

**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS
CURSO DE PROMOÇÃO A OFICIAL GENERAL
2022/2023**



TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL

**O HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS
NA MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DE COMBATE**

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

**Carlos Manuel Lobato Gomes de Sousa
COR MED**



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS

O HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS
NA MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DE COMBATE

COR MED Carlos Manuel Lobato Gomes de Sousa

Trabalho de Investigação Individual do CPOG 2022/2023

Pedrouços 2023



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS

O HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS
NA MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DE COMBATE

COR MED Carlos Manuel Lobato Gomes de Sousa

Trabalho de Investigação Individual do CPOG 2022/2023

Orientador: COM MN António José Machado dos Santos de Oliveira Anão

Pedrouços 2023



Declaração de compromisso Antiplágio

Eu, **Carlos Manuel Lobato Gomes de Sousa**, declaro por minha honra que o documento intitulado **O Hospital das Forças Armadas na Manutenção do Potencial de Combate** corresponde ao resultado da investigação por mim desenvolvida enquanto auditor do **CPOG 2022/2023** no Instituto Universitário Militar e que é um trabalho original, em que todos os contributos estão corretamente identificados em citações e nas respetivas referências bibliográficas.

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

Pedrouços, **8** de Maio de **2023**

Carlos Lobato Gomes de Sousa
Coronel Médico



Agradecimentos

Agradeço a todos os que forneceram relevantes contributos para a realização deste trabalho de investigação “O Hospital das Forças Armadas na Manutenção do Potencial de Combate”.

Expresso a minha gratidão à minha família e amigos pelo incentivo ao longo do tempo em que me dediquei a este estudo.

Ao Professor Doutor Azeredo Lopes, estou muito grato pela amabilidade e disponibilidade em fornecer os seus valiosos contributos.

Ao Bastonário da Ordem dos Médicos Dr. Miguel Guimarães, pela ajuda concedida na realização deste trabalho.

Ao Dr. José Almeida Rodrigues, distinto economista, agradeço as profícuas correções e sugestões que muito contribuíram para a valorização deste trabalho.

Ao Brigadeiro-General Rui Sousa, pela ajuda e interesse demonstrado no tema deste estudo.

Ao Coronel Tirocinado Machado Barroso, estou agradecido pelo indispensável auxílio sem o qual não seria possível atingir os objetivos propostos.

Ao Coronel Tirocinado Mira Branquinho, agradeço os relevantes conhecimentos transmitidos para a realização deste estudo.

Ao Capitão-de-mar-e-guerra Bessa Pacheco e ao Capitão-de-mar-e-guerra Calheiros Aguiar, pela generosidade e espírito de ajuda evidenciados através da participação nesta investigação.

Aos meus orientadores, Comodoro António de Oliveira Anão e Coronel Nuno Loureiro, agradeço o apoio e orientação na condução desta investigação.

Ao Instituto Universitário Militar e auditores do CPOG 2022/23, agradeço todo o apoio e enorme espírito de amizade e camaradagem.



Índice

1. Introdução.....	1
2. Enquadramento teórico e concetual	3
2.1 Contexto.....	3
2.1.1 Sistemas de Saúde Militar	3
2.1.2 Reforma do Sistema de Saúde Militar em Portugal	6
2.2 Conceitos estruturantes	7
2.2.1 Cuidados Hospitalares Militares	7
2.2.2 Manutenção do Potencial Humano	9
2.3 Modelo de análise	11
3. Metodologia e método	13
3.1 Metodologia	13
3.2 Método	13
3.2.1 Participantes e procedimento	13
3.2.2 Instrumentos de recolha de dados	14
3.2.3 Técnicas de tratamento de dados.....	14
4. Apresentação dos dados e discussão de resultados.....	15
4.1 Modelo atual de cuidados hospitalares das FFAA portuguesas	15
4.1.1 Hospital das Forças Armadas	15
4.1.2 Componentes das capacidades militares	17
4.1.2.1 Doutrina.....	17
4.1.2.2 Organização.....	17
4.1.2.3 Treino	18
4.1.2.4 Material	19
4.1.2.5 Liderança	19
4.1.2.6 Pessoal	19
4.1.2.7 Infraestruturas.....	19
4.1.2.8 Interoperabilidade.....	20
4.1.3 Discussão de resultados e resposta à Questão Derivada 1	20
4.2 Modelo de cuidados hospitalares de FFAA de países congéneres	22



4.2.1	Países Baixos.....	22
4.2.2	República Checa.....	23
4.2.3	Discussão de resultados e resposta à Questão Derivada 2	25
4.3	Propostas de otimização do modelo de cuidados hospitalares das FFAA	26
4.3.1	Linhas de ação	26
4.3.2	Validação das linhas de ação estratégica.....	26
4.3.3	Síntese conclusiva e resposta à Questão Central.....	26
5.	Conclusões.....	28
	Referências bibliográficas	31

Índice de Anexos

Anexo A —	Organograma do Hospital das Forças Armadas	Anx A-1
Anexo B —	Missão e atribuições do Hospital das Forças Armadas	Anx B-1

Índice de Apêndices

Apêndice A —	Lista de entrevistados	Apd A-1
Apêndice B —	Guião de entrevista semiestruturada a entidades nacionais	Apd B-1
Apêndice C —	Guião de entrevista a entidades dos países congéneres	Apd C-1
Apêndice D —	Análise das entrevistas semiestruturadas.....	Apd D-1
Apêndice E —	Análise SWOT.....	Apd E-1
Apêndice F —	Linhas de ação	Apd F-1
Apêndice G —	Guião de entrevistas de confirmação	Apd G-1
Apêndice H —	Análise das entrevistas de confirmação	Apd H-1
Apêndice I —	Validação das linhas de ação estratégica	Apd I-1

Índice de Figuras

Figura 1 —	Dupla missão do SSM.....	8
Figura 2 —	Doutrina do apoio médico operacional na NATO	11
Figura 3 —	Organograma do Hospital das Forças Armadas.....	Anx A-1



Índice de Quadros

Quadro 1 –	Modelo de Análise	12
Quadro 2 –	Linhas de ação estratégica para otimização do modelo de cuidados hospitalares do HFAR.....	27
Quadro 3 –	Lista de entrevistados nacionais.....	Apd A-1
Quadro 4 –	Lista de entrevistados dos países congêneres	Apd A-1
Quadro 5 –	Lista de entrevistados para validação das linhas de ação estratégica	Apd A-1
Quadro 6 –	Análise sucinta das entrevistas semiestruturadas.....	Apd D-1
Quadro 7 –	Linhas de ação.....	Apd F-1
Quadro 8 –	Matriz de análise avaliativa de entrevistas de confirmação	Apd H-1
Quadro 9 –	Validação das linhas de ação estratégica	Apd I-1



Resumo

O Hospital das Forças Armadas (HFAR) tem como desafio assegurar um quadro de sustentabilidade que permita manter a componente hospitalar e, conjuntamente, garantir a componente operacional, orientada para a manutenção da proficiência e estado de prontidão dos Quadros Especiais de Saúde (QES).

O objeto desta investigação é o modelo de cuidados hospitalares militares que possibilite ao HFAR o cumprimento da missão assistencial de prestação de cuidados de saúde diferenciados e, simultaneamente, assegurar a prontidão dos QES para o emprego operacional, essencial à manutenção do potencial humano como componente primordial do potencial de combate das forças armadas.

Do ponto de vista metodológico, esta investigação assenta numa estratégia qualitativa, alicerçada num raciocínio indutivo e num estudo de caso como desenho de pesquisa.

Os dados recolhidos através de pesquisa documental e entrevistas evidenciaram que é necessário adaptar o atual modelo de organização para assegurar a manutenção das competências e capacidades técnicas dos QES para apoio sanitário no amplo espectro de missões militares.

Conclui-se que é fundamental otimizar o modelo de cuidados hospitalares do HFAR para o cumprimento da sua complexa missão em articulação com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), funcionando como um importante pilar do sistema de saúde nacional.

Palavras-chave:

Forças Armadas Portuguesas; Sistema de Saúde Militar; Hospital das Forças Armadas; Quadros Especiais de Saúde; Potencial de Combate.



Abstract

The Armed Forces Hospital (HFAR) has the challenge of ensuring a sustainability framework that allows it to maintain the hospital component and, together, guarantee the operational component, oriented towards maintaining the proficiency and state of readiness of the Military Health Service Personnel (MHSP).

The object of this investigation is the model of military hospital care that allows the HFAR to fulfill its mission of providing differentiated health care and, simultaneously, ensure the readiness of the MHSP for operational employment, essential to the maintenance of human potential. as a primordial component of the armed forces' combat potential.

From a methodological point of view, this investigation is based on a qualitative strategy, grounded in inductive reasoning and a case study as a research design.

The data collected through research and interviews showed that it is necessary to adapt the current organizational model to ensure the maintenance of the competences and technical capabilities of the MHSP for health support in the broad spectrum of military missions.

It is concluded that it is essential to optimize the HFAR hospital care model for the fulfillment of its complex mission in conjunction with the National Health Service, functioning as an important pillar of the national health system.

Keywords:

Portuguese Armed Forces; Military Health System; Armed Forces Hospital; Military Health Service Personnel; Combat Potential.



Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

A

AJMedP *Allied Joint Medical Publication*

AMedP *Allied Medical Publication*

C

CEIP Centro de Epidemiologia e Intervenção Preventiva

CEMGFA Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas

CMA Centro de Medicina Aeronáutica

CMSH Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica

D

DCMH *Dutch Central Military Hospital*

DESSM Diretiva Estratégica Setorial da Saúde Militar

DGRDN Direção-Geral de Recursos da Defesa Nacional

DIRSAM Direção de Saúde Militar

DOTMLPI-I Doutrina, organização, treino, material, liderança, pessoal, infraestruturas e interoperabilidade

E

EMGFA Estado-Maior-General das Forças Armadas

EUA Estados Unidos da América

F

FFAA Forças Armadas

FND Forças Nacionais Destacadas

H

HFAR Hospital das Forças Armadas

HFAR-PP Hospital das Forças Armadas – Polo do Porto

HFAR-PL Hospital das Forças Armadas – Polo de Lisboa



I

INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
IUM	Instituto Universitário Militar

M

MBA	<i>Master of Business Administration</i>
MDN	Ministério da Defesa Nacional
MHSP	<i>Military Health Service Personnel</i>
MMCWA	<i>Military Medical Corps Worldwide ALMANAC</i>

N

NATO	<i>North Atlantic Treaty Organization</i>
------	---

O

OE	Objetivo Específico
OES	Objetivo Estratégico Setorial
OG	Objetivo Geral
OM	Ordem dos Médicos
ONU	Organização das Nações Unidas

Q

QC	Questão Central
QD	Questão Derivada
QES	Quadros Especiais de Saúde

S

SM	Saúde Militar
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SS	Sistema de Saúde
SSM	Sistema de Saúde Militar
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats</i>



T

TC	Tribunal de Contas
TN	Território Nacional
TO	Teatro de Operações

U

UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UE	União Europeia
UEFISM	Unidade de Ensino, Formação e Investigação da Saúde Militar
UMCU	<i>University Medical Center Utrecht</i>
UMT	Unidade Militar de Toxicologia
UTITA	Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo



1. Introdução

A geopolítica mundial tem sofrido constantes mudanças, estando atualmente num crescendo de complexidade, imprevisibilidade e volatilidade. O Conceito Estratégico da *North Atlantic Treaty Organization* (NATO, 2022a) assume que se vivem tempos críticos para a segurança da Aliança, estabilidade e paz mundial, admitindo a existência de uma ameaça global, reafirmando a necessidade da manutenção de capacidade militar como pilar de dissuasão e defesa, prevenção e gestão de crises e segurança cooperativa (NATO, 2022a, p.1). Por seu lado, a Constituição da República Portuguesa (Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12 de agosto) atribui às Forças Armadas (FFAA) a satisfação dos compromissos internacionais do Estado Português no âmbito militar e a participação em missões humanitárias e de paz assumidas pelas organizações internacionais de que Portugal faça parte, bem como colaborar com as autoridades civis em situações de crise ou emergência. Portanto, participar em missões enquadradas na NATO, na Organização das Nações Unidas (ONU) ou apoio às autoridades civis é, para além de obrigação legal, uma possibilidade real.

A Saúde Militar (SM), como capacidade das FFAA, cuja missão central é o apoio sanitário à componente operacional, constitui-se como elemento primordial no cumprimento das missões atribuídas. O apoio sanitário, enquanto função logística que gere e aplica recursos críticos, necessita de ser organizado de forma integrada, podendo ser uma responsabilidade partilhada entre países aliados. No seu todo, o Sistema de Saúde Militar (SSM) tem como missão prestar apoio sanitário às operações militares, funcionando também como importante pilar do sistema de saúde nacional. Como componente primordial do SSM, o Hospital das Forças Armadas (HFAR) tem como desafio assegurar um quadro de sustentabilidade que permita manter a componente assistencial e hospitalar, visando a assistência à saúde dos militares e seus familiares, garantindo o acesso aos vários níveis de prestação de cuidados de saúde. Simultaneamente, garante importante contributo para a componente operacional orientada para a manutenção da proficiência e prontidão dos profissionais de SM, os Quadros Especiais de Saúde (QES), permitindo a sua projeção em qualquer teatro de operações (TO) com situações clínicas de elevada complexidade.

Esta investigação tem como objeto o modelo de cuidados hospitalares militares que permita ao HFAR o cumprimento da missão assistencial de prestação de cuidados de saúde diferenciados e, em simultâneo, assegurar o estado de prontidão dos QES para o emprego operacional, essencial à manutenção do potencial humano como elemento do potencial de combate das FFAA. Desta forma, pretende-se contribuir para a otimização dos cuidados



hospitalares do HFAR, assumindo a componente operacional como a sua missão central e distintiva das outras entidades de saúde civis. Apresentam-se contributos para a organização dos cuidados de saúde no HFAR para garantir eficácia e eficiência no cumprimento da complexa missão do SSM, mantendo os elevados padrões de qualidade técnica e científica exigidos a uma unidade hospitalar, assim como garantindo maior flexibilidade na gestão dos QES durante os períodos de projeção para a atividade operacional, incluindo o apoio a emergências civis. A coordenação do HFAR com outras entidades civis, assente em princípios de racionalidade e complementaridade, afigura-se vital para a sua sustentabilidade. O objeto de estudo encontra-se delimitado, no âmbito do conteúdo, ao HFAR como componente do SSM na garantia da constante melhoria do potencial humano, tendo em conta o cumprimento da missão, a relevância da cooperação com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e instituições de ensino superior, a importância da formação e treino, e a capacidade de recrutamento e retenção de recursos humanos, designadamente profissionais de saúde, tanto militares como civis. De acordo com o desenho da investigação, o objetivo geral (OG) desta investigação é contribuir para a definição de um modelo otimizado de cuidados hospitalares para o HFAR que garanta a manutenção do potencial de combate das FFAA, definindo-se como questão central (QC) - Como otimizar o modelo de cuidados hospitalares do HFAR para garantir a manutenção do potencial de combate das FFAA? Para focalizar a pesquisa, formularam-se como objetivos específicos (OE) - OE1: Analisar o atual modelo de cuidados hospitalares do HFAR na garantia da manutenção do potencial de combate das FFAA; - OE2: Analisar modelos de cuidados hospitalares congéneres na manutenção do potencial de combate das respetivas FFAA.

O texto está organizado em mais quatro capítulos. No segundo capítulo, efetua-se uma revisão da literatura e apresentam-se os conceitos estruturantes, contextualizando e delimitando o problema da investigação. No terceiro capítulo, descrevem-se os aspetos da metodologia (raciocínio, estratégias e desenho de pesquisa) bem como do método (participantes e procedimentos, instrumentos de recolha e técnicas de tratamento de dados). No quarto capítulo, efetua-se a apresentação, análise dos dados qualitativos e discussão dos resultados obtidos. Conclui-se que é possível otimizar o HFAR para cumprir as suas missões de âmbito assistencial e operacional assumindo a sua utilização na formação específica dos QES para emprego operacional de modo a ser reconhecido como uma estrutura distinta das suas congéneres civis e ser utilizada como complemento do SNS em caso de emergência nacional.



2. Enquadramento teórico e concetual

2.1 Contexto

A Saúde é considerada uma das maiores prioridades governativas. Todavia, a questão económico-financeira, consubstanciada na incapacidade de adaptação a uma realidade cada vez mais parca em recursos, tem criado alguns desafios aos sistemas de saúde (SS). Acresce que o envelhecimento da população ativa não está a ser suficientemente equilibrado por cidadãos mais jovens a ingressar no mercado de trabalho. Estima-se que, no início da terceira década do século XXI, haja um défice de 20% de profissionais de saúde a nível mundial. Salvo raras exceções e distintas estratégias para o futuro, um ponto comum a quase todos os SS é a escassez de recursos face ao aumento da procura de serviços (Britnell, 2019).

2.1.1 Sistemas de Saúde Militar

Os desafios com que se defrontam os SS civis não diferem dos que se colocam aos SSM, com a circunstância agravante de estes se encontrarem, comparativamente, sujeitos a limitações orçamentais, sendo que o seu financiamento se está a tornar cada vez mais deficitário (Britnell, 2019). Como todos os SS, o SSM está constantemente a adaptar-se à evolução da demografia, à mudança de políticas, à evolução dos padrões de qualidade, aos avanços na ciência e na medicina, às considerações de custos e às expectativas dos doentes (Hagel, 2014, p.11).

Não obstante o decréscimo de conflitos armados, observa-se um aumento de crises humanitárias com necessidade de intervenção da instituição militar, o que constitui sinal inequívoco da importância da cooperação civil-militar. As FFAA têm sido um componente importante na resposta à crise (Meyer, Bricknell & Pacheco Pardo, 2021, p.26), pelo que os SSM devem ser considerados essenciais para a segurança de Estado.

Apesar da importância da utilização da capacidade militar em situações de emergência, continua a ser questionada a necessidade da existência de um SSM independente (Khorram-Manesh et al., 2021, p.442), cuja utilidade tem sido posta em causa com base em critérios financeiros e na ineficácia do sistema (Adirim, 2019).

