Comando, e na diferenciação técnico-científica do militar;
- Rentabilização de meios materiais e humanos, permitindo o exercício de várias actividades por parte dos profissionais de saúde;
- Facilitação dos necessários movimentos de pessoal entre as diferentes estruturas, com a conseqüente melhoria da gestão dos recursos humanos, ao mesmo tempo que assegura a formação nas suas diferentes vertentes;
- Facilitação do planeamento global e do planeamento das missões operacionais;
- Garantia de dimensão que favoreça a criação de serviços de excelência.

Poder-se-á equacionar se a integração dos Serviços de Saúde dos Ramos numa mesma estrutura irá contribuir para uma perda da capacidade de resposta específica, necessária ao cumprimento da missão em cada Ramo das FFAA. Quer-nos parecer que essa especificidade se manterá fruto da formação que se pretende adequada, mais do que



por um eventual sentimento de pertença que, por si só, não tem garantido a motivação necessária que promova uma dedicação em exclusivo.

A integração dos recursos humanos parece-nos potenciar todos estes objectivos, concorrendo para um bem comum que é a saúde de todos os militares em geral e em qualquer teatro de operações, a motivação dos profissionais de saúde e a constituição de atractivos numa carreira que impõe esforço e dedicação (reconhecimento, dignificação, estabilidade, crescimento profissional, realização pessoal).

Em conclusão:

A integração dos quadros pode vir a potenciar a sinergia de esforços decorrentes da integração dos serviços, tal como foi equacionado na H4, dando resposta afirmativa à QD4.



5. CONCLUSÕES

Da abordagem histórica que foi feita, depreenderam-se diversas conclusões que demonstraram a utilidade da presença de serviços médicos junto das tropas ao longo dos tempos, como também se depreendeu a especificidade desse serviço de saúde, com necessidades e exigências.

Foi nesse contexto que se abordou a necessidade de um serviço de saúde militar, com as suas especificidades próprias, com a sua autonomia técnica em relação à própria estrutura militar, mas imbuídos de um espírito de servir próprio da condição militar.

As necessidades assistenciais ditadas pela condição militar, as exigências ditadas pela actividade operacional, a evolução técnica associada aos modernos sistemas de armas que determinam condições fisiológicas humanas particulares, são outras das circunstâncias que tornam imprescindível a necessidade de um SSM. Porque, de fato, a condição militar e as missões atribuídas às FFAA apresentam características que fazem supor a necessidade de meios médicos específicos.

Tal como referido na Hipótese 1, que dá assim resposta afirmativa à QD1.

Também se pôs em evidência a questão da dimensão como fator limitador ou potenciador das potencialidades de desenvolvimento de uma unidade de saúde, da manutenção das capacidades e competências, e até como fator motivador dos profissionais que aí desenvolvem a sua actividade. Por outro lado, faz parte da atribuição e da responsabilidade da gestão do SSM, atender a uma lógica de eficiência e racionalidade, evitando a multiplicação desnecessária de meios e o desperdício de recursos. O que poderá implicar, pela necessidade dessa racionalização, o recurso a serviços prestados no seio da comunidade, quer pelo SNS, quer por entidades privadas, quando não se justifique a permanência desses recursos no hospital militar. Ou a disponibilização dos recursos próprios à comunidade, uma vez se verifique a existência de capacidade sobrança.

Por outro lado, quando observada a dimensão do SSM no plano do universo de utentes, percebemos que há necessidade de alargar esse universo, de forma a se manter a um nível que permita a manutenção da proficiência, e das possibilidades de desenvolvimento dos serviços e dos profissionais que aí trabalham.

Fará, portanto, sentido olharmos para a realidade deste universo, adequando o hospital aos serviços que poderá vir a prestar de forma adequada, com os critérios de qualidade e de competência técnico-científica, para que não nos retenhamos num modelo



idealizado, com serviços que depois não serão sustentáveis, por não terem suporte na prática.

Pelo que nos parece imprescindível a integração efectiva do SSM na Rede Nacional de Prestação de Cuidados, e a sua articulação dentro desta rede, quer seja com o SNS quer seja com outras entidades prestadoras de cuidados de forma a se criar por um lado a dimensão necessária, e por outro, a otimizar os recursos, físicos, humanos, e técnico-científicos.

Porque a viabilidade do SSM, quer em termos de adequabilidade económico-financeira, quer no que diz respeito à qualidade dos serviços prestados, depende da sua articulação com a rede geral de prestação de cuidados de saúde, ou com o Serviço Nacional de Saúde.

Tal como estabelecido na Hipótese 2, dando resposta à QD2.

