

INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES
CURSO DE PROMOÇÃO A OFICIAL GENERAL

2006/2007



TII

DOCUMENTO DE TRABALHO

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

**COMO ESTRUTURAR A RELAÇÃO DA ADM COM O
SISTEMA DE SAÚDE DAS FORÇAS ARMADAS**

CARLOS MANUEL PINTO VEIGA LOPES
CORONEL SS MÉDICO



INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES

**COMO ESTRUTURAR A RELAÇÃO DA ADM COM O
SISTEMA DE SAÚDE DAS FORÇAS ARMADAS**

**Carlos Manuel Pinto Veiga Lopes
Coronel SS Médico**

Trabalho de Investigação Individual do CPOG

LISBOA 2007



INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES

**COMO ESTRUTURAR A RELAÇÃO DA ADM COM
O SISTEMA DE SAÚDE DAS FORÇAS ARMADAS**

**Carlos Manuel Pinto Veiga Lopes
Coronel SS Médico**

Trabalho de Investigação Individual do CPOG

Orientador: COR ADMAER LUÍS PAIS DE OLIVEIRA

Lisboa 2007



ÍNDICE

1. Introdução	1
2. Enquadramento conceptual de Saúde e de Doença	4
3. Porquê um Sistema de Saúde das Forças Armadas.....	7
4. Porquê um Sistema de Assistência na Doença	8
5. Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas.....	8
<i>a. Origem e enquadramento das ADM's.....</i>	<i>8</i>
<i>b. Evolução das ADM's.....</i>	<i>10</i>
6. O Apoio Social.....	13
<i>a. O Apoio Social ao nível dos Ramos das Forças Armadas</i>	<i>13</i>
<i>b. O Apoio Social Complementar.....</i>	<i>14</i>
7. O Sistema de Saúde das Forças Armadas.....	16
<i>a. Os Serviços de Saúde dos Ramos - origem e evolução</i>	<i>16</i>
(1) O Serviço de Saúde da Marinha	17
(2) O Serviço de Saúde do Exército	18
(3) O Serviço de Saúde da Força Aérea	18
<i>b. O Sistema de Saúde das Forças Armadas.....</i>	<i>19</i>
(1) Orgânica e Estruturas	21
(2) Execução.....	22
8. A fusão dos Subsistemas de Saúde e a sua integração no IASFA – A ADM.....	24
<i>a. Alterações introduzidas pela nova legislação da ADM</i>	<i>24</i>
<i>b. Implicações das alterações introduzidas pela nova legislação</i>	<i>26</i>
9. O futuro do Sistema de Saúde das Forças Armadas	29
10. Relações entre ADM'S e os Serviços de Saúde dos Ramos	32
11. Outros Sistemas de Assistência na Doença.....	33
<i>a. O apoio social e sanitário aos militares em Espanha</i>	<i>33</i>
<i>b. O apoio social e sanitário aos militares em França.....</i>	<i>33</i>
<i>c. O apoio sanitário aos militares em Itália</i>	<i>34</i>
<i>d. O apoio social e sanitário aos militares no Reino Unido</i>	<i>34</i>
<i>e. O apoio sanitário aos militares na Holanda.....</i>	<i>35</i>
<i>f. O apoio sanitário aos militares na Alemanha</i>	<i>35</i>
<i>g. O apoio social e sanitário aos militares nos Estados Unidos da América</i>	<i>35</i>



12. Modelo conceptual de relacionamento entre a ADM e o Sistema de Saúde das Forças Armadas	36
<i>a. Normalização de procedimentos e delimitação de responsabilidades</i>	<i>38</i>
<i>b. Disponibilização de dados.....</i>	<i>38</i>
<i>c. Assessoria Técnica.....</i>	<i>39</i>
<i>d. Regulação de necessidades, fluxos e competências</i>	<i>40</i>
13. Conclusões	41
BIBLIOGRAFIA	43
ANEXOS.....	45
ANEXO “A”	46
ANEXO “B”	48
ANEXO “C”	50
ANEXO “D”	51
ANEXO “E”	52
ANEXO “F”	53
ANEXO “G”	54
ANEXO “H”	55
ANEXO “I”	57
ANEXO “J”	58
ANEXO “K”	59
ANEXO “L”	60
GLOSSÁRIO DE CONCEITOS.....	65



RESUMO

O direito que todos têm à protecção da saúde e o dever de a defender e de a promover está consignado na Constituição Portuguesa. As medidas legislativas conducentes à reestruturação da administração central, em conjugação com o processo de reestruturação orçamental, dirigiram-se transversalmente às estruturas do Estado, abrangendo também as Forças Armadas. Na área da saúde, procedeu-se à fusão dos três subsistemas existentes de apoio na doença aos militares e seus familiares, alterando os direitos de acesso a este novo subsistema e a entidade gestora do mesmo, enquanto se perspectiva a reformulação da estrutura sanitária militar, segundo modelo ainda não definido. Neste trabalho procura-se identificar as alterações resultantes dessas medidas e as suas repercussões na área da saúde, no que respeita aos direitos dos militares e seus familiares acederem ao Sistema de Assistência na Doença dos Militares e às estruturas castrenses de saúde, tendo em consideração o estado de prontidão a que aqueles estão sujeitos e às missões que a estas estão cometidas, com o objectivo de analisar o relacionamento existente do antecedente entre as duas componentes e propor um modelo que potencie a sua articulação.



ABSTRACT

The Portuguese Constitution states that everyone has the right to healthcare and must defend and promote it. The legislative initiatives for the central administration reform and to consolidate the national budget were implemented across all the public structures, Armed Forces included. The present study goal intends to identify the legislative changes and their direct consequences in the military healthcare system and healthcare providers, how it influences the military personnel and their families and, taking in account the readiness state and the ascribed missions that request the use of the military, envisage the relations within the system and propose a new organization model that may promote a better articulation between the military healthcare system and the military healthcare providers.



PALAVRAS-CHAVE:

Assistência na Doença; Saúde Militar; Sistema de Saúde das Forças Armadas

KEY-WORDS:

Military Healthcare System; Military Healthcare Providers.



LISTA DE ABREVIATURAS

ADM	Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas
ADMA	Assistência na Doença aos Militares da Armada
ADME	Assistência na Doença aos Militares do Exército
ADMFA	Assistência na Doença aos Militares da Força Aérea
ADMG	Assistência na Doença aos Militares da Guarda
ADSE	Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado
ARS	Administração Regional de Saúde
BA	Base Aérea
BALUM	Base do Lumiar
CAS	Centro de Abastecimento Sanitário
CCSM	Conselho Coordenador da Saúde Militar
CEMGFA	Chefe do Estado Maior General das Forças Armadas
CEREPOSA	Centro de Repouso de Porto Santo
CLAFSA	Comando Logístico e Administrativo da Força Aérea
CMA	Centro de Medicina Aeronáutica
CMMP	Centro Militar de Medicina Preventiva
CMMV	Centro Militar de Medicina Veterinária
CMN	Centro de Medicina Naval
CNMSS	Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale
COPADMFA	Comissão Permanente da Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas
CPESFA	Comando de Pessoal da Força Aérea
CPOG	Curso de Promoção a Oficial General
CPSIFA	Centro de Psicologia da FAP
DAS	Direcção de Apoio Social
DASP	Direcção de Apoio de Serviços de Pessoal
DCCR	Despesas como contrapartidas de receitas
DF	Direcção de Finanças
DFA	Deficientes das Forças Armadas
DoD	Department of Defence
DS	Direcção de Saúde
DSM	Direcção de Saúde Militar
EMFAR	Estatuto dos Militares das Forças Armadas
EMGFA	Estado Maior General das Forças Armadas
ESSM	Escola do Serviço de Saúde Militar
EUA	Estados Unidos da América
FAP	Força Aérea Portuguesa
FND	Forças Nacionais Destacadas
GNR	Guarda Nacional Republicana
HFA	Hospital da Força Aérea
HM	Hospital da Marinha
HMB	Hospital Militar de Belém



HMP	Hospital Militar Principal
HMR1.....	Hospital Militar Regional Nº 1
HMR2	Hospital Militar Regional Nº 2
IASFA	Instituto de Acção Social das Forças Armadas
IDN	Instituto de Defesa Nacional
ISFA	Instituto de Saúde da Força Aérea
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
LAFTM	Laboratório de Análises Fármaco-Toxicológicas da Marinha
LMPQF	Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos
MDHU	Ministry of Defence Hospitalar Units
MDN	Ministério da Defesa Nacional
MNM	Mutuelle Nationale Militaire
MOD	Ministry of Defence
NBQR	Nuclear, Biológico, Químico e Radiológico
NHEFA	Núcleo Hospital Especializado da Força Aérea
NHS	National Health Service
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Europeu
OE	Orçamento do Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PRACE	Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado
PSP	Polícia de Segurança Pública
QP	Quadro Permanente
SAD	Serviço de Assistência na Doença
SAS	Serviço de Acção Social
SEM	Serviço Efectivo Normal
SIGDN	Sistema Integrado de Gestão do Ministério da Defesa
SMO	Serviço Militar Obrigatório
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SS	Serviço de Saúde
SSAP	Serviços Sociais da Administração Pública
SSFA	Sistema de Saúde das Forças Armadas
SSM	Sistema de Saúde Militar
SSMJ	Serviços Sociais do Ministério da Justiça
SSP	Superintendência dos Serviços do Pessoal
SUC	Serviços de Utilização Comum
SUUC	Serviço de Urgência de Utilização Comum
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicações
U/E/O	Unidades, Estabelecimentos e Órgãos
EU	União Europeia
US\$	Dólares Americanos
UTITA	Unidade de Tratamento Intensivo a Toxicodependentes e Alcoólicos



1. Introdução

Face à situação orçamental e ao desequilíbrio das contas públicas, resolveu o Governo iniciar um processo de reestruturação orçamental, adoptando um conjunto de medidas no sentido de serem dados passos consistentes para a consolidação das contas públicas, condição indispensável para o aumento da competitividade do país e para um crescimento económico que permita a convergência com os países mais desenvolvidos da União Europeia.

De entre as medidas possíveis, o Governo optou por aquelas que pudessem ter um efeito positivo no crescimento económico, nomeadamente a sustentabilidade dos serviços públicos, com especial relevo para os sectores da saúde, da educação e do ensino superior.

O Decreto-Lei n.º 167/2005 modifica o enquadramento jurídico e o regime em vigor na Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas, procedendo à fusão dos três subsistemas de assistência existentes num único, a Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM), entregando a sua gestão ao Instituto de Acção Social das Forças Armadas (IASFA), na dependência directa do Ministro da Defesa Nacional.

Paralelamente, pelo Despacho Conjunto n.º 393/2006, de 2 de Maio dos Ministros de Estado e das Finanças e da Defesa Nacional, foi criado, na dependência do Ministro da Defesa Nacional, um grupo de trabalho para a reforma do sistema de saúde militar.

As reformas em curso inserem-se no contexto do Conceito Estratégico de Defesa Nacional aprovado no final de 2002, de aproximação gradual do nível médio de despesas e investimentos na defesa nacional praticado nos países europeus da NATO, no Conceito Estratégico Militar do final de 2003, de modularização e, se possível, de aplicação inter-Ramos e têm enquadramento legislativo no Programa do XVII Governo Constitucional, com os objectivos da sustentação orçamental e da reforma do sistema de saúde militar, de modo a assegurar a continuidade da qualidade dos serviços e garantindo articulação funcional e optimização de meios, em especial com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), com serviços de guarnição e utilização comuns e especial atenção à medicina militar e à sua capacidade de participação em missões internacionais.

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2006, que aprova o Programa para a Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), mantém o IASFA, os Serviços Sociais da PSP e os da GNR, extinguindo os Serviços Sociais da Presidência do



Conselho de Ministros, do Ministério das Finanças e da Administração Pública, do Ministério da Justiça, do Ministério das Obras Públicas, Transportes e Comunicações, do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e do Ministério da Educação, sendo as respectivas atribuições integradas nos Serviços Sociais da Administração Pública (SSAP).

O tema em estudo “*Como estruturar a relação da ADM com o Sistema de Saúde das Forças Armadas*” foi suscitado pelas alterações introduzidas na ADM e pelo processo que visa reestruturar o Sistema de Saúde das Forças Armadas (SSFA), num modelo ainda em fase de estudo, que irão condicionar modificações na atribuição de competências e responsabilidades no apoio sanitário aos militares e seus familiares, nomeadamente no que respeita à população abrangida e às estruturas de cuidados médicos diferenciados.

Os militares das Forças Armadas aguardam a definição das reestruturações em curso com natural expectativa, pois a legislação já produzida aponta para a redução dos seus direitos e aumento dos seus encargos na área da Saúde.

Também o SSFA vive um período de incerteza, pois a sua reestruturação tem sido tema recorrente, aguardando-se uma decisão política quanto ao modelo a adoptar.

Embora a missão de uma e outra entidade não sejam semelhantes, os seus objectivos são complementares, isto é, proporcionar aos militares e seus familiares a garantia de acesso aos cuidados sanitários, nas diversas vertentes da saúde.

As alterações na gestão e dependência da ADM e o novo regime jurídico agora introduzido condicionarão seguramente o relacionamento desta entidade com todos os que, públicos ou privados, militares ou civis, individuais ou colectivos, nomeadamente o SSFA, se relacionavam quer com as extintas ADM's quer com ao IASFA, pelo que é importante equacionar o modelo em que a nova relação a estabelecer se deverá basear.

Este trabalho tem como objecto de estudo o relacionamento que deverá ser estabelecido entre a ADM e o SSFA para, em conjunto assegurarem o apoio sanitário adequado aos militares e seus familiares, potenciando as capacidades de cada um dos sistemas através da articulação e conjugação de esforços das partes e, como objectivos, a caracterização dos antecedentes dos actores, isto é, as ADM's desde a sua criação até à sua fusão, a identificação das origens dos Serviços de Saúde dos Ramos e a caracterização do actual Sistema de Saúde das Forças Armadas, a estruturação do IASFA, a identificação das alterações introduzidas na ADM pelo novo regime jurídico e as suas consequências para os beneficiários, a avaliação do impacto da aplicação das alterações legislativas no IASFA, a avaliação das implicações resultantes da implementação das reformas na ADM e no SSFA, responsáveis por assegurar o apoio sanitário aos militares e seus familiares, aprofundando



aquelas que, directa ou indirectamente, se possam repercutir na relação entre as partes, a fim de propor um modelo de articulação entre aquelas entidades, tendo como alvo garantir aos militares e seus familiares um apoio sanitário eficaz e eficiente.

Para efeitos de delimitação do tema, não serão aprofundados os aspectos técnicos relativos à estruturação e funcionamento da nova ADM ou do SSFA, mas apenas a identificação das competências de cada entidade, a criação de sinergias entre elas no âmbito do apoio sanitário, a atribuição de responsabilidades referentes aos encargos financeiros na área da saúde e a relação dos beneficiários com cada uma das entidades.

Como limitações a este trabalho, há que apontar a falta de bibliografia relativa a esta questão, a ausência de publicação do novo Estatuto do IASFA e de parte dos diplomas regulamentares previstos na legislação já aplicada, e ainda a ausência de decisões concretas no âmbito da reestruturação do Sistema de Saúde das Forças Armadas.

Para desenvolver este trabalho foi utilizada a metodologia da investigação científica, assente num método dedutivo, que incidiu sobre a pesquisa bibliográfica referente ao tema, entrevistas com responsáveis dos órgãos-chave das entidades envolvidas, recolha de documentação e de legislação de suporte, de elementos estatísticos das actividades realizadas e procedimentos implementados, análise de estudos prévios já efectuados nesta área, confrontação da análise retrospectiva com as alterações legislativas, assim como a identificação e percepção de outros modelos existentes. Após a integração dos elementos recolhidos seguiu-se a construção do modelo agora proposto.

Estes considerandos conduzem-nos à seguinte questão central: *“Como articular a ADM, sob gestão do IASFA, com o Sistema de Saúde das Forças Armadas para garantir uma assistência sanitária eficaz e eficiente aos militares e seus familiares?”*.

A partir desta questão central identificámos como questões derivadas:

- 1- Qual o conceito de saúde e de doença?
- 2- Porquê um Sistema de Saúde das Forças Armadas?
- 3- É necessária uma Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas?
- 4- Quais as responsabilidades da ADM, do IASFA e do SSFA na área da saúde?
- 5- Em comparação com o antecedente, as alterações do regime jurídico da ADM e a previsível reestruturação do SSFA condicionarão modificações significativas na relação entre as duas entidades?
- 6- Que outros modelos de assistência na doença estão implementados?

Das questões referidas, e para responder à questão central, levantámos as seguintes hipóteses, que iremos procurar cimentar com a nossa investigação:



- H 1 - Saúde e doença não são conceitos antagónicos.
- H 2 - As Forças Armadas devem ter meios de saúde próprios.
- H 3 - Os militares necessitam de ter acesso a um sistema de assistência na doença.
- H 4 - A ADM, o IASFA e o SSFA têm objectivos complementares na área da saúde.
- H 5 - A interligação existente entre estas entidades condiciona que as alterações estruturais que ocorram numa delas impliquem a revisão do seu relacionamento com as restantes.
- H 6 - O SSFA sofrerá profundas modificações, quer de ordem estrutural quer funcional.
- H 7 - A reestruturação do SSFA deve ter em conta as implicações das alterações introduzidas no regime da ADM.
- H 8 - A relação entre as ADM's e o SSFA tinha pontos fortes e pontos fracos.
- H 9 - Os países e as suas Instituições adoptam modelos de assistência na doença em função das suas especificidades e do contexto político e social em que estão inseridos.

O trabalho é composto por esta introdução e mais 12 capítulos, iniciando-se com uma breve caracterização dos conceitos de saúde e de doença, após o que se procura fundamentar a necessidade de as Forças Armadas disporem de um sistema de saúde e da existência de um sistema de assistência na doença; revê-se então a origem, o enquadramento e a evolução das ADM's, do apoio social e dos Serviços de Saúde dos três Ramos das Forças Armadas. Debruçamo-nos depois sobre as alterações legislativas dos subsistemas de saúde realçando as questões que, directa ou indirectamente, se relacionam com o SSFA e fazemos uma abordagem à reestruturação deste. Em seguida identificamos as relações anteriormente existentes entre as ADM's e o SSFA, os seus pontos fortes e os seus pontos fracos. Passamos também em revista modelos de assistência na doença a militares, implementados noutros países. Por fim, tendo em linha de conta a análise dos capítulos anteriores, elaboramos uma proposta de modelo de relacionamento entre a ADM e o SSFA, após o que apresentaremos as conclusões.

2. Enquadramento conceptual de Saúde e de Doença

No seu artigo 64º a Constituição da República Portuguesa declara que todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover. Esse direito é realizado:



a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;

b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho...

O EMFAR explicita que o militar tem direito a beneficiar para si, e para a sua família, de assistência médica, medicamentosa, hospitalar e de meios de diagnóstico (...).

As Bases Gerais do Estatuto da Condição Militar estabelecem que é garantido aos militares e suas famílias, de acordo com as condições legalmente estabelecidas, um sistema de assistência e protecção abrangendo, designadamente, pensões de reforma, de sobrevivência e de preço de sangue e subsídios de invalidez e outras formas de segurança, incluindo assistência sanitária e apoio social.

Está há muito arraigado no espírito dos militares o conceito de *Família Militar* que, embora não legislado, constitui-se como uma tradição que contribui para o bem-estar e o moral do pessoal não sendo, portanto, desprezível.

Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação; orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos; disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, de forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade; disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico; estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.

O sistema de saúde português, aquele que a Constituição declara que deve ser “tendencialmente gratuito”, está muito longe da eficácia e qualidade de outros países. Como tal, desperta muitas discussões sobre a sua organização.

As relações existentes entre os contextos sociais, culturais, ambientais, económicos e a saúde são particularmente complexas e ainda mal conhecidas. Contudo, a saúde das populações é seguramente determinada, de entre outros, por factores biológicos, genéticos, comportamentais e geográficos.

O valor dos recursos destinados ao tratamento das doenças não está necessariamente associado a uma melhoria do estado de saúde das populações.



Por exemplo, em 1993, os EUA destinaram 14,1% do PIB aos serviços de saúde enquanto o Japão gastou apenas 7,3%. No mesmo ano, a esperança de vida dos americanos era 3,5 anos inferior à dos japoneses (OCDE, 1995).