As FFAA de vários países têm preconizado uma reorganização dos serviços de saúde, tornando o SSM mais integrado entre ramos e melhorando a cooperação com os serviços públicos civis. Por exemplo, nos Estados Unidos da América (EUA), têm ocorrido alterações legislativas conducentes ao encerramento de várias unidades de SM, fundamentadas nos elevados custos e no escasso número de procedimentos médicos complexos para manter a aptidão técnica dos seus profissionais (Kellermann, 2017). No Reino Unido, durante a



década de 1990, a opção foi encerrar todos os hospitais militares, transferindo os cuidados especializados dos militares para o *National Health Service* (Wright, 2021). Por outro lado, a maioria dos países europeus, como Portugal, tendem a manter a coexistência de ambos os SS, civis e militares, no sentido de preservar os cuidados de excelência à população, particularmente em períodos de guerra e crise humanitária.

A crise sanitária durante a pandemia de COVID-19 permitiu demonstrar que o SSM contribuiu para reforçar significativamente a resposta dos SS civis (Meyer, Bricknell & Besch, 2020, p.12), podendo ser deduzido que o SSM acrescenta capacidades essenciais ao SS civil em situações de crise e estados de emergência (Gad et al., 2021, p.8).

A cooperação entre os sistemas civis e militares tem contribuído para a evolução dos cuidados de saúde (Khorram-Manesh, Robinson, Boffard & Örtengren, 2020, p.1492). Os objetivos de ambas as organizações devem ser cooperantes e codependentes: sem segurança, não existe desenvolvimento, e, sem desenvolvimento, não é possível sustentar uma segurança duradoura (Sell, 2019, p.17).

Segundo o relatório *Strategic Foresight Analysis 2017* (NATO 2017), nenhum dos SS, militares ou civis, isoladamente, tem capacidade para responder a eventos em larga escala ou a grandes e prolongadas operações de combate. Acresce que, a concorrência pelos recursos humanos e tecnológicos está a aumentar, quer sejam públicos ou privados, civis ou militares. Existe um défice crescente de profissionais de saúde no SS civil e o mesmo se aplica aos SSM. Aliás, os países aliados da NATO têm tido cada vez mais dificuldade no recrutamento e retenção de profissionais de saúde (Sell, 2019, p.11), pelo que as carências nos SSM constituem uma limitação à sua capacidade operacional (Rodig, 2004, p.1).

Se, por um lado, os recursos humanos são escassos e de elevado valor pela sua diferenciação técnica, havendo competição entre os diversos setores da saúde para a sua cativação, por outro, os orçamentos são cada vez mais restritos para a área da SM.

O apoio médico continua a ser uma responsabilidade nacional, mas os países aliados da NATO têm vindo a partilhar essa responsabilidade em operações militares combinadas, em concordância com o princípio de interoperabilidade. Não obstante, a utilização de equipas médicas multinacionais cria desafios acrescidos no planeamento do apoio sanitário, atendendo às barreiras linguísticas, diferenças culturais, diferentes protocolos clínicos e equipamentos, e, até, restrições legais (Sell, 2019, p.49).

Importa salientar que a missão primordial dos SSM difere, inevitavelmente, da dos sistemas civis. Adirim (2019, pp.1269-1270) considera que o SSM é único e complexo,



servindo uma combinação de propósitos, porquanto tem de assegurar cuidados de saúde aos militares e seus familiares e, simultaneamente, garantir o apoio médico às forças destacadas em operações militares. Esta dupla missão, a componente assistencial e a componente operacional, é complexa e requer um sistema organizado que permita manter a prestação de cuidados de saúde em tempo de paz, bem como garantir o apoio sanitário em tempo de guerra. Para cumprir este desiderato, o SSM necessita garantir a manutenção da prontidão dos QES para prestarem assistência médica nos diversos TO, designadamente em operações de combate, missões de apoio à paz ou humanitárias (Tanielian & Farmer, 2019, p.1260).

Porém, os conhecimentos e capacidades técnicas que os profissionais de saúde devem ter para apoio a missões de combate diminuem progressivamente durante os períodos de paz. A prestação de cuidados de rotina não permite desenvolver as qualificações requeridas em tempo de guerra (Bricknell & Cain, 2020, p.44; Hutter et al., 2019, p.1274), dado que os cuidados médico-cirúrgicos prestados não têm a complexidade e criticidade necessárias para preparação dos QES para atuar em situações de conflito armado (Holt et al., 2021, p.32).

Em situação de paz, a missão das unidades de SM foca-se no apoio sanitário aos militares no ativo, saudáveis, que, normalmente, não exigem cuidados de saúde complexos, e no apoio médico aos militares na reserva ou reforma e beneficiários, que se concentra, na sua maioria, em especialidades dedicadas ao tratamento de doenças crónicas. Em contexto operacional, e dependendo da tipologia de missão, os problemas de saúde relacionam-se com trauma, queimaduras e feridas de causas diversas, para além de doenças infecciosas e do foro músculo-esquelético (Hutter et al., 2019, p.1276). Adicionalmente, o aumento da especialização médica e os avanços técnicos exacerbaram as lacunas relativas às capacidades técnicas indispensáveis à atuação em ambiente operacional, nomeadamente no tratamento de lesões provocadas em combate (Hutter et al., 2019, p.1275).

Portanto, existe necessidade de avaliar a prontidão dos QES para o emprego operacional. Contudo, não existem métodos validados para avaliar a elegibilidade destes profissionais para os vários espectros de missões militares, nomeadamente em operações de combate (Holt et al., 2021, p.32).

Para o efeito, o SSM americano implementou uma métrica de avaliação da prontidão para cirurgiões e ortopedistas, para determinar se os clínicos avaliam o número de pacientes por tipologia de casos clínicos e realizam o número de cirurgias suficientes para manter as suas competências (Hutter et al., 2019, p.1277).



2.1.2 Reforma do Sistema de Saúde Militar em Portugal

Em Portugal, a reforma do SSM emerge da necessidade de criar um sistema integrado, flexível e adaptável, com gestão centralizada, englobando todos os ramos das FFAA, em estreita colaboração com o SNS. Esta reforma tem como propósito a melhoria do estado de prontidão das forças, bem como a prestação de cuidados de saúde de excelência aos militares no ativo, reserva, reforma e à família militar.

A prioridade da sua implementação tem-se focado no apoio à componente operacional, para que os militares estejam aptos, do ponto de vista sanitário, a serem projetados para qualquer TO. Além disso, é fundamental garantir que os QES possam manter constantemente atualizadas as suas qualificações e competências técnicas para assegurar a prestação de cuidados de saúde diferenciados.

A reestruturação do SSM iniciou-se após aprovação governamental de orientações para a reorganização da estrutura superior da defesa nacional e das FFAA, que se materializou na revisão de vários diplomas legislativos, que consagraram a criação do HFAR como um hospital militar único¹.

Em conformidade, o Programa do XIX Governo Constitucional estabeleceu como medida a concretização da reforma do SSM, procedendo-se à reorganização dos serviços de saúde dos ramos e à criação da Direção de Saúde Militar (DIRSAM) na dependência do Estado-Maior-General das Forças Armadas (EMGFA)².

Atualmente, está em curso a implementação da Rede de Referenciação do SSM para uma gestão otimizada e sinérgica dos recursos das unidades de saúde do EMGFA e dos ramos, com vista ao redimensionamento e/ou eliminação das estruturas de SM existentes³.

Mais recentemente, o documento “Visão Estratégica Militar para as Forças Armadas Portuguesas 2022-2034” (EMGFA, 2022), no que se refere à SM, manifesta a necessidade de reforçar o apoio sanitário em operações, constituindo uma instalação de tratamento médico projetável com mobilidade, capacidade cirúrgica geral e ortopédica, cuidados intensivos, imagiologia, análises clínicas, transfusões e internamento, conhecida no âmbito da NATO como capacidade médica de *Role 2*.

Em conformidade com uma perspetiva de mudança, a Diretiva Estratégica Setorial da Saúde Militar (DESSM) (DIRSAM, 2022) vem definir as grandes prioridades da SM para o

¹ Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas (Lei Orgânica n.º 1-A/2009, de 7 de julho); Lei Orgânica do Estado-Maior-General das Forças Armadas (Decreto-Lei n.º 234/2009, de 15 de setembro)

² Despacho n.º 2943/2014, de 21 de fevereiro do Ministério da Defesa Nacional

³ Diretiva n.º 028/CEMGFA/21, de 4 de junho; Diretiva n.º 037/CEMGFA/21, de 19 de junho



período de 2022 a 2027. A DESSM pretende contribuir para a missão da SM que visa “Garantir e otimizar uma assistência sanitária de qualidade a prestar pelos órgãos do SSM aos militares, à família militar, aos deficientes das FFAA e restantes utentes”, estabelecendo vários Objetivos Estratégicos Setoriais (OES). Destaca-se o OES4 que expressa a intenção de instituir um novo modelo de gestão do HFAR, com a criação de uma estrutura diretiva que assegure as adequadas competências nas áreas da administração e liderança. Também, pretende a promoção do alargamento do universo de utentes, a inclusão e modernização de infraestruturas, integrando na orgânica hospitalar estruturas existentes, de forma a acrescentar outras valências, para atingir maior qualidade na prestação de cuidados de saúde.

2.2 Conceitos estruturantes

A presente investigação baseia-se nos conceitos estruturantes a seguir enunciados:

2.2.1 Cuidados Hospitalares Militares

A missão central do SSM é única, atendendo a que este deve estar pronto para projetar QES qualificados a qualquer momento e em qualquer parte do mundo. Paralelamente, a missão assistencial de prestação de cuidados de saúde de rotina deve ser garantida através de unidades de saúde e hospitais militares, complementados com cuidados de saúde adquiridos a prestadores de saúde civis. Esta segunda missão reforça a primeira: os militares no ativo mantêm-se saudáveis e, garantindo-se a casuística de doentes e assegurando que os QES mantêm as suas competências clínicas (Kellermann, 2017).

O SSM deve garantir QES devidamente treinados e equipados para prestar cuidados de saúde quando destacados em missões em ambientes frequentemente austeros (Hutter et al., 2019, p. 1274). Logo, devem ter uma organização que permita preparar os QES para o tratamento de lesões relacionadas com o combate, com níveis de treino e conhecimentos de acordo com a doutrina existente das organizações que vão integrar.

Os hospitais militares fornecem plataformas para o ensino, formação e treino dos profissionais de SM (Kellermann, 2017). Porém, se os requisitos de prontidão não puderem ser cumpridos através da prestação de cuidados de saúde nos hospitais militares, deverão ser procuradas soluções através de parcerias com instituições civis para que os QES possam manter as competências profissionais associadas à sua especialidade (Adirim, 2019, p.1271).

Os atuais modelos de hospitais militares, com duas missões sobrepostas, mas completamente distintas, a prestação de cuidados de saúde de rotina e a manutenção do estado de prontidão para missões militares, têm criado desequilíbrios na gestão dos QES.

Este fato coloca desafios importantes dado que os profissionais utilizados na atividade assistencial são os mesmos elegíveis para a atividade operacional (Holt et al., 2021, p.32).

O grau de sobreposição e complementaridade dos cuidados médicos durante a atividade operacional e a atividade assistencial tem-se dissipado ao longo dos tempos (Whitley, 2017, p.9; Whitley et al., 2018, p.21). As especialidades médicas mais solicitadas para a atividade hospitalar de rotina não são, obrigatoriamente, as mesmas especialidades exigidas nas operações militares, onde se destacam Cirurgia Geral, Anestesiologia e Ortopedia/Traumatologia (Figura 1).

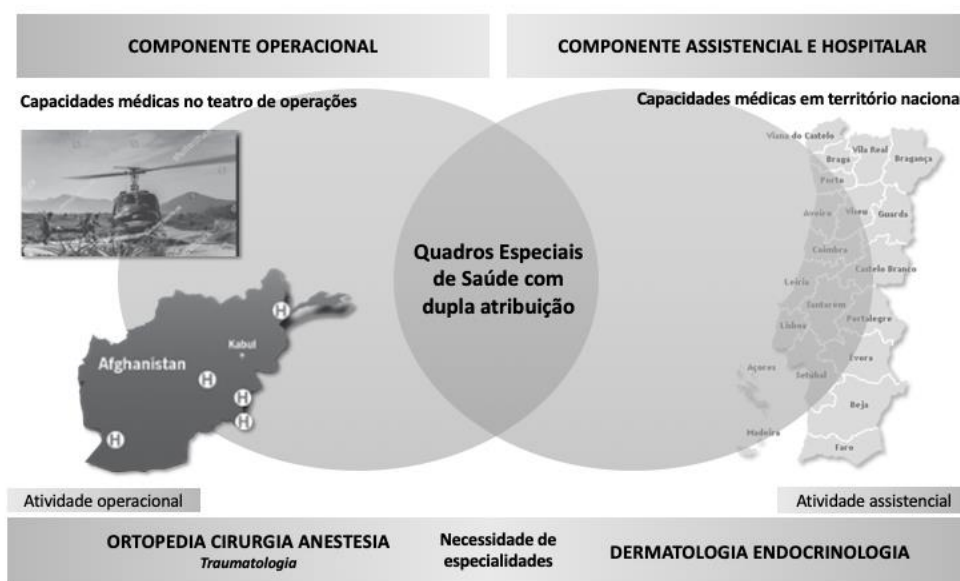


Figura 1 – Dupla missão do SSM
Fonte: Adaptado de Whitley (2017)

Relativamente às especialidades cirúrgicas, a prática de rotina eletiva e/ou urgente é essencial para manter a aptidão técnica. Os hospitais militares devem priorizar os cuidados cirúrgicos de alta complexidade, principalmente trauma e cirurgia urgente/emergente, assegurando o desenvolvimento e otimização de parcerias com hospitais civis que proporcionem volume, complexidade e diversidade de casos clínicos.

A parceria com instituições civis não só permite a manutenção da prontidão dos médicos militares como também cria oportunidades recíprocas de aprendizagem e desenvolvimento de conhecimentos adquiridos pelos médicos militares em cenários de guerra (Holt et al., 2021, p.38). Dado que a complexidade das lesões em combate (ferimentos causados por explosões, traumatismos vasculares e musculoesqueléticos, de que são



exemplo as amputações) não pode ser replicada em hospitais civis, é essencial a centralização de procedimentos complexos em centros de referência a nível nacional.

A necessidade de colaboração entre hospitais militares e civis não se centra exclusivamente na atividade clínica, sendo essencial a estreita colaboração na atividade científica e de investigação, no desenvolvimento de novas tecnologias e estratégias de tratamento para atuação coordenada em caso de conflito ou emergências civis. Esta interligação proporciona um intercâmbio de conhecimento, permitindo colmatar em conjunto as insuficiências de cada uma das organizações.

A necessidade de repensar o ensino e formação em temas como a guerra e conflitos armados é indiscutível (Khorram-Manesh et al., 2021, p.442).

2.2.2 Manutenção do Potencial Humano

A SM é considerada um fator multiplicador do potencial de combate (Rodig, 2004, p.2). O apoio médico é uma componente potenciadora que compreende um conjunto de ações coordenadas que contribuem para a preparação e preservação do potencial humano, fundamental em qualquer operação militar.

Em contexto operacional, só uma força saudável pode operar de forma sustentada e em esforço máximo, pelo que é fundamental que as forças militares cumpram as missões sem constrangimentos físicos ou psíquicos (Sell, 2019, p.10). A manutenção do potencial de humano da força está dependente da existência de QES com o nível adequado de treino para exercer as funções de maneira efetiva em ambientes austeros e de acordo com as necessidades das unidades militares que apoiam (Smith, Bono & Slinger, 2017).

As funções da SM podem dividir-se em duas grandes áreas que, no seu conjunto e em todo o espectro das missões militares, contribuem para a manutenção do potencial de combate focado no “sistema de armas humano” (Tvaryanas, 2009, p.34): capacidade de sustentação das forças através de cuidados médicos (gestão de baixas, tratamento médico, evacuação e hospitalização, logística do serviço de saúde e *medical intelligence*) e capacidade de proteger as forças através de medidas preventivas de promoção e melhoria da saúde e do bem-estar físico. Estas medidas possibilitam que os militares estejam fisicamente capazes e previnam a existência de lesões.

A proteção da saúde da força deve incluir medicina preventiva, prevenção de lesões, vigilância médica, avaliação de situações de risco, vigilância biológica, prevenção e controlo do *stress* pós-traumático, avaliação dentária, oftalmológica, conservação da audição e serviços laboratoriais (*Joint Health Services*, 2018, p.III-1).



Para a manutenção do potencial humano, as equipas sanitárias são treinadas e equipadas de acordo com o TO onde vão atuar e o tipo de unidades militares que vão apoiar (Sell, 2019, p.39). A preparação das equipas médicas deve dar ênfase aos cuidados de urgência e emergência médica. Em particular, as equipas cirúrgicas devem estar preparadas para realizar procedimentos cirúrgicos de reanimação e controlo de danos, em condições adversas, fora do ambiente hospitalar e com limitações de equipamento (Sell, 2019, p.47).

Os países aliados da NATO devem harmonizar os procedimentos e as atividades relacionadas com o apoio médico, a fim de garantir interoperabilidade, padronização dos cuidados de saúde, qualidade do tratamento e evitar deficiências ou sobreposições desnecessárias de capacidades em contexto operacional (NATO, 2019, p.1-22).

A doutrina da NATO fornece princípios fundamentais e normas pelas quais as forças militares devem orientar as suas ações no cumprimento das missões atribuídas. A compreensão clara e aceitação das publicações doutrinárias pelas forças conjuntas aliadas é um pré-requisito para o sucesso da condução das operações militares (NATO, 2019).

A publicação *Allied Joint Doctrine for Medical Support* (AJP-4.10) (NATO, 2019), cujo acordo de utilização pelos membros se encontra legitimado pelo STANAG 2228, baseia-se nos temas-chave estabelecidos na *Allied Joint Doctrine* (AJP-01) (NATO, 2022b) e estabelece os princípios fundamentais do apoio médico operacional, tal como estabelecido pela publicação *NATO Principles and Policies of Operational Medical Support* (MC 326/2). Aplica-se a todo o espectro de operações: operações de paz, crise e conflitos, incluindo a resposta a ameaças não convencionais.