Assim sendo, o SSM deverá ser organizado, tendo por base aquela que poderá ser a verdadeira razão de ser da Saúde Militar, ou seja, a garantia das condições físicas e psíquicas dos efectivos militares, em particular no apoio às forças em operações ou em campanha, embora com duas vertentes *major*, interdependentes, a ser equacionadas em função de dois objectos: a vertente assistencial e a vertente operacional

Ou ainda:

Por um lado, as estruturas assistenciais, capazes de providenciar cuidados de saúde - CSM, HFAR, Hospital de Campanha, UTITA.

Por outro, estruturas não assistenciais, envolvidas no recrutamento, avaliação e inspecção, juntas médicas, ensino e formação – Centros de Medicina Aeronáutica e Subaquática, Secções de Treino Fisiológico e Medicina de Esforço, Juntas Médicas Militares.

Também se torna imprescindível que as FFAA se constituam como factor de referência no âmbito da medicina operacional, da intervenção em situação de emergência e catástrofe, e outras áreas em que tem sido pioneira – programas de intervenção nas áreas do alcoolismo e das toxicodependências, ambiente, etc. -, assumindo o conceito de Escola como criação e fonte de informação e conhecimento, consubstanciado na Escola Serviço Saúde Militar.

Assim:



Considerando os objectivos que se consideraram importantes no início deste trabalho apresenta-se um modelo que visa conciliar a organização do SSM numa mesma estrutura hierárquica e funcional:

Tabela 8: Estruturação hierárquica e funcional do Serviço de Saúde Militar

Fonte: (do autor)

CAMPUS DE SAÚDE MILITAR					
SERVIÇOS ASSISTENCIAIS		SERVIÇOS DE APOIO ÀS OPERAÇÕES MILITARES		SERVIÇOS DE FORMAÇÃO E ENSINO	SERVIÇOS DE APOIO
H FAR		HOSPITAL DE CAMPANHA		ESSM	LAFTM/LMPQF
CSM		CENTRO FISIOLÓGIA MILITAR	MEDICINA AERONÁUTICA	CENTRO SIMULAÇÃO MÉDICA	SERVIÇOS VETERINÁRIOS
			MEDICINA HIPERBÁRICA		
			FISIOLOGIA DO EXERCÍCIO		
CSM (EXT)	1 2 3				SERVIÇOS DE APOIO ADMINISTRATIVO
UTITA		JMM			

Promove-se a ideia de um SSM que, respeitando as vertentes que se pretendem venham a constituir a base do serviço prestado, não se vinculem à visão hospitalo-cêntrica que tem sido a norma adoptada na organização da prestação dos cuidados médicos. Com efeito, o enfoque na prestação de cuidados de saúde primários, na educação para a saúde e na prevenção, nos cuidados de saúde de proximidade, e na garantia de continuidade desses cuidados através de uma gestão eficaz da clínica dos doentes, torna a actividade assistencial mais racional, contribuindo para a melhor gestão dos recursos e para a economia de meios.

Por outro lado não pode deixar de se ter em atenção que o SSM tem como missão principal o apoio à actividade operacional, pelo que também a vertente operacional da medicina militar deve ser valorizada para além dos cuidados assistenciais. E nesse aspeto



torna-se evidente que a simbiose estreita entre o Hospital de Campanha e o HFAR deve ser a regra, já que irão partilhar recursos humanos e materiais.

Finalmente, uma gestão de pessoal mais eficiente, permitindo a acumulação de tarefas, impedindo a fixação a tarefas menos aliciantes ainda que de importância imprescindível (v.g. selecção, formação, etc.), proporcionando o desenvolvimento profissional, técnico-científico, possibilitado por uma dimensão mais significativa do SSM, pode constituir-se como fator de motivação do pessoal de saúde, contribuindo também, dessa forma, para a melhoria dos cuidados prestados.

Conclui-se então que a concentração da Saúde Militar num Campus de Saúde Militar, nas suas diferentes vertentes (selecção, formação, prevenção e tratamento), potencia a eficácia da sua atuação.

O que vem confirmar a Hipótese 3, e dar resposta à QD3.

Finalmente:

A integração de serviços que até agora funcionam de forma independente, com a visões próprias decorrentes de experiências diferentes, características de cada ramo das FFAA, sem uma efectiva integração do pessoal num mesmo quadro, sob a mesma unidade de comando, respeitando as mesmas regras, sujeito às mesmas exigências e condições, poderá trazer dificuldades à gestão.