Em Portugal os gastos totais em saúde passaram, em percentagem do PIB, de 2.6 em 1970 para 6.2 em 1990 e para 10.1 em 2004, sendo o sector público responsável, respectivamente, por 59.0, 65.5 e 73.2% dessa despesa (OCDE, 2006).

A despesa *per capita* passou de 51 US \$ em 1970, para 674 US \$ em 1990 e para 1813 US \$ em 2004 (OCDE, 2006).

Entre 1990 e 2004 a despesa em saúde aumentou, em termos reais, deduzida a componente da inflação, a um ritmo médio anual de 5.3%. Considerando que no mesmo período o crescimento médio da economia foi de 2.4%, conclui-se que a despesa em saúde cresceu, em termos reais, cerca de 3% acima da economia.

De salientar que em Portugal a despesa com medicamentos em 2004 representou 23.1% do total das despesas em saúde, o que significa que entre os 15 países que integravam a União Europeia (UE) antes de Maio de 2004, Portugal era o membro da UE com a maior taxa de despesa com medicamentos.

Se a evolução dos custos em saúde foi significativa, ela foi acompanhada pela evolução positiva do Indicador da Esperança Média de Vida à nascença, que passou de 71,5 anos em 1980 para 77,4 em 2003 (OMS).

Se as doenças e a saúde não são fenómenos independentes, elas não são, no entanto, redutíveis uma à outra. A doença não é o inverso de saúde. A saúde e a doença são duas entidades que não podem ser quantitativamente comparáveis. Há entre estes dois estados uma diferença qualitativa, isto é, não há unidade de medida que permita apreciar uma em função da outra. Elas estão, na sociedade, numa situação paradoxal. Não se pode escolher uma em detrimento da outra. É preciso encontrar meios para simultaneamente promover a saúde e cuidar das doenças. A ideia de que é possível arbitrar entre o tratamento das doenças e a promoção da saúde da população repousa sobre um postulado económico que diz, em última análise, que é em função dos ganhos de bem-estar de cada indivíduo que é preciso fazer as escolhas. Na medida em que na nossa sociedade a saúde e o tratamento das doenças são tidos como direitos, somos obrigados a reconhecer que cabe ao Estado, considerando-se sua responsabilidade, tomar uma decisão em função, não das preferências de cada indivíduo, mas levando em conta o bem colectivo. Assim, o que está em causa é a capacidade do Estado em implantar e fazer funcionar dispositivos equilibrados e eficientes na distribuição de recursos.



A acessibilidade e eficácia dos serviços preventivos, diagnósticos, curativos e paliativos, isto é, a capacidade de prevenir e curar doenças e em manter ou aumentar a competência funcional dos indivíduos contribuem para a saúde da população.

3. Porquê um Sistema de Saúde das Forças Armadas

Muitos questionam a necessidade de Portugal dispor de Forças Armadas e de estas terem Serviços de Saúde próprios.

Um editorial do Presidente da Direcção da Revista Militar, do qual se transcreve um excerto, põe em evidência o fundamento da existência de um Sistema de Saúde Militar:

... A confusão que se estabeleceu... entre o que deve entender-se pela “inserção das Forças Armadas na Administração Central” e a “função Comando”, específica da Instituição Militar, tem conduzido a que... alguns dirigentes continuam a pensar que bastará um Serviço Nacional de Saúde, com as suas estruturas e infra-estruturas, para responder às necessidades específicas de saúde para a condição militar e para as funções que a força militar organizada, quando o Estado a aplica, requerem... Um Serviço de Saúde Militar é essencial para manter o moral, a coesão e a identidade da condição militar... O Serviço de Saúde Militar visa, acima de tudo, cuidar dos aspectos preventivos e curativos da saúde dos militares, que ao assumirem a sua condição recebem uma Ficha Sanitária Individual que os acompanha toda a vida... O Serviço de Saúde Militar tem necessidade de valências médicas, farmacêuticas e veterinárias específicas que devem e têm de ser experimentadas diariamente, desde o tempo de paz, para as respostas adequadas em tempo de crise ou de guerra... (Santo, 2006: pp 781;783)

O Estado Português considera justo o reconhecimento do direito à plena reparação de consequências sobrevindas no cumprimento do dever militar aos que foram chamados a servir em situação de perigo ou perigosidade, tendo estabelecido disposições sobre a reabilitação e assistência devidas aos deficientes das Forças Armadas (DFA). Compete às Juntas de Saúde de cada Ramo calcular a “incapacidade geral de ganho”, considerada a tabela nacional de incapacidades. Será fornecido gratuitamente aos DFA todo o equipamento protésico, plástico, de locomoção, auxiliar de visão e outros considerados como complementos ou substitutos da função ou órgão lesado ou perdido. Em todas as circunstâncias será garantida a manutenção ou substituição do material referido, sempre que necessário e a expensas do Estado. Todas as deliberações das Juntas de Saúde e das Juntas Extraordinárias de Recurso de cada Ramo carecem de homologação do respectivo Chefe do Estado-Maior (Decreto-Lei n.º 43/76).



São pois os Ramos que deliberam e suportam os encargos com os respectivos deficientes, que devem ser assistidos preferencialmente nos respectivos hospitais.

4. Porquê um Sistema de Assistência na Doença

A Assistência na Doença foi criada como solução para a assistência domiciliária, consultas e tratamentos em sectores de especialidades inexistentes nos hospitais militares, o alargamento efectivo dos benefícios às áreas onde não actuam aqueles hospitais, a livre escolha do médico assistente, do estabelecimento de internamento e do cirurgião, como ainda outras formas importantes de assistência profilática e de prestação de socorros na doença aos militares e extensão do direito de assistência sanitária aos seus familiares.

Estes pressupostos mantêm-se ainda hoje válidos. A concentração das Unidades Hospitalares Militares nos grandes centros urbanos (Lisboa, Porto e Coimbra), a dispersão dos locais de residência dos militares pelo país (continental e insular), o princípio da proximidade da assistência sanitária, evitando deslocações desnecessárias, o inestimável apoio familiar no momento da doença, o forte incremento de meios diagnósticos e terapêuticos ao longo da malha que constitui o país real, aliados aos princípios da igualdade de oportunidades e da livre escolha, justificam que os militares sejam abrangidos por uma estrutura que lhes proporcione a minimização dos encargos referentes à saúde.

5. Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas

A assistência na doença aos militares e seus familiares é um direito instituído, inserido num conceito mais lato de apoio social à *FAMÍLIA MILITAR*.

a. Origem e enquadramento das ADM's

No intuito de aproximar tanto quanto possível os sistemas de segurança social a cargo do Estado dos praticados pelas instituições de previdência social do sector privado, em 1963 foi criada a Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado (ADSE), destinada a promover a prestação de assistência em todas as formas de doença daqueles servidores (Decreto-Lei n.º 45002 de 27 de Abril de 1963).

O ESTATUTO DO OFICIAL DO EXÉRCITO (Decreto-Lei n.º 176/71) estabelece no seu artigo 18º que *“o oficial nas situações de activo, reserva e reforma, excepto quando se encontre em situação de licença ilimitada, tem direito a benefícios concedidos por conta do Estado, relativos a assistência médica e medicamentosa, hospitalar e ao fornecimento de meios auxiliares de diagnóstico, sendo tais benefícios extensivos às famílias sempre que for possível”*.



Em 1973 este direito foi ampliado, tornando-se extensivo aos militares dos quadros permanentes dos três Ramos das Forças Armadas, assim como aos familiares a seu cargo, em termos a serem estabelecidos por regulamento (Decreto-Lei n.º 585/73).

Em 1975 foi regulamentada a Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas, definindo desde logo os órgãos de execução, suas denominações e respectivas dependências (Portaria n.º 65/75):

- ADME, funcionando na Direcção do Serviço de Administração do Quartel-Mestre-General (Exército);
- ADMA, funcionando na Direcção do Serviço de Pessoal (Marinha);
- ADMFA, funcionando na Direcção do Serviço de Intendência e Contabilidade da Força Aérea (Força Aérea).

Com vista a manter a uniformidade de regalias nos três Ramos das Forças Armadas, foi criada a Comissão Permanente da Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (COPADMFA), constituída por um representante do Chefe do Estado-Maior General das Forças Armadas e de cada um dos departamentos militares.

Mais ficou regulamentado que *“os pormenores relativos à prestação das diversas modalidades de assistência serão, em cada departamento, regulados por circular do respectivo serviço”*.

A ADMA constituiu-se como uma Repartição da Direcção de Apoio Social (DAS), órgão da Superintendência dos Serviços do Pessoal (SSP) (Decreto-Regulamentar n.º 22/94), enquanto a ADME, inicialmente na dependência do Quartel-Mestre-General, transitou posteriormente para o Comando de Pessoal como uma Repartição da Direcção de Apoio de Serviços de Pessoal (DASP) e a ADMFA se assumiu como a 4ª Repartição da Direcção de Finanças (DF), órgão do Comando Logístico e Administrativo da Força Aérea (CLAFA) (Decreto-Lei n.º 51/93).

Apesar do clausulado referido, ao longo destes 30 anos cada um dos subsistemas foi adoptando normas, procedimentos, critérios e iniciativas que levaram ao afastamento progressivo entre si, divergindo também no modo de relacionamento, quer com os beneficiários, quer com os órgãos sanitários dos Ramos, quer ainda com as restantes entidades prestadoras de cuidados de saúde.

Disso são exemplos as seguintes situações:

- Enquanto a ADMFA fazia o reembolso imediato das participações aos seus beneficiários e exercia posteriormente os mecanismos de controlo, a ADMA e a ADME já desde há alguns anos só disponibilizavam esse reembolso após validação dos documentos;



- Se um militar no activo, recorrer a um hospital militar de outro Ramo ou a um hospital civil, no Exército esse encargo é assumido pela ADME. Na Marinha compete ao Hospital da Marinha; no entanto, na região metropolitana de Lisboa, este só assume a despesa se tiver emitido previamente um termo de responsabilidade ao Hospital que prestou a assistência médica; na ausência do termo de responsabilidade, é considerado que o militar optou pelo regime de livre escolha, pelo que este deverá liquidar a respectiva factura, solicitando posteriormente à ADMA a respectiva comparticipação. Na Força Aérea a responsabilidade cabe ao Hospital da Força Aérea.

Estas diferenças têm sido sede de conflitos entre entidades, civis e militares, o que nada abona em favor das Forças Armadas.

b. Evolução das ADM's

As ADM's têm fundamentalmente duas grandes áreas de gestão:

- Beneficiários
- Entidades prestadoras de cuidados de saúde

Os beneficiários das ADM's dividem-se em (ANEXO A):

- Beneficiários titulares
- Beneficiários familiares

Em relação aos beneficiários, as competências das ADM's dividem-se em:

- Meios de provas
- Comparticipações directas

Na Marinha apenas existe um local de atendimento, na Rua do Arsenal em Lisboa, podendo as unidades e os beneficiários utilizar o correio interno para o envio de correspondência para a ADMA (recibos, informações, etc.).

Procurando a proximidade com os seus beneficiários, a ADME e a ADMFA prestam serviços de forma descentralizada, disponibilizando atendimento em U/E/O espalhadas pelo país (ANEXO B).

Embora os critérios não sejam uniformes nestes dois Ramos, este atendimento periférico, para além de prestar informação diversa no âmbito assistencial, tem competências próprias no que concerne à gestão de beneficiários, no âmbito da emissão e renovação dos cartões das ADM's e no que respeita às comparticipações de cuidados de saúde prestados em Regime de Livre Escolha.

Face aos abusos verificados e às dificuldades, nomeadamente orçamentais, que têm vindo a sentir-se de alguns anos a esta parte, todas as ADM's adoptaram procedimentos



mais apertados de controlo (aplicações informáticas mais desenvolvidas, registos por beneficiário e outros) que levaram a que, em todos os casos, os documentos entrados só são processados após validação pelo sistema. Como consequência, aumentou também a demora média dos reembolsos e o número de documentos não comparticipados ou devolvidos, por não serem passíveis de comparticipação ou não satisfazerem os requisitos administrativos decorrentes das regras da comparticipação.

Nos últimos anos, apesar da extinção do SEN e adopção do regime de contrato, o número total de beneficiários das ADM's não tem sofrido oscilações significativas, com um crescimento de cerca de 1% entre 2001 e 2005. A análise por Ramos mostra uma subida da ordem dos 3,6% na Marinha e uma quebra de 1% no Exército e de 1,1% na Força Aérea (Tabela 1).

Tabela 1 – Beneficiários das ADM's

	2001	2002	2003	2004	2005
ADMA	48.177	47.611	47.555	49.072	49.912
ADME	81.692	82.346	69.521	79.772	80.975
ADMFA	27.193	26.827	26.940	26.808	26.893
TOTAL	157.062	156.784	144.016	155.652	157.780

Do total de beneficiários das ADM's, cerca de 44% eram titulares (41% na Marinha, 46% no Exército e 44% na Força Aérea) e 56 % eram familiares.

O fenómeno do aumento da esperança de vida da população portuguesa reflecte-se inevitavelmente nos beneficiários das ADM's, constatando-se que na Marinha cerca de 21% dos beneficiários tinham idade superior a 64 anos, no Exército quase 15% tinham mais de 69 anos e 32% ultrapassavam os 60 anos, e na Força Aérea os beneficiários acima dos 64 anos representavam 18% do total (ANEXO C).

Esta realidade tem uma implicação do ponto de vista financeiro, traduzida no crescimento real, exponencial e inevitável das despesas.

As entidades prestadoras podem ser subdivididas em quatro grupos de origem, identificados e sustentados numa lógica de diferenciação do tipo de entidades e das regras e normas que lhe estão subjacentes:

- Instituições Militares;
- Hospitais e Serviços do Serviço Nacional de Saúde;



- Entidades Privadas com Acordo;
- Entidades em Regime de Livre Escolha.

Aos beneficiários é concedida liberdade de escolha do prestador de cuidados de saúde, seja ele público ou privado, militar ou civil, com ou sem acordo ou protocolo estabelecido com a entidade gestora. Quando a assistência ocorre em Hospitais Militares fora do Ramo ou em entidades públicas civis, os encargos são assumidos na totalidade pela respectiva ADM, com as já referidas excepções do pessoal no activo, sendo o beneficiário responsável pelo pagamento de eventuais taxas moderadoras.

A relação das ADM's com as Instituições Militares, Serviço Nacional de Saúde, Farmácias, Laboratórios e Outras Entidades é classificada como Regime Convencionado, no qual os intervenientes se regem por um conjunto de tabelas base com os códigos correspondentes e preços associados (Tabelas das ARS, Portaria dos Hospitais, etc.), sem qualquer relação preferencial das ADM's com as Instituições Militares.

Ao longo dos anos, cada ADM tem estabelecido autonomamente acordos com entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde, segundo critérios não uniformes, o que permite que uma determinada entidade possa ter acordos com mais do que uma ADM, praticando valores diferentes, em função do contrato rubricado.

Nos regimes de acordo e/ou convenção, a entidade gestora paga directamente à entidade prestadora de cuidados de saúde segundo tarifas e preços previamente estabelecidos, cabendo ao beneficiário apenas um co-pagamento. No regime livre, o beneficiário escolhe o prestador, o preço é definido por este e o beneficiário assume a totalidade do encargo, sendo posteriormente ressarcido da correspondente comparticipação segundo valores definidos em tabelas.

Do ponto de vista das ADM's a modalidade das entidades com acordo é a mais favorável porque, face ao aumento da concorrência, tende para o aumento da qualidade dos serviços prestados, sendo o preço estabelecido previamente. Para o beneficiário, esta opção representa um menor esforço financeiro porque só paga a sua parcela da despesa, ao contrário do regime livre, em que paga a totalidade e é posteriormente reembolsado do valor que representa encargo da ADM.

O principal aspecto negativo do regime de acordo é o facto de muitas entidades não estarem disponíveis para prestarem alguns tipos de cuidados de saúde, nomeadamente consultas de especialidade, por considerarem os valores propostos demasiado baixos.

Desde há alguns anos as ADM's introduziram, em algumas situações, a obrigatoriedade de emissão de parecer médico prévio e/ou despacho superior para que as



comparticipações possam ser reembolsadas ou que o encargo de alguns actos médicos seja assumido, em particular nas áreas da Estomatologia e Medicina Dentária, e na Cirurgia Estética. Para elaboração de parecer médico, as ADM's recorrem a médicos militares, no activo ou na reserva, às respectivas Direcções de Saúde e/ou aos Hospitais Militares. Este mecanismo nem sempre tem funcionado bem, pelo que deve ser revisto.

As ADM's, a par de todos os sistemas e subsistemas de saúde nacionais e estrangeiros, têm-se confrontado desde há alguns anos com a vertiginosa subida dos custos na área da saúde, fundamentalmente provocados pela inovação tecnológica, pelo custo dos medicamentos e pelo aumento da esperança média de vida da população (OCDE 2002).

Porque os sucessivos Orçamentos de Estado têm sido cada vez mais restritivos para as Forças Armadas, tem sido muito difícil aos Ramos disponibilizarem as verbas necessárias ao cumprimento dos compromissos por parte das ADM's, o que se tem traduzido em execuções orçamentais deficitárias, que nem os Orçamentos Rectificativos aprovados pela Assembleia da República conseguiram corrigir.

No período de 2001 a 2005, isto é, em apenas 5 anos, os encargos assumidos pelas ADM's aumentaram 82,1% enquanto os encargos liquidados cresceram apenas 47,3%. Como resultado, neste período os encargos por liquidar agravaram-se em 232,6%, quase 2,5 vezes (Tabela 2) e (ANEXO D).

Tabela 2 – ADM's – Encargos com a saúde

(milhares de euros)

	2001	2002	2003	2004	2005
ENCARGOS ASSUMIDOS	102.978	118.056	106.465	134.770	187.498
ENCARGOS LIQUIDADOS	83.635	103.174	79.679	94.383	123.158
ENCARGOS POR LIQUIDAR	19.343	14.882	26.786	40.387	64.340

Fonte: ADM's

6. O Apoio Social

a. O Apoio Social ao nível dos Ramos das Forças Armadas

O Apoio Social é uma área que a Instituição Militar não tem descurado.

Este apoio é prestado por estruturas próprias dos Ramos:

- A Direcção de Apoio Social (DAS) da Marinha, na dependência da Superintendência dos Serviços de Pessoal, e da qual a ADMA é uma repartição;



- A Direcção de Apoio de Serviços de Pessoal (DASP) do Exército, do Comando de Pessoal, e da qual depende a ADME;

- O Serviço de Acção Social da Força Aérea (SAS), na dependência do Comando de Pessoal da Força Aérea (CPESFA), portanto, sem relação directa com a ADMFA.

A missão destas estruturas é comum e traduz-se em promover o bem-estar social e assegurar o apoio social de acordo com as modalidades estabelecidas nas normas em vigor.

Os principais objectivos destes organismos são o apoio às famílias de militares falecidos, o acompanhamento de casos de carência financeira grave, o apoio às famílias dos militares em missão no estrangeiro, o apoio às famílias com necessidades de educação especial e a divulgação de legislação social com interesse para os militares.

b. O Apoio Social Complementar

Desde meados do século passado que o apoio à *Família Militar* constituiu uma preocupação de sucessivos governos, o que levou ao surgimento de diversas estruturas concebidas para actuarem na área da acção social complementar, para fazerem face à particularidade dos problemas decorrentes da condição militar.

O Instituto de Acção Social das Forças Armadas (IASFA)

O Decreto-Lei n.º 284/95 de 30 de Outubro criou o IASFA, integrando numa única entidade os Serviços Sociais das Forças Armadas, o Cofre de Previdência das Forças Armadas, o Lar de Veteranos Militares, o Complexo Social de Oeiras e o Complexo Social do Alfeite. O IASFA é uma instituição de interesse público integrada no Ministério da Defesa Nacional, sendo uma pessoa colectiva de direito público dotada de autonomia administrativa e financeira e tem por missão actuar na área da acção social complementar. O seu objectivo fundamental centra-se no desenvolvimento de acções de promoção do bem-estar social dos beneficiários e no apoio em diversas áreas sociais destacando-se, por mais significativos: os apoios a idosos, a estudantes e a crianças; o apoio à habitação; o apoio socio-económico em situações gravosas e urgentes; o apoio médico e sanitário; o alojamento temporário e o fornecimento de alimentação; actividades ocupacionais e de animação sócio-cultural.