Subordinadas a esta publicação, estão as séries *Allied Joint Medical Publication* (AJMedP), *Allied Medical Publication* (AMedP) e *Allied Air Medical Publications* (AAMedP), que se destinam ao *staff* médico, fornecendo maior detalhe sobre os diferentes aspetos do apoio médico conjunto. A *Allied Joint Medical Planning Doctrine* (AJMedP-1) (NATO, 2018) é a principal fonte para o planeamento médico da NATO.

Destas publicações, destacam-se a AMedP-8.3 (NATO, 2020a), que tem como objetivo uniformizar os requisitos de formação do pessoal de saúde para participar em missões internacionais, e a AMedP-8.12 (2020b), que avalia as competências em cuidados de trauma e fornece orientação para o treino dos profissionais de saúde que vão participar em missões de apoio à paz e/ou conflitos armados. Salienta-se também a AMedP-1.7 (NATO, 2022c), que especifica a matriz de capacidades dos módulos médicos, e a AMedP-



1.8 (NATO, 2016), que indica a matriz de competências necessárias para o cumprimento das tarefas de cada módulo médico (Figura 2).

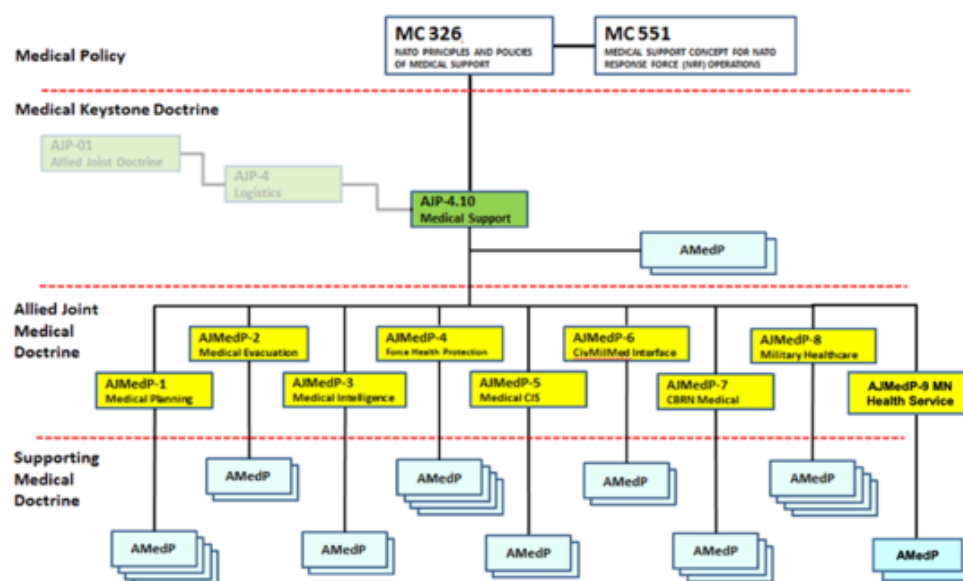


Figura 2 – Doutrina do apoio médico operacional na NATO

Fonte: NATO (2019)

Um dos princípios básicos, vertido em todos os documentos, diz respeito ao padrão dos cuidados médicos. Considera-se que a SM é altamente especializada e exercida em ambientes e condições desfavoráveis, além de que os procedimentos médicos são inevitavelmente diferentes dos praticados em tempo de paz (Rodig, 2024, p.2).

Mesmo em contexto operacional, o objetivo do apoio médico militar é manter um padrão de qualidade idêntico aos cuidados de saúde prestados em território nacional (TN), garantindo os melhores resultados no que concerne às melhores práticas médicas, aceites internacionalmente (NATO, 2019, p.1-13).

2.3 Modelo de análise

O modelo de análise, contemplando os OG, OE, QC e questões derivadas (QD), bem como os conceitos estruturantes, respetivas dimensões e indicadores expõe-se no Quadro 1.



Quadro 1 – Modelo de Análise

Objetivo Geral	Propor contributos para a definição de um modelo otimizado de cuidados hospitalares para o HFAR que garanta a manutenção do potencial de combate das FFAA				
Questão Central	Como otimizar o modelo de cuidados hospitalares do HFAR para garantir a manutenção do potencial de combate das FFAA?				
Objetivos Específicos	Questões Derivadas	Conceitos	Dimensões	Indicadores	Recolha de Dados
OE1. Analisar o atual modelo de cuidados hospitalares do HFAR na garantia da manutenção do potencial de combate das FFAA	QD1. Quais as potencialidades e vulnerabilidades do atual modelo de cuidados hospitalares do HFAR na garantia da manutenção do potencial de combate das FFAA?	Cuidados hospitalares militares	Interoperabilidade com países aliados	Pessoal Doutrina e procedimentos Equipamentos Infraestruturas	Análise documental Entrevistas semiestruturadas
OE2. Analisar modelos de cuidados hospitalares congéneres na manutenção do potencial de combate das respetivas FFAA	QD2. Como se caracterizam os modelos de cuidados hospitalares congéneres na manutenção do potencial de combate das respetivas FFAA?	Manutenção do potencial humano	Cooperação e articulação com SNS	Casuística Complexidade Investigação Formação	Análise documental Entrevistas semiestruturadas (avaliação dos modelos dos Países Baixos e da República Checa)



3. Metodologia e método

3.1 Metodologia

Do ponto de vista metodológico, esta investigação assenta numa estratégia qualitativa, alicerçada num raciocínio indutivo e num desenho de pesquisa de estudo de caso (Santos & Lima, 2019). O horizonte temporal da investigação preconiza um estudo transversal, de acordo com Saunders, Lewis e Thornhill (2009, cit. por Santos & Lima, 2019, p.33).

3.2 Método

3.2.1 Participantes e procedimento

Participantes. Neste estudo foram efetuadas entrevistas a entidades civis e militares com reconhecido mérito profissional, académico e/ou científico. Pretendeu-se o contributo de profissionais com responsabilidade ao nível da gestão e direção de instituições civis e militares, tais como Ministério da Defesa Nacional (MDN), SNS, Ordem dos Médicos (OM), EMGFA e Estado-Maior dos ramos, Instituto Universitário Militar (IUM), DIRSAM, HFAR e hospitais militares de países congéneres (Apêndice A).

Procedimento. Numa primeira fase, efetuaram-se entrevistas semiestruturadas presenciais e por correio eletrónico. Foram entrevistadas entidades nacionais com experiência profissional em cargos de comando e direção no HFAR. Relativamente a entidades dos países congéneres, selecionaram-se os Países Baixos e a República Checa, cuja escolha obedeceu aos seguintes critérios: países aliados da NATO e integrados na União Europeia (UE); existência de SS público de acesso universal; e existência de hospitais militares independentes articulados com entidades públicas de saúde. Obteve-se resposta unicamente dos Países Baixos. Posteriormente, realizaram-se entrevistas de confirmação a entidades militares e civis, de forma a converter Linhas de Ação (LA) resultantes de uma análise SWOT⁴ em Linhas de Ação Estratégica (LAE) passíveis de serem implementadas. No que respeita aos militares, foram entrevistados os Chefes do Estado-Maior da Armada e do Exército, responsáveis pelo recrutamento dos QES e pelo aprontamento de meios a serem empenhados em operações, inclusive os recursos de SM; e o TGEN Martins Pereira por ter desempenhado funções como Comandante das Forças Terrestres e ser atualmente Comandante do IUM, responsável pelo ensino universitário pós-graduado das FFAA portuguesas. Respeitante aos civis, entrevistou-se o Professor Doutor Azeredo Lopes, antigo Ministro da Defesa Nacional; o Professor Doutor Fernando Araújo, Diretor Executivo do SNS, referência nacional em gestão de unidades de saúde e interlocutor para o

⁴ *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*



estabelecimento de parcerias com o SNS; o Dr. Miguel Guimarães, anterior Bastonário da OM, entidade responsável pela atribuição de idoneidade formativa, certificação curricular das especialidades médicas e regulação do exercício da medicina; e o Dr. Nuno Caeiro, Diretor de Serviços de Saúde Militar e Assuntos Sociais da Direção-Geral de Recursos da Defesa Nacional (DGRDN), enquanto assessor do MDN para a área da SM. A todos os intervenientes foram asseguradas as garantias de salvaguarda do anonimato e confidencialidade das suas respostas.

3.2.2 Instrumentos de recolha de dados

Como instrumentos de recolha de dados, utilizou-se a análise documental, complementada com a realização de entrevistas do tipo semiestruturadas de acordo com guião de entrevista com perguntas-guia abertas (Sarmiento, 2013, p.27) devidamente adaptadas a entidades nacionais (Apêndice B) e estrangeiras (Apêndice C). Atendendo a que não se obteve resposta da República Checa, foi efetuada a respetiva análise documental.

3.2.3 Técnicas de tratamento de dados

Os elementos qualitativos do estudo foram objeto de análise de forma indutiva através da operacionalização de conceitos, onde as entrevistas foram submetidas a uma análise tipológica de conteúdo, obtendo indicadores que permitiram inferência de conhecimentos (Fachada, Ranhola, Marreiros & Santos, 2020). Para análise de conteúdo das entrevistas foi empregue o método proposto por Guerra cit. por Santos & Lima (2019, p.122), de acordo com cinco etapas sequenciais: transcrição, leitura, construção de sinopses, análise descritiva e análise interpretativa. Os dados obtidos foram sujeitos posteriormente a análise através de uma matriz SWOT, definindo-se as principais LA que foram sujeitas às provas da estratégia, através da validação por entrevistas de confirmação no que diz respeito à sua adequabilidade, aceitabilidade e exequibilidade (Yarger, 2006, p.70). Finalmente, após validação ou rejeição das LA, foram identificadas as LAE mais adequadas para otimização do modelo de cuidados hospitalares que garanta o potencial humano, essencial para a manutenção do potencial de combate das FFAA.



4. Apresentação dos dados e discussão de resultados

Neste capítulo, apresentam-se os dados obtidos e discutem-se os resultados, dando resposta às QD e à QC.

4.1 Modelo atual de cuidados hospitalares das FFAA portuguesas

O OE1 é analisar o atual modelo de cuidados hospitalares do HFAR na garantia da manutenção do potencial de combate das FFAA, respondendo à QD1: Quais as potencialidades e vulnerabilidades do atual modelo de cuidados hospitalares do HFAR na garantia da manutenção do potencial de combate das FFAA?

4.1.1 Hospital das Forças Armadas

Após a consagração do HFAR como hospital militar único, foi criado o polo de Lisboa, resultante da fusão e extinção dos quatros hospitais militares existentes em Lisboa⁵. Na prossecução do processo de reestruturação, foi criado o HFAR, um estabelecimento hospitalar militar como elemento de retaguarda do SSM em apoio da saúde operacional, na dependência do Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas (CEMGFA) e constituído por dois polos: Lisboa (HFAR-PL) e Porto (HFAR-PP)⁶. Ficaram na sua dependência: o Centro de Epidemiologia e Intervenção Preventiva (CEIP); a Unidade Militar de Toxicologia (UMT); e a Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependência e Alcoolismo (UTITA). Recentemente, foram integrados o Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica (CMSH) e o Centro de Medicina Aeronáutica (CMA), com valências vocacionadas para apoio operacional⁷ (Anexo A).

O Decreto Regulamentar n.º 2/2015, de 20 de fevereiro, estabeleceu a estrutura orgânica e funcional do HFAR, bem como as competências dos respetivos órgãos e princípios de gestão, prevendo que as normas relativas à composição, competências e funcionamento dos diferentes órgãos e serviços constassem no Regulamento Interno⁸.

O HFAR tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados aos militares das FFAA, bem como à família militar e aos deficientes militares, podendo, na sequência de acordos que venha a celebrar, prestar cuidados de saúde a outros utentes (Anexo B).

Concomitantemente à componente assistencial, uma das atribuições deste hospital, respeitante à componente operacional, é assegurar o provimento dos QES em ordem de batalha, para efeitos de treino, exercícios e emprego operacional de unidades das FFAA.

⁵ Decreto-Lei n.º 187/2012, de 16 de agosto

⁶ Decreto-Lei n.º 84/2014, de 27 de maio

⁷ Decreto-Lei n.º 19/2022, de 24 de janeiro

⁸ Despacho n.º 12336/2016, de 13 de outubro, do Ministro da Defesa Nacional



Apesar de não estar integrado no SNS, no conjunto das suas atribuições, deve promover a cooperação e articulação com o referido SNS. A cooperação estratégica entre a Saúde e a Defesa Nacional é um objetivo que tem vindo a ser partilhado, com vista a rentabilizar a capacidade instalada no setor público. O HFAR é também uma estrutura hospitalar pública com capacidade especializada, nomeadamente, cirúrgica. Partindo deste princípio de cooperação, foi celebrado um protocolo para a colaboração com o SNS na prestação de cuidados cirúrgicos no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia⁹.

Nos últimos anos, têm sido realizados vários estudos de avaliação e auditorias ao SSM, que importam analisar, tendo em conta o teor crítico das conclusões e o impacto futuro que poderão ter no SSM, concretamente, no HFAR. Destacam-se o Estudo de Avaliação do Sistema de Saúde Militar (Jorge & Valente, 2019) e a auditoria do Tribunal de Contas (TC) ao HFAR (Tribunal de Contas, 2020).

Com intuito de efetuar o ponto de situação do SSM, foi constituída uma equipa coordenada pela Dra. Ana Jorge em 2019. Consequentemente, foi apresentado o relatório final evidenciando que os dois objetivos de fundo, designadamente, a coerência e a sustentabilidade do SSM, não estavam a ser cumpridos. As principais conclusões deste estudo incidem sobre o modelo de organização e capacidades do HFAR, serviços prestados, indicadores de eficiência, sustentabilidade e interação com o SNS. Uma das principais recomendações foi a unificação entre os ramos no que respeita à SM, com racionalidade e lógica de conjunto quanto à gestão das carreiras médicas, em especial no HFAR. O documento defende que deve prevalecer a competência e a diferenciação técnica, em vez de uma lógica de hierarquia militar. Assim, recomenda que seja introduzida maior profissionalização, com a constituição de um conselho de administração, à semelhança dos hospitais do SNS. Sugere, também, uma reorganização do HFAR, bem como um modelo de retenção de médicos com maior diferenciação na carreira médica que permita criar condições para atribuição de idoneidade formativa pela OM para formação especializada. Em relação ao HFAR-PP, é questionado se o edifício atual terá condições para se manter como estrutura hospitalar. Por fim, sugere a abertura do HFAR ao SNS, à Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado (ADSE) e o reforço do acesso às forças de segurança.

Não menos relevante, o TC publicou o relatório da auditoria ao HFAR em janeiro de 2020, efetuada com o objetivo de avaliar o desempenho do hospital e do sistema de controlo

⁹ Portaria n.º 163/2018, de 7 de junho



interno. Concluiu que o HFAR assenta num “deficiente modelo de governação que contribui para falhas no sistema de controlo interno, deficiências nos procedimentos de contratação pública, de realização da despesa e para a subutilização da capacidade instalada”. O relatório critica o modelo de governação que prevê a rotatividade nos cargos de direção entre os ramos, considerando que a elevada rotatividade prejudica a retenção de conhecimento e estabilização de processos. Não obstante o TC ter identificado insuficiências no preenchimento do quadro de pessoal, considerou que existe capacidade instalada que está subutilizada. Finalizando, foram efetuadas recomendações ao MDN entre as quais a conclusão da reforma do SSM, nomeadamente a revisão do modelo de governação do HFAR e do processo de recrutamento e gestão dos QES, sugerindo a centralização de gestão dos recursos ou mesmo a constituição de um ramo próprio.

4.1.2 Componentes das capacidades militares

Considerando o HFAR como uma capacidade militar¹⁰ a ser desenvolvida, foram avaliadas as componentes doutrina, organização, treino, material, liderança, pessoal, infraestruturas e interoperabilidade (DOTMLPI-I). Esta matriz foi utilizada como base para as entrevistas realizadas conforme detalhado no Apêndice D.

4.1.2.1 Doutrina

Nas palavras de R. Sousa (entrevista presencial, 09 de março de 2023), deveria ser elaborada doutrina, uniforme e transversal, que identificasse os princípios, conceitos, normas e métodos a observar para efeitos de aprontamento nas FFAA.

Conforme referido por J. Monge (entrevista presencial, 13 de março de 2023), a doutrina em vigor no HFAR relativo a emprego de forças é a doutrina NATO.

Contudo, nas palavras de P. Campos (entrevista presencial, 20 de março de 2023), existe necessidade de garantir o conhecimento da doutrina existente, nomeadamente no âmbito do apoio sanitário, observando-se falta de divulgação e de conhecimento.

4.1.2.2 Organização

A. Batista (entrevista por email, 29 de março de 2023) considera necessária uma alteração do atual modelo de gestão do HFAR, com maior aproximação ao modelo do SNS, nomeadamente na flexibilidade para contratação de pessoal civil. Este hospital militar deverá

¹⁰ Como capacidade militar deverá ser entendido o conjunto de elementos que se articulam de forma harmoniosa e complementar e que contribuem para a realização de um conjunto de tarefas operacionais ou efeito que é necessário atingir, englobando componentes de doutrina, organização, treino, material, liderança, pessoal, infraestruturas e interoperabilidade, entre outras (DOTMLPI-I) (Garcia, 2016)



ter um corpo clínico civil robusto que permita dispensar os QES para a componente operacional, sem perda significativa da componente assistencial.

F. Branco (entrevista por email, 15 de março de 2023) referiu ser necessário um modelo de gestão otimizado de pessoal, direcionado para a saúde operacional, alocando recursos nas valências mais solicitadas. O modelo de gestão deveria idealmente corresponder a um modelo organizacional que compatibilizasse as necessidades de gestão típicas de um hospital com o comando e hierarquia tradicionais de uma unidade militar (J. Monge, *op.cit.*), com mais autonomia financeira (P. Campos, *op.cit.*).