Com efeito, e tal como refere McLelland, entre os factores de motivação há a considerar a tarefa, a afiliação e o poder. E, nesse aspeto, é importante a noção do sentimento de pertença a um grupo, de forma a se criar um espírito de corpo que se constitua como o cimento de uma estrutura humana que trabalha para um mesmo objectivo. Tal como a gestão de carreiras que vá de encontro a expectativas dos profissionais, de forma a não verem defraudada a noção de que são tratados com justiça, de que lhes é reconhecido o mérito, e lhes é permitida a esperança de realização pessoal.

A integração dos quadros pode, portanto, vir a potenciar a sinergia de esforços decorrentes da integração dos serviços, pelo que é aconselhável associar-se a integração dos serviços, associada à integração respetiva dos quadros militares.

Validando-se a hipótese 4, responde-se afirmativamente à QD4.



CONCLUINDO:

Voltando finalmente à Questão Central:

É Possível e desejável a concentração e integração dos meios da saúde num único local e sob uma organização comum?



Figura 11: “Eneias tratado por Iapis perante Afrodite e Ascânio”. Museu Nacional de Arqueologia. Nápoles

<http://cir.campania.beniculturali.it/museoarcheologico nazionale>

Fonte: Museu Nacional de Arqueologia. Nápoles

Figura 12: Pommenor actual

Fonte: (do autor)

SEM DÚVIDA!



BIBLIOGRAFIA:

Albuquerque e Sousa, J (2006). “*A medicina hiperbárica. Uma especificidade da medicina naval.*” Revista Militar. Nº2455/2456 - Agosto/Setembro de 2006.

(Disponível em: http://www.revistamilitar.pt/artigopdf.php?art_id=119 em 06/04/2013)

Allen, J; Gay, B; Crebolder, H; Heyrman ,J; Svab, I; Ram, P; (2002) “*A Definição europeia de medicina geral e familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar)*” WONCA EUROPA , Barcelona.

(Disponível em:

<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf> em 06/04/2013)

Allied Joint Publication - 4.10 (AJP-4.10) (2002), “*Allied Joint Medical Support Doctrine.*” Nato Edition.

Assembleia da República. *Decreto-Lei nº 519/77 de 17 de dezembro.* Diário da República, 1.ª série — N.º 290 — 17 de dezembro de 1977

Assembleia da República. *Decreto-Lei nº 177/2009.* Diário da República, 1.ª série — N.º 149 — 4 de Agosto de 2009.

Assembleia da República. *Decreto-Lei n.º 234/2009, de 15 de Setembro.* Diário da República, 1.ª série — N.º 179 — 15 de Setembro de 2009.

Assembleia da República. *Decreto-Lei n.º 187/2012, de 16 de agosto.* Diário da República, 1.ª série — N.º 158 — 16 de agosto de 2012.

Assembleia da República. *Decreto Regulamentar n.º 51/2012 de 10 de dezembro.* (MDN).

(Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2012/12/23800/0692606930.pdf> em 06/04/2013)



Assembleia da República. *Estatuto dos Militares das Forças Armadas (EMFAR)*.
(Decreto-Lei n.º 236/99, de 25JUN, com as alterações e rectificações introduzidas pela
Declaração de Rectificação n.º 10-BI/99, de 31JUL, Lei n.º 25/2000, de 23AGO, Decreto-
Lei n.º 232/2001, de 25AGO, Decreto-Lei n.º 197-A/2003, de 30AGO, Decreto-Lei n.º
70/2005, de 17MAR, Decreto-Lei n.º 166/2005, de 23SET e DecretoLei n.º 310/2007, de 11
SET.)

(Disponível em: http://www.exercito.pt/sites/CSDE/Actividades/Documents/EMFAR%20-%20236_99.pdf em 06/04/2013)

Coelho, A (2006). “*Reforma da Saúde Militar. Uma intenção muitas vezes adiada*”.
Revista Militar. N.º2455/2456 - Agosto/Setembro de 2006.

(em: http://www.revistamilitar.pt/artigopdf.php?art_id=110 em 06/04/2013)

Equipa técnica MDN. Pereira, N; Natário, A; Cruz, A; Madeira, I; Varela, J; Santos, L;
Barros, M; (2012). “*Relatório Final. Equipa técnica. Despacho n.º 25302/2011, de 27 de
Outubro. Reforma do sistema de Saúde Militar.*” MDN, Lisboa.

Duarte, J; Correia, R, Silveira, S; (2006). “*Medicina Aeronáutica: Uma Componente Aérea
da Saúde Militar*” Revista Militar. N.º2455/2456 - Agosto/Setembro de 2006.

(Disponível em: http://www.revistamilitar.pt/artigopdf.php?art_id=120 em 06/04/2013)

Gomes, A (2006) “*Importância da formação pós-graduada em Saúde Militar*”. Revista
Militar. N.º2455/2456 - Agosto/Setembro de 2006.