O IASFA depende directamente do Ministro da Defesa Nacional, que nomeia o Conselho de Direcção, seu órgão primordial. Os Centros de Apoio Social e os Centros de Repouso constituem os equipamentos sociais do IASFA. Enquanto os Centros de Apoio Social estão espalhados pelo País, distribuídos pelo Alfeite, Braga, Coimbra, Évora, Lisboa, Oeiras, Ponta Delgada, Porto, Runa e Tomar, apenas existe um Centro de Repouso



localizado em Porto Santo (CEREPOSA).

O regulamento dos beneficiários do IASFA contempla (Portaria n.º 762/96):

- Beneficiários titulares - os militares dos Quadros Permanentes nas situações de activo, reserva e reforma, e o pessoal militarizado das Forças Armadas, podendo ser admitidos, desde que o solicitem, os alunos dos estabelecimentos de ensino militar destinados à formação dos militares dos QP e os deficientes das Forças Armadas, nos termos do Decreto-Lei n.º 43/76 de 20 de Janeiro;

- Beneficiários familiares – os membros do agregado familiar do beneficiário titular e as pessoas que tenham direito a alimentos a prestar por aquele.

Em 31 de Dezembro de 2005 o IASFA contava com cerca de 150 000 beneficiários, dos quais 43 652 eram beneficiários titulares. Tem-se assistido a uma redução do número de beneficiários titulares, traduzida numa quebra de 17,5% de 2001 para 2005 (Tabela 3).

Tabela 3 – Beneficiários titulares do IASFA, por Ramos das Forças Armadas

ANO	2001	2002	2003	2004	2005
Marinha	19.233	16.033	16.113	15.782	15.743
Exército	24.702	20.603	20.656	20.224	20.002
Força Aérea	8.958	8.075	8.081	7.953	7.907
Totais	52.893	44.711	44.850	43.959	43.652

Fonte: Relatórios de actividades do IASFA

Constituem receitas do IASFA (Decreto-Lei n.º 284/95 de 30 de Outubro):

- As dotações atribuídas através do Orçamento do Estado e dos orçamentos privativos dos serviços e fundos autónomos;
- Os subsídios e participações de outras entidades públicas e privadas;
- O produto das quotas pagas pelos beneficiários;
-

Pelo despacho n.º 8232/2001 do Secretário de Estado da Defesa Nacional, as quotas dos beneficiários titulares do IASFA foram fixadas em oito décimos percentuais (0.8%) dos respectivos vencimentos, pensões de reserva e pensões de aposentação ou de reforma. A incidência destes descontos faz-se sobre o vencimento base ilíquido acrescido de todos os abonos processados para efeito de desconto para a Caixa Geral de Aposentações, ou sobre as respectivas pensões ilíquidas.



Comparando as receitas de 2001 e 2005, constata-se um aumento da ordem dos 54,3% no total das receitas arrecadadas, de 1,19% nas transferências do MDN e de 95,7% na quotização (Tabela 4).

Tabela 4 – Receitas do IASFA

(Valores em euros)

ANO	2001	2002	2003	2004	2005
Receitas totais	17.237.642	18.307.712	25.503.013	22.592.334	26.600.557
Transferências do MDN	1.502.469 (8,72%)	1.915.026 (10,46%)	2.103.461 (8,25%)	1.893.115 (8,32%)	1.787.942 (6,72%)
Quotas	3.489.116 (20,24%)	4.142.522 (22,63%)	7.675.479 (30,10%)	6.741.303 (29,84%)	6.827.164 (25,67%)

Fonte: Relatórios de actividades do IASFA

As despesas na área do apoio médico e sanitário prestado pelo IASFA aos seus beneficiários são facturadas às respectivas ADM's, que procedem às correspondentes participações.

7. O Sistema de Saúde das Forças Armadas

Sistema pode ser considerado como um “conjunto de entidades que interagem entre si para a realização de determinado fim”. A necessidade de as Forças Armadas disporem de um Serviço de Saúde organizado e estruturado, utilizando os meios disponíveis para poder dar resposta adequada às solicitações, em tempo de guerra ou de paz, no país ou fora dele, em operações de manutenção de paz, em missões humanitárias ou em situações de catástrofe, é indiscutível. A cada vez mais frequente adopção de dispositivos que integram forças conjuntas e/ou combinadas pressupõe que esse apoio sanitário seja planeado e implementado de forma global e integrada ao nível dos três Ramos das Forças Armadas.

a. Os Serviços de Saúde dos Ramos - origem e evolução

Mas nem sempre foi assim. O desenvolvimento dos Serviços de Saúde foi ocorrendo à medida das necessidades que cada Ramo foi sentindo e da capacidade que foi tendo para o concretizar.

Para perceber a trajectória do Sistema de Saúde das Forças Armadas (SSFA), ou Sistema de Saúde Militar (SSM), denominação preferida ao nível do Ministério da Defesa Nacional, vale a pena fazer uma breve revisão histórica sobre as origens e o desenvolvimento dos Serviços de Saúde dos Ramos das Forças Armadas.



(1) O Serviço de Saúde da Marinha

Sendo controverso marcar no tempo o início da Marinha da Coroa Portuguesa, é consensual considerar-se que Portugal passou a dispor de uma Marinha de Guerra a partir do reinado de D. Dinis.

Das crónicas, cartas e outros documentos retiram-se referências a uma forma incipiente de apoio sanitário nas embarcações, tais como “cousas de botica” ou “caixas de botica” e “despensa d’el-rei para os doentes”.

É no reinado de D. José que se pode começar a falar de Saúde Naval. A renovação da esquadra, do exército e a modernização do país são aceleradas pelo terramoto de 1755.

Por decreto de 1756 é criado o primeiro corpo permanente de Cirurgiões da Armada, com um “Regimento dos Armazéns” para o serviço em terra, e o “Regimento das Fragatas” para o serviço a bordo.

Em 1796, o Ministro da Marinha e Ultramar entende que o serviço deveria ter um Hospital privativo; o Hospital Real da Marinha foi inaugurado a 1 de Novembro de 1806.

A grande reestruturação da Saúde Naval ocorre em 1833, com a reorganização da estrutura do Hospital da Marinha, dos serviços de saúde a bordo e a criação da Repartição de Saúde Naval, a fim de estabelecer onexo entre as diferentes partes do Serviço de Saúde Naval, sendo em Fevereiro de 1835 aprovado o “Regulamento de Saúde Naval”.

Em 1860 é criado o corpo de enfermeiros da Armada, cujo ensino e formação viria a começar em 1890 na Escola de Enfermagem da Armada, integrada no Hospital de Marinha, até ser incorporada na Escola do Serviço de Saúde Militar em 1979.

Em 1908 foi publicado novo “Regulamento de Saúde Naval”.

Em 1912 foi expressa a intenção de transferir o Hospital da Marinha, por este estar *acanhado* no sítio onde se mantinha desde a sua inauguração. Concluiu-se que os custos seriam elevadíssimos, pelo que o Hospital da Marinha ficou onde está.

Em 1989 entra em funcionamento o Centro de Medicina Hiperbárica. A UTITA – Unidade de Tratamento Intensivo a Toxicodependentes e Alcoólicos – passa, nos finais de 1990, para instalações próprias e para a dependência da Direcção do Serviço de Saúde.

Em 1999 são criados o Centro de Medicina Naval (CMN), órgão responsável pela coordenação e controlo da actividade médico-sanitária de apoio às unidades nas vertentes de saúde pública e medicina preventiva, saúde ocupacional, assistência médica e apoio às operações, e o Centro de Abastecimento Sanitário (CAS), responsável pela logística operacional e sanitária do medicamento.



(2) O Serviço de Saúde do Exército

Desde a fundação da nossa nacionalidade a História de Portugal ficou marcada por longos e múltiplos períodos de guerra, o que originou muitíssimos feridos.

No entanto, apesar de existirem *físicos e cirurgiões* que se ocupavam do seu tratamento, durante séculos não existiu um Serviço de Saúde estruturado.

Em 1629 foi criado, pela Ordem dos Templários, o Hospital Real Militar da Corte, no Convento das Janelas Verdes que, após o terramoto de 1755, foi transferido para o Convento da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus.

Com a reestruturação do Exército levada a cabo pelo Conde de Lippe a partir de 1762, foi regulamentada a existência de “um cirurgião-mor e seis ajudantes de cirurgião” nos Regimentos de Infantaria e “um cirurgião-mor e quatro ajudantes do mesmo” nos Regimentos de Cavalaria.

Em 7 de Agosto de 1797 foi publicado o “Regulamento Económico para os Hospitais Militares em tempo de Campanha”, substituído em 1805 pelo “Regulamento para os Hospitais Militares tanto em tempo de paz como em tempo de guerra”.

D. Pedro V mandou erigir no Porto o primeiro hospital militar construído de raiz, inaugurado em 1869, sete anos após o início das obras e com estas por concluir.

Em 1834 o Colégio de N.^a S.^a da Estrela foi adaptado a Hospital, com a designação de Hospital Militar de Lisboa, nova designação do Hospital Real Militar da Corte.

Em 10 de Novembro de 1847, no reinado de D. Maria II, foi publicado o “Regulamento Geral do Serviço de Saúde do Exército”.

O decreto LXXXI de 6 de Outubro de 1851 publicou a “Reforma do Serviço de Saúde” e determinou a centralização de todos os Hospitais regimentais de Lisboa no Hospital Militar Permanente de Lisboa, instalado no edifício do Colégio de N.^a S.^a da Estrela. Em 1 de Setembro de 1926 passou a designar-se Hospital Militar Principal (HMP).

A 10 de Janeiro de 1890 constituiu-se o Hospital Militar da Boa-Hora, posteriormente designado de Hospital Militar de Doenças Infecto-Contagiosas e, actualmente, Hospital Militar de Belém (HMB).

O Regulamento do Serviço de Saúde, ainda hoje em vigor, foi publicado em 1909.

(3) O Serviço de Saúde da Força Aérea

A Força Aérea foi constituída em 01 de Julho de 1952 e resultou da fusão da Aviação Naval, uma das especialidades da Armada, com a Aeronáutica Militar – a 5^a Arma do Exército.



A legislação inicial determinava que “A Aeronáutica Militar não terá Órgãos Territoriais privativos dos Serviços de Saúde”, sendo o Serviço de Saúde constituído por pessoal médico e de enfermagem privativo dos quadros do Exército e da Armada. Na estrutura do Subsecretariado de Estado da Aeronáutica, estava incluída uma Secção que era responsável pela “*Superintendência em tudo o que respeita a saúde e higiene das tropas das forças aéreas*”. Definia ainda que “*O Subsecretariado de Estado da Aeronáutica não dispõe de instalações hospitalares ...Os respectivos serviços serão assegurados por intermédio dos Órgãos correspondentes do Ministérios do Exército e da Marinha*”

Em 1956 foi instituído o Serviço de Saúde da FAP e definida a sua finalidade e composição: O Serviço de Saúde (SS) compreendia uma Direcção e uma Inspecção, assim como Órgãos de Execução, “*podendo estes últimos constituir, eventualmente, Hospitais, se o desenvolvimento dos SS assim o tornasse necessário*”.

Inicialmente instalada no centro de Lisboa, a Direcção dos Serviços de Saúde e o Centro Médico Psicológico, entretanto criado, foram transferidos em 1974, para o Depósito Geral de Adidos da Força Aérea, designado Base do Lumiar (BALUM) em 1983. O Centro Médico Psicológico veio a originar o Centro de Medicina Aeronáutica (CMA) e o Centro de Psicologia da FAP (CPSIFA). No Centro Médico Psicológico deu-se início à revisão médico-psicológica periódica do pessoal navegante.

O Núcleo Hospital Especializado da Força Aérea, n.º 1 (NHEFA1) foi criado em 1972 e passou a ser designado por Hospital da Força Aérea em 1979.

Dentro do perímetro da Base do Lumiar, desenvolveu-se o “núcleo duro” das actividades do Serviço de Saúde, constituído por 3 estruturas fundamentais, inseridas no Instituto de Saúde da Força Aérea (ISFA): O Centro de Medicina Aeronáutica (CMA), o Hospital da Força Aérea (HFA) e o Centro de Psicologia da Força Aérea (CPSIFA).

b. O Sistema de Saúde das Forças Armadas

Nos últimos 30 anos muito se tem dito, muitos estudos têm sido feitos e muito se tem escrito sobre o Sistema de Saúde das Forças Armadas (SSFA) ou Sistema de Saúde Militar (SSM). Os objectivos são a melhoria da funcionalidade dos órgãos de saúde, o aumento da qualidade dos serviços prestados e da capacidade de investigação, a rentabilização dos investimentos, a potenciação do apoio sanitário directo à componente operacional e proporcionar a formação, o treino e a actualização adequados, com a consequente realização profissional dos militares dos Quadros Especiais da Saúde.

A intervenção do sistema de saúde ocorre em vários níveis, em múltiplas vertentes



e com diversas funções, nomeadamente na selecção de pessoal, prevenção, avaliação periódica, acompanhamento médico na preparação dos efectivos e controlo da resposta fisiológica ao treino militar, apoio aos exercícios, aprontamento do pessoal e apoio às missões, triagem e tratamento de feridos e indisponíveis, reanimação, evacuação sanitária, diagnóstico e tratamento das lesões e doenças adquiridas ou não em serviço. Para um eficaz desempenho em todas as áreas, é indispensável dispor de um sistema organizado de forma a rentabilizar as capacidades dos meios envolvidos e estruturado de maneira a potenciar os investimentos, evitando a dispersão, reduzindo o desperdício e a subutilização de recursos humanos e materiais.

Na prática poucas alterações se têm efectivado, pelo que o SSFA pouco mais é do que o somatório dos Serviços de Saúde (SS) dos Ramos, com alguma articulação entre si mas poucas sinergias estruturadas. Neste período foram criados:

- O Serviço de Hemodiálise do Hospital Militar Principal (1979);
- Os Centros de Classificação e Selecção (1979)¹, que não são órgãos do SS, mas onde a decisão de inaptidão é determinada quase exclusivamente por critérios médicos;
- A Escola do Serviço de Saúde Militar (ESSM)², em 1979, resultante da integração da Escola do Serviço de Saúde do Exército com a Escola de Enfermagem da Armada, inicialmente na dependência do EMGFA e entregue ao Exército em 1993;
- O Centro Militar de Medicina Preventiva (CMMP)³ (1993) a funcionar no HMB;
- Os Serviços de Utilização Comum (SUC), em 1995;
- O Centro de Medicina Naval (CMN) (1998).

No mesmo período a retracção do dispositivo traduziu-se por:

- Extinção do NHEFA 2 na BA 4 - Terra-Chã (TERCEIRA – AÇORES) em 1975;
- Desactivação do Hospital Militar Regional N.º 3 e da sucursal do LMPQF, em Tomar (1990) e sua extinção em 1993;
- Extinção da sucursal do LMPQF em Campolide (1993);
- Transformação do Hospital Militar Regional N.º 4 (Évora) em Centro de Saúde Militar (1993);
- Extinção da Escola Prática do Serviço Veterinário Militar;
- Extinção dos Destacamentos de Inspeção de Alimentos das Regiões Militares e Zonas Militares (1993).

¹ Órgão de apoio a mais que um Ramo

² Idem

³ Idem



(1) Orgânica e Estruturas

O SSFA é complexo na medida em que cada Ramo dispõe de uma Direcção de Saúde, dos respectivos hospitais militares e demais estruturas de saúde, que têm enquadramentos e práticas distintas resultantes da aplicação da legislação em vigor.

A Direcção do Serviço de Saúde da Marinha é um órgão da Superintendência dos Serviços do Pessoal (SSP), à qual compete tratar das matérias relativas à saúde do pessoal militar, bem como o estabelecimento de normas para a obtenção de condições físicas e psíquicas fundamentais para a saúde individual e colectiva. Os Órgãos de Saúde funcionam na dependência directa do Director do Serviço de Saúde. Este tem também competência técnico-funcional sobre o Laboratório de Análises Fármaco-Toxicológicas da Marinha (LAFTM), em Lisboa (ANEXO E).

A Direcção dos Serviços de Saúde do Exército, ora denominada Direcção de Saúde (DS) na sequência da transformação do Exército operada pela publicação da Lei Orgânica do Exército em 2006, é um órgão do Comando da Logística. Os Hospitais e os Centros de Saúde, que tinham dependência funcional do Comando da Logística, passaram a estar sob comando da Direcção de Saúde. O Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos, dotado por lei de personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira, está sujeito aos poderes de direcção e fiscalização do Comando da Logística e sob autoridade técnica da DS. Esta tem também autoridade técnica sobre os Postos de Socorros das U/E/O (ANEXO F).

O quadro farmacêutico do Exército tem como missão assegurar a função logística Reabastecimento Sanitário, isto é, aquisição, produção, controlo, armazenamento e distribuição de artigos da classe VIII (medicamentos e dispositivos médicos) e presta serviços no campo da higiene e sanitarismo, através de análises de águas, desinfecções e controlo de infecções, desinfestações e controlo de preservativos.

A Veterinária Militar tem como missão exercer o controlo de segurança higio-sanitário dos produtos destinados à alimentação, bem como o controlo laboratorial de zoonoses e dos agentes de doenças originadas pelos alimentos e pelo ambiente; controlo da sanidade dos animais pertencentes às Forças Armadas; desenvolver capacidades para detectar agentes microbiológicos e tóxicos, passíveis de serem usados em actos de guerra e terrorismo (defesa biológica).

A Direcção de Saúde da Força Aérea, órgão do Comando de Pessoal da Força Aérea (CPESFA), tem por missão estabelecer os procedimentos adequados à prevenção, conservação e recuperação médico-sanitária do pessoal da Força Aérea e controlar a sua



execução, programar e coordenar a actividade veterinária e as actividades das juntas médicas da Força Aérea. Tem apenas competência técnica sobre os órgãos de saúde do Ramo, que estão concentrados na base do Lumiar (BALUM), integrados no Instituto de Saúde da Força Aérea (ISFA), na dependência funcional do CPESFA. O ISFA tem por missão dirigir, organizar e controlar a prestação de serviços de saúde (ANEXO G).

O Serviço de Saúde das Forças Armadas engloba as seguintes estruturas sanitárias:

➤ **MARINHA:**

- Hospital da Marinha (HM), em Lisboa; Centro de Medicina Naval (CMN), Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo (UTITA) e Centro de Abastecimento Sanitário (CAS), no Alfeite;

➤ **EXÉRCITO:**

- Hospital Militar Principal (HMP) e Hospital Militar de Belém (HMB), em Lisboa; Hospital Militar Regional N.º 1 (HMR1), no Porto; Hospital Militar Regional N.º 2 (HMR2), em Coimbra;
- Centro Militar de Medicina Preventiva (CMMP), em Lisboa;
- Centro de Saúde de Tancos/Santa Margarida e Centro de Saúde de Évora;
- Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos (LMPQF), em Lisboa;
- Centro Militar de Medicina Veterinária⁴ (CMMV), em Lisboa.

➤ **FORÇA AÉREA:**

- Instituto de Saúde da Força Aérea (ISFA), em Lisboa, que engloba o Hospital da Força Aérea (HFA) e o Centro de Medicina Aeronáutica (CMA).

(2) Execução

A missão do Sistema de Saúde das Forças Armadas consiste no apoio sanitário aos efectivos militares em qualquer situação, e em especial no apoio directo às forças em operações ou em campanha (Anuário Estatístico da DEFESA NACIONAL – 2004).

O Sistema de Saúde das Forças Armadas tem como objectivo assegurar a prontidão física e psicológica dos militares para o serviço e permitir o cumprimento da missão da componente operacional do Sistema de Forças Nacionais. Apoia ainda os militares na reserva, na reforma e familiares, podendo também prestar apoio à GNR e PSP.

O novo paradigma da componente operacional do Sistema de Forças Nacionais face ao ambiente estratégico impôs a evolução do conceito de apoio sanitário em função das

⁴ Para além das actividades da clínica de pequenos animais e do Hospital de solípedes, garante o funcionamento dos Laboratórios de Bromatologia e Defesa Biológica sediados nas instalações do LMPQF



novas missões, decorrentes dos compromissos internacionais assumidos por Portugal e acentuou a necessidade de preparar adequadamente o pessoal de saúde.