Conforme mencionado por A. Anão (entrevista presencial, 17 de março de 2023), o modelo de gestão do HFAR deveria ser mais flexível e autónomo, conferindo-lhe maior capacidade de adaptação e prontidão na resposta às solicitações.

Para P. Reis (entrevista por email, 27 de março de 2023), o atual modelo de gestão é melhorável, embora os constrangimentos no funcionamento não se devam tanto às eventuais inadequações da sua organização, mas sim, às dificuldades de recursos humanos e de financiamento.

4.1.2.3 Treino

O HFAR é a principal plataforma de formação e treino dos QES, uma vez que deve fornecer os meios técnicos e humanos necessários à aquisição de competências e à manutenção da diferenciação das diversas classes profissionais (J. Monge, *op. cit.*).

O atual modelo de formação contempla, no âmbito da atividade clínica, uma forte componente *on-the-job training* (A. Anão, *op. cit.*), porém, não correspondente às necessidades, uma vez que não assegura a casuística necessária, em áreas fundamentais para atuar em ambiente operacional, tais como medicina de emergência e trauma (J. Monge, *op. cit.*; R. Sousa, *op. cit.*).

P. Reis (*op. cit.*) acrescenta que muita da capacidade técnica dos profissionais de SM é adquirida com empenho e esforço pessoal, tanto na colaboração com os hospitais civis onde fazem o internato, no caso dos médicos, como na colaboração contínua ao longo da carreira, em centros diferenciados civis, públicos ou privados, com que colaboram, o que se traduz num grande benefício para as FFAA.

Para colmatar as necessidades de formação e treino, importa promover a estreita colaboração com a Unidade de Ensino, Formação e Investigação da Saúde Militar (UEFISM) (R. Sousa, *op. cit.*; A. Anão, *op. cit.*).



4.1.2.4 Material

A medicina é uma área em constante evolução técnica (P. Reis, *op. cit.*) pelo que a inovação tecnológica é uma necessidade permanente (F. Branco, *op. cit.*; R. Sousa, *op. cit.*).

O HFAR necessita da revisão do modelo de financiamento e deter autonomia financeira para poder efetuar um plano de revisão de equipamentos e materiais, apoiado num plano de inovação científica e tecnológica (P. Campos, *op. cit.*), sendo essencial o planeamento atempado dos processos de aquisição e manutenção (J. Monge, *op. cit.*).

4.1.2.5 Liderança

R. Sousa (*op. cit.*) considera que a qualidade da liderança é uma necessidade transversal a todos os cargos de comando/direção/chefia e esta qualidade pode ser cultivada e aperfeiçoada, mediante formação específica, particularmente nos cursos de admissão e promoção.

É do entendimento de todos os entrevistados que a formação em gestão de unidades de saúde deve ser assegurada aos elementos da direção do HFAR.

4.1.2.6 Pessoal

O recrutamento de QES é da responsabilidade dos respetivos ramos. O HFAR depende da disponibilidade dos QES dos ramos, pelo que não é fácil assegurar a componente operacional dos ramos e prover, simultaneamente, o hospital militar (F. Branco, *op. cit.*; A. Anão, *op. cit.*).

R. Sousa (*op. cit.*) confirmou que existe uma crónica insuficiência de recursos humanos, sendo necessário rever a distribuição entre militares e civis, de modo a garantir a atividade hospitalar à custa de elementos civis, para suprir a carência de militares, opinião partilhada por A. Batista (*op. cit.*). Igualmente, J. Monge (*op. cit.*) aponta o aumento do número de efetivos civis, como estratégia para minimizar o prejuízo das ausências dos militares na atividade assistencial de rotina.

A atratividade das FFAA para os profissionais de saúde, especialmente médicos, tem vindo a decrescer, circunstância agravada pela decrescente capacidade de retenção de profissionais (P. Reis, *op. cit.*). P. Campos (*op. cit.*) salientou que a baixa capacidade de recrutamento e retenção poderá pôr em causa o cumprimento da missão.

4.1.2.7 Infraestruturas

No que se refere a Infraestruturas, é essencial a reabilitação das existentes bem como a edificação de novas (J. Monge, *op. cit.*; P. Campos, *op. cit.*). R. Sousa (*op. cit.*) destaca



como prioritárias a reabilitação de espaços e infraestruturas do HFAR-PP e A. Anão (*op. cit.*) a edificação do edifício H05 e de ressonância magnética.

4.1.2.8 Interoperabilidade

Todos os entrevistados consideram que a cooperação e articulação com o SNS, universidades e hospitais militares de países aliados, seria desejável e aconselhável. A articulação com o SNS permite o acesso a casuística para manutenção dos índices de proficiência exigidos aos QES e permite estabelecer linhas de referenciação para o SNS, para tratamentos mais diferenciados (J. Monge, *op. cit.*).

Ainda, pode ser aproveitada a capacidade instalada no HFAR, dado que detém alguns serviços escassos no SNS, como é o caso da Medicina Hiperbárica, para o qual recebe doentes diariamente (P. Campos, *op. cit.*).

R. Sousa (*op. cit.*) sugere o conceito de interoperabilidade entre ramos, equacionando a possibilidade de emprego dos QES, independentemente do ramo de origem, de modo a permitir maior flexibilidade na gestão de pessoal.

4.1.3 Discussão de resultados e resposta à Questão Derivada 1

A análise dos dados obtidos através de entrevistas e revisão da literatura permitiu evidenciar as potencialidades e vulnerabilidades mais relevantes do HFAR.

No que respeita ao pessoal e recursos humanos, verifica-se uma baixa atratividade da carreira militar, em particular da carreira médica militar, que resulta em fraca capacidade de recrutamento e retenção. A origem do problema é multifatorial, mas tem por base a discrepância na tabela remuneratória e nas condições de trabalho oferecidas pelo setor privado e mesmo pelo SNS. Acresce que a crónica carência de recursos humanos tem colocado um encargo muito elevado sobre os profissionais disponíveis, o que contribui de forma progressiva para diminuir, ainda mais, a capacidade de retenção, sobretudo, dos médicos.

No que se refere à doutrina para apoio médico operacional, existe baixa “cultura doutrinária”, aplicando-se, quando necessário, a doutrina NATO. A nível nacional, é importante a definição de matrizes para estabelecer o perfil e capacidades técnicas necessárias para cada uma das especialidades médicas de interesse militar, idealmente desenvolvidas com a participação da OM e respetivos Colégios de Especialidade.

Verifica-se que os níveis de investimento em equipamentos e infraestruturas estão muito abaixo do desejável e necessário, atendendo aos constrangimentos financeiros e



difículdade nos processos de aquisição. Além disso, não existe uma cultura de inovação tecnológica para contínua melhoria dos cuidados prestados.

A diminuição progressiva da população-alvo do HFAR tem-se traduzido na diminuição de casuística e, consequentemente, na complexidade dos casos clínicos. Desta forma, a redução do número de procedimentos médicos e cirúrgicos complexos conduz a insuficiências na formação e treino dos QES para manutenção da proficiência para projeção em ambiente operacional. Apesar de reconhecidos estes factos, não foram desenvolvidos esforços efetivos para a criação de parcerias com hospitais do SNS que permitam a participação dos QES em equipas de urgência polivalente e/ou em atos médicos e cirúrgicos com maior diversidade e complexidade clínica, nomeadamente na área de traumatologia e emergência, fundamentais no contexto das operações militares.

Atualmente, o desenvolvimento e manutenção dos respetivos conhecimentos e competências dos QES requer motivação e esforço individual, através do exercício de funções em outros estabelecimentos de saúde, públicos ou privados. Salienta-se que a preparação e experiência dos QES para atuação em ambiente operacional, por vezes austero, completam a capacidade de resposta a emergências civis do SNS.

Em termos de liderança e equipa diretiva, deverá ser ponderada a alteração do esquema de rotatividade existente entre os ramos e a definição do perfil e competências adequadas ao desempenho deste cargo, nomeadamente a realização de formação pós-graduada em gestão de unidades de saúde.

Para além da atividade clínica, é fundamental estabelecer parcerias funcionais com instituições de ensino superior que permitam desenvolver, em conjunto, investigação básica e aplicada no desenvolvimento de projetos com interesse para a SM, numa lógica de inovação para desenvolvimento de novas tecnologias e estratégias de tratamento. Acresce que a cooperação e interoperabilidade com países aliados ao abrigo do princípio da complementaridade do apoio sanitário em campanha é praticamente inexistente.

Portanto, considera-se que o HFAR é uma organização singular, com uma complexa missão que não pode ser suprida, no atual quadro normativo, por entidades civis. Porém, a cooperação e articulação com o SNS configura-se vital para a sua sustentabilidade. Esta unidade hospitalar, de cariz militar, tem necessidade de adaptar o atual modelo de organização, atendendo a que o vigente compromete a capacidade de manter os QES aptos para uma rápida projeção em missões militares.



4.2 Modelo de cuidados hospitalares de FFAA de países congêneres

O OE2 deste estudo é analisar modelos de cuidados hospitalares congêneres na manutenção do potencial de combate das respectivas FFAA. Apesar de disponíveis vários estudos a comparar os SS civis, não existe uma análise global, sistemática e contemporânea dos SSM. O *Military Medical Corps Worldwide ALMANAC* (MMCWA, 2023) é uma plataforma online que apresenta a informação mais atualizada e sistematizada documentando as características dos SSM internacionais (Leone, Homan, Lelong, Bandekow & Bricknell, 2021, p.e1017).

4.2.1 Países Baixos

Conforme dados do MMCWA, a *Defence Healthcare Organisation* dos Países Baixos possui dez unidades de saúde, com cerca de 1360 colaboradores, e presta cuidados de saúde a todos os ramos. Os serviços prestados incluem cuidados de saúde primários, atendimento odontológico, capacidade hospitalar central, reabilitação, banco de sangue, equipas para projeção, logística médica e formação inicial de profissionais de saúde.

As capacidades médicas de *Role 1* e *2* estão sob o comando dos ramos. O Exército possui aproximadamente 1100 profissionais de saúde, distribuídos por três brigadas cada uma com *Role 1* e por um *Role 2* centralizado sob o Comando de Apoio às Operações Terrestres. O *Role 2* tem possibilidade de projetar instalações para operações militares e, se necessário, em combinação com os outros ramos. A Força Aérea tem aproximadamente 140 profissionais de saúde militares e possui capacidade de AEROMEDEVAC e STRATEVAC. A Marinha tem aproximadamente 120 militares e possui capacidades médicas marítimas nos navios (*Role 1* e *Role 2*). Além disso, o corpo de fuzileiros tem capacidade de *Role 1* para operações anfíbias e conta com o apoio terrestre do *Role 2* do Exército. No que respeita a cooperação internacional, existem várias iniciativas com outros países da NATO, especificamente, com Alemanha, Reino Unido, Canadá, Noruega e EUA.

O *Role 4* é assegurado pelo *Dutch Central Military Hospital* (DCMH) localizado em Utrecht, com capacidade aproximadamente para 30 camas. Todas as especialidades médicas estão disponíveis neste hospital, em parceria com o *University Medical Center Utrecht* (UMCU). O hospital militar conjuntamente com o hospital universitário, tem capacidade para ativar o *Major Incident Hospital*, em caso de incidentes graves ou catástrofes, disponibilizando 200 camas em 30 minutos (Blom, 2018, p.28).

Relativamente à direção do DCMH, o cargo de diretor está reservado a um médico, com as devidas exceções, podendo ser desempenhado por um coronel de qualquer serviço.



Atualmente, o cargo é desempenhado por Rik Bergman, coronel do Exército, que, não sendo médico, apresenta vasta experiência ao longo da sua carreira, na área de administração de unidades de saúde.

Conforme referido por R. Bergman (entrevista por email, 08 de março de 2023), o hospital militar presta cuidados hospitalares aos militares no ativo garantindo o *Role 4* das FFAA holandesas e capacidade para projetar rapidamente duas equipas cirúrgicas.

R. Bergman (*op. cit.*) considera que o modelo de organização atual do hospital é efetivo, sem necessidade de ser alterado. O DCMH é composto por cerca 30% militares e 70% civis no quadro de pessoal, existindo 34 médicos especialistas. As especialidades médicas disponíveis são: Alergologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Oral, Ortopedia, Anestesiologia, Radiologia, Dermatologia, Oftalmologia, Medicina Interna, Neurologia e Urologia. Para outras especialidades, os utentes são encaminhados para o UMCU.

Todos os profissionais de SM iniciam a sua formação no *Defence Medical Education and Training Institute*. Contudo, o desenvolvimento da capacidade cirúrgica é assegurado através da parceria com hospitais civis, garantindo o treino adequada às equipas cirúrgicas para empenhar em exercícios, missões e operações militares. R. Bergman (*op. cit.*) confirma que a formação e treino em trauma e cirurgia de controlo de danos (*damage control*) é assegurada nos hospitais civis. Para isso, existem 42 equipas cirúrgicas em cooperação com 14 hospitais civis (1 equipa com militares no ativo e 2 equipas com militares na reserva, por hospital). Tendo em conta as limitações de casuística, a maioria dos profissionais de saúde colabora com o UMCU durante um ou dois dias por semana.

Questionado acerca da existência de formação obrigatória para o desempenho de cargo de direção, R. Bergman (*op. cit.*) afirma que não existe, embora seja estimulada a obtenção do *Master of Business Administration* (MBA) na área de saúde. Admite, também, a existência de dificuldades nos procedimentos de inovação e modernização do hospital. Acrescenta problemas de recrutamento e retenção de pessoal dada a escassez de profissionais de saúde e condições de trabalho, nomeadamente ao nível remuneratório, previstas na instituição militar.

4.2.2 República Checa

O *Military Medical Service* da República Checa está assente em três pilares interligados dentro de uma estrutura civil e militar. A *Military Medical Division* dispõe de todas as estruturas e unidades de campanha e de cuidados primários, entre outros. Estas unidades estão integradas na *Military Medical Agency*. Por sua vez, os hospitais militares e



a *Faculty of Military Health Sciences*, estão sob a responsabilidade de departamentos civis do Ministério da Defesa (Bubenik, 2021, p.5). Esta faculdade representa o centro de ensino universitário e investigação na área da SM das FFAA checas. Bubenik (2021, p.6) refere que esta faculdade é considerada como fonte primária de médicos especialistas, permitindo alguma independência no recrutamento de profissionais em relação ao setor civil.

Segundo dados do MMCWA, referentes à componente operacional, as FFAA checas possuem dois hospitais de campanha disponíveis e têm capacidade para projetar um hospital de campanha *Role 2E*. Cada hospital de campanha possui valências em emergência, duas salas de cirurgia, unidade de cuidados intensivos (UCI), odontologia, laboratório, imagiologia (raio-X, ecografia e tomografia computadorizada), farmácia e esterilização. No que respeita a cooperação internacional, os militares de SM têm sido projetados para várias missões da NATO, ONU e UE, como no Afeganistão e Iraque.

Na República Checa, existem três hospitais militares na dependência do Ministério da Defesa. Os hospitais militares estão totalmente integrados no SS civil pelo que desempenham um papel fundamental na preparação dos seus profissionais. Apesar do objetivo principal de assistência aos membros das FFAA, os hospitais militares prestam assistência à população civil, representando quase 90% do universo de utentes (Bubenik, 2018, p.14).

O Hospital Militar Universitário de Praga é considerado uma unidade de saúde para formação e treino dos profissionais de saúde militares. Este hospital detém várias especialidades médicas, exceto Pediatria, Obstetrícia, Cirurgia Cardíaca e tratamento de queimados. Concentra-se principalmente no tratamento cirúrgico de situações agudas, nomeadamente trauma. Esta unidade tem capacidade para 674 camas e trata anualmente cerca de 1,1 milhão de pacientes em ambulatório e 25 mil pacientes em regime de internamento.

O Hospital Militar em Brno possui uma capacidade de 212 camas. As valências médicas deste hospital são: Departamento de Medicina Interna com UCI, Departamento Cirúrgico e Ortopédico com UCI e Departamento de Neurologia com UCI, Departamentos de Psiquiatria, Oftalmologia e Otorrinolaringologia, entre outras especialidades médicas, tais como Dermatologia, Radiologia e Medicina Física e Reabilitação.

O hospital militar mais antigo, estabelecido desde 1748, é o Hospital Militar em Olomouc, atualmente com capacidade para 273 camas. Fornece valências médicas idênticas ao hospital militar de Brno, estando integrado no sistema de emergência médica da região.



4.2.3 Discussão de resultados e resposta à Questão Derivada 2

Da análise dos dados obtidos, verifica-se que os SSM dos países congêneres estão organizados de acordo com a doutrina NATO: as capacidades médicas de *Role 1* e *2* estão na dependência dos ramos e a capacidade de *Role 4* é assegurada pelos hospitais militares.

Nos Países Baixos, o acesso ao hospital militar é exclusivo para militares no ativo. No entanto, é reconhecida a necessidade de colaboração estreita com hospitais civis para permitir a adequada preparação dos profissionais de saúde militares para atuação em ambiente operacional. Assim, o hospital militar funciona em estreita colaboração com um hospital público universitário contíguo, havendo interligação na atividade assistencial e dos próprios profissionais de saúde, permitindo o acesso a valências médicas indisponíveis para a SM. Além disso, existem equipas cirúrgicas dispersas por vários hospitais civis para garantir formação e treino em trauma e cirurgia de controlo de danos, essenciais no apoio médico à atividade operacional. Este hospital militar possui ainda uma reserva estratégica de internamento com elevado grau de prontidão disponibilizada em caso de situações de crise ou catástrofe.

Na República Checa, a população civil representa a maioria dos utentes dos hospitais militares que estão integrados na rede de emergência civil. Desta forma, é possível manter a casuística e complexidade necessárias para assegurar as valências em emergência e trauma nos hospitais militares checos e, simultaneamente, a formação e treino dos profissionais de saúde militares. Em ambos os países, a ligação com as entidades civis facilita a interoperabilidade, essencial em casos de emergência civil e militar, seja em situações de guerra, catástrofe ou calamidades.