(Disponível em: http://www.revistamilitar.pt/artigopdf.php?art_id=116 em 06/04/2013)

Governança dos Hospitais (2009). Casa das Letras, 1ª edição

(Disponível em: http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Eventos/Gov%20Cl%C3%ADnica%20dos_hospitais_-_Conclus%C3%B5es_finais_20_07_09_.pdf em 06/04/2013)



Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais: Barbosa, A; Salgado M; Fernandes, A; Luiz, A; Ferreira, A; Vaz, A; Cêncio, G; Oliveira, J; Branco, J; Santos, L; Mourão, L; Sousa, M; Campos, M; Cunha, N; Rocha, R; Valente, S (2010) “*A Organização Interna e a Governação dos Hospitais. Relatório Final*”. Despacho Ministério da Saúde, 31 janeiro de 2010. Ministério da Saúde, Lisboa.

(Disponível em: <http://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf> em 06/04/2013)

Instituto de Ação Social das Forças Armadas (IASFA), 2011b. *Relatório Atividades 2011*. Ainda não divulgado e obtido em 04 de dezembro de 2012;

Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto). Diário da República, 1.ª série. N.º 195 – 24 de agosto de 1990.

(Disponível em: <http://dre.pt/pdfgratis/1990/08/19500.PDF> em 06/04/2013)

Lei Orgânica n.º 1-A/2009, de 7 de Julho (Aprova a Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas. Diário da República, 1.ª série — N.º 129 — 7 de Julho de 2009

Marques, J (2006). “*Organização dos Serviços de Saúde Militares: uma visão actual*”. Revista Militar. N.º2455/2456 - Agosto/Setembro de 2006.

(Disponível em: http://www.revistamilitar.pt/artigopdf.php?art_id=115 em 06/04/2013)

Mateus Cardoso, J (2006). “*Os Serviços de Saúde Militares e as Missões Internacionais*” Revista Militar. N.º2455/2456 - Agosto/Setembro de 2006.

(Disponível em: http://www.revistamilitar.pt/artigopdf.php?art_id=118 em 06/04/2013)

McClelland D (1995), et al “*Power is the great motivator*”. Harvard Business Review, Janeiro, fevereiro 1995.

Mckee, M; Healy, J (2002) . *Hospitals in a changing Europe. European Observatory on Health Care Systems*. Open University Press, 2002. World Health Organization.



Ministério da Defesa Nacional. *Despacho n.º 16437/2011, de 4 de novembro, do MDN.*
Diário da República, 2.ª série — N.º 232 — 5 de Dezembro de 2011

Ministério da Defesa Nacional. *Despacho MDN n.º 11250/2012. Diário da República, 2.ª série. N.º 160 – 20 de agosto de 2012.*

(Disponível em: <http://dre.pt/pdfgratis2s/2012/08/2S160A0000S00.pdf> em 06/04/2013)

Presidência do Conselho de Ministros. “*Resolução do Conselho de Ministros n.º 19/2013 Conceito Estratégico de Defesa Nacional.*” Diário da República, 1.ª série — N.º 67 — 5 de abril de 2013.

(Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2013/04/06700/0198101995.pdf> em 06/04/2013)

Presidência do Conselho de Ministros. “*Programa do XVIII Governo Constitucional - 2009- 2013*” - Assembleia da República, 2009

(Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Documents/PROGRAMADOXVIIIgoverno.pdf> em 06/04/2013)

Ramos, V (2009). “*A interface entre Cuidados de Saúde Primários e o Hospital.*”

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Lisboa.

(Disponível em: http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Eventos/Gov%20CI%C3%ADnica%20dos_hospitais_-_Conclus%C3%B5es_finais_20_07_09_.pdf em 06/04/2013)

Reis, C (2004) “*História da Medicina Militar Portuguesa*”. Edição Estado-Maior do Exército. Lisboa, 2004

Reis, C (2006) “*Brevíssima História do Serviço de Saúde do Exército*”. *Revista Militar.* N.º2455/2456 - Agosto/Setembro de 2006.

(Disponível em: http://www.revistamilitar.pt/artigopdf.php?art_id=112 em 06/04/2013)



Temes, J (2003) “Gestión Hospitalaria”. 3ª Edición McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U. Madrid

World Health Organization (2010). *World Alliance For Patient Safety - Forward Programme - 2008-2009*.

World Health Organization (2008). “*The World Health Report 2008 : Primary Health Care Now More Than Ever*” (Editor da versão Portuguesa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde: Lisboa, 2009).

Wright, J; Hill, P (2003). *Clinical Governance*. Ed. Churchill Livingstone; Edimburgo.