Mas a transformação das Forças Armadas e a evolução dos cuidados de saúde verificada nos últimos trinta anos condicionaram a evolução dos Serviços de Saúde dos Ramos. A actual realidade das Forças Armadas, isto é, a passagem de um serviço militar de conscrição para um sistema assente em profissionais teve repercussões a vários níveis, e a Saúde Militar não foi excepção. O desaparecimento de pessoal de saúde em SMO ou SEN, não acompanhado pelo alargamento dos quadros especiais do QP e uma reduzida afluência aos concursos entretanto abertos, traduziu-se na redução drástica de técnicos de saúde disponíveis (médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica), mais evidente no Exército, e no agravamento da capacidade de dispor de meios humanos para o apoio sanitário ao nível das Unidades Militares e na área da selecção de pessoal.

O empenhamento de Forças Nacionais Destacadas (FND) provocou um incremento da componente operacional e tática, a que os Serviços de Saúde Militares tiveram que responder, quer na fase de aprontamento, quer na de projecção, quer ainda na de desmobilização, sem dispor de meios humanos adequados para o efeito; paralelamente, assistimos a uma progressiva diferenciação e melhoria da qualidade dos Serviços Hospitalares.

O apoio às componentes operacional e tática tem sido razoável, mas a necessidade de mobilizar médicos especialistas com o grau de assistentes hospitalares para aquelas funções traduz-se na redução da capacidade de resposta dos serviços hospitalares e na desmotivação do pessoal técnico de saúde.

As necessidades de licenciados em Medicina, Farmácia, Veterinária e Medicina Dentária estão a começar a ser colmatadas com o recurso à admissão de alunos na Escola Naval e Academias Militar e da Força Aérea o que, por si só, não resolve as deficiências e dificuldades agora sentidas, pelo que se torna indispensável reequacionar as carreiras do pessoal dos Serviços de Saúde.

Na Marinha foi criado o Centro de Medicina Naval, no Alfeite, onde foram concentradas as valências de Medicina Ocupacional (exames médicos anuais, vacinação básica, avaliação para promoção, para a frequência de cursos, para tropas especiais), Medicina Operacional (avaliação dos SS dos navios, evacuações sanitárias, formação em socorrismo) e Cuidados de Saúde Primários.

No Exército, essas valências são asseguradas pelos serviços de saúde das U/E/O, pelos Hospitais Militares e pelos Centros de Saúde.



Na Força Aérea, o Centro de Medicina Aeronáutica avalia o pessoal navegante no que respeita à capacidade para o serviço aéreo, ficando as restantes valências a cargo dos Centros de Saúde das Bases Aéreas e do Hospital da Força Aérea.

Observando o funcionamento dos Hospitais Militares, concluiu-se que a eles são solicitadas tarefas específicas da saúde militar não hospitalar, nomeadamente:

- A participação do seu pessoal nas operações de classificação, selecção, recrutamento e incorporação, quer nos próprios hospitais, quer nas unidades de incorporação, através da realização de exames e juntas médicas que não são da competência hospitalar;

- O apoio sanitário às FND, realizado sobretudo por pessoal colocado nos hospitais militares, nomeado para integrar essas forças;

- A realização de Juntas Médicas para avaliação médica das condições para promoção, para apreciação da aptidão/inaptidão e capacidade/incapacidade para o serviço militar, recursos das decisões dos Centros de Selecção, candidaturas às tropas especiais e a estabelecimentos de ensino e de formação militares.

Mas, como que por absurdo, também é reduzida a capacidade existente para operar um hospital de campanha (ROLE 2⁺ ou superior) adequado ao apoio sanitário em missões, pois as especialidades prioritárias são deficitárias em médicos militares (ANEXO H).

8. A fusão dos Subsistemas de Saúde e a sua integração no IASFA – A ADM

Na sequência da Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005, foram publicados vários diplomas que alteraram o regime jurídico da Assistência na Doença da GNR e PSP (ADMG e SAD/PSP), Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADMA, ADME e ADMFA) e Serviços Sociais do Ministério da Justiça (SSMJ).

Nas Forças Armadas, procedeu-se à unificação dos três subsistemas anteriormente existentes num único subsistema, sujeito a um regime convergente com o da ADSE.

a. Alterações introduzidas pela nova legislação da ADM

Da análise do Decreto-Lei n.º 167/2005 de 23 de Setembro, complementado pela Lei n.º 53-D/2006 de 29 de Dezembro e regulamentado pela Portaria n.º 284/2007 de 12 de Março, em comparação com a legislação anterior, ressaltam as seguintes diferenças:

- Os subsistemas de Assistência na Doença aos Militares do Exército (ADME), a Assistência na Doença aos Militares da Armada (ADMA) e a Assistência na Doença aos Militares da Força Aérea (ADMFA), na dependência directa dos



respectivos Ramos, são extintos e procede-se à sua fusão num único subsistema, cuja gestão incumbe ao IASFA, em termos a definir em diploma próprio.

- Não pode inscrever-se como beneficiário familiar ou equiparado quem seja beneficiário titular de outro regime de protecção social, com excepção dos beneficiários titulares da ADSE que sejam cônjuges ou vivam em união de facto com titulares da ADM, que poderão optar pela sua inscrição como beneficiários extraordinários da ADM.
- O objecto e as modalidades de assistência na doença aos beneficiários da ADM, bem como os termos da sua prestação e do seu pagamento, são os previstos no regime da ADSE, com as necessárias adaptações.
- A assistência na doença aos beneficiários da ADM abrange o pagamento das despesas de saúde decorrentes de acidentes de serviço e doenças profissionais, desde que dos mesmos não resulte incapacidade permanente.
- As prestações de cuidados de saúde efectuadas pelos Estabelecimentos do Serviço de Saúde Militar e pelos Estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde são gratuitas para os beneficiários, sem prejuízo do pagamento de taxa moderadora que, no Serviço de Saúde Militar, é de valor idêntico ao praticado no Serviço Nacional de Saúde. Tal taxa não é aplicável às prestações efectuadas a beneficiários titulares, nos estabelecimentos do Serviço de Saúde Militar.
- As condições de celebração de acordos entre o órgão directivo da entidade gestora e pessoas singulares ou colectivas, públicas ou privadas, que tenham por objecto a prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários e as respectivas cláusulas tipo são fixadas mediante portaria conjunta do Ministro da Defesa Nacional e do Ministro das Finanças.
- Na situação dos acordos acima referidos, o montante a suportar pelo beneficiário é determinado, tendo em conta o tipo de acto médico praticado, por portaria conjunta dos Ministros da Defesa Nacional e das Finanças.
- A comparticipação concedida aos beneficiários, no caso de pessoas singulares ou colectivas da livre escolha dos beneficiários, é a que resultar da aplicação das regras definidas para o regime livre na ADSE.
- A comparticipação concedida aos beneficiários na assistência medicamentosa e na aquisição de meios de correcção e compensação é a que resultar da aplicação das regras e tabelas definidas para a comparticipação correspondente na ADSE.



- Os vencimentos base e as pensões base dos beneficiários titulares e extraordinários no activo, reserva ou pré-aposentação ficam sujeitos ao desconto obrigatório de 0,8% durante o ano de 2006 e de 1,3% a partir de 1 de Janeiro de 2007, sendo este valor actualizado anualmente em 0,1%, até se atingir o valor de 1,5%. Os beneficiários titulares e extraordinários aposentados ou reformados com valor da pensão ou reforma igual ou superior ao valor correspondente a 1,5 vezes a retribuição mínima mensal garantida descontarão 1,0% em 2007, acrescido de 0,1% ao ano, até atingir o valor de 1,5%. Os beneficiários titulares e extraordinários aposentados ou reformados com valor da pensão ou reforma inferior ao valor correspondente a 1,5 vezes a retribuição mínima mensal garantida ficam isentos de desconto. Estes descontos constituem receita do IASFA
- São responsáveis pelo pagamento das prestações de cuidados de saúde:
 - A ADM;
 - Os beneficiários.

b. Implicações das alterações introduzidas pela nova legislação

A ADM, como entidade gestora e não prestadora de cuidados de saúde procura, numa perspectiva exclusivamente financeira, encontrar a melhor resposta para a assistência na doença aos seus beneficiários, com o mínimo de encargos.

A leitura dos diplomas publicados e a sua comparação com o regime da ADSE merece alguns comentários e levanta algumas interrogações:

- Porque trabalha, a esmagadora maioria dos cônjuges de militares desconta para a Caixa Nacional de Pensões ou para a Caixa Geral de Aposentações, pelo que perderá o direito à ADM, excepto os beneficiários da ADSE que, se optarem pela sua inscrição na ADM, prescindem do regime de protecção social de que são titulares. Mas a aplicação desse direito de opção cria uma desigualdade gritante, pois os cônjuges abrangidos pela Caixa Nacional de Pensões, não podendo optar, ficam apenas dependentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), enquanto os outros podem recorrer ao subsistema a que pertencem e ao SNS.

É de realçar que o facto de o militar beneficiar, para si e para a sua família, de assistência médica, medicamentosa, hospitalar e de meios de diagnóstico é um *direito* consignado no EMFAR e nas Bases Gerais do Estatuto da Condição Militar que não foi revogado, e não apenas uma mera expectativa.



- Segundo o Decreto-Lei n.º 234/2005, no âmbito dos cuidados de saúde, a acção da ADSE exerce-se relativamente a:
 - a) Promoção e vigilância da saúde;
 - b) Prevenção, tratamento e recuperação da doença
 - c) Não são abrangidos pelo esquema de benefícios concedidos pela ADSE os cuidados de saúde a prestar em resultado de acidente em serviço ou doença profissional.

Em relação à ADM não estão expressos os limites de responsabilidade e de abrangência, isto é, se esta assume só o pagamento das despesas na doença ou todas as despesas de saúde, assim como não está explícito se assume o pagamento das despesas de saúde de todos os beneficiários, titulares no activo, na reserva, na reforma e familiares, ou só de parte deles.

Em contraste com a ADSE, a assistência na doença aos beneficiários da ADM abrange o pagamento das despesas de saúde decorrentes de acidentes de serviço e doenças profissionais, desde que dos mesmos não resulte incapacidade permanente.

- Embora não explicitado, o desconto é para a ADM e não uma quota para o IASFA. Face à regulamentação dos beneficiários titulares do IASFA, já anteriormente referida, os militares em regime de voluntariado e de contrato, ao passarem a descontar para a ADM não adquirem o estatuto de beneficiários do IASFA, pelo que beneficiarão apenas da assistência na doença.

Directamente relacionadas com o SSFA surgem as seguintes perguntas e reflexões:

- É necessário definir se os actos e cuidados médicos nas áreas da Clínica Geral, Medicina Dentária, fisioterapia e outras, prestados a militares, e excepcionalmente a familiares, nos Centros de Saúde Militares e nos Postos de Socorros das U/E/O, passarão ser facturados à ADM, assim como se a reanimação e evacuação de feridos e doentes são da responsabilidade da ADM.
- É indispensável esclarecer se a medicina profilática, a medicina ocupacional, a medicina operacional, a medicina subaquática e hiperbárica, a medicina do exercício físico, a medicina de catástrofe, a medicina ambiental, a medicina hipobárica e aeronáutica, o apoio médico em ambiente NBQR, isto é, a essência da medicina militar operacional e ocupacional, que implica dispor de meios para treino e para emprego em massa, também vai ser suportada pela ADM.



- É forçoso saber como serão financiadas as estruturas de cuidados diferenciados militares. Os orçamentos dos Hospitais Militares englobam as rubricas “Encargos com a Saúde” com duas origens diferentes de verbas: Do Orçamento do Estado (OE) e de Despesas como contrapartidas de receitas (DCCR’s). A proveniente do OE destinava-se a cobrir as despesas dos militares no activo e deficientes das Forças Armadas (DFA), enquanto as despesas com os restantes beneficiários eram facturadas às respectivas ADM’s, constituindo-se as respectivas liquidações como DCCR’s. Segundo o estipulado, todas as despesas com a saúde passarão a ser facturadas à ADM, pelo que é previsível que os Hospitais venham a ver a parcela do OE muito reduzida e as DCCR’s aumentarem significativamente.
- É imperioso definir qual a população potencial que poderá recorrer aos Hospitais Militares e quais as capacidades que estes deverão ter instaladas. Pretende-se que os Hospitais Militares fixos, último nível da cadeia de evacuação, tenham capacidade para tratar e reabilitar os feridos e indisponíveis, para que estes possam regressar às fileiras tão depressa quanto possível. Para conseguir tal desiderato, devem aqueles dispor dos equipamentos adequados e do pessoal devidamente treinado, para responderem quando solicitados. Essas capacidades adquirem-se, em tempo de paz, com a actualização periódica dos equipamentos e a sua utilização na prática clínica diária. Mas, sendo os militares na situação de activo teoricamente saudáveis, é necessário dispor de uma população alvo que constitua “*massa crítica*” suficiente para permitir o treino adequado do pessoal do Serviço de Saúde e a rentabilização do investimento em equipamentos. As soluções possíveis são ou, como vem acontecendo do antecedente, o acesso aos familiares dos militares, isto é, à chamada *Família Militar*, independentemente de continuarem ou não a ser beneficiários da ADM, ou a abertura dos Hospitais Militares a terceiros, através de acordos ou protocolos a celebrar. Os funcionários civis dos Hospitais Militares também não têm direito a assistência sanitária nos próprios Hospitais onde trabalham mas, segundo a legislação recentemente aprovada, têm acesso aos Hospitais Militares os beneficiários das SAD/GNR, SAD/PSP e aos titulares do subsistema de saúde dos Serviços Sociais do Ministério da Justiça (SSMJ). Porque não faz sentido disponibilizar meios a terceiros, retirando-os aos cônjuges que coabitam com os militares, que com eles partilham as dificuldades do dia a dia, o stress das missões, isto é, a *condição militar*, os Hospitais Militares devem continuar a ter como missão primária a



prestação de cuidados de saúde ao pessoal militar no activo, aos militares na reserva, na reforma e familiares, podendo ainda celebrar acordos com outras entidades, na procura da máxima rentabilidade, eficiência, eficácia e qualidade.

Porque parte da legislação regulamentar referida nestes diplomas ainda não foi publicada, para além das dúvidas e interrogações expostas, mais três questões se colocam:

- Qual será o produto final que resultará da fusão das três ADM's numa única entidade, sob gestão do IASFA? (ANEXO I)
- Como vai ser financiada a ADM?
- Em que termos serão celebrados os acordos entre a ADM e as entidades públicas e privadas?

9. O futuro do Sistema de Saúde das Forças Armadas

Desde há muitos anos se vem discutindo o Sistema de Saúde das Forças Armadas, se têm analisado vários projectos e têm sido propostas diversas soluções, mas continuamos sem saber que sistema de saúde teremos no futuro, mesmo a curto prazo.

A Directiva n.º 4/76 do CEMGFA determinava que as Forças Armadas deveriam dispor de um Serviço de Saúde Militar único, devidamente estruturado e profissionalizado, após a integração funcional dos três Serviços de Saúde Militares existentes. Tal integração não deveria prejudicar os Serviços de Saúde próprios de cada Ramo, indispensáveis ao apoio das suas necessidades, nem deveria impedir que cada Ramo pudesse dispor de alguns serviços próprios em função da missão respectiva (Centro de Medicina Aeronáutica na Força Aérea e do Centro de Medicina Hiperbárica na Marinha) os quais, dadas as suas características, se destinam quase exclusivamente a responder a objectivos específicos.

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

Pelo Despacho n.º 15/MDN/93 a Direcção Geral de Pessoal do Ministério da Defesa foi encarregue de desenvolver estudos sobre a racionalização e utilização coordenada de apoios e infra-estruturas no campo da Saúde Militar.

Através do Despacho n.º 3/93 do Director Geral de Pessoal foi constituída, na área funcional da Saúde e Assuntos Sociais, uma equipa de trabalho à qual foi cometida a missão de conceber e propor uma metodologia de desenvolvimento do projecto, em colaboração com as Direcções de Saúde dos Ramos. Os trabalhos desenvolvidos por esta



equipa deram origem a um documento em que foi definido o modelo de SSM.

O despacho n.º 6/MDN/94 cometia à Inspeção-Geral das Forças Armadas a “Análise ao Sistema de Saúde Militar”, pelo que foi realizada uma inspeção aos órgãos de saúde, sedeados em Lisboa, dos três Ramos das Forças Armadas.

A partir destes trabalhos, na Directiva sobre “*O Sistema de Saúde Militar*” (Despacho n.º 182/MDN/94), foram enunciados os princípios de sustentação da acção futura e estabelecidas medidas a adoptar.

A Directiva sobre “*Os Serviços de Saúde Militar de Utilização Comum*” (Despacho n.º 188/MDN/95) definiu os critérios de constituição e a formação dos SUC’s, distribuídos pelos três Ramos, e determinou o início de estudos com vista à identificação das especificidades de que se deverá revestir um Serviço de Urgência no Sistema de Saúde Militar, como Serviço de Utilização Comum, e das condições da sua implementação com plena operacionalidade. O Grupo de Trabalho nomeado para o efeito concluiu, no seu relatório de Março de 1996, que o Serviço de Urgência do Hospital Militar Principal não reunia as condições necessárias, nomeadamente em meios humanos, para funcionar como SUUC (Serviço de Urgência de Utilização Comum).

No entanto, ainda hoje o Serviço de Urgência do Hospital Militar Principal funciona, operado por pessoal próprio do hospital, e atende militares no activo, na reserva, na reforma e familiares dos três Ramos, assim como os beneficiários da GNR e da PSP.

Na sequência dos Despachos e estudos referidos, no final de 1995 foi proposta a criação de um Conselho Consultivo da Saúde Militar, nunca criado, e de um Órgão de Coordenação da Saúde Militar, que ainda neste CPOG 2006/2007 foi tema abordado num Trabalho de Grupo.

Constou do Programa do XIII Governo Constitucional (1995): “*Proceder-se-á à racionalização e utilização coordenada dos serviços e infra-estruturas de saúde militar*”; Na Directiva Ministerial para 1996 (Despacho n.º 21/MDN/96) podia ler-se “*Promover os estudos necessários à elaboração de um projecto de reestruturação do sistema de saúde militar, com vista a aumentar a eficiência do sistema, a racionalizar os custos, aumentar a rendibilidade dos meios e a credibilidade dos serviços, adequar as carreiras do pessoal, e a proporcionar a cooperação com o sistema nacional de saúde*” e nas Grandes Opções do Plano para 1997 “*Redimensionar as Forças Armadas em função do modelo organizacional adoptado, será conferida prioridade à racionalização do sistema de saúde militar...*”

Nos dias 2 e 3 de Julho de 1997 realizou-se no IDN o “Encontro de Reflexão sobre a Reestruturação da Saúde Militar”, que centrou a análise e reflexão nos seguintes temas:



Modelo organizativo da Saúde Militar; Subsistemas de Saúde Militar; Articulação com o Serviço Nacional de Saúde e Maximização dos recursos; Estatuto do Pessoal de Saúde.

Em 1998 foi elaborado o “Anteprojecto do Instituto de Saúde Militar” que previa a criação do Instituto e tinha na sua origem uma Comissão Instaladora. Em 1999, por determinação do MDN, foram elaboradas novas propostas de anteprojecto de Decreto-Lei do Instituto de Saúde Militar, em duas versões, uma como organização federativa e outra como Órgão ou Serviço Central do MDN.

Em 2001 foi elaborado o anteprojecto de Decreto-Lei que criava a Direcção de Saúde Militar (DSM), na dependência do Ministro da Defesa Nacional (MDN), que provocou reacções negativas por parte das chefias dos Ramos.

O Despacho n.º 4530/2002 do MDN criou o Conselho Coordenador da Saúde Militar (CCSM), composto por um presidente, nomeado pelo Ministro da Defesa, e quatro vogais. Os quatro vogais são os Directores dos Serviços de Saúde dos Ramos das Forças Armadas e o Director da Escola de Serviço do Saúde Militar (ANEXO J).

No momento actual, inserido no objectivo governamental de modernizar as Forças Armadas, prepara-se uma reforma do Sistema de Saúde das Forças Armadas.