Em relação aos recursos humanos, os desafios decorrentes da dificuldade de recrutamento de profissionais de saúde militares são transversais a todos os SSM, atendendo às condições salariais e de trabalho menos atrativas oferecidas pelas instituições militares, comparativamente ao setor civil, público ou privado. No entanto, na República Checa, a existência de uma faculdade vocacionada para o ensino universitário em SM, confere vantagens no recrutamento de profissionais de saúde, nomeadamente médicos.

Ambos os países possuem experiência na projeção de módulos e equipas sanitárias para vários TO integrando hospitais de campanha com equipas multinacionais, no âmbito da NATO e ONU, que muito contribui para a interoperabilidade em missões internacionais, incluindo a participação em forças combinadas ou até em unidades articuladas com meios



de vários países, relevando a importância da formação, do treino, da doutrina e procedimentos, equipamento e infraestruturas cada vez mais partilhadas.

Portanto, os países congéneres estudados apresentam hospitais militares independentes articulados com o setor público civil, embora com modelos de organização distintos para garantir a adequada prontidão dos profissionais de saúde militares para atuação em contexto operacional.

4.3 Propostas de otimização do modelo de cuidados hospitalares das FFAA

Para a consecução do OG desta investigação (propor contributos para a definição de um modelo otimizado de cuidados hospitalares para o HFAR que garanta a manutenção do potencial de combate das FFAA), apresentam-se as principais LAE para a otimização do modelo de cuidados hospitalares das FFAA, deduzidas através da análise da matriz SWOT (Apêndice E), correlacionando oportunidades e ameaças, no ambiente externo, com potencialidades e vulnerabilidades, do ambiente interno, e subsequente validação por entrevistas de confirmação.

4.3.1 Linhas de ação

Através da análise SWOT, identificaram-se as 25 principais LA (Apêndice F). As LA propostas visam a transformação do HFAR numa capacidade militar integrada, semiautónoma, tendo como missão primordial a preparação dos QES para preservação do potencial humano das unidades operacionais das FFAA, de acordo com os princípios doutrinários adotados. Além do mais, deve assegurar a manutenção da capacidade de apoiar em TN os organismos de emergência e proteção civil.

4.3.2 Validação das linhas de ação estratégica

De forma a confirmar a validade das LA, foram realizadas entrevistas de confirmação (Apêndice A), tendo como referência os critérios de validação: no âmbito da adequabilidade - se a realização das LA propostas resolvem os problemas identificados; no âmbito da exequibilidade - se as LA propostas podem ser executadas com os recursos disponíveis; e no âmbito da aceitabilidade - se os resultados esperados justificam as ações propostas. As respostas às questões de adequabilidade, exequibilidade e aceitabilidade foram classificadas em alta, neutra ou baixa (Apêndice G).

4.3.3 Síntese conclusiva e resposta à Questão Central

Cumprindo o OG e em resposta à QC: Como otimizar o modelo de cuidados hospitalares do HFAR para garantir a manutenção do potencial de combate das FFAA? são



propostas dezanove LAE para otimização do modelo de cuidados hospitalares do HFAR descritas no Quadro 2.

Quadro 2 – Linhas de ação estratégica para otimização do modelo de cuidados hospitalares do HFAR

LAE2	Articulação com serviços clínicos do SNS para garantir quantidade e complexidade clínica na manutenção da proficiência dos QES
LAE3	Celebração de protocolos com SNS para assegurar o treino dos QES em urgência e emergência mediante integração em serviços de urgência polivalente
LAE4	Celebração de protocolos com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), para integração de QES em equipas de emergência pré-hospitalar
LAE5	Acompanhamento do desenvolvimento da doutrina NATO relativo à Saúde Militar
LAE6	Desenvolver parcerias com instituições de ensino universitário
LAE7	Revisão do modelo de financiamento do HFAR, mediante a celebração de contratos-programa, obviando atrasos crónicos nos pagamentos
LAE9	Melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados, garantindo qualidade e quantidade de atos e procedimentos médicos realizados
LAE10	Identificar as especialidades médicas de interesse militar
LAE11	Elaboração de planos de formação contínua em articulação com o IUM nas áreas doutrinárias de interesse para a SM
LAE12	Potenciar a articulação com o Agrupamento Sanitário de forma a garantir a manutenção das competências dos QES mediante a prossecução de ações de formação e treino operacional
LAE13	Dinamizar a interação com a sociedade civil para reforço da imagem
LAE14	Capacitar os serviços clínicos para atribuição de idoneidade formativa
LAE15	Desenvolvimento do centro de simulação médica do HFAR em articulação com unidades de saúde do SNS
LAE17	Extensão das plataformas digitais e aplicações de saúde a todo território nacional e FND, com ênfase na telemedicina
LAE19	Aumento da capacidade e prontidão da reserva estratégica de internamento
LAE21	Contribuir para a reavaliação da composição do quadro médico do SSM, através da adequação dos critérios de recrutamento às necessidades da SM
LAE22	Incrementar a prossecução das competências adstritas à DIRSAM quanto à coordenação da representação nacional da SM na NATO, mediante o fortalecimento das relações com entidades congéneres de países aliados
LAE24	Implementar indicadores de acesso, qualidade e segurança
LAE25	Criação e aferição periódica de métricas de competências técnicas para QES



5. Conclusões

O HFAR tem uma missão complexa, que requer um sistema organizado na componente assistencial e operacional que permita manter a prestação de cuidados de saúde em tempo de paz, bem como garantir o apoio sanitário em tempo de crise. Este hospital militar é essencial para garantir a manutenção do estado de prontidão dos QES para prestarem assistência médica num largo espectro de operações militares. A prestação de apoio médico eficaz baseia-se na disponibilidade de pessoal qualificado, especializado e devidamente treinado para o cumprimento da sua missão. Os QES devem estar preparados para desempenhar o apoio médico necessário em toda a tipologia de operações militares, por períodos prolongados e em condições climáticas, geográficas e socioculturais adversas. Por este motivo, é primordial analisar de que forma se pode mitigar a insuficiência na atual preparação dos QES para o cumprimento das missões específicas das FFAA.

Como procedimento metodológico, adotou-se uma investigação baseada em raciocínio indutivo, seguindo uma estratégia qualitativa e um estudo de caso como desenho de pesquisa.

A investigação permitiu concluir que é essencial reorganizar o atual modelo de cuidados hospitalares do HFAR com a finalidade de o tornar num sistema de prestação de cuidados de saúde integrado, eficaz e eficiente na prestação de cuidados de saúde, mantendo o seu objetivo primordial na manutenção do estado de prontidão dos QES para apoio sanitário em missões militares. A ausência de uma orientação estratégica para o HFAR, com a persistência de baixos níveis de prontidão dos QES, compromete a otimização do potencial humano, fator determinante no sucesso das operações militares.

O desenvolvimento conjunto de doutrina e sistemas interoperáveis, que envolvam todos os países aliados e os respetivos SS, civis e militares, é fundamental para o apoio médico às operações militares. Além do mais, a modernização dos equipamentos e infraestruturas para a capacitação do HFAR é indispensável para o apoio a futuras operações com uma complexidade e envergadura previsivelmente superior. A probabilidade de ocorrência de crises que exijam a colaboração do SSM com congéneres civis e aliadas é francamente elevada.

O HFAR, para além da sua missão orgânica, representa uma plataforma de formação e treino dos QES para apoio sanitário em operações militares. No entanto, tem sido utilizado basicamente como unidade hospitalar assistencial aos seus beneficiários, o seu principal foco, onde são aplicados todos os recursos humanos e financeiros, dominando a sua organização e composição. Não obstante, para além de assegurar a atividade assistencial, os



QES podem, simultaneamente, ser empenhados na componente operacional. Consequentemente, considera-se que os profissionais de saúde civis podem ser uma garantia de funcionalidade e continuidade na prestação de cuidados de saúde hospitalares, durante os períodos de projeção dos QES em missões militares.

Presentemente, a casuística e complexidade clínica da atividade assistencial é insuficiente para manter a prontidão necessária dos QES. Não parece existir uma estratégia concreta e bem definida para o desenvolvimento das valências em trauma e emergência médica. Os esforços para aumentar a atividade cirúrgica com o intuito de aumentar os atos médico-cirúrgicos têm sido improdutivos. Assim como em alguns países aliados da nossa dimensão, a articulação do HFAR com o SNS pode representar uma solução para salvaguardar a casuística necessária para garantir a manutenção da proficiência dos QES para o desempenho da sua missão primária, ou seja, o apoio sanitário à atividade operacional das FFAA. Além do mais, a cooperação e coordenação de esforços entre HFAR e SNS, pode assegurar uma resposta mais eficaz às ameaças globais de saúde.

Como contributo para o conhecimento no âmbito das Ciências Militares, este estudo colmata a lacuna existente em termos da valorização do HFAR como resposta à necessidade concomitante de prover cuidados assistenciais com a necessidade de apoio sanitário às operações militares.

Como limitação, apontam-se a inexistência de estudos específicos no âmbito desta investigação, a falta de informação relativa aos países europeus e a dificuldade na obtenção de entrevistas a entidades de países congéneres.

Atendendo à relevância deste tema, serão pertinentes trabalhos de investigação futuros que apliquem modelos de avaliação da prontidão das especialidades médicas de interesse militar.

Assim, para minimizar as vulnerabilidades e estar preparado para lidar com as ameaças identificadas nesta investigação, recomenda-se ao EMGFA e DIRSAM:

- Incrementar métricas para avaliação da prontidão das especialidades médicas, com especial enfoque nas de interesse militar, com envolvimento da OM e respetivos Colégios de Especialidade;
- A introdução de indicadores de prontidão dos QES, para além de indicadores de qualidade, produtividade e custo, dada a especificidade da missão do HFAR;



- Escolher especialidades médicas que se traduzam no interesse militar, evitando-se a dispersão dos escassos recursos humanos por especialidades de limitado interesse para emprego operacional e que podem ser asseguradas por civis;
- Desenvolver condições para a idoneidade e capacidade formativa no âmbito do internato médico, considerando num futuro próximo a carência de vagas no SNS.

Conclui-se que a importância do HFAR, como unidade hospitalar de cariz militar, justifica-se pela necessidade de aquisição e manutenção de capacidades distintas das entidades de saúde civis, atendendo a que a especificidade da sua missão primordial é impossível de ser suprida por profissionais de saúde civis.



Referências bibliográficas

- Adirim, T. (2019). A military health system for the twenty-first century. *Health Affairs (Project Hope)*, 38(8), 1268–1273. doi:10.1377/hlthaff.2019.00302
- Blom, R. W. (2018). Kingdom of the Netherlands. *European Military Medical Services 2018*, pp. 27-29 . Retirado de <https://military-medicine.com/media/article/3673/attachment-1548945435.pdf>
- Bricknell, M., & Cain, P. (2020). Understanding the whole of military health systems. The defence healthcare cycle. *The RUSI Journal*, 165(3), pp. 40-49. Doi:10.1080/03071847.2020.1784039
- Britnell, M. (2019). *Human: solving the global workforce crisis in healthcare*. Oxford: Oxford University Press.
- Bubenik, Z. (2018). Czech Republic. *European Military Medical Services 2018*, pp. 14-17. Retirado de <https://military-medicine.com/media/article/3673/attachment-1548945435.pdf>
- Bubenik, Z. (2021). The multifocal role of the Czech Armed Forces Military Medical Service. *European Military Medical Services 2021*, pp. 5-7. Retirado de <https://www.flipsnack.com/betapublishing/emms-2021.html>
- Decreto-Lei n.º 234/2009, de 15 de setembro (2009). *Aprova a Lei Orgânica do Estado-Maior-General das Forças Armadas*. Diário da República, 1ª Série, 179. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.
- Decreto-Lei n.º 187/2012, de 16 de agosto (2012). *Estabelece a criação do polo de Lisboa do HFAR*. Diário da República, 1ª Série, 158, 4490-4492. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.
- Decreto Lei n.º 84/2014, de 27 de maio (2014). *Cria o Hospital das Forças Armadas*. Diário da República, 1ª Série, 101, 2960-2963. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.
- Decreto-Lei n.º 19/2022, de 24 de janeiro (2022). *Estabelece a Lei Orgânica do Estado-Maior-General das Forças Armadas e altera as Leis Orgânicas dos três ramos das Forças Armadas*. Diário da República, 1ª Série, 16, 3-97. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Decreto Regulamentar n.º 2/2015, de 20 de fevereiro (2015). *Estabelece a estrutura orgânica e funcional do Hospital das Forças Armadas, bem como as competências dos respectivos órgãos e princípios de gestão aplicáveis*. Diário da República. 1ª Série, 36, 990-996. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.



- Hagel, C. (2014). *Military Health System Review*. U.S. Department of Defense: Secretary of Defense. Retirado de <https://www.health.mil/About-MHS/MHS-Initiatives/MHS-Transformation/MHS-Review?type=All#RefFeed>
- Despacho n.º 2943/2014, de 21 de fevereiro (2014). *Reforma do Serviço de Saúde Militar*. Diário da República, 2ª Série, 37, 5386-5388. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.
- Despacho n.º 12336/2016, de 13 de outubro (2016). *Regulamento Interno do Hospital das Forças Armadas*. Diário da República, 2ª Série, 197, 30450-30462. Lisboa: Gabinete do Ministro da Defesa Nacional.
- Diretiva n.º 028/CEMGFA/21 (2021). *Operacionalização da reestruturação do sistema de saúde militar*. Lisboa: EMGFA.
- Diretiva n.º 037/CEMGFA/21 (2021). *Plano de implementação da rede de referenciação do sistema de saúde militar*. Lisboa: EMGFA.
- DIRSAM (2022). *Diretiva Estratégica Setorial da Saúde Militar 2022/2027*. Lisboa: EMGFA.
- EMGFA (2022). *Visão Estratégica Militar para as Forças Armadas Portuguesas 2022/2034*. Lisboa: EMGFA.
- Fachada C. P. A., Ranhola N.M.B., Marreiros J.P.R., & Santos L.A.B. (2020). *Normas de Autor no IUM*. (3ª Ed., revista e atualizada). IUM Atualidade, 7. Lisboa: Instituto Universitário Militar.
- Gad, M., Kazibwe, J., Quirk, E., Gheorghe, A., Homan, Z., & Bricknell, M. (2021). *Civil-military cooperation in the early response to the COVID-19 pandemic in six European countries*. *BMJ military health*, 167(4), 234–243. doi.org/10.1136/bmjmilitary-2020-001721
- Garcia, F.P. (2016). *O Instrumento Militar e as Forças Armadas*. Retirado de https://docentes.fd.unl.pt/docentes_docs/ma/FPG_MA_31563.pdf
- Holt, D. B., Hueman, M. T., Jaffin, J., Sanchez, M., Hamilton, M. A., Mabry, C. D., Bailey, J. A., & Elster, E. A. (2021). Clinical readiness program: refocusing the military health system. *Military Medicine*, 186, 32–39. doi:10.1093/milmed/usaa385
- Hutter, P. J., Roski, J., Woodson, J., Middleton, A., Kneeland, R., Worthy, A., Zitelman, D., Trinh, T., Cruz, S.D., & Cooper, E. (2019). Readiness of medical providers in the military health system: overview of operational and policy considerations. *Health Affairs (Project Hope)*, 38(8), 1274–1280. doi:10.1377/hlthaff.2019.00336
- Joint Health Services (2018). *Joint publication 4-02*. Retirado de



https://www.jcs.mil/Portals/36/Documents/Doctrine/pubs/jp4_02ch1.pdf

Jorge, A. & Valente, S. (2019). *Relatório do estudo de avaliação do sistema de saúde militar*.

https://www.defesa.gov.pt/pt/comunicacao/documentos/Lists/PDEFINTER_DocumentoLookupList/10_Estudo-de-Avaliacao-do-Sistema-de-Saude-Militar-Relatorio.pdf

Kellermann, A. L. (2017). Rethinking the United States' military health system. *Health Affairs Forefront*. doi:10.1377/forefront.20170427.059833

Khorram-Manesh, A., Robinson, Y., Boffard, K., & Örténwall, P. (2020). The history of Swedish military healthcare system and its path toward civilian-military collaboration from a total defense perspective. *Military medicine*, 185(9–10), e1492–e1498. doi:10.1093/milmed/usaa071

Khorram-Manesh, A., Burkle, F. M., Phattharapornjaroen, P., Ahmadi Marzaleh, M., Sultan, M. al, Mäntysaari, M., Carlström, ... & Robinson, Y. (2021). The development of Swedish military healthcare system: Part—II-Re-evaluating the military and civilian healthcare systems in crises through a dialogue and study among Practitioners. *Military medicine*, 186(3–4), e442–e450. doi:10.1093/milmed/usaa364

Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12 de agosto (2005). *Sétima Revisão Constitucional*. Diário da República, 1ª Série-A, 155. Lisboa: Assembleia da República.

Lei Orgânica n.º 1-A/2009, de 7 de julho (2009). *Aprova a Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas*. Diário da República, 1ª Série, 129. Lisboa: Assembleia da República.