Nas Grandes Opções do Plano 2005-2009 prevê-se a criação de um órgão coordenador para promover a articulação funcional do SSM, inter-Ramos e com o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

No cumprimento do Despacho Conjunto n.º 393/2006, de 2 de Maio, dos Ministros de Estado e das Finanças e da Defesa Nacional, foi criado, na dependência do Ministro da Defesa Nacional, um grupo de trabalho para a reforma do sistema de saúde militar, com a incumbência de *“Propor um modelo de gestão e organização da saúde militar funcionando a partir de um órgão coordenador, integrado na estrutura central do Ministério da Defesa Nacional, responsável pelo estudo, planeamento, orientação técnica, coordenação geral e avaliação da execução das políticas de saúde militar, designadamente nas áreas assistencial, operacional, do pessoal, da formação e do material”*.

Para esse grupo de trabalho foram definidos como objectivos: Definir um modelo de gestão flexível, centrada na obtenção de uma máxima eficiência, eficácia e qualidade; Definir o órgão coordenador; Apresentar um estudo sobre a reestruturação e racionalização das instalações hospitalares militares, tendo em conta uma gestão eficiente e eficaz destas e a rentabilização dos recursos; Analisar a implementação de uma estrutura hospitalar única, tendo em vista a eliminação da duplicação de valências existentes nos hospitais dos três



Ramos das Forças Armadas e a melhoria da qualidade e da prontidão de resposta do sistema de saúde militar, nos diferentes cenários de actuação previsíveis.

Não estando incluída no âmbito deste trabalho a elaboração de uma proposta de modelo de organização do Sistema de Saúde das Forças Armadas podem, no entanto, admitir-se como possíveis os seguintes figurinos:

- Manutenção do actual modelo, centralizado nos Ramos, assumindo o Órgão Coordenador o papel actualmente desempenhado pelo CCSM, embora com uma estrutura mais robusta, capaz de responder às atribuições definidas;
- Modelo centralizado no “Órgão Coordenador”, com autoridade para exercer funções de coordenação e supervisão técnica sobre os Serviços de Saúde dos Ramos e com capacidade para ter na sua dependência directa estruturas diferenciadas da área da saúde, de apoio aos três Ramos (LOPES, 2007: 9) (ANEXO K).

No que diz respeito aos Hospitais Militares, são admissíveis três soluções possíveis:

- Manutenção dos Hospitais nos Ramos, concentrando algumas especialidades;
- Criação de uma estrutura hospitalar, extra Ramos;
- Extinção dos Hospitais Militares, a exemplo do modelo do Reino Unido.

Independentemente da solução que venha a ser adoptada, existe a necessidade de reequacionar as carreiras do pessoal dos Serviços de Saúde, garantindo e ampliando o apoio sanitário às componentes Operacional e Táctica, centrado na Medicina Geral e na Medicina Ocupacional e potenciando as capacidades a nível hospitalar.

10. Relações entre ADM’S e os Serviços de Saúde dos Ramos

Do antecedente, a relação entre as ADM’s e os Serviços de Saúde limitava-se a:

- Definição dos potenciais utilizadores dos Hospitais Militares, pois têm acesso àqueles hospitais os beneficiários, titulares e familiares, da ADMA, da ADME, da ADMFA, da ADMG e da SAD/PSP, e beneficiários de subsistemas ou entidades com os quais cada hospital tenha, eventualmente formulados acordos, como por exemplo o da ADSE com o Hospital da Força Aérea.
- Apresentação pelos Órgãos de Saúde da respectiva facturação às ADM’s, que estas conferiam e, ou devolviam por apresentar incorrecções que deveriam ser corrigidas, ou liquidavam se e quando tivessem enquadramento orçamental para tal.
- Esclarecimento de dúvidas de ordem técnica em relação a alguns pedidos de participação de beneficiários, em relação às quais as ADM’s pediam parecer à



respectiva Direcção de Serviço de Saúde ou directamente aos Hospitais Militares. Nos últimos anos procurou-se que, particularmente nas áreas da Estomatologia e Medicina Dentária, e da Cirurgia Plástica, fossem nomeados médicos dos Hospitais Militares como peritos, que com regularidade se deslocavam à respectiva ADM para análise mais pormenorizada dessas situações.

11. Outros Sistemas de Assistência na Doença

Antes de equacionar o modelo de relacionamento da ADM com o SSFA é de todo o interesse vislumbrar as opções e soluções que outros adoptaram, colhendo eventuais ensinamentos de outras experiências e enquadramentos.

a. O apoio social e sanitário aos militares em Espanha

O apoio social e sanitário aos militares espanhóis e seus familiares é assegurado pelo Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), que não tem relação orgânica com o Serviço de Saúde, mas apenas relações funcionais e acordos de assistência sanitária.

De afiliação obrigatória para os militares do Quadro Permanente, militares de complemento enquanto ao serviço, militares profissionais enquanto ao serviço, alunos das escolas militares de formação e dos centros militares de formação, militares de carreira da Guarda Civil e alunos das escolas militares de formação daquele corpo, e facultativa para os funcionários civis adstritos ao Ministério da Defesa que não optem pelo Regime Especial de Segurança Social dos Funcionários Civis do Estado, assim como os funcionários em treino para ingresso nos referidos corpos e para o pessoal regido pelo Estatuto do Pessoal do Centro Superior de Informação da Defesa, que pagam uma quota mensal, o ISFAS garante assistência médica e cirúrgica completa e gratuita aos seus beneficiários, através de acordos com o Serviço de Saúde Militar, com a Rede Sanitária de Segurança Social e com algumas Companhias de Seguros.

São os próprios titulares que escolhem, anualmente, se eles e os seus familiares recorrem às estruturas do Serviço de Saúde Militar, se à rede pública de cuidados de saúde ou às Seguradoras com acordo com o ISFAS, cabendo a este o ressarcimento das despesas.

b. O apoio social e sanitário aos militares em França

Os militares franceses estão abrangidos pela Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale (CNMSS), que garante a comparticipação nas despesas de saúde dos titulares e seus familiares. Para além do titular, são beneficiários o cônjuge, caso não seja titular de outro regime, os filhos menores de 16 anos, ou de 20 anos se estudantes, e os ascendentes,



descendentes ou colaterais até ao 3º grau que se encontrem efectiva e permanentemente a seu cargo. As taxas e tabelas de reembolso são idênticas às aplicadas no regime geral de Segurança Social.

Os militares franceses e os seus familiares, descontem ou não para um regime de Segurança Social, podem também aderir à Mutuelle Nationale Militaire (MNM), um sistema complementar mais vantajoso do que os vulgares seguros de saúde.

c. O apoio sanitário aos militares em Itália

Os militares italianos, os seus familiares e os civis que trabalham para as Forças Armadas têm a assistência na doença gratuita assegurada, na sua quase totalidade, pelos serviços de saúde dos Ramos, podendo recorrer aos Hospitais estatais em situações de urgência ou quando estes possuam meios de diagnóstico e/ou de terapêutica mais eficazes ou adequados, sendo os encargos suportados através do orçamento do MDN para a saúde.

Não existe uma entidade que assegure a assistência médica na doença, pelo que um militar italiano ou um seu familiar que recorra à clínica privada não recebe qualquer participação, excepto se possuir um seguro privado de saúde.

d. O apoio social e sanitário aos militares no Reino Unido

A profunda reestruturação do Sistema de Saúde Militar do Reino Unido, concretizada a partir da segunda metade do último decénio, traduziu-se na entrega dos 12 Hospitais Militares ao National Health Service (NHS), prevendo-se a entrega do último em 2007, por se considerar que não dispunham de um volume adequado de doentes nem de patologia suficientemente diferenciada que permitisse o desenvolvimento e a manutenção das capacidades técnicas do seu pessoal, em padrões operacionais satisfatórios. Em 6 desses Hospitais foram criadas Ministry of Defence Hospital Units (MDHU), onde o pessoal do Serviço de Saúde Militar está integrado com pessoal do NHS, prestando cuidados de saúde gratuitos a doentes civis e militares.

São considerados como benchmarks os seguintes prazos:

- 1ª Consulta externa de especialidade:
 - 45% realizadas num prazo de 4 semanas e 85% dentro de 13 semanas
- Internamento não urgente
 - 75% ocorrerem dentro de 13 semanas a contar da data de decisão.
- Ausência de tempos de espera em situações de emergência ou de urgência.

Em princípio, o Ministry of Defence (MOD) não assegura cuidados de saúde ao seu pessoal civil nem aos familiares dos militares, que devem recorrer às estruturas do NHS



para receberem assistência médica.

e. O apoio sanitário aos militares na Holanda

Na sequência da queda do muro de Berlim, a alteração do balanceamento militar internacional desencadeou, desde 1995, profundas alterações no Sistema Militar holandês, concretizadas na eliminação do Serviço Militar Obrigatório, retração significativa do dispositivo e a transição do paradigma de larga escala para alta tecnologia. No que respeita à saúde militar, a redução de forças traduziu-se por uma quebra do número de doentes militares que recorriam aos respectivos hospitais, e o empenhamento em missões de manutenção de paz levou ao incremento da medicina operacional.

Os seis Hospitais Militares foram reduzidos a um, o Hospital Militar Central sediado em Utreque, sendo o apoio às missões assegurado através de um modelo complexo de contratação em Hospitais Civis, com permuta com pessoal de saúde militar.

Estas alterações têm tido um efeito negativo nas capacidades do pessoal do Serviço de Saúde, pondo em risco a qualidade dos cuidados prestados, quer no país quer nas missões.

O Sistema de Saúde Militar holandês assegura o apoio sanitário aos militares no activo, enquanto o pessoal na reserva, na reforma e familiares recorrem ao sistema de saúde civil, baseado em seguros de saúde.

f. O apoio sanitário aos militares na Alemanha

Na Alemanha a assistência na doença é assegurada pelos Serviços Centrais de Saúde das Forças Armadas Alemãs nos seus Hospitais e Centros de Saúde podendo, em casos excepcionais, os militares dirigir-se a instituições públicas de saúde, sendo os respectivos encargos assumidos pelas Forças Armadas. Os familiares dos militares não têm direito a assistência na doença por conta da Instituição Militar.

Existe uma relação muito estreita entre os Serviços de Saúde militares e o Serviço de Saúde civil, o que permite que civis possam ser tratados em Hospitais Militares, sendo as respectivas despesas reembolsadas pela respectiva Caixa de Assistência civil.

g. O apoio social e sanitário aos militares nos Estados Unidos da América

Nos EUA a assistência na doença aos militares e seus familiares é assegurada pelo Sistema TRICARE. Baseado na filosofia dos planos de saúde, é um sistema extremamente complexo, pois cada beneficiário estabelece um contrato em função das valências que deseja ver cobertas, do prémio que está disposto a pagar e da taxa que lhe é cobrada quando recorre aos cuidados de saúde.

Fundamentalmente existem três níveis de adesão, o TRICARE Standard, o



TRICARE Extra e TRICARE Prime, que variam de forma inversa no valor do prémio a pagar e nos co-pagamentos a efectuar (ANEXO L).

A prestação de cuidados de saúde é assegurada pelos Hospitais Militares, todos os Hospitais dos EUA, e entidades privadas, ao abrigo de acordos.

O TRICARE é considerado como um dos melhores sistemas de saúde americanos, com elevado grau de satisfação dos beneficiários.

O Department of Defense (DoD) tem feito um forte investimento, no pressuposto de que cuidar bem da saúde e do apoio à família e dar-lhes mais regalias do que as existentes no sistema civil é uma das formas de recrutar e moralizar os militares, numa altura de grande empenhamento na Guerra contra o Terrorismo Global. Por exemplo, os co-pagamentos foram abolidos na solução TRICARE Prime e, nas restantes, não sofreram aumentos na última década. Mas esta aposta tem tido enormes custos, com duplicação das despesas entre 2001 e 2006, consumindo 8% do Orçamento do DoD neste último ano, prevendo-se que dispare para 12% em 2015.

12. Modelo conceptual de relacionamento entre a ADM e o Sistema de Saúde das Forças Armadas

Uma vez caracterizadas as evoluções das ADM's, do IASFA e do Sistema de Saúde da Forças Armadas, assim como as relações existentes entre si; após perspectivar os possíveis desenvolvimentos futuros dessas estruturas e as suas implicações mútuas; depois de analisar as soluções adoptadas noutros países, constata-se que é indispensável coordenar esforços para melhorar a articulação entre as diversas entidades, com o objectivo de proporcionar aos militares e seus familiares um apoio adequado na área da saúde.

No final do século passado, os mecanismos implantados nas reformas dos sistemas de saúde com o objectivo de abrandar os custos do sector público foram dirigidos, não às causas mas às consequências, e traduziram-se em medidas de contenção de custos através de restrições macroeconómicas, o que resultou em problemas de disponibilização de cuidados de saúde, sub-orçamentação e continuação da subida dos custos, face ao PIB. Actualmente o foco está dirigido para a garantia de acesso aos serviços de saúde, a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, a disponibilização dos recursos financeiros adequados à saúde e a garantia da eficácia e eficiência dos serviços. *“Apesar disso, o aumento dos custos continua”*... (DOCTEUR, 2003: 7).

Os cuidados de saúde constituem hoje uma das indústrias em maior crescimento, sendo já a maior indústria na Europa. Nos países onde a responsabilidade dos cuidados de



saúde estão maioritariamente na dependência do Governo, as consequências em termos orçamentais são dramáticas, face ao aumento exponencial das despesas, não acompanhadas por uma melhoria proporcional da eficácia nem da qualidade dos serviços prestados.

O futuro dos sistemas de cuidados de saúde caracteriza-se pelos seguintes factores:

- Pressão sobre os custos por necessidade da inovação de equipamentos médicos e medicamentos, para além das exigências dos beneficiários;
- Aumento da competitividade, estimulado pelo sector privado;
- Redução do consumismo;
- Aumento do recurso a sistemas privados complementares de saúde;
- Envelhecimento da população, o que representa um aumento enorme no consumo de recursos e conseqüente agravamento muito significativo das despesas.

É tendência actual, quer no sector público quer no sector privado, a separação da função financiadora da função prestadora de cuidados.

Porque as entidades prestadoras de cuidados de saúde pretendem aumentar as receitas, para puderem financiar os seus investimentos em nova tecnologia, e as entidades financiadoras procuram reduzir custos, para manterem o equilíbrio financeiro, estamos perante um conflito de interesses.

Se no sector privado essa questão é respondida através do mecanismo da livre concorrência de mercado, procurando uma relação custo/qualidade mais favorável, no sector público os intervenientes estão balizados pela legislação que, através de tabelas, define os valores a adoptar. Não é difícil encontrar exemplos de situações em que o recurso ao sector privado ficaria mais económico do que nos serviços públicos, militares ou civis.

Como já ficou explícito, o período actual é de transição e os modelos estruturais definitivos da ADM e do SSFA ainda não estão estabelecidos, pelo que a análise tem que se basear na experiência adquirida no passado, na legislação disponível e nas considerações expressas acima, relevando de alguns tópicos que poderão condicionar a eficácia e a funcionalidade de cada um das partes e o relacionamento entre elas.

O relacionamento entre a entidade gestora da ADM e as entidades militares prestadoras de cuidados de saúde deve estabelecer-se a vários níveis, a saber:

- Normalização de procedimentos e delimitação de responsabilidades
- Disponibilização de dados
- Consultadoria Técnica
- Regulação de necessidades, fluxos e competências



a. Normalização de procedimentos e delimitação de responsabilidades

Como já foi referido, existem diferenças de procedimentos e de delimitação de responsabilidades partilhadas entre as ADM's e os Órgãos de Saúde dos Ramos.

Com a criação de uma única entidade gestora, não é crível nem desejável que essas divergências se mantenham, pelo que terá que ser adoptado um modelo comum, que seja claro, funcional e adaptado às características e particularidades de cada Ramo.

Se, em relação aos beneficiários da ADM na situação de reserva ou de reforma e aos familiares não se levantam dúvidas que compete à ADM assumir os encargos de saúde, em relação ao pessoal no activo a delimitação de responsabilidades não é tão evidente.

Não parece possível, pelo menos no curto e médio prazo, separar completamente os cuidados diferenciados das restantes valências da Medicina Militar, solicitando-se frequentemente aos Hospitais Militares que desempenhem tarefas e apoio técnico que são claramente da responsabilidade de outras áreas.

A nível hospitalar, no que respeita ao pessoal no activo, nem sempre é fácil separar os encargos oriundos da medicina curativa dos originados pela selecção, prevenção, avaliação para promoção ou cursos e controlo periódico. Por sua vez, os cuidados de saúde prestados ao nível das U/E/O englobam prevenção, avaliação e assistência na doença.

A solução teórica ideal seria que os encargos respeitantes à selecção de pessoal, saúde ocupacional e saúde operacional fossem da responsabilidade dos Ramos, ficando as restantes áreas como encargo da ADM.

No entanto, porque nem sempre é fácil identificar a origem das despesas e a estruturação da saúde militar no futuro ainda não está definida, a solução que parece ser mais adaptada às condicionantes expostas será:

- Todas os cuidados de saúde referentes ao pessoal no activo prestados através de meios próprios, constituem encargos do Ramo;
- Os cuidados de saúde referentes ao pessoal no activo prestados através de entidades fora do Ramo, e toda a assistência a militares na reserva, na reforma e familiares constituem encargo da ADM.

b. Disponibilização de dados

Uma questão que surge com relativa frequência nos Hospitais Militares e que tem dado origem a situações conflituosas é a comparência de doentes que não se fazem acompanhar do respectivo cartão de beneficiário da ADM, o fazem com este caducado, ou ainda com o cartão aparentemente válido, mas que a ADM vem posteriormente referenciar



como não válido, recusando o pagamento da facturação correspondente. Este problema tem repercussões mais gravosas nas situações de urgência ou quando se torna necessária a emissão de um termo de responsabilidade por parte do Hospital para a realização de terapêuticas ou de exames auxiliares de diagnóstico no exterior.

Hoje, com o impacto das novas Tecnologias de Informação e Comunicações (TIC), a solução passa pela disponibilização *on-line* da base de dados actualizada dos beneficiários da ADM aos Hospitais Militares, apenas com a visualização dos campos estritamente necessários à confirmação daqueles dados.

É de referir que não está prevista a inclusão da ADM no projecto SIGDN.

c. Assessoria Técnica

As ADM's têm utilizado o recurso a médicos dos Hospitais Militares ou a solicitação de pareceres técnicos às Direcções de Serviço de Saúde para esclarecimento de situações duvidosas referentes a beneficiários. Tal prática tem-se traduzido em pareceres nem sempre claros ou objectivos e não permite estabelecer critérios uniformes, para além de levantar questões de ordem ética e deontológica.

No entanto, a assessoria técnica deve existir e pode ser alargada a outras áreas que no passado não foram contempladas.

A solução agora proposta passa pela colocação de médicos militares, eventualmente na situação de reserva, na ADM, constituindo um órgão técnico, com a responsabilidade de emitir pareceres nas seguintes áreas:

- Análise de pedidos de autorização prévia para prestação de actos médicos;
- Análise de soluções terapêuticas face ao diagnóstico;
- Análise de soluções terapêuticas não contempladas nas tabelas;
- Análise da introdução de novas tecnologias;
- Convocação de beneficiários para esclarecimento de situações dúbias;
- Análise de eventual má prática médica;
- Análise de conflitos entre prestadores de serviços e a entidade gestora;
- Análise de conflitos entre beneficiários e prestadores de serviços;
- Pedidos de esclarecimento às entidades prestadores de cuidados de saúde em situações duvidosas;
- Contratação e/ou revisão de acordos com entidades prestadoras, nomeadamente a qualidade dos serviços prestados;
- Inspeções periódicas às entidades convencionadas, com particular ênfase nas



áreas da estomatologia, dos exames auxiliares de diagnóstico, da fisioterapia e do internamento.

d. Regulação de necessidades, fluxos e competências

O Sistema de Saúde das Forças Armadas deve estar dimensionado face à missão definida e também às necessidades globais dos que a ele podem recorrer, cabendo à ADM a responsabilidade complementar da gestão da saúde.

Para que os beneficiários possam estar cobertos por uma rede eficaz e adequada de prestadores de cuidados de saúde, englobando estruturas militares e civis, é forçoso ter conhecimento a cada momento das capacidades reais instaladas e das necessidades sentidas. Mas nem sempre essa informação é disponibilizada aos decisores.

As capacidades dos serviços instalados nos Hospitais Militares poderão ser estudadas e ajustadas em função dos dados estatísticos fornecidos pela ADM, eventualmente aumentando ou reduzindo as dimensões em função da importância de cada especialidade dentro do Sistema de Saúde Militar e das alternativas obtidas no exterior. Por sua vez, o fornecimento à ADM de dados referentes à capacidade instalada nos Hospitais Militares, a respectiva procura e capacidade sobrança, podem ajudá-la a dimensionar a sua rede de acordos com entidades privadas. Também a comparação dos tempos de resposta das diversas entidades e dos custos dos actos médicos realizados nos Hospitais Militares e no exterior podem condicionar a opção preferencial.

Não entrando em contradição com o princípio da liberdade de escolha por parte dos beneficiários, a ADM pode mantê-los informados dos níveis de disponibilidade dos Hospitais Militares, por especialidades, utilizando a panóplia de meios de comunicação ao seu dispor.

Também as necessidades sentidas pelos Ramos e transmitidas à ADM podem e devem orientá-la na procura de soluções que respondam aos alertas.

Um exemplo prático é o que se passa nas regiões autónomas da Madeira e dos Açores em que, por falta de acordos com entidades prestadoras de cuidados de saúde locais em determinadas especialidades, os militares no activo têm que se deslocar ao Continente, o que se traduz em viagens desnecessárias, com conseqüente aumento das despesas e quebra de produtividade.

Porque a ADM e os Hospitais Militares têm competência para estabelecerem acordos com entidades públicas e privadas para a prestação de cuidados de saúde, se a negociação for feita de forma articulada, provavelmente conseguir-se-ão condições mais



vantajosas para todas as partes envolvidas.

13. Conclusões

Da análise do presente trabalho conclui-se que:

- A hipótese 1, *saúde e doença não são conceitos antagônicos*, foi confirmada. Saúde e doença não são fenômenos independentes, nem são quantitativamente comparáveis, pelo que é necessário encontrar meios para simultaneamente promover a saúde e cuidar das doenças.
- A hipótese 2, *as Forças Armadas devem ter meios de saúde próprios*, foi confirmada. Um Serviço de Saúde Militar é essencial para manter o moral, a coesão e a identidade da condição militar. A força militar organizada tem necessidade de dispor de apoio sanitário específico.
- A hipótese 3, *os militares necessitam de ter acesso a um sistema de assistência na doença*, também foi confirmada. A dispersão dos locais de residência dos militares pelo país e o princípio da proximidade da assistência sanitária justificam que aqueles estejam abrangidos por uma estrutura que lhes proporcione o acesso aos meios e a minimização dos encargos referentes à saúde.
- A hipótese 4, *a ADM, o IASFA e o SSFA têm objetivos complementares na área da saúde*, foi confirmada. As missões destas três entidades não são semelhantes, mas é indispensável uma boa articulação entre si para que o apoio sanitário a prestar aos militares e aos seus familiares seja adequado, eficaz, eficiente e de qualidade.
- A hipótese 5, *a interligação existente entre estas entidades condiciona que as alterações estruturais que ocorram numa delas impliquem a revisão do seu relacionamento com as restantes*, foi confirmada. As ADM's sentiam desde há alguns anos dificuldades orçamentais graves, com repercussões nos seus beneficiários e nas entidades prestadoras de cuidados de saúde, com as quais se relacionavam. No entanto, a criação de uma única entidade (ADM) não elimina, por si só, os problemas preexistentes, mas permitirá uma salutar uniformização de procedimentos no relacionamento com e entre os Órgãos de Saúde dos Ramos. Contudo, a entrega da gestão da ADM ao IASFA levanta um conjunto de questões que urge esclarecer, nomeadamente o financiamento da ADM e do IASFA. A equiparação do regime da ADM ao regime da ADSE não leva em linha de conta a especificidade da condição militar, ao retirar à maioria dos cônjuges o direito de beneficiarem da ADM, nem do Sistema de Saúde das Forças Armadas, ao reduzir a “massa crítica” de potenciais



utilizadores das Unidades Diferenciadas de Saúde militares.

Os encargos referentes à selecção de pessoal, à saúde ocupacional e à saúde operacional devem ser da responsabilidade dos Ramos.

- A hipótese 6, *o SSFA sofrerá profundas modificações, quer de ordem estrutural quer funcional*, não foi confirmada. A ausência de decisão no referente à tão propalada reestruturação do SSFA não permite saber qual o modelo que vai ser adoptado. Independentemente da solução que venha a ser encontrada, é indispensável reequacionar as carreiras do pessoal dos Serviços de Saúde.
- A hipótese 7, *a reestruturação do SSFA deve ter em conta as implicações das alterações introduzidas no regime da ADM*, foi confirmada. Uma ADM única, porque abrange um maior número de beneficiários, tem teoricamente um maior peso negocial que cada uma das ADM's isoladamente. A ADM única pode proporcionar a criação de uma rede mais abrangente de prestadores de cuidados de saúde e uma melhor articulação com a capacidade instalada ou a instalar nos Hospitais Militares. Estes têm que ter em consideração as alterações introduzidas ou a introduzir no regime da ADM, de forma a avaliarem a “massa crítica” de público-alvo e a rentabilização dos seus recursos e investimentos, equacionando soluções alternativas.
- A hipótese 8, *a relação entre as ADM's e o SSFA tinha pontos fortes e pontos fracos*, foi também confirmada. Do antecedente, a relação entre as ADM's e os Serviços de Saúde dos Ramos limitava-se à definição dos potenciais utilizadores dos Hospitais Militares, à facturação e liquidação de encargos e a peritagens médicas.
- A hipótese 9, *os países e as suas Instituições adoptam modelos de assistência na doença em função das suas especificidades e do contexto político e social em que estão inseridos*, foi confirmada. A análise dos modelos de assistência na doença implementados nas Forças Armadas de outros países demonstra que cada um é reflexo da política de Saúde e de Defesa em vigor no respectivo país.
- O modelo agora proposto visa ampliar e sistematizar o relacionamento entre a ADM e o SSFA através da normalização de procedimentos, delimitação de responsabilidades, intensificação da assessoria técnica e da regulação de necessidades, de fluxos e de competências, sem prescindir do indispensável recurso às novas tecnologias de informação e comunicação, com o fim último de prestar o melhor apoio sanitário possível aos militares e aos seus familiares.



BIBLIOGRAFIA

(a) Monografias

- DOCTEUR, Elisabeth, OXLEY, Howard (2003). *Health-Care Systems: Lessons from the reform experience*. OECD HEALTH WORKING PAPERS; 9. Paris
- MDN. *ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA DEFESA NACIONAL*. (2004). Ministério da Defesa Nacional.
- NATO AJP-4.10 (1999) – Allied Joint Medical Support Doctrine
- NATO (1997). *Logistics Handbook*. Medical Support; Chapter 16.

(b) Artigos de publicação em série (revistas)

- ABREU, Rui (2006). *Apontamento para a História da Medicina Militar: A Marinha*. Revista Militar, N.º 8/9 Agosto/Setembro, pp 791-815
- GONÇALVES, Rui (2006). *Resenha Histórica – O Serviço de Saúde da Força Aérea Portuguesa*. Revista Militar, N.º 8/9 Agosto/Setembro, pp 835-855
- MARQUES, José Nunes (2006). *Organização dos Serviços de Saúde Militares: uma visão actual*. Revista Militar, N.º 8/9 Agosto/Setembro, pp 857-878
- REIS, Carlos (2006). *Brevíssima História do Serviço de Saúde do Exército*. Revista Militar, N.º 8/9 Agosto/Setembro, pp 817-834
- SANTO, Gabriel Espírito (2006). *Editorial*. Revista Militar, N.º 8/9 Agosto/Setembro, pp 781-784

(c) Outros documentos

- LOPES, Carlos, MENEZES, António, CARRILHO, António (2007). *A Integração no MDN de uma Estrutura Directora para a Saúde Militar*. TIG-CPOG 2006/2007. IESM.

(d) Legislação

- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA após IV revisão constitucional (Lei Constitucional 1/2004, de 24/07), actualizada nos Artigos 295 e 296 pela Lei Constitucional 1/2005, de 12 de Agosto
- Lei n.º 53-D/2006 de 29 de Dezembro
- Decreto-Lei n.º 45002 de 27 de Abril de 1963
- Decreto-Lei n.º 176/71 de 30 de Abril
- Decreto-Lei n.º 585/73 de 6 de Novembro



- Decreto-Lei n.º 43/76 de 20 de Janeiro
- Decreto-Lei n.º 114/79, de 4 de Maio
- Decreto-Lei n.º 234/2005 de 30 de Dezembro
- Decreto-Lei n.º 158/2005 de 20 de Setembro
- Decreto-Lei n.º 167/2005 de 23 de Setembro
- Decreto-Lei n.º 212/2005 de 09 de Dezembro
- Decreto-Lei n.º 61/2006 de 21 de Março
- Decreto-Regulamentar n.º 22/94 de 01 de Setembro
- Portaria n.º 67/75 de 4 de Fevereiro
- Portaria n.º 762/96 de 27 de Dezembro
- Portaria n.º 284/2007 de 12 de Março
- Despacho n.º 182/MDN/94, de 29 de Dezembro
- Despacho n.º 188/MDN/95, de 31 de Julho
- Despacho n.º 21/MDN/96 de 28 de Fevereiro
- Despacho n.º 4530/2002 do MDN, de 1 de Março
- Despacho Conjunto n.º 393/2006, de 2 de Maio, dos Ministros de Estado e das Finanças e da Defesa Nacional
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005 de 24 de Junho
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2006 de 21 de Abril de 2006

(e) **Sites consultados**

- www.army.mod.uk/servingsoldier/condofserv/healthcare
- www.cnms.fr
- www.mde.es-isfas
- www.mdn.gov.pt
- www.military.com/benefits/tricare
- www.mnm.fr
- www.nato.int
- www.oecd.org
- www.who.int/en/



ANEXOS



ANEXO “A”

BENEFICIÁRIOS DA ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS MILITARES DAS FORÇAS ARMADAS

1.º São beneficiários da assistência na doença aos militares das Forças Armadas prevista no Decreto-Lei n.º 585/73, de 6 de Novembro:

- a) Os militares dos quadros permanentes (QP) nas situações de activo, de reserva e de reforma, com excepção dos que se encontrem nas situações de licença ilimitada e de inactividade temporária, quando tais situações não resultem de doença, bem como os militares separados do serviço;
- b) Os militares em regime de contrato ou voluntariado, nos termos estabelecidos para os militares dos OP;
- c) Os militares alunos dos estabelecimentos militares que frequentem cursos de formação para ingresso nos quadros permanentes;
- d) O pessoal militarizado da Marinha e do Exército, nos termos fixados em diplomas próprios;
- e) Os beneficiários de pensão de invalidez, ex-militares não pertencentes aos QP que ficaram diminuídos por motivo de acidente ocorrido em serviço ou doença adquirida ou agravada em serviço, ou por motivo do mesmo;
- f) Os grandes deficientes do serviço efectivo normal, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 250/99, de 7 de Julho;
- g) Os seguintes familiares ou equiparados dos beneficiários referidos nas alíneas anteriores:
 - 1) O cônjuge ou o cônjuge sobrevivente, enquanto não contrair casamento ou viver em união de facto, reconhecida nos termos legais;
 - 2) A pessoa que vive com o beneficiário titular em união de facto, reconhecida nos termos legais, ou que com ele vivia, à data da sua morte, nas mesmas condições, enquanto não contrair casamento ou constituir nova união de facto;
 - 3) Os descendentes ou equiparados, enquanto tiverem direito ao abono de família ou ao subsídio mensal vitalício ou, ainda, enquanto se encontrarem a exclusivo cargo do militar e reunirem as seguintes condições:
 - i) Terem menos de 18 anos de idade;



- ii) Terem menos de 21 anos e estarem matriculados e a frequentar curso de nível secundário ou equiparado;
 - iii) Terem menos de 25 anos e estarem matriculados e a frequentar curso superior ou equiparado;
 - iv) Terem menos de 25 anos e serem crianças ou jovens portadores de deficiência, em função da qual sejam devidas prestações por encargos com deficiência no âmbito da protecção familiar;
- 4) Os ascendentes ou equiparados que vivam efectivamente em comunhão de habitação com o beneficiário titular e não auferam, cada um, rendimentos superiores à pensão mínima do regime geral;
- h) Os beneficiários da pensão de preço de sangue, ao abrigo das alíneas a) e c) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 466/99, de 6 de Novembro.

2.º Para efeitos de aplicação da presente portaria, as ADM podem exigir os meios de prova que considerem necessários.

3.º Mantêm-se inalterados os direitos dos beneficiários que, à data de entrada em vigor da presente portaria, se encontrem inscritos nas ADM, observando-se os requisitos legais e normativos anteriormente fixados.

4.º Os beneficiários referidos no número anterior que percam o direito à assistência na doença após a entrada em vigor da presente portaria só o poderão readquirir observando os requisitos legais e normativos ora estabelecidos.

(Nova redacção do n.º 3 da Portaria n.º 67/75, de 4 de Fevereiro, com a redacção dada pelas Portarias n.ºs 594/75, de 9 de Outubro, e 883/84, de 4 de Dezembro, inserta na Portaria n.º 182/2005 de 15 de Fevereiro)

NOTA: Todos estes diplomas foram revogados pelo Decreto-Lei n.º 167/2005 de 23 de Setembro



ANEXO “B”

ADM’s - POSTOS DE ATENDIMENTO A OPERAR NAS U/E/O

EXÉRCITO

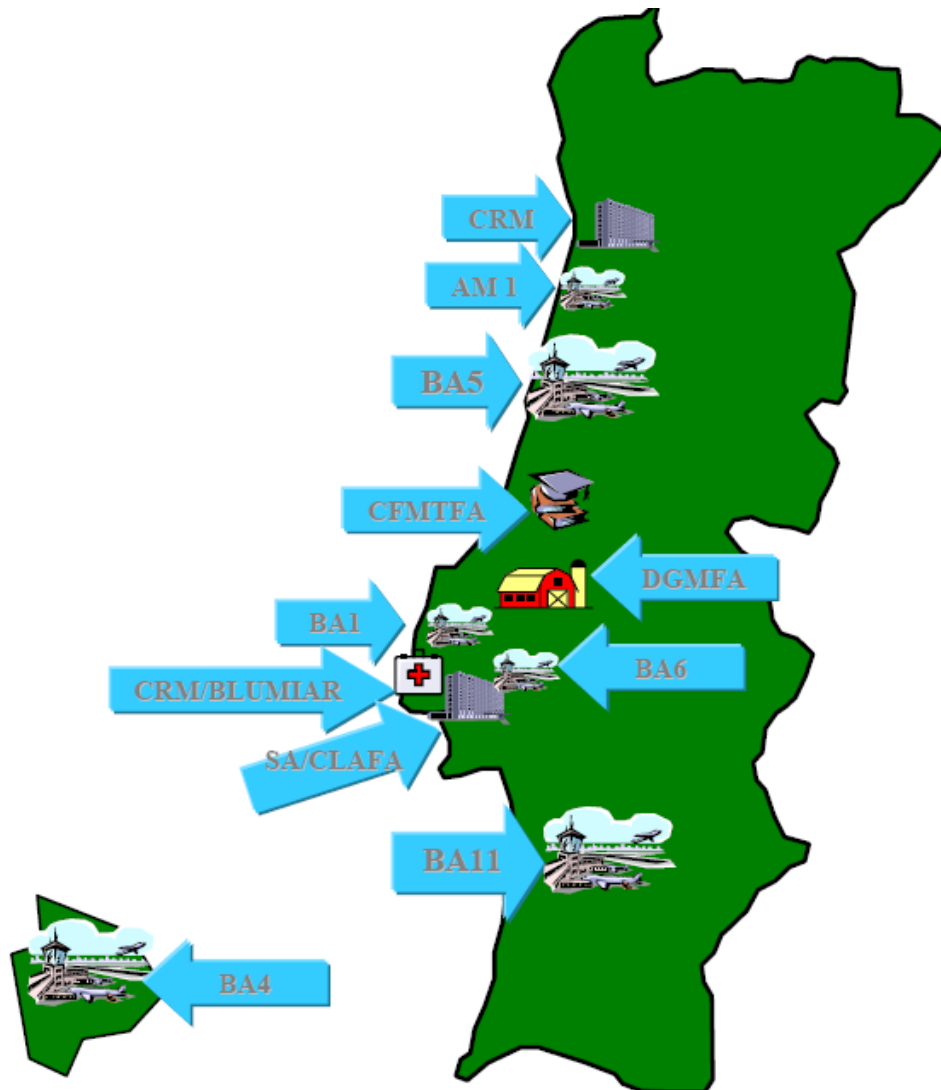
ACADEMIA MILITAR SR.ª IVONE	COFT - OEIRAS SR.ª ANA LOPES	EPI - MAFRA SR.ª EDITE COELHO	QG RMS - EVORA 1SAR QUITERIO
AMSJ - AVEIRO ADM ANA MARTINS	COLEGIO MILITAR SR.ª IVONE	EPSM - ENTRONCAMENTO AAE ROSA BRAS	RA 4 - LEIRIA FUR SILVA
BISM SAJ HOMEM	CPAE - LISBOA . AMD OTÍLIO	EPT – PORTO SR.ª MONICA	RA 5 - VILA NOVA DE GAIA SR.ª NAVILIA FERNANDO
BLI - COIMBRA SR MAMEDE	CRCB - CASTELO BRANCO SAJ FERRAZ .	ESE - CALDAS DA RAINHA SAJ HENRIQUES	RAA1 - QUELUZ SAJ FERNANDES
BST - LISBOA FUR CAMARA	CR FARO SAJ CRISTO	ETAT - TANCOS SR.ª ROSA AMOROSO	RC 3 - ESTREMOZ SAJ SANT ANA
CFL - LISBOA SCH SILVA	DARH/DAMP - LISBOA 1SAR LOPES	HMB - BELEM SAJ RODRIGUES	RC 6 - BRAGA 1SAR LIMA
CIE - LISBOA SAJ CARMONA	DASP - LISBOA GERAL	HMP - ESTRELA SCH SANCHES	RE 1 - LISBOA 1SAR MIRANDA
CIOE - LAMEGO 1 SAR GAMA	DGME ADM ANABELA	HMR 1 - PORTO AAP CAROLINA TORRES	RE 3.... ESPINHO 2SAR MARTINS
CF/RMN - PORTO SMOR PIRES	OSS - LISBOA SAJ AMAOEU	HMR 2 - COIMBRA 1 SAR JOAO	RG 1 - ANGRA DO HEROISMO 1 SAR CARVALHO
CF/ZMM - FUNCHAL 1 SAR AFONSECA	EME - LISBOA AJD TEIXEIRA	IASFA.... VISEU . SMOR FERREIRA	RG 2 - ARRIFES 2SAR FRANÇA
CF/RMA SR. ANTONIO GONÇALVES	EMEL - PAÇO DE ARCOS SR.ª M.ª SANTOS	IESM - LISBOA	RG 3.... FUNCHAL ALF CARVALHO
CM ADM M.ª MENDES	EPA - VENDAS NOVAS SR.ª JULIANA	IMPE - LISBOA SAJ BAPTISTA	RI 1 - BELAS SRª M.ª DA LUZ
CMFT - TAVIRA 1 SAR GOMES	EPAM - P. VARZIM 2SAR ARAUJO / EPC	I0 - ODIVELAS AAE M.ª CONCEIÇÃO	RI 2 - ABRANTES FUR CAMPOS
CMSM – ST. MARGARIDA SR.ª ANA LOMBA	EPC – SANTAREM APP M.ª MONTEIRO	MMB - BRAGANÇA SAJ JEANNE	RI 3- BEJA SAJ MENDES
CMD INST 2SAR RODRIGUES	EPE - P. RIBATEJO ALF GARRINHAS	QG RMN - PORTO 1SAR OLIVEIRA	RI 8 - ELVAS SR.ª ROSA CONCEIÇÃO
RI 13 – VILA REAL SOLD JORGE	RI 14 – VISEU SAJ PINTO FERREIRA	RI 15 – TOMAR AAE M.ª SIMÕES	RI 19 – CHAVES SR.ª ALICE
RL 2 – LISBOA 1SAR ALMEIDA	RT – LISBOA 1SAR FERREIRA		

FONTE: ADME



IMPLANTAÇÃO TERRITORIAL DOS POSTOS DE ATENDIMENTO

FORÇA AÉREA



FONTE: ADMFA



ANEXO "C"