Leone, R. M., Homan, Z., Lelong, A., Bandekow, L., & Bricknell, M. (2021). *An Analysis of International Military Health Systems Using the Military Medical Corps Worldwide Almanac*. *Military medicine*, 186(9-10), e1017–e1023. doi.org/10.1093/milmed/usaa376

Meyer, C., Bricknell, M. & Besch, S. (2020). *How the COVID-19 crisis has affected security and defence-related aspects for the EU: Part I - Briefing*. European Parliament. doi.org/10.2861/906815

Meyer, C., Bricknell, M. & Pacheco Pardo, R. (2021). *How the COVID-19 crisis has affected security and defence-related aspects of the EU: Part II - In Depth Analysis*. European Parliament. doi.org/10.2861/93636

Military Medical Corps Worldwide ALMANAC. (2023). Nations with Armed Forces/ Military Medical Services [Página online]. Retirado de <https://military-medicine.com/almanac/countries/index.html>



- NATO Heads of State and Government. (2022a). *NATO 2022 Strategic Concept*. Madrid: NATO Summit. Retirado de <https://www.nato.int/strategic-concept/index.html>
- North Atlantic Treaty Organization (NATO). (2016). *AMedP-1.8 - Skills matrix*. Edition A version 1. Bruxelas: NATO standardization office.
- North Atlantic Treaty Organization (NATO). (2017). *Strategic Foresight Analysis 2017 Report*. Retirado de https://act.nato.int/images/stories/media/doclibrary/171004_sfa_2017_report_hr.pdf
- North Atlantic Treaty Organization (NATO). (2018). *AJMedP-1 - Allied joint medical planning doctrine*. Edition A version 1. Bruxelas: NATO standardization office.
- North Atlantic Treaty Organization (NATO). (2019). *AJP-4.10 - Allied joint doctrine for medical support*. Edition C version 1. Bruxelas: NATO standardization office.
- North Atlantic Treaty Organization (NATO). (2020a). *AMedP-8.3 - Training requirements for health care personnel in international missions*. Edition B version 1. Bruxelas: NATO standardization office.
- North Atlantic Treaty Organization (NATO). (2020b). *AMedP-8.12 - Military acute trauma care training*. Edition A version 2. Bruxelas: NATO standardization office.
- North Atlantic Treaty Organization (NATO). (2022b). *AJP-01- Allied Joint Doctrine*. Edition F version 1. Bruxelas: NATO standardization office.
- North Atlantic Treaty Organization (NATO). (2022c). *AMedP-1.7 - Capability matrix*. Edition A version 2. Bruxelas: NATO standardization office.
- Portaria n.º 163/2018, 7 de junho (2018). *Regula os termos e condições da colaboração do Hospital das Forças Armadas com o Sistema Nacional de Saúde no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia*. Diário da República, 1ª Série, 109, 2406. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional e Ministério da Saúde.
- Rödig, B. E. (2004). *NATO Joint Medical Support- Reality and Vision*. Retirado de <https://www.semanticscholar.org/paper/NATO-Joint-Medical-Support-Reality-and-Vision-Roedig/aea1c996afda7cb76f6d927ee4c4254c4d2a316c>
- Santos, L.A.B., & Lima, J.M.M. (Coord.) (2019). *Orientações metodológicas para a elaboração de trabalhos de investigação* (2.a ed., revista e atualizada). Cadernos do IUM, 8. Lisboa: Instituto Universitário Militar.
- Sarmiento, M. (2013). *Metodologia científica para a elaboração, escrita e apresentação de teses*. Lisboa: Universidade Lusíada.
- Smith, D. J., Bono, R. C., & Slinger, B. J. (2017). Transforming the military health system.



- JAMA, 318(24), 2427–2428. doi:10.1001/jama.2017.16718
- Sell, L. (2019). *The NATO future medical support concept*. Retirado de <https://www.innovationhub-act.org/sites/default/files/docs/FMSC%2020190814.pdf>
- Tribunal de Contas (2020). *Auditoria ao Hospital das Forças Armadas*. Relatório n.º 4/2020 2ª Secção Volume I. Lisboa: Autor. Retirado de <https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/RelatoriosAuditoria/Documents/2020/rel04-2020-2s.pdf>
- Tanielian, T., & Farmer, C. (2019). The US military health system: promoting readiness and providing health care. *Health Affairs (Project Hope)*, 38(8), 1259–1267. doi:10.1377/hlthaff.2019.00239
- Tvaryanas, A. P. (2009). Calhoun: The NPS Institutional Archive DSpace Repository Managing the human weapon system: a vision for an air force human-performance doctrine. *Air & Space Power Journal*, 34-41. Retirado de <https://calhoun.nps.edu/handle/10945/36508>
- Whitley, J. (2017). *Five Actions to Improve Military Hospital Performance*. IBM Center for The Business of Government. Institute for Defense Analyses. Retirado de <https://www.businessofgovernment.org/sites/default/files/Five%20Actions%20to%20Improve%20Military%20Hospital%20Performance.pdf>
- Whitley, J.E., Bishop, J.M., Burns, S.K., Guerrero, K.M., Lurie, P.M., Rieksts, B.Q., Roberts, B.W., Wojtecki, T.J., & Wu, L. (2018). *Medical Total Force Management: Assessing Readiness and Cost*. Institute for Defense Analyses. Retirado de <https://www.jstor.org/stable/resrep36495>
- Wright, C. (2021). Military medical care in the United Kingdom. *Military Exposures & Your Health*. Retirado de <https://www.publichealth.va.gov/exposures/publications/military-exposures/meyh-5/UK.asp>
- Yarger, H.R. (2006). *Strategic Theory for the 21st Century: The little Book on Big Strategy*. Carlisle: Strategic Studies Institute. U.S. Army War College.



Anexo A — Organograma do Hospital das Forças Armadas

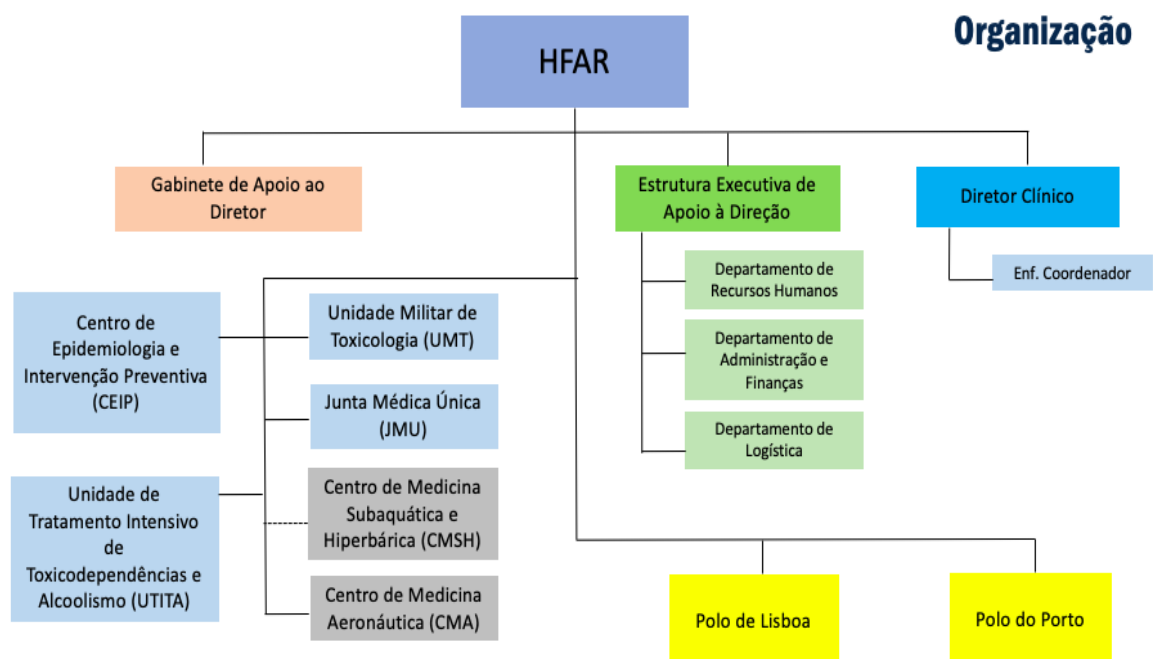


Figura 3 – Organograma do Hospital das Forças Armadas

Fonte: Direção HFAR (2023)



Anexo B — Missão e atribuições do Hospital das Forças Armadas

Decreto Lei n.º 84/2014, de 27 de maio (2014). *Cria o Hospital das Forças Armadas*. Diário da República, 1ª Série, 101, 2960-2963. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional

Artigo 4.º

Missão e atribuições

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

2 - São atribuições do HFAR:

a) Prestar cuidados de saúde aos militares das Forças Armadas, independentemente da forma de prestação de serviço e da situação;

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

c) Colaborar no aprontamento sanitário e apoio aos militares que integram as Forças Nacionais Destacadas ou outras missões fora do território nacional;

d) Colaborar na formação e treino do pessoal de saúde que integra as Forças Nacionais Destacadas e outras missões fora do território nacional;

e) Colaborar nos processos de seleção e inspeção médica dos militares das Forças Armadas;

f) Assegurar o provimento dos quadros técnicos de cuidados diferenciados em ordem de batalha, para efeitos de treino, exercícios e emprego operacional de unidades dos ramos das Forças Armadas;

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

h) Assegurar ao pessoal de saúde as condições necessárias ao ensino, formação e treino pós-graduado e à formação em contexto de trabalho, na vertente hospitalar;

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

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

k) Promover a cooperação com estabelecimentos de saúde de países terceiros, principalmente no espaço da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa.



Apêndice A — Lista de entrevistados

Quadro 3 – Lista de entrevistados nacionais

ENTIDADE		CARGO ATUAL	CARGO ANTERIOR	DATA	
Entrevistas Nacionais	1	MGEN André Batista	DIRSAM	Diretor de Saúde da Força Aérea	29MAR2023
	2	BGEN Fazenda Branco	Diretor de Saúde do Exército	Diretor do HFAR	15MAR2023
	3	BGEN Rui de Sousa	Reserva	Diretor do HFAR	09MAR2023
	4	BGEN Pedro Reis	Diretor de Saúde da Força Aérea	Diretor da UTITA	27MAR2023
	5	COM António Anão	Diretor de Saúde da Marinha	Diretor Clínico do HFAR	17MAR2023
	6	COR José Monge	Diretor da Junta de Saúde da Força Aérea	Subdiretor HFAR-PL	13MAR2023
	7	COR Paulo Campos	Diretor Clínico do HFAR	Comandante do Agrupamento Sanitário	20MAR2023

Quadro 4 – Lista de entrevistados dos países congéneres

PAÍS					ENTIDADE					CARGO					DATA				
Países congéneres	Países Baixos		Colonel Rik Bergman				Commander of the Dutch Central Military Hospital				08MAR2023								

Quadro 5 – Lista de entrevistados para validação das linhas de ação estratégica

ENTIDADE			CARGO	DATA
Militares	1	ALM Gouveia e Melo	Chefe do Estado-Maior da Armada	03ABR2023
	2	GEN Mendes Ferrão	Chefe do Estado-Maior do Exército	17ABR2023
	3	TGEN Martins Pereira	Comandante do IUM	26ABR2023
Civis	5	Professor Doutor Azeredo Lopes	Ministro da Defesa Nacional (2015-2018)	25ABR2023
	6	Professor Doutor Fernando Araújo	Diretor Executivo do SNS	14ABR2023
	7	Dr. Miguel Guimarães	Bastonário da Ordem dos Médicos (2017-2022)	14ABR2023
	8	Dr. Nuno Caeiro	Diretor de Serviços de Saúde Militar e Assuntos Sociais da DGRDN	28ABR2023



Apêndice B — Guião de entrevista semiestruturada a entidades nacionais

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS CURSO DE PROMOÇÃO A OFICIAL GENERAL 2022/23

ENTREVISTA – CARTA DE APRESENTAÇÃO

O presente guião de entrevista semiestruturada foi elaborado no âmbito do Trabalho de Investigação Individual do Curso de Promoção a Oficial General 2022/23, pelo Coronel Médico Carlos Manuel Lobato Gomes de Sousa, e pretende avaliar de que forma deve ser organizada a prestação dos cuidados de saúde no Hospital das Forças Armadas (HFAR) de modo a garantir eficácia e eficiência no cumprimento da sua complexa missão, mantendo os elevados padrões de qualidade técnica e científica exigidos a uma unidade de saúde hospitalar.

O contributo de Vossa Excelência será uma significativa mais-valia para a boa prossecução deste estudo e para a qualidade das conclusões e recomendações da presente investigação.

Neste âmbito, solicito autorização para que a análise de conteúdo da entrevista seja citada no trabalho. No entanto, se desejar anonimato e confidencialidade das respostas, solicito que o indique, e tal será devidamente salvaguardado.

Muito grato pela sua disponibilidade e relevante contributo de V. Exa.

Carlos Lobato
COR MED



Considerando uma análise das dimensões de Doutrina, Organização, Treino, Material, Liderança, Pessoal, Infraestruturas e Interoperabilidade (DOTMLPI-I), são elencadas as seguintes questões, tendo como objetivo a otimização dos cuidados hospitalares do HFAR que garantam a manutenção do potencial de combate das Forças Armadas Portuguesas.

1. Considerando a dimensão **doutrina** como um conjunto de princípios, conceitos, normas e método, com a finalidade de orientar a organização, a preparação e o emprego de forças, considera existir a necessidade de uma maior divulgação ou eventual adaptação da doutrina existente, bem como se a mesma tem sido implementada?
2. Considerando a dimensão **organização** como uma definição de estruturas, considera a necessidade de existir uma alteração do atual modelo de gestão do HFAR?
3. Considerando que a dimensão **treino** inclui o ensino, formação e treino, em que medida avalia a importância do HFAR como plataforma de formação e treino dos Quadros Especiais de Saúde (QES), face à complexidade dos desafios enquanto país membro da NATO e da ONU? O atual modelo permite a aquisição de conhecimentos e capacidades técnicas adequadas à manutenção e melhoria da proficiência dos QES, ou é necessária a sua reformulação?
4. Considerando que a dimensão **material** inclui todo o espectro de material (e.g. equipamentos específicos, tecnologia, entre outros), considera existir a necessidade de inovação tecnológica ou de aquisição de material e equipamentos para o HFAR?
5. Considerando a dimensão **liderança** a um nível estratégico e operacional da organização, em que medida prevê a necessidade de formação ao nível dos cargos de direção do HFAR?
6. Considerando que a dimensão **pessoal** inclui os recursos humanos necessários à prossecução dos objetivos definidos:
 - 6.1. Considera necessário proceder à reformulação do número de efetivos para apoio e emprego operacional do HFAR? Assim como das áreas de especialização e qualificações dos QES?
 - 6.2. De que forma avalia a capacidade de recrutamento e de retenção de QES no HFAR?
7. Considerando a dimensão **infraestruturas** o título genérico para todas as infraestruturas necessárias para aquisição de capacidades, considera necessária a reabilitação das estruturas existentes e/ou edificação de novas estruturas no HFAR?
8. Considerando a dimensão **interoperabilidade** como o meio para permitir a partilha de conhecimentos de forma segura, eficiente e eficaz, em que medida considera necessária a cooperação e articulação com o SNS, com hospitais militares de países aliados ou com instituições de ensino universitário?
9. Comentários ou sugestões.



Apêndice C — Guião de entrevista a entidades dos países congéneres

PORTUGUESE MILITARY UNIVERSITY INSTITUTE DEPARTMENT OF GRADUATE STUDIES PROMOTION COURSE TO GENERAL OFFICER 2022/23

INTERVIEW SURVEY- PRESENTATION LETTER

This semi-structured interview guide was prepared within the scope of Individual Research Work “The Armed Forces Hospital in Maintaining Combat Potential” of Promotion Course to General Officer 2022/23, by Colonel MD Carlos Manuel Lobato Gomes de Sousa, from the Portuguese Armed Forces (Hospital das Forças Armadas (HFAR) in Portugal) and aims to assess regarding to the provision of health care, either in the assistance and hospital component or in support of the operational component of Armed Forces at the Military hospital where you practice.

This survey to other allied countries military hospitals is performed with the aim of learning and improving in the best way possible the organization of HFAR, allowing to incorporate good practices already implemented in other countries as well as guaranteed effectiveness and efficiency in fulfilling its complex mission, maintaining the high standards of technical and scientific quality required of a hospital health unit and the main focus will be on supporting operational activity.

Your Excellency’s contribution will be a significant asset for the goal of good continuation of this study and for the quality of the conclusions and recommendations of this investigation. I also request authorization for the analysis of the content of the survey to be cited in the study. However, if you want to ensure anonymity and confidentiality of responses, and this will be duly safeguarded.

Grateful for your availability and extremely relevant contribution from Your Excellency.

Regards,

Carlos Lobato
MED COL (OF.05)



Considering an analysis of the **Doctrine**, **Organization**, **Training**, **Material**, **Leadership**, **Personnel**, **Facilities**, and **Interoperability** (DOTMLPFI) dimensions, the following questions are listed, with the objective of characterizing the hospital care at your hospital. Please fill in full answers developing as much as possible the different questions.

1. Considering **Doctrine** dimension as a set of principles, concepts, rules and methods, with the purpose of guiding the organization, preparation and employment of forces:
 - 1.1. What are the missions assigned to your Hospital?
 - 1.2. What Doctrine has been adopted and how has it been implemented?
2. Regarding **Organization** dimension as a definition of structures:
 - 2.1. How would you describe the current Organization of your hospital?
 - 2.2. Do you consider there is a need for a change in the current organization, namely in the hospital management model?
 - 2.3. What is your hospital funding model?
3. Considering that **Training** dimension includes teaching, instruction, professional qualification, and training:
 - 3.1. To what extent do you assess the importance of the military hospital as a training platform for health professionals, given the complexity of the challenges faced as a member country of NATO, ONU, and the European Union?
 - 3.2. How does your hospital's organizational model allow for the acquisition of knowledge and technical skills appropriate in maintaining the proficiency of health professionals?
 - 3.3. Is there a matrix that defines the knowledge and technical skills necessary for the operational employment of health professionals?
4. Considering that **Material** dimension includes the entire spectrum of material (e.g., specific equipment and technology, among others), do you consider that there is a concern with technological innovation and modernization of material and equipment?
5. Regarding **Leadership** dimension at strategic and operational level of the organization:
 - 5.1. How is the Hospital Board constituted, what are their qualifications and professional Background?
 - 5.2. Is there a specific training for hospital management positions?
6. Considering that **Personal** dimension includes the human resources necessary to pursue defined objectives:
 - 6.1. How is it composed of professional groups?
 - 6.2. What medical specialties does it provide?
 - 6.3. Is there any internal policy that reinforces specialties of military interest (medical specific skills)?
 - 6.4. How are health professionals recruited?
 - 6.5. Are there difficulties in retaining and stabilizing healthcare professionals?
 - 6.6. Are there special incentives for healthcare professionals? Which are they?
7. Considering the **Facilities** dimension as the generic title for all the infrastructures necessary for the acquisition of capabilities.
 - 7.1. What are the existing ones?
 - 7.2. What are the desirable infrastructures currently?
8. Regarding **Interoperability** dimension as the ability to work with others and a mean to allow sharing of knowledge in a safe, efficient, and effective way:
 - 8.1. How is cooperation and articulation defined with the civilian health system and with other military hospitals in allied countries?
 - 8.2. And how is interface and connection with university teaching institutions or other relevant institutions?
 - 8.3. Is there any experience in using military health units in an operational environment?
9. Any Comments or suggestions?