ADM's – Beneficiários por grupos etários

Marinha (2005)

Idade	Titulares	Familiares	Total	(%) 2005
<25 anos	3.254	10.773	14.027	28,10
25-34 anos	2.899	2.005	4.904	9,83
35-44 anos	3.596	3.534	7.130	14,29
45-54 anos	3.986	3.468	7.454	14,93
55 -64 anos	2.802	3.137	5.939	11,90
>64 anos	4.137	6.321	10.458	20,95
Total:	20.674	29.238	49.912	100

Força Aérea (2005)

Beneficiários				
Idade	Titulares	Familiares	Total	%
0 - 24	2.024	6.240	8.264	31%
25 - 34	2.123	948	3.071	11%
35 - 44	2.158	2.105	4.263	16%
45 - 54	1.610	1.516	3.126	12%
55 - 64	1.343	1.851	3.194	12%
> 64	2.492	2.483	4.975	18%
Total	11.750	15.143	26.893	100%

Exército (2006)

Idade	Titulares	Familiares	Total	%	
< 10 anos	-	6286	6286	8,14	17,95%
10-19 anos	1933	5648	7581	9,81	
20-29 anos	8059	3392	11451	14,82	
30-39 anos	2919	3249	6168	7,98	
40-49 anos	4089	3921	8010	10,37	32,05%
50-59 anos	6433	6562	12995	16,82	
60-69 anos	6669	6620	13289	17,20	
70-79 anos	3945	3807	7752	10,03	
80-89 anos	884	1907	2791	3,61	
> 90 anos	387	540	927	1,20	14,85%
Total	35318	41932	77250	100,00	

Fontes: ADMA, ADME, ADMFA



ANEXO "D"

ADM's - ENCARGOS COM A SAÚDE

ENCARGOS ASSUMIDOS

(milhares de euros)

	2001	2002	2003	2004	2005
ADMA	31.798	35.303	32.615	37.056	52.556
ADME	54.322	65.637	54.966	78.246	114.777
ADMFA	16.858	17.116	18.884	19.468	20.165
TOTAL	102.978	118.056	106.465	134.770	187.498

ENCARGOS LIQUIDADOS

(milhares de euros)

	2001	2002	2003	2004	2005
ADMA	24.920	33.208	25.232	20.316	38.420
ADME	43.252	53.888	34.403	55.095	67.364
ADMFA	15.463	16.078	20.044	18.972	17.374
TOTAL	83.635	103.174	79.679	94.383	123.158

ENCARGOS POR LIQUIDAR

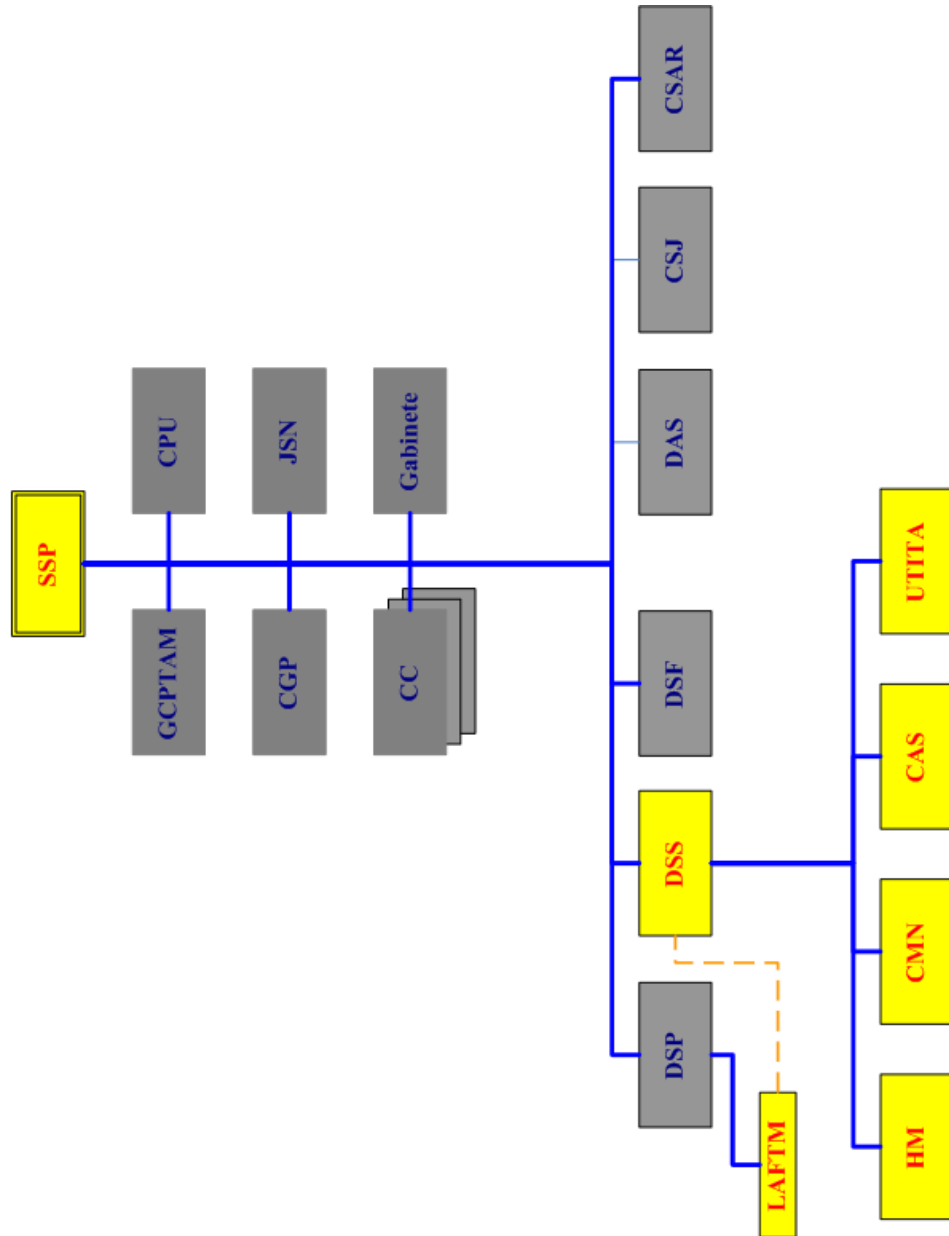
(milhares de euros)

	2001	2002	2003	2004	2005
ADMA	6.878	2.095	7.383	16.740	14.136
ADME	11.070	11.749	20.563	23.151	47.413
ADMFA	1.395	1.038	-1.160	496	2.791
TOTAL	19.343	14.882	26.786	40.387	64.340



ANEXO "E"

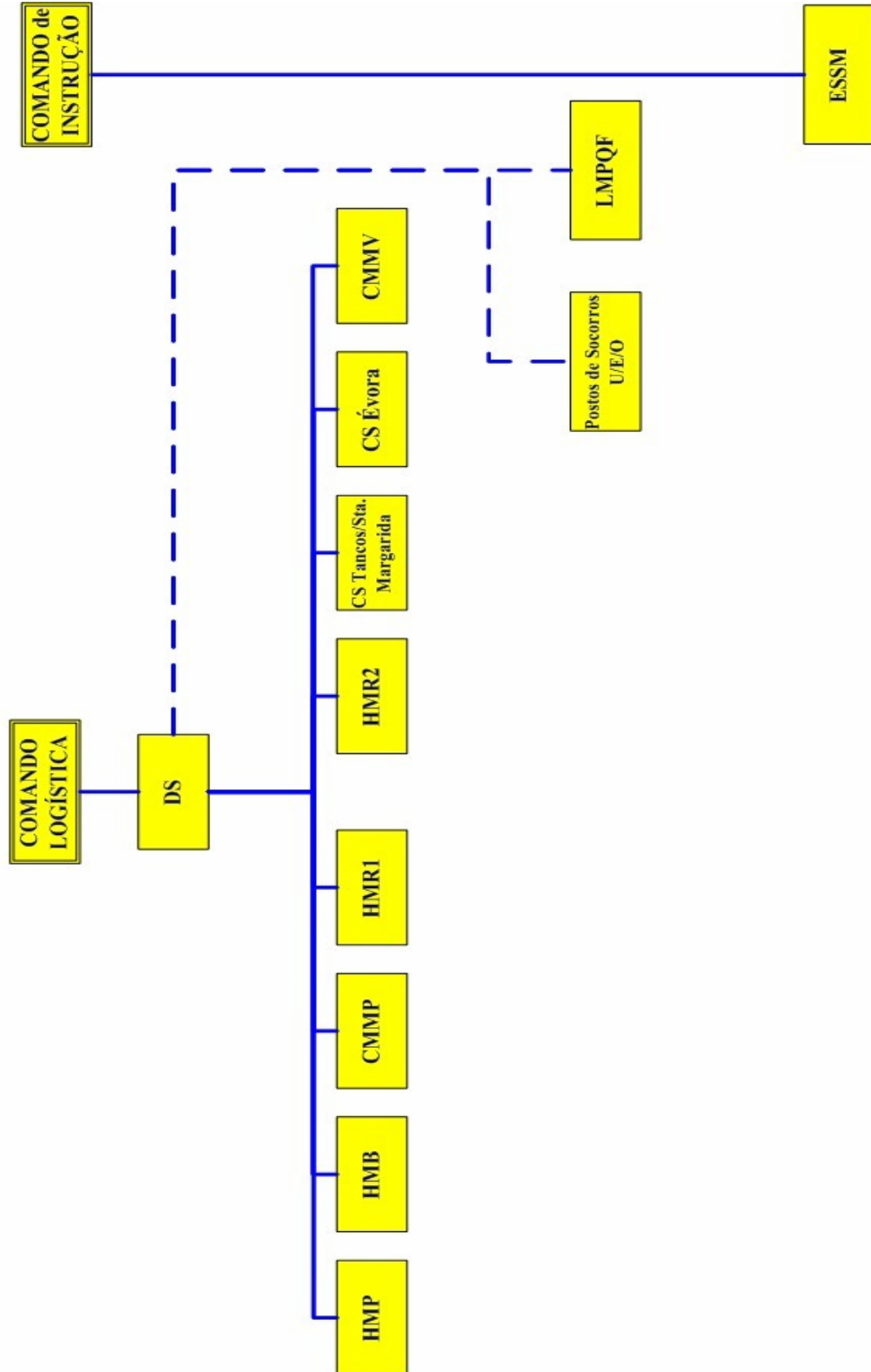
Estrutura da Saúde da Marinha





ANEXO “F”

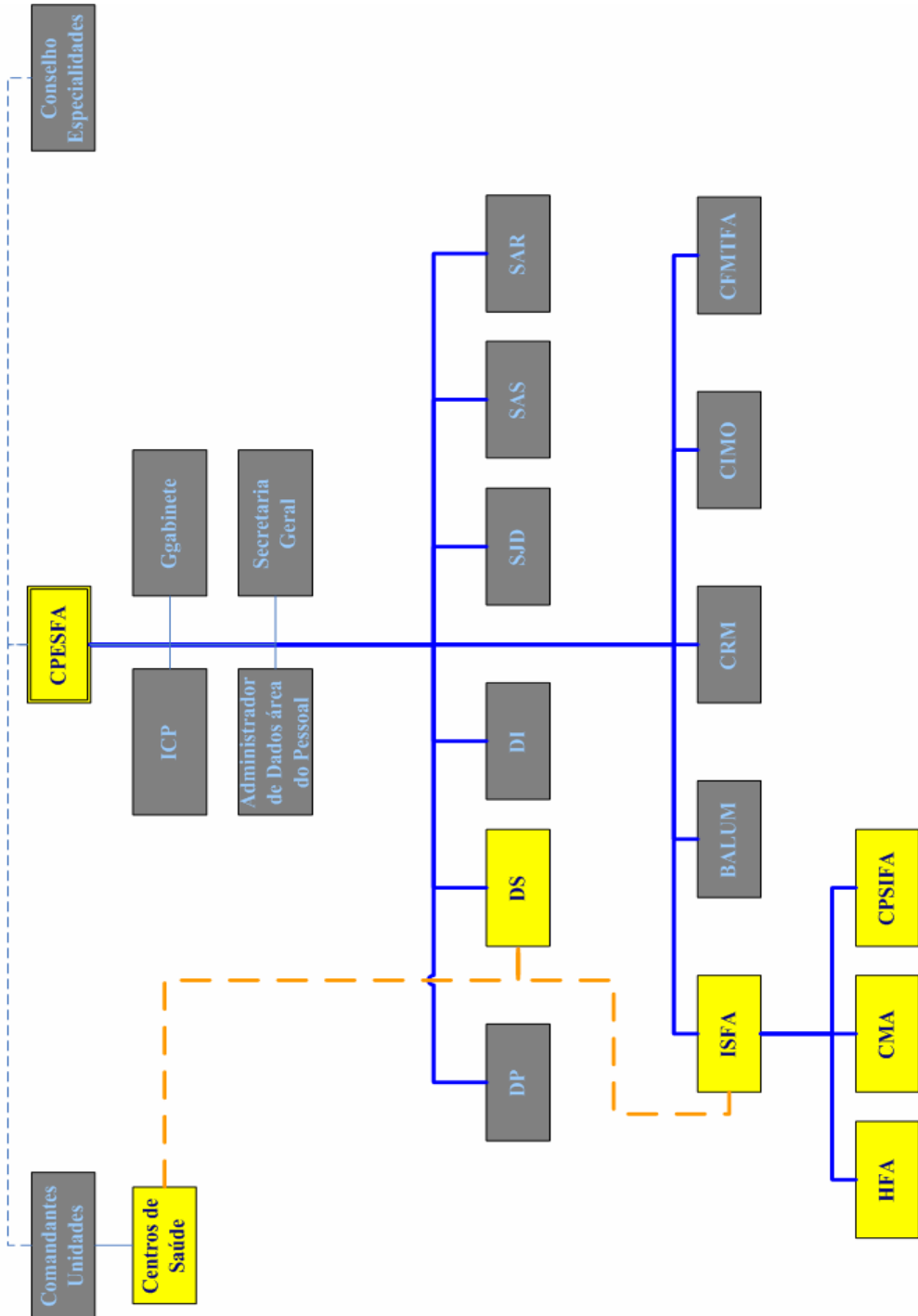
Estrutura da Saúde do Exército





ANEXO “G”

Estrutura da Saúde da Força Aérea





ANEXO “H”

A DOCTRINA NATO PARA O APOIO SANITÁRIO

Os meios envolvidos no apoio sanitário às missões variam em função dos escalões combatentes empenhados, dos meios sanitários disponíveis no TO e do nível de participação acordado. Segundo a Doutrina NATO, existem 4 níveis fundamentais de apoio, estruturados num sistema de complexidade e capacidade progressivas.

Em operações terrestres ou aéreas:

“**Role 1**”, que integra ou apoia uma pequena unidade, é a primeira linha de intervenção do sistema de saúde e tem capacidade para prestar primeiros socorros, medidas imediatas de suporte de vida e triagem. Adicionalmente, contribui para a promoção da saúde e bem-estar dos efectivos, através de orientações dirigidas à prevenção de doenças, de acidentes não relacionados com o combate e de stress operacional. Assegura consultas de rotina e o tratamento de doenças e lesões de pouca gravidade, que permitam o retorno imediato ao serviço. Considera-se **Role 1⁺** se, às capacidades descritas forem acrescentadas uma ou mais das seguintes valências: Muito limitada capacidade de internamento, tratamento dentário de urgência, análises laboratoriais básicas, medicina preventiva, terapêutica do stress operacional.

“**Role 2**”, geralmente disponibilizado a unidades tipo Brigada ou maiores, assegura reforço de pessoal e reabastecimento sanitário do Role 1, evacuações a partir das unidades “role 1”, triagem e reanimação, terapêutica do stress operacional, tratamento e internamento de indisponíveis, até estarem em condições de retomar o serviço ou de serem evacuados, e ainda tratamento dentário de urgência. Se a missão o aconselhar, este nível pode ter capacidade para assegurar cirurgia de urgência e cuidados post-operatórios imediatos, cuidados intensivos, imageologia básica, banco de sangue e análises clínicas, sendo então classificado como **Role 2⁺**.

“**Role 3**”, disponível a nível da Unidade Divisão ou superior, integra capacidades suplementares, incluindo meios auxiliares de diagnóstico, especialidades médicas e cirúrgicas, medicina preventiva, medicina dentária e inspecção de alimentos. Este nível de cuidados, normalmente prestado em hospitais de campanha, tem capacidade para assegurar o diagnóstico, o tratamento, o internamento e a recuperação dos indisponíveis dentro do regime de evacuação definido para o TO. Se dispuser de uma ou mais das valências



seguintes (especialidades cirúrgicas, médicas e dentárias diferenciadas, meios de diagnóstico especializados, medicina preventiva e ambiental), é classificado como **Role 3⁺**.

“**Role 4**”, presta terapêutica definitiva aos indisponíveis cujo período de tratamento ultrapassa o regime de evacuação definido para o TO, ou que ultrapassa as capacidades instaladas no “Role 3”. Envolve normalmente cuidados cirúrgicos e médicos especializados, cirurgia reconstrutiva e reabilitação, sendo a última linha de tratamento, o que envolve recursos consideráveis, pelo que é geralmente assegurado no país de origem.

Em meio naval há algumas diferenças expressas em:

“**Role 2**”, disponível em terra ou a bordo de navios combatentes de grande porte ou de navios logísticos, equivale ao Role 2⁺ da componente terrestre, e dispõe de capacidade cirúrgica de urgência, mas a capacidade de cuidados post-operatórios imediatos é limitada, pelo que a evacuação sanitária é essencial.

“**Role 3**”, disponível em terra ou a bordo de navios-hospitais ou de navios anfíbios de grande porte, dispõe de equipas cirúrgicas, médicas e dentárias diferenciadas, corresponde ao Role 3⁺ da componente terrestre.

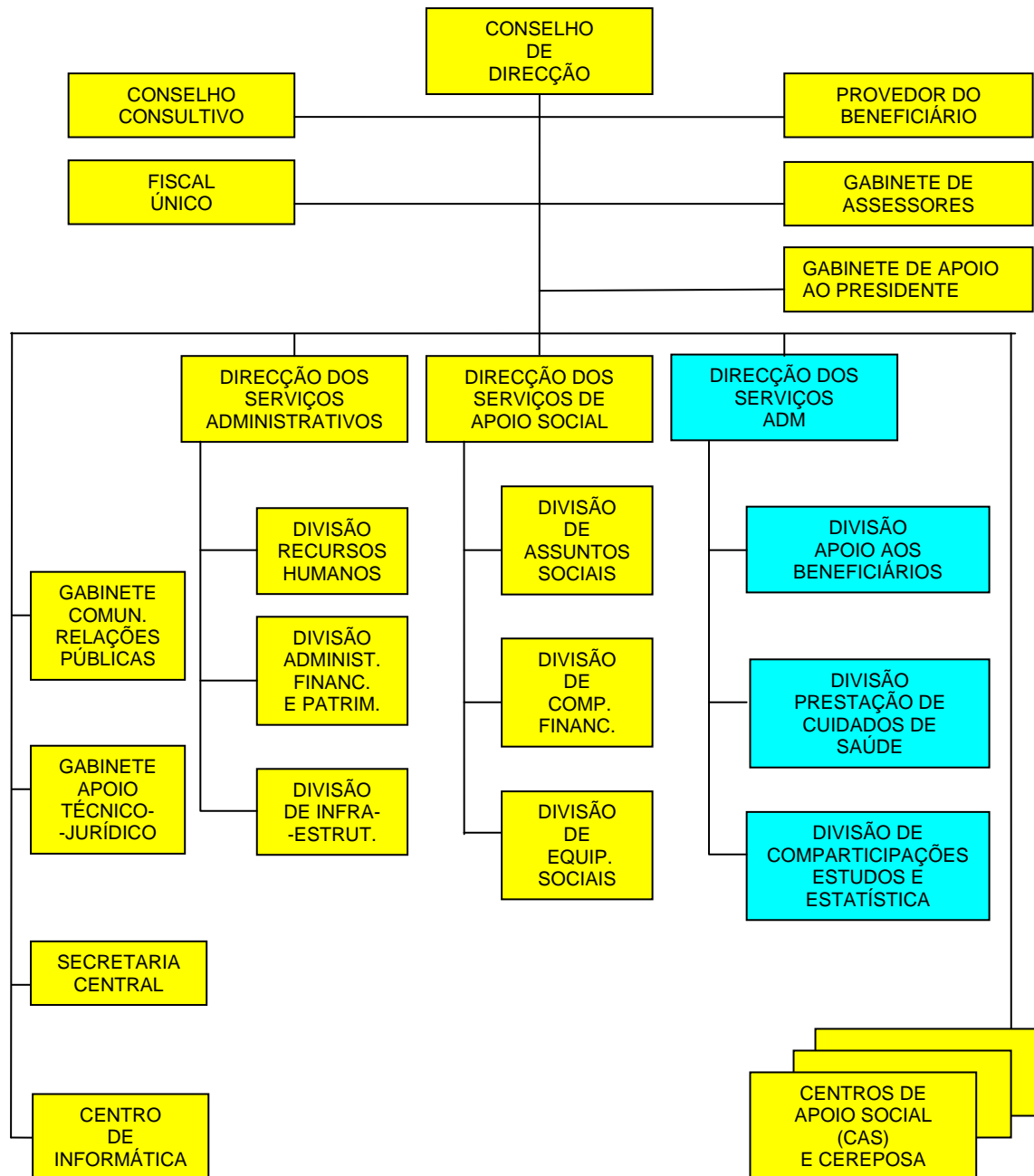
“**Role 4**”, disponível apenas em terra, situam-se ou no país hospedeiro ou no país de origem.