Apêndice D — Análise das entrevistas semiestruturadas

Quadro 6 – Análise sucinta das entrevistas semiestruturadas

DOTMLPI-I Resultado da análise		Entidade
DOCTRINA	“Deverá também existir uma adaptação e um aperfeiçoamento da doutrina existente, associado a um sistema de comunicação organizacional interno eficaz que permita uma identificação clara das missões atribuídas a cada elemento.”	1
	“A organização e a preparação de Forças, no seu conjunto o aprontamento, são incumbência dos ramos.”	2
	“...deveria ser elaborada doutrina, uniforme e transversal, que identificasse os princípios, conceitos, normas e métodos a observar para efeitos de aprontamento nas Forças Armadas.”	3
	“...HFAR tem a sua organização e metodologia de trabalho bem definidas e implementadas...a documentação escrita mais aproximada considerada doutrinária possa ser, eventualmente, o Decreto Regulamentar do HFAR.”	4
	“...a revisão da estrutura orgânica e funcional do HFAR constitui uma oportunidade única para corrigir alguns elementos menos ajustados à realidade e complexidade de gestão de uma unidade desta dimensão e relevância estratégica.”	5
	“A doutrina existente no HFAR relativa ao emprego de forças é a doutrina NATO.”	6
	“Existe clara necessidade de garantir o conhecimento da doutrina existente, nomeadamente no que respeita globalmente ao âmbito do apoio sanitário. Parece existir, a este nível, falta de divulgação/conhecimento...”	7
	“For the future development of the hospital in the period 2023-2027 we follow our strategy Making a difference.”	Países Baixos
ORGANIZAÇÃO	“Necessária uma alteração do atual modelo de gestão do HFAR, que permita uma aproximação ao modelo do SNS, de maior flexibilidade, nomeadamente na contratação de pessoal civil. O HFAR deverá ter um corpo clínico civil robusto que possa libertar os QES militares para apoio às operações militares, sem perda significativa da capacidade assistencial.”	1
	“... considero ser necessário um modelo de gestão otimizado de pessoal, mais voltado para a saúde operacional, alocando mais recursos nas valências que são com maior frequência solicitadas...”	2
	“... a qualidade do desempenho do HFAR depende sobretudo do que este invista nas suas capacidades clínicas e formativas...pelo que não depende de um modelo de gestão em particular...”	3
	“O atual modelo de gestão do HFAR é melhorável...julgo que as dificuldades de funcionamento...não se devem às eventuais inadequações da sua organização, mas sim, às dificuldades de recursos humanos e à dificuldade de financiamento.”	4
	“Concordo com a alteração do modelo de gestão, tornando-o mais flexível e autónomo, conferindo-lhe maior capacidade de adaptação e prontidão na resposta às solicitações.”	5
	“O novo modelo de gestão do HFAR deveria idealmente corresponder a um modelo organizacional que compatibilizasse as necessidades de gestão típicas de um hospital com o comando e a hierarquia tradicionais de uma unidade militar.”	6
	“Existe clara necessidade de alterar a estrutura atual, incluindo o atual modelo de governação do HFAR. É claro no contexto da governação hospitalar que os modelos mais proficientes detêm mais autonomia. Incluindo autonomia financeira.”	7
	“The management model is effective.”	Países Baixos



Quadro 6 – Análise sucinta das entrevistas semiestruturadas (cont.)

TREINO	“Permite o treino do corpo clínico para ambiente hospitalar de campanha...o HFAR deverá diferenciar-se como centro de excelência nas áreas de âmbito militar...”	1
	“...face aos atuais escassos recursos existentes, os militares dos QES deverão ser alocados em primeira instância aos ramos, onde é impensável ter profissionais de saúde civis na prestação de cuidados em ambiente operacional.”	2
	“...falta ao HFAR desenvolver formação em competências clínicas mais específicas para o tratamento de baixas em situação de combate...obriga a uma formação adicional, de natureza mais militar que deve ser disponibilizada pela UEFISM...”	3
	“...o nível de cuidados hospitalares prestados atualmente no HFAR é muito diferenciado e de elevada qualidade...” “...muita da capacidade técnica dos profissionais de saúde militares das FFAA é adquirida, com empenho e esforço pessoal dos militares, tanto na colaboração intensiva com os hospitais onde fazem o internato, no caso dos médicos, como na colaboração continua ao longo da carreira...o que traz grande benefício para as FFAA.”	4
	“O atual modelo de formação do HFAR contempla, no âmbito da atividade clínica, uma forte componente de “formação em trabalho” (<i>on-the-job training</i>) ...” “...a necessidade de incluir e promover a estreita colaboração com a UEFISM.”	5
	“...o HFAR é a principal plataforma de formação e treino dos QES, uma vez que deve idealmente fornecer os meios técnicos e humanos necessários à aquisição de competências e à manutenção da diferenciação adquirida pelas diferentes classes profissionais...o HFAR no seu atual modelo não corresponde às necessidades, uma vez que não assegura a casuística necessária... em áreas fundamentais para a medicina militar, como...medicina de emergência, trauma e doenças infecciosas...”	6
	“...o HFAR será, sempre, a pedra essencial...deverá ser o HFAR a deter na sua estrutura, integrada, uma plataforma global de ensino, formação e treino dos QES, incluindo formação hospitalar e simulação médica...”	7
	“We provide medical training for military health professionals, but not regarding trauma care... Our hospital is not a trauma center, so the armed forces surgical teams need to develop the necessary skills in other hospitals.”	Países Baixos
MATERIAL	“Necessidade de inovação tecnológica.”	1
	“A inovação tecnológica é uma necessidade constante, para que se possam prestar cuidados de excelência no nosso hospital.”	2
	“A inovação tecnológica é uma necessidade permanente e sem fim...Atualmente, o HFAR encontra-se razoavelmente bem apetrechado em termos de equipamentos clínicos...”	3
	“...o HFAR pode ser considerado um centro razoavelmente apetrechado...tem-se verificado um desinvestimento crescente, além das dificuldades financeiras pontuais...”	4
	“Como em todas as instituições de saúde, é absolutamente necessário assegurar a devida dotação de equipamentos de intervenção clínica...” “Considerando a complexidade dos processos de aquisição e manutenção a tónica deve ser colocada no planeamento atempado dos processos...”	5
	“...imprescindível melhorar a acessibilidade aos utentes...apostar na simulação médica.”	6
	“...o HFAR necessita de incrementar a sua dimensão para um claro patamar mínimo de Hospital de dimensão equivalente aos Hospitais SNS (Serviço de Urgência) ...podendo assim ocupar o seu devido espaço doutrinário de <i>Role 4</i> .”	7
	“Innovation and modernization are very difficult for us as a military hospital.”	Países Baixos



Quadro 6 – Análise sucinta das entrevistas semiestruturadas (cont.)

LIDERANÇA	“Necessária formação de liderança na área da gestão hospitalar...”	1
	“A liderança é uma característica inata, mas também possível de ser desenvolvida e trabalhada.”	2
	“...não é ao nível dos cargos de direção que se deve fazer formação em liderança porque a aquisição desta qualidade deve ocorrer bem mais cedo.”	3
	“...deve ser repensada a constituição da Direção do HFAR e analisada a possibilidade de integração na estrutura diretiva de técnicos da área da gestão com formação e experiência específica em Gestão/Administração Hospitalar (que poderão ser civis).”	4
	“... a formação técnica em gestão de unidades de saúde deve ser assegurada a elementos da direção, considerando-a como elemento desejável, mas não imprescindível...”	5
	“...fundamental a formação em gestão de saúde associada em alguns casos a formação mais específica em áreas importantes como a logística e a contratação pública.”	6
	“...essencial dotar os elementos que poderão vir a ocupar cargos de Direção no HFAR de formação adequada...as Direções de Saúde têm que ser capazes de ter um plano de gestão de carreiras.”	7
	“There is not, although it is stimulated to get an MBA (in healthcare). My position as commander of the hospital is considered to be the most complex and challenging position for a colonel within the defense healthcare organization.”	Países Baixos
PESSOAL	“Atualmente, o desempenho de funções no HFAR pelas QES, nomeadamente médicos, não é atrativo comparativamente com instituições privadas, e mesmo públicas.”	1
	“A escassez de QES que é manifestada pelos Diretores de Saúde dos ramos, anunciada repetidamente em reuniões da Comissão Consultiva da Saúde Militar e em concreto no Exército, inviabilizam as mais das vezes prover o HFAR dos seus quadros.”	2
	“...a realidade do HFAR é a de uma crónica insuficiência de recursos humanos...deve rever os recursos humanos, sobretudo no que respeita à distribuição entre militares e civis, de modo a garantir a atividade hospitalar à custa de civis, para suprir a carência de militares e as suas ausências...” “...não existem dificuldades de retenção de QES no HFAR, por ser essa a colocação ambicionada por esses militares...”	3
	“O recrutamento de quadros de saúde não é função ou responsabilidade do HFAR, mas sim das respetivas áreas de cada ramo das FFAA.” “...a atratividade das FFAA para os profissionais de saúde (especialmente médicos) tem vindo a decrescer...agravado pela decrescente capacidade de retenção...”	4
	“...o Hospital depende da disponibilidade de elementos existentes nos QES de cada ramo. Considerando um quadro de carência generalizada de pessoal, não é fácil assegurar a componente operacional dos ramos e, prover, simultaneamente, o HFAR...a capacidade de retenção dos QES tem dependido muito das necessidades operacionais dos ramos, registando-se uma tendência de disputa de recursos, com prejuízo para ambas as partes (ramos e EMGFA-HFAR).”	5
	“...aumentar o número de efetivos civis, para assim minimizar o efeito adverso para a atividade assistencial normal do HFAR, que as sucessivas deslocações dos militares provocam.”	6
	“Em resumo, baixa capacidade de recrutamento, pouca atratividade, pouca autonomia no recrutamento, e muito baixa capacidade de retenção – urge resolver este problema, que poderá claramente pôr em causa o cumprimento da missão.”	7
	“...there is a shortage of healthcare professionals in the Netherlands and the MoD terms of employment for a substantial group of medical personnel are not as good as what is offered on the civilian job market. This leads to recruitment and retention problems.”	Países Baixos



Quadro 6 – Análise sucinta das entrevistas semiestruturadas (cont.)

INFRAESTRUTURAS	“As estruturas existentes são insuficientes, sendo necessário investimento na reabilitação e edificação de novos edifícios para criar novas capacidades no HFAR.”	1
	“...no Polo Lisboa considerava-se a edificação do Edifício H05 uma prioridade, e por incluir entre outros serviços, um novo Bloco Operatório.” “No Polo Porto, havia necessidade de reabilitar vários espaços...”	2
	“...necessário encarar a reabilitação de espaços e infraestruturas do Polo do Porto.”	3
	“...o HFAR pode considerar-se um centro hospitalar razoavelmente dotado e dimensionado, embora careça de investimento em áreas específicas...”	4
	“Saliento, entre outras, como mais prioritárias a edificação do edifício H05 e a instalação da ressonância magnética. No que diz respeito ao Polo do Porto, considero uma lacuna importante a não criação de um Plano Diretor que permita a adequada gestão dos processos de renovação e criação de infraestruturas.”	5
	“É absolutamente necessária a reabilitação de algumas estruturas em Lisboa ou no Porto, bem como a construção de novas (exemplo: o bloco operatório em Lisboa.”	6
	“É essencial a reabilitação das estruturas existentes, bem como a edificação de novas estruturas.”	7
INTEROPERABILIDADE	“Absolutamente fundamental.”	1
	“...a cooperação quer com o SNS quer com instituições nacionais privadas, instituições universitárias, quer com os países amigos, será sempre uma mais valia para os nossos quadros e para a instituição.”	2
	“... seria de equacionar a possibilidade do emprego de QES do HFAR de qualquer Ramo...de modo a permitir uma gestão de pessoal mais flexível.” “A cooperação e articulação com o SNS, universidades e hospitais militares de países aliados, seria desejável e aconselhável...”	3
	“No que respeita à articulação com estruturas militares ou civis externas, poderemos considerar...os aspetos relativos ao desenvolvimento clínico, treino operacional na área da saúde ou investigação científica...”	4
	“...a interoperabilidade constitui um desiderato ainda em curso no próprio SSM, dado que a evolução para o “processo clínico único” ainda se encontra em fase de implementação. No que diz respeito à articulação com as instituições ou sistemas referidos, destaco a importância de dois: o SNS e o Ensino Superior.”	5
	“É importante a articulação com SNS, para ter acesso a casuística que permita a manutenção dos índices de proficiência exigidos... A cooperação com instituições de ensino universitário...possibilita um desenvolvimento dos profissionais do HFAR...através da sua valorização curricular.”	6
	“...hoje um Hospital não se pode encerrar em si mesmo, sendo desejável a articulação estreita e cooperação com a realidade dos Hospitais SNS, com Instituições de Ensino, bem como a Hospitais Militares de outros países NATO.”	7
	“We do provide some personnel for Role 2 and 3 field hospitals and employ many military health professionals that were (frequently) deployed in field hospitals.”	Países Baixos



Apêndice E — Análise SWOT

ANÁLISE SWOT		Ambiente Interno	
		Potencialidades (P) <i>Pontos fortes (a tirar partido)</i>	Vulnerabilidades (V) <i>Pontos fracos (a minimizar)</i>
		P1. Prontidão na resposta a situações de emergência P2. Existência de capacidade instalada sobranter P3. Reserva estratégica para internamento P4. Elevado índice de satisfação dos utentes do HFAR P5. Qualidade da formação pré e pós-graduada dos QES P6. Experiência no aprontamento das Forças Nacionais Destacadas (FND) no âmbito da medicina preventiva P7. Valências diferenciadas em Medicina Aeronáutica e Hiperbárica	V1. Insuficiente casuística, em emergência e trauma, comprometendo a aquisição de competências para atuação em ambiente operacional V2. Desajuste das especialidades médicas existentes face às necessidades da atividade operacional V3. Inexperiência na projeção de equipas sanitárias em capacidades <i>Role 2</i> e <i>3</i> V4. Indisponibilidade dos QES para a atividade operacional V5. Baixa atratividade da carreira médica militar V6. Dificuldade na retenção de QES, particularmente, médicos V7. Desatualização de equipamentos e instalações V8. Baixo investimento em inovação tecnológica V9. Pouca flexibilidade e autonomia do atual modelo de gestão e organização V10. Suborçamentação condicionada pelo modelo de financiamento V11. Inexistência de indicadores de qualidade em saúde V12. Escassa cultura doutrinária entre profissionais de saúde
Ambiente Externo	Oportunidades (O) <i>Vantagens potenciais (a potenciar)</i> O1. Crescente credibilidade do HFAR como instituição de saúde O2. Limitação da oferta de cuidados de saúde diferenciados no SNS O3. Parcerias com instituições académicas e hospitalares O4. Adoção de doutrina NATO O5. Cooperação com hospitais militares de países NATO e PALOP O6. Participação em exercícios da NATO O7. Acesso a formação especializada e em áreas da saúde militar O8. Vontade política face à atual conjuntura económico-financeira O9. Implementação da Rede de Referenciação do SSM, com racionalização na gestão de recursos e concentração de infraestruturas O10. Adoção do novo modelo de gestão do HFAR (em fase de aprovação) O11. Permanência dos QES no HFAR, mantendo-se em ordem de batalha, para efeitos de treino, exercícios e emprego operacional	LA que usam potencialidades para obter vantagens sobre oportunidades PO1. Edificar o novo modelo de gestão do HFAR, maximizando a sua atividade assistencial, formativa e de treino, assegurando as qualificações necessárias dos QES para empenhamento na atividade operacional PO2. Articulação com serviços clínicos do SNS para garantir quantidade e complexidade clínica na manutenção da proficiência dos QES PO3. Celebração de protocolos com SNS para assegurar o treino dos QES em urgência e emergência mediante integração em serviços de urgência polivalente PO4. Celebração de protocolos com o INEM, para integração de QES em equipas de emergência pré-hospitalar PO5. Acompanhamento do desenvolvimento da doutrina NATO relativo à SM PO6. Desenvolver parcerias com instituições de ensino universitário	LA que usam oportunidades para superar vulnerabilidades VO1. Revisão do modelo de financiamento do HFAR, mediante a celebração de contratos-programa, obviando atrasos crónicos nos pagamentos VO2. Evolução da estrutura e funcionamento do HFAR para um modelo de organização mais flexível e autónomo, onde se congreguem as componentes clínica e de gestão hospitalar, num alinhamento entre processos e recursos VO3. Melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados, garantindo qualidade e quantidade de atos e procedimentos médicos realizados VO4. Identificar as especialidades médicas de interesse militar VO5. Elaboração de planos de formação contínua em articulação com o IUM nas áreas doutrinárias de interesse para a SM VO6. Potenciar a articulação com o agrupamento sanitário de forma a garantir a manutenção das competências dos QES mediante a prossecução de ações de formação e treino operacional
	Ameaças (A) <i>Dificuldades potenciais (a evitar)</i> A1. Constrangimentos financeiros, nomeadamente, falta de investimento para sustentação de capacidades em prol da atividade operacional A2. Dificuldade no recrutamento de profissionais de saúde diferenciados A3. Carência de idoneidade formativa para especialidades médicas A4. Falta de alinhamento estratégico entre ADM e HFAR A5. Exclusão no acesso a plataformas de saúde do SNS A6. Exclusão da rede de referenciação do SNS A7. Elevado investimento em inovação tecnológica do setor privado A8. Complexidade crescente dos conflitos futuros	LA que usam potencialidades para prevalecer sobre as ameaças PA1. Dinamizar a interação com a sociedade civil para reforço da imagem PA2. Capacitar os serviços clínicos para atribuição de idoneidade formativa PA3. Desenvolvimento do centro de simulação médica do HFAR em articulação com unidades de saúde do SNS PA4. Desenvolvimento de interface entre as bases de dados do SSM e SNS PA5. Extensão das plataformas digitais e aplicações de saúde a todo território nacional e FND, com ênfase na telemedicina PA6. Constituição do CEIP como centro de vigilância preditiva de ameaças globais e aumento da capacidade de monitorização da componente operacional PA7. Aumento da capacidade e prontidão da reserva estratégica de internamento	LA que minimizam vulnerabilidades para prevalecer sobre as ameaças VA1. Gestão integrada e centralizada dos QES na DIRSAM em articulação com DS VA2. Contribuir para a reavaliação da composição do quadro médico do SSM, através da adequação dos critérios de recrutamento às necessidades da SM VA3. Incrementar a prossecução das competências adstritas à DIRSAM quanto à coordenação da representação nacional da SM na NATO, mediante o fortalecimento das relações com entidades congêneres de países aliados VA4. Implementar incentivos financeiros e de carreira para os QES envolvidos em atividade operacional para aumentar a taxa de recrutamento e retenção VA5. Implementar indicadores de acesso, qualidade e segurança VA6. Criação e aferição periódica de métricas de competências técnicas para QES