ANEXO "P"

INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL DAS FORÇAS ARMADAS

PROJECTO DE ORGANOGRAMA





ANEXO “J”

MINISTÉRIOS DAS FINANÇAS, DA EDUCAÇÃO, DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE E DA REFORMA DO ESTADO E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Despacho conjunto n.º 156/2002. — Pelo Decreto-Lei n.º 387/99, de 28 de Setembro, foi criada a Agência Nacional de Educação e Formação de Adultos (ANEFA), dotada de personalidade jurídica, de autonomia científica, técnica e administrativa, sujeita à dupla superintendência e tutela dos Ministros da Educação e do Trabalho e da Solidariedade, com a atribuição de desenvolver e divulgar modelos, metodologias e materiais de intervenção pedagógica e sócio-educativa específicos para a educação e formação de adultos e promover de forma gradual um sistema de reconhecimento e validação das aprendizagens informais dos adultos, visando a certificação escolar e profissional.

Pelo artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 387/99 foi criada a ANEFA, em regime de instalação, nos termos do Decreto-Lei n.º 215/97, de 18 de Agosto, por um período de dois anos, pelo que, esgotado esse período de instalação em 29 de Setembro de 2001, e não estando reunidas as condições viabilizadoras da cessação deste regime, mas encontrando-se os diplomas que fixarão os serviços, o funcionamento e o regime de pessoal da ANEFA em processo de elaboração, torna-se necessário proceder à prorrogação desse período.

Assim, ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 215/97, de 18 de Agosto, determina-se:

1 — O período de instalação da Agência Nacional de Educação e Formação de Adultos (ANEFA), terminado em 28 de Setembro de 2001, é prorrogado, excepcionalmente, até ao limite de um ano.

2 — Consideram-se ratificados os actos praticados pela comissão instaladora desde 28 de Setembro de 2001, no âmbito das atribuições definidas pelo Decreto-Lei n.º 387/99, de 28 de Setembro.

31 de Outubro de 2001. — Pelo Ministro das Finanças, *Rui Pedro da Conceição Coimbra Fernandes*, Secretário de Estado do Orçamento. — Pelo Ministro da Educação, *Domingos Manuel Barros Fernandes*, Secretário de Estado da Administração Educativa. — Pelo Ministro do Trabalho e da Solidariedade, *António Maria Bustorff Dornelas Cysneiros*, Secretário de Estado do Trabalho e Formação. — Pelo Ministro da Reforma do Estado e da Administração Pública, *Alexandre António Cantigas Rosa*, Secretário de Estado da Administração Pública e da Modernização Administrativa.

MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL

Gabinete do Ministro

Despacho n.º 4530/2002 (2.ª série). — Considerando que, numa organização moderna, a par do reconhecimento do elevado custo que está associado ao respectivo pessoal, se exige um esforço permanente na procura de soluções que assegurem uma efectiva racionalização dos recursos existentes e a optimização da relação custo/eficácia em todas as suas áreas funcionais;

Considerando que, em concreto, o subsistema de saúde militar carece de maior capacidade de resposta às diferentes solicitações que são presentes às Forças Armadas e que essa capacidade sairá reforçada pela existência de um órgão que possa fornecer uma perspectiva de actuação conjunta;

Considerando ainda que esse órgão, reunindo os responsáveis directos pela gestão da saúde militar em cada um dos ramos das Forças Armadas, possibilitará uma maior concatenação de esforços e gerará sinergias, indispensáveis a uma gestão racional do subsistema de saúde militar;

Considerando, por último, que é necessário, de acordo com as Grandes Opções do Plano, aprovadas pela Lei n.º 109-A/2001, de 27 de Dezembro, iniciar a instalação de uma estrutura central responsável pelo estudo das políticas de saúde militar, seu planeamento e consequente acompanhamento e avaliação da execução das políticas aprovadas:

Determino o seguinte:

Artigo 1.º

Âmbito

É criado, junto do Ministro da Defesa Nacional, o Conselho Coordenador da Saúde Militar (CCSM).

Artigo 2.º

Composição

- 1 — O CCSM é composto por um presidente, a nomear por despacho do Ministro da Defesa Nacional, e quatro vogais.
- 2 — Os vogais são os directores dos serviços de saúde dos ramos das Forças Armadas e da Escola de Serviço de Saúde Militar.

Artigo 3.º

Funcionamento

- 1 — O CCSM reúne semanalmente, podendo ter reuniões extraordinárias, por convocação do presidente, sempre que necessário.
- 2 — O presidente é substituído, nas suas faltas e impedimentos, pelo vogal com maior antiguidade no posto.
- 3 — O presidente pode convocar para as reuniões do CCSM os peritos cujo parecer entenda vantajoso, bem como constituir grupos de trabalho para o estudo de questões específicas.

Artigo 4.º

Competência

- 1 — Compete, em geral, ao CCSM o estudo, planeamento e concepção das políticas de saúde militar e o controlo e avaliação da execução das políticas aprovadas.
- 2 — Compete, em especial, ao CCSM:

- a) Estudar e propor medidas de política de saúde militar, nomeadamente nas vertentes do apoio às forças e da assistência na doença, bem como acompanhar e avaliar a execução das políticas aprovadas;
- b) Propor ao Ministro da Defesa Nacional medidas de coordenação das actividades do subsistema de saúde militar;
- c) Propor ao Ministro da Defesa Nacional directivas de orientação técnica do subsistema de saúde militar, nomeadamente de preparação profissional do pessoal do subsistema;
- d) Colaborar na elaboração do orçamento relativo à saúde militar e à assistência na doença e acompanhar o planeamento e a afectação dos recursos humanos, materiais e financeiros do subsistema de saúde militar;
- e) Elaborar estudos, acompanhar e avaliar a instalação de serviços de utilização comum nos ramos das Forças Armadas e de órgãos de apoio a mais do que um ramo, de acordo com orientações superiores ou por proposta dos ramos;
- f) Propor ao Ministro da Defesa Nacional medidas de prevenção da doença e de acidentes, medidas de salubridade e higiene, bem como medidas de coordenação das actividades de apoio sanitário às Forças Armadas;
- g) Emitir parecer sobre os procedimentos de aquisição do material de saúde e dos produtos farmacêuticos e proceder ao estudo de medidas de uniformização e racionalização do abastecimento, a aprovar pelo Ministro da Defesa Nacional;
- h) Participar na preparação de exercícios conjuntos ou combinados do pessoal de saúde;
- i) Promover a articulação institucional, a cooperação e o relacionamento do subsistema de saúde militar com o Serviço Nacional de Saúde, as Ordens dos Médicos, Médicos Dentistas, Enfermeiros e Farmacêuticos e outras entidades nacionais da área da saúde;
- j) Preparar, desenvolver e acompanhar acções de cooperação com entidades estrangeiras e internacionais na área da saúde, nomeadamente no âmbito dos acordos de normalização (STANAG) e das políticas de saúde da NATO;
- l) Assegurar a representação nacional no Comité dos Chefes dos Serviços Médicos Militares da NATO (COMEDS) e no Comité Internacional de Medicina Militar (CIMM);
- m) Emitir parecer sobre a resposta ao planeamento de forças NATO, bem como à Iniciativa de Capacidades de Defesa (ICD).

Artigo 5.º

Relacionamento

O CCSM relaciona-se directamente com os serviços de saúde dos ramos, a Escola de Serviço de Saúde Militar e outras entidades que prossigam objectivos afins.

Artigo 6.º

Apoio técnico e administrativo

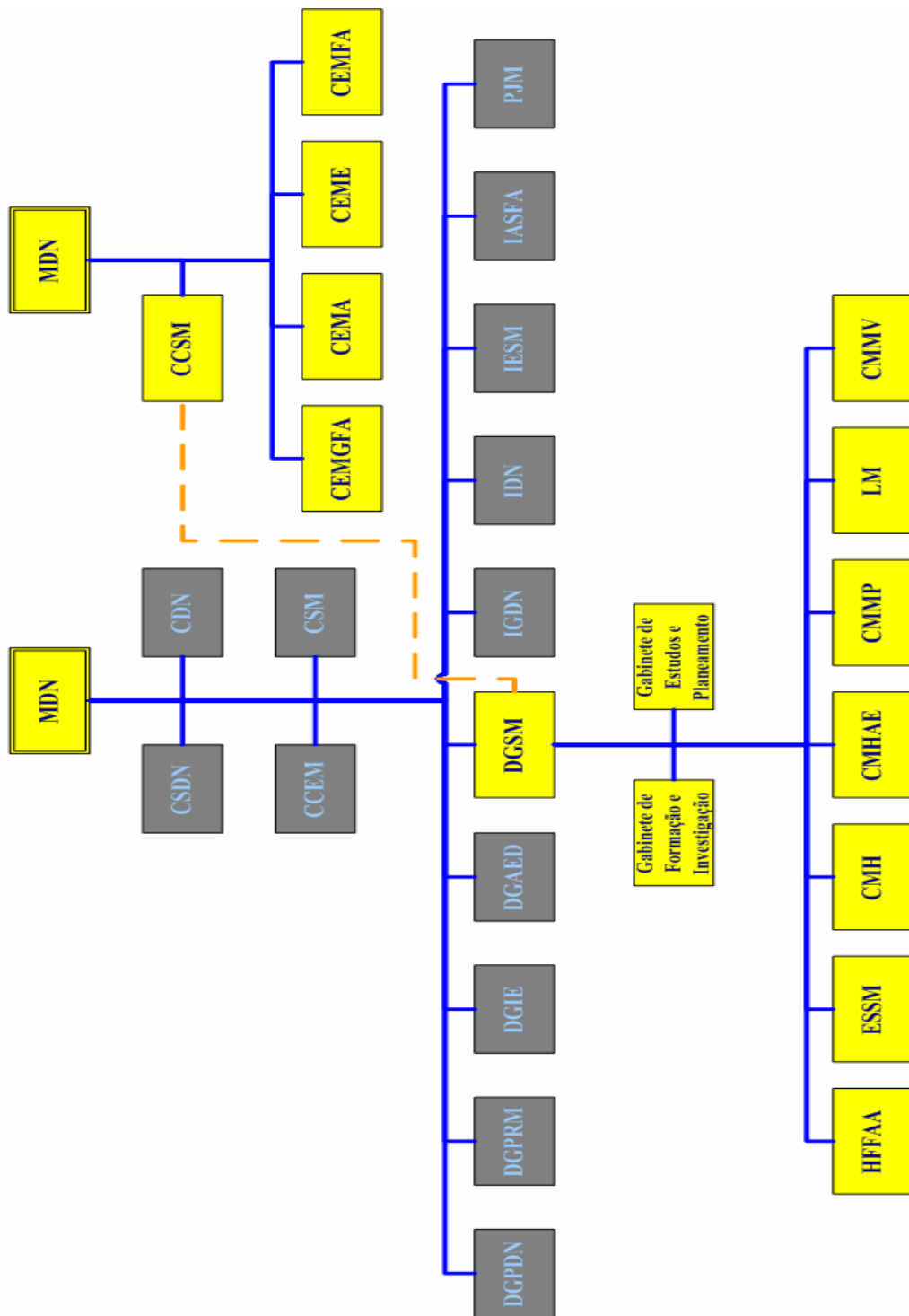
Prestam apoio técnico e administrativo ao CCSM a Divisão de Saúde Militar e a Divisão de Assuntos Sociais da Direcção-Geral de Pessoal e Recrutamento Militar do Ministério da Defesa Nacional.

14 de Fevereiro de 2002. — O Ministro da Defesa Nacional, *Rui Eduardo Ferreira Rodrigues Pena*.



ANEXO “K”

Proposta para a nova Estrutura Superior da Saúde Militar





ANEXO “L”

O APOIO SOCIAL E SANITÁRIO AOS MILITARES NOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA



Your TRICARE Benefits Explained

Do you understand your TRICARE benefits? Do you know if you are enrolled in the TRICARE coverage plan that best suits your family's needs? Are you completely confused by all the TRICARE coverage options, co-pays, deductibles, and acronyms?

If so you are not alone, our surveys have found that most service members and their families are confused by TRICARE. The fact is, TRICARE is a enormous and very complex health care system.

We can help clarify many of your questions and concerns. You owe it to yourself and your family to find out as much as you can about TRICARE before making any decisions! The following provides a summary of this complex program:

TRICARE has three main coverage choices for health care:

- [TRICARE Prime](#) - where Military Treatment Facilities (MTFs) are the principal source of health care.
- [TRICARE Extra](#) - a preferred provider option that saves money; and
- [TRICARE Standard](#) - a fee-for-service option (the original CHAMPUS program);

Making the Choice

Your main challenge will probably be deciding which TRICARE option, Prime, Extra or Standard, is best for you. The following tables provide examples of cost-shares or co-payments for families who use civilian providers and facilities under each of the three TRICARE options. The listed fees are subject to change.



Eligible Active Duty, Guard and Reserve Family Members:

	TRICARE Prime	TRICARE Extra	TRICARE Standard
Annual Deductible	None	\$150/individual or \$300/family for E-5 & above; \$50/\$100 for E-4 & below	\$150/individual or \$300/family for E-5 & above; \$50/100 E-4 below
Annual Enrollment Fee	None	None	None
Civilian Outpatient Visit	No Cost	15% of negotiated fee	20% of allowed charges for covered service
Civilian Inpatient Admission	No Cost	Greater of \$25 or \$14.35/day	Greater of \$25 or \$14.35/day
Civilian Inpatient Behavioral Health	No Cost	Greater of \$20 per day or \$25 per admission	Greater of \$20 per day or \$25 per admission
Civilian Inpatient Skilled Nursing Facility Care	\$0 per diem charge per admission	\$11/day (\$25 minimum) Charge per admission	\$11/day (\$25 minimum) Charge per admission
	No separate co-payment/cost-share for separately billed professional charges		



Retirees (under 65), Their Family Members, and Others

	TRICARE Prime	TRICARE Extra	TRICARE Standard
Annual Deductible	None	\$150/individual or \$300/family	\$150/individual or \$300/family
Annual Enrollment Fee	\$230/individual \$460/family	None	None
Civilian Cost Shares		20% of negotiated fee	25% of allowed charges for covered service
Outpatient Emergency Care	\$12 \$30 \$25		
Mental Health Visit	\$17 (group visit)		
Civilian Inpatient Cost Share	Greater of \$11 per day or \$25 per admission; no separate copayment for separately billed professional charges	Lesser of \$250/day or 25% of negotiated charges plus 20% of negotiated professional fees	Lesser of \$535/day or 25% of billed charges plus 25% of allowed professional fees
Civilian Inpatient Skilled Nursing Facility Care	\$11/day (\$25 minimum) charge per admission	\$250 per diem cost share or 20% cost share of total charges, whichever is less, institutional services, plus 20% cost share of separately billed professional charges	25% cost-share of allowed charges for institutional services, plus 25% cost-share of allowable for separately billed professional charges.
Civilian Inpatient Behavioral Health	\$40 per day; no charge for separately billed professional charges	20% of total charge. Plus, 20% of the allowable charge for separately billed professional services	High Volume Hospitals - 25% hospital specific per diem, plus 25% of the allowable charge for separately billed professional services; Low Volume Hospitals - \$175 per day or 25% of the billed charges, whichever is lower, plus 25% of the allowable charge for separately billed services



Other TRICARE Programs

TRICARE has many other programs including TRICARE for Life, TRICARE Dental, etc... For more information see our [TRICARE section](#), or click on the links below to learn more about:

- [Defense Enrollment Eligibility Reporting System \(DEERS\)](#)
- [TRICARE Service Centers](#)
- [TRICARE Eligibility](#)
- [Family Care Authorized](#)
- [Priority of Care](#)
- [TRICARE and Medicare](#)
- [TRICARE Cost Co-Pay Schedule](#)
- [TRICARE Extra](#)
- [TRICARE for Life](#)
- [TRICARE Overseas](#)
- [TRICARE Pharmacy Options](#)
- [TRICARE Prime](#)
- [TRICARE Prime Remote](#)
- [TRICARE Reserve and Guard Overview](#)
- [TRICARE Senior Pharmacy Program](#)
- [TRICARE Standard](#)
- [TRICARE Dental Plan \(TDP\)](#)
- [TRICARE DTP - Overseas](#)
- [TRICARE Retiree Dental Program \(TRDP\)](#)
- [TRICARE ECHO \(Formerly PFPWD\)](#)
- [TRICARE Plus](#)

TRICARE Authorized Care

TRICARE is limited by law to authorize the following types of health care may be provided under TRICARE for dependents:

- Hospitalization.
- Outpatient care.
- Drugs.
- Treatment of medical and surgical conditions.
- Treatment of nervous, mental, and chronic conditions.
- Treatment of contagious diseases. · Physical examinations, including eye examinations, and immunizations.
- Maternity and infant care, including well-baby care that includes one screening of an infant for the level of lead in the blood of the infant.
- Diagnostic tests and services, including laboratory and X-ray examinations.
- Dental care.
- Ambulance service and home calls when medically necessary.
- Durable equipment, which may be provided on a loan basis.
- Primary and preventive health care services for.
- Preventive health care screening for colon or prostate cancer.
- Prosthetic devices, as determined to be necessary.



- A hearing aid, but only for a dependent of a member of the uniformed services on active duty and only if the dependent has a profound hearing loss.
- Any rehabilitative therapy when prescribed by a physician.

Items that may be provided to a patient include the following:

- Any durable medical equipment to aid a body part, or to prevent the deterioration of the patient's function or condition.
- Any durable medical equipment that can maximize the patient's function consistent with the patient's physiological or medical needs.
- Wheelchairs.
- Iron lungs.
- Hospital beds.
- Other equipment customizations, accessories, or items for:
 - achieving therapeutic benefit for the patient;
 - making the equipment serviceable; or
 - otherwise assuring the proper functioning of the equipment.

Fonte: <http://www.military.com/benefits/tricare/understanding-your-tricare-benefits>



GLOSSÁRIO DE CONCEITOS

Órgãos de apoio a mais de um Ramo – órgãos que, inseridos na estrutura de um dado Ramo, têm como missão primária assegurar um apoio integrado, dispondo para isso, estruturalmente, de elementos e recursos dos Ramos apoiados.

Serviço de Utilização Comum (SUC) – órgão e/ou serviço especializado localizado no estabelecimento de saúde de um dos Ramos, ao qual compete a sua organização, gestão e funcionamento, funciona com os recursos humanos e materiais próprios do Ramo onde está sediado e proporciona atendimento aos utentes dos três Ramos das FFAA, em condições de plena igualdade.

Marinha – Medicina Hiperbárica, UTITA e Laboratório de hemodinâmica;

Exército – Serviços de Hemodiálise, Imuno-hemoterapia e Infecçiology;

Força Aérea – Centro de Medicina Aeronáutica e Serviço de Medicina Nuclear

Zoonose – doença infecciosa ou parasitária que os animais vertebrados transmitem naturalmente ao homem e, reciprocamente, este àqueles.