Apêndice F — Linhas de ação

Quadro 7 – Linhas de ação

LA1	Edificar o novo modelo de gestão do HFAR, maximizando a sua atividade assistencial, formativa e de treino, assegurando as qualificações necessárias dos QES para empenhamento na atividade operacional
LA2	Articulação com serviços clínicos do SNS para garantir quantidade e complexidade clínica na manutenção da proficiência dos QES
LA3	Celebração de protocolos com SNS para assegurar o treino dos QES em urgência e emergência mediante integração em serviços de urgência polivalente
LA4	Celebração de protocolos com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), para integração de QES em equipas de emergência pré-hospitalar
LA5	Acompanhamento do desenvolvimento da doutrina NATO relativo à Saúde Militar
LA6	Desenvolver parcerias com instituições de ensino universitário
LA7	Revisão do modelo de financiamento do HFAR, mediante a celebração de contratos-programa, obviando atrasos crónicos nos pagamentos
LA8	Evolução da estrutura e funcionamento do HFAR para um modelo de organização mais flexível e autónomo, onde se congreguem as componentes clínica e de gestão hospitalar, num alinhamento entre processos e recursos
LA9	Melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados, garantindo qualidade e quantidade de atos e procedimentos médicos realizados
LA10	Identificar as especialidades médicas de interesse militar
LA11	Elaboração de planos de formação contínua em articulação com o IUM nas áreas doutrinárias de interesse para a SM
LA12	Potenciar a articulação com o Agrupamento Sanitário de forma a garantir a manutenção das competências dos QES mediante a prossecução de ações de formação e treino operacional
LA13	Dinamizar a interação com a sociedade civil para reforço da imagem
LA14	Capacitar os serviços clínicos para atribuição de idoneidade formativa
LA15	Desenvolvimento do centro de simulação médica do HFAR em articulação com unidades de saúde do SNS
LA16	Desenvolvimento de interface entre as bases de dados do SSM e SNS
LA17	Extensão das plataformas digitais e aplicações de saúde a todo território nacional e FND, com ênfase na telemedicina
LA18	Constituição do CEIP como centro de vigilância preditiva de ameaças globais e aumento da capacidade de monitorização da componente operacional
LA19	Aumento da capacidade e prontidão da reserva estratégica de internamento
LA20	Gestão integrada e centralizada dos QES na DIRSAM em articulação com as Direções de Saúde dos ramos
LA21	Contribuir para a reavaliação da composição do quadro médico do SSM, através da adequação dos critérios de recrutamento às necessidades da SM
LA22	Incrementar a prossecução das competências adstritas à DIRSAM quanto à coordenação da representação nacional da SM na NATO, mediante o fortalecimento das relações com entidades congéneres de países aliados
LA23	Implementar incentivos financeiros e de carreira para os QES envolvidos em atividade operacional para aumentar a taxa de recrutamento e retenção
LA24	Implementar indicadores de acesso, qualidade e segurança
LA25	Criação e aferição periódica de métricas de competências técnicas para QES



Apêndice G — Guião de entrevistas de confirmação

**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS
CURSO DE PROMOÇÃO A OFICIAL GENERAL 2022/23**

ENTREVISTA – CARTA DE APRESENTAÇÃO

Excelentíssimo Senhor,

O presente guião de entrevista foi elaborado pelo Coronel Médico Carlos Manuel Lobato Gomes de Sousa no âmbito do Trabalho de Investigação Individual do Curso de Promoção a Oficial General 2022/23, do Instituto Universitário Militar.

Neste âmbito, o tema do meu trabalho é “O Hospital das Forças Armadas na Manutenção do Potencial de Combate”.

Este estudo pretende avaliar de que forma deve ser organizada a prestação dos cuidados de saúde no Hospital das Forças Armadas (HFAR) de modo a garantir eficácia e eficiência no cumprimento da sua complexa missão, mantendo os elevados padrões de qualidade técnica e científica exigidos a uma unidade de saúde hospitalar.

O contributo de Vossa Excelência será uma significativa mais-valia para a boa prossecução deste estudo e para a qualidade e relevância das conclusões e recomendações da presente investigação.

Neste âmbito, solicito autorização para que a análise de conteúdo da entrevista seja citada no trabalho. No entanto, se desejar anonimato e confidencialidade das respostas, solicito que o indique, e tal será devidamente salvaguardado.

Muito grato pela sua disponibilidade e relevante contributo de V. Exa.

Carlos Lobato
COR MED



Realizou-se uma análise SWOT (potencialidades, vulnerabilidades, oportunidades e ameaças) da qual resultaram um conjunto de linhas de ação (LA), que importam avaliar segundo os critérios de adequabilidade, exequibilidade e aceitabilidade.

Pretendo colocar-lhe um conjunto de questões cujas respostas são fundamentais para identificar as linhas de ação estratégica (LAE) para otimizar o modelo de cuidados hospitalares do HFAR que garanta a manutenção do potencial de combate das FFAA.

Para cada LA, aplicam-se as 3 questões seguintes, solicitando a descrição da avaliação e uma classificação - alta, neutra ou baixa.

1. Adequabilidade - Considera que a LA proposta, pode produzir resultados? Classifique, avalie os riscos e prováveis consequências de sucesso ou insucesso.
2. Exequibilidade - Considera que a LA proposta, pode ser executada com os recursos disponíveis? Classifique, avalie os riscos e prováveis consequências de sucesso ou insucesso.
3. Aceitabilidade - Considera que os resultados esperados da LA, justificam as ações propostas? Classifique, avalie os riscos e prováveis consequências de sucesso ou insucesso.

Linhas de ação	Avaliação do risco, consequências prováveis do sucesso ou insucesso	Classificação		
		Alta	Neutra	Baixa
LA1. Edificar o novo modelo de gestão do HFAR, maximizando a sua atividade assistencial, formativa e de treino, assegurando as qualificações necessárias dos QES para empenhamento na atividade operacional	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			
LA2. Articulação com serviços clínicos do SNS para garantir quantidade e complexidade clínica na manutenção da proficiência dos QES	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			
LA3. Celebração de protocolos com SNS para assegurar o treino dos QES em urgência e emergência mediante integração em serviços de urgência polivalente	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			
LA4. Celebração de protocolos com o INEM, para integração de QES em equipas de emergência pré-hospitalar	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			
LA5. Acompanhamento do desenvolvimento da doutrina NATO relativo à Saúde Militar	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			
LA6. Desenvolver parcerias com instituições de ensino universitário	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			
LA7. Revisão do modelo de financiamento do HFAR, mediante a celebração de contratos-programa, obviando atrasos crónicos nos pagamentos	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			
LA8. Evolução da estrutura e funcionamento do HFAR para um modelo de organização mais flexível e autónomo, onde se congreguem as componentes clínica e de gestão hospitalar, num alinhamento entre processos e recursos	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			



LA9. Melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados, garantindo qualidade e quantidade de atos e procedimentos médicos realizados	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			
LA10. Identificar as especialidades médicas de interesse militar	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			
LA11. Elaboração de planos de formação contínua em articulação com o IUM nas áreas doutrinárias de interesse para a SM	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			
LA12. Potenciar a articulação com o Agrupamento Sanitário de forma a garantir a manutenção das competências dos QES mediante a prossecução de ações de formação e treino operacional	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			
LA13. Dinamizar a interação com a sociedade civil para reforço da imagem	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			
LA14. Capacitar os serviços clínicos para atribuição de idoneidade formativa	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			
LA15. Desenvolvimento do centro de simulação médica do HFAR em articulação com unidades de saúde do SNS	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			
LA16. Desenvolvimento de interface entre as bases de dados do SSM e SNS	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			
LA17. Extensão das plataformas digitais e aplicações de saúde a todo território nacional e FND, com ênfase na telemedicina	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			
LA18. Constituição do CEIP como centro de vigilância preditiva de ameaças globais e aumento da capacidade de monitorização da componente operacional	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			
LA19. Aumento da capacidade e prontidão da reserva estratégica de internamento	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			
LA20. Gestão integrada e centralizada dos QES na DIRSAM em articulação com as Direções de Saúde dos ramos	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			
LA21. Contribuir para a reavaliação da composição do quadro médico do SSM, através da adequação dos critérios de recrutamento às necessidades da SM	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			
LA22. Incrementar a prossecução das competências adstritas à DIRSAM quanto à coordenação da representação nacional da SM na NATO, mediante o fortalecimento das relações com entidades congéneres de países aliados	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			
LA23. Implementar incentivos financeiros e de carreira para os QES envolvidos em atividade operacional para aumentar a taxa de recrutamento e retenção	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			
LA24. Implementar indicadores de acesso, qualidade e segurança	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			
LA25. Criação e aferição periódica de métricas de competências técnicas para QES	Adequabilidade			
	Exequibilidade			
	Aceitabilidade			

Legenda: Quadros Especiais de Saúde (QES); Saúde Militar (SM); Forças Nacionais Destacadas (FND); Centro de Epidemiologia e Intervenção Preventiva (CEIP); Direção de Saúde Militar (DIRSAM); Sistema de Saúde Militar (SSM)

**Apêndice H — Análise das entrevistas de confirmação****Quadro 8 – Matriz de análise avaliativa de entrevistas de confirmação**

Linhas de ação	Critérios de Avaliação	Entrevistas							Avaliação	
		1	2	3	4	5	6	7		
LA1. Edificar o novo modelo de gestão do HFAR, maximizando a sua atividade assistencial, formativa e de treino, assegurando as qualificações necessárias dos QES para empenhamento na atividade operacional	Adequabilidade	A	A	A	A	A	A	A	14	100%
	Exequibilidade	B	B	B	N	N	B	B	-3	-21%
	Aceitabilidade	B	B	A	N	A	A	A	7	50%
LA2. Articulação com serviços clínicos do SNS para garantir quantidade e complexidade clínica na manutenção da proficiência dos QES	Adequabilidade	A	A	A	A	A	A	A	14	100%
	Exequibilidade	A	A	N	N	A	A	A	12	86%
	Aceitabilidade	A	A	B	B	A	A	A	8	57%
LA3. Celebração de protocolos com SNS para assegurar o treino dos QES em urgência e emergência mediante integração em serviços de urgência polivalente	Adequabilidade	A	A	A	A	A	A	A	14	100%
	Exequibilidade	A	B	A	A	A	N	B	7	50%
	Aceitabilidade	N	A	A	A	A	A	A	13	93%
LA4. Celebração de protocolos com o INEM, para integração de QES em equipas de emergência pré-hospitalar	Adequabilidade	A	A	A	A	A	A	A	14	100%
	Exequibilidade	A	N	B	N	A	B	B	3	21%
	Aceitabilidade	A	A	N	A	A	A	A	13	93%
LA5. Acompanhamento do desenvolvimento da doutrina NATO relativo à Saúde Militar	Adequabilidade	A	N	A	A	A	A	A	13	93%
	Exequibilidade	A	N	N	N	N	A	B	7	50%
	Aceitabilidade	A	N	A	A	N	A	A	12	86%
LA6. Desenvolver parcerias com instituições de ensino universitário	Adequabilidade	A	B	A	A	A	A	A	11	79%
	Exequibilidade	A	B	N	N	N	A	N	7	50%
	Aceitabilidade	A	N	N	A	N	A	A	11	79%
LA7. Revisão do modelo de financiamento do HFAR, mediante a celebração de contratos-programa, obviando atrasos crónicos nos pagamentos	Adequabilidade	A	B	N	A	A	A	A	10	71%
	Exequibilidade	N	B	N	A	A	B	B	3	21%
	Aceitabilidade	A	N	N	N	A	A	A	11	79%
LA8. Evolução da estrutura e funcionamento do HFAR para um modelo de organização mais flexível e autónomo, onde se congreguem as componentes clínica e de gestão hospitalar, num alinhamento entre processos e recursos	Adequabilidade	N	N	N	A	A	A	A	11	79%
	Exequibilidade	N	B	N	B	B	A	B	0	0%
	Aceitabilidade	N	N	N	N	N	A	A	9	64%
LA9. Melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados, garantindo qualidade e quantidade de atos e procedimentos médicos realizados	Adequabilidade	A	A	A	A	A	A	A	14	100%
	Exequibilidade	A	B	N	A	B	A	B	4	29%
	Aceitabilidade	A	A	A	A	A	A	A	14	100%
LA10. Identificar as especialidades médicas de interesse militar	Adequabilidade	A	A	A	A	A	A	N	13	93%
	Exequibilidade	A	A	A	A	A	A	A	14	100%
	Aceitabilidade	A	N	A	A	A	A	N	12	86%
LA11. Elaboração de planos de formação contínua em articulação com o IUM nas áreas doutrinárias de interesse para a SM	Adequabilidade	A	A	A	A	A	A	A	14	100%
	Exequibilidade	B	B	N	B	N	A	N	2	14%
	Aceitabilidade	B	N	A	A	A	A	A	10	71%
LA12. Potenciar a articulação com o Agrupamento Sanitário de forma a garantir a manutenção das competências dos QES mediante a prossecução de ações de formação e treino operacional	Adequabilidade	A	A	A	A	A	A	A	14	100%
	Exequibilidade	A	A	A	N	N	A	N	11	79%
	Aceitabilidade	A	A	A	N	A	A	A	13	93%



LA13. Dinamizar a interação com a sociedade civil para reforço da imagem	Adequabilidade	A	B	N	A	A	A	A	10	71%
	Exequibilidade	A	B	N	A	N	A	N	8	57%
	Aceitabilidade	A	B	N	A	A	A	A	10	71%
LA14. Capacitar os serviços clínicos para atribuição de idoneidade formativa	Adequabilidade	A	B	A	A	A	A	A	11	79%
	Exequibilidade	A	B	N	B	B	A	B	1	7%
	Aceitabilidade	A	N	A	N	N	A	A	11	79%
LA15. Desenvolvimento do centro de simulação médica do HFAR em articulação com unidades de saúde do SNS	Adequabilidade	A	B	A	A	A	A	A	11	79%
	Exequibilidade	B	B	A	N	A	A	N	6	43%
	Aceitabilidade	N	N	A	N	A	A	A	11	79%
LA16. Desenvolvimento de interface entre as bases de dados do SSM e SNS	Adequabilidade	A	A	A	A	A	A	A	14	100%
	Exequibilidade	N	B	A	B	B	B	B	-2	-14%
	Aceitabilidade	A	A	A	B	A	A	A	11	79%
LA17. Extensão das plataformas digitais e aplicações de saúde a todo território nacional e FND, com ênfase na telemedicina	Adequabilidade	A	A	A	A	A	A	A	14	100%
	Exequibilidade	A	A	B	A	B	A	B	5	36%
	Aceitabilidade	A	A	A	A	A	A	A	14	100%
LA18. Constituição do CEIP como centro de vigilância preditiva de ameaças globais e aumento da capacidade de monitorização da componente operacional	Adequabilidade	A	B	N	N	N	A	A	8	57%
	Exequibilidade	N	B	N	B	B	A	N	2	14%
	Aceitabilidade	N	B	N	A	N	A	A	8	57%
LA19. Aumento da capacidade e prontidão da reserva estratégica de internamento	Adequabilidade	A	A	N	A	A	A	A	13	93%
	Exequibilidade	A	A	N	A	B	B	B	4	29%
	Aceitabilidade	A	A	N	A	A	A	A	13	93%
LA20. Gestão integrada e centralizada dos QES na DIRSAM em articulação com as Direções de Saúde dos ramos	Adequabilidade	B	B	N	A	A	A	A	7	50%
	Exequibilidade	B	N	N	B	A	A	N	5	36%
	Aceitabilidade	B	B	N	B	A	A	A	4	29%
LA21. Contribuir para a reavaliação da composição do quadro médico do SSM, através da adequação dos critérios de recrutamento às necessidades da SM	Adequabilidade	A	N	A	A	A	A	A	13	93%
	Exequibilidade	A	N	N	B	B	A	N	5	36%
	Aceitabilidade	A	N	A	N	N	A	A	11	79%
LA22. Incrementar a prossecução das competências adstritas à DIRSAM quanto à coordenação da representação nacional da SM na NATO, mediante o fortalecimento das relações com entidades congêneres de países aliados	Adequabilidade	A	A	N	A	A	A	N	12	86%
	Exequibilidade	A	N	N	N	N	A	B	7	50%
	Aceitabilidade	A	A	N	A	A	A	N	12	86%
LA23. Implementar incentivos financeiros e de carreira para os QES envolvidos em atividade operacional para aumentar a taxa de recrutamento e retenção	Adequabilidade	A	A	N	A	A	A	A	13	93%
	Exequibilidade	B	N	B	B	B	B	B	-5	-36%
	Aceitabilidade	N	A	B	N	N	A	N	7	50%
LA24. Implementar indicadores de acesso, qualidade e segurança	Adequabilidade	A	N	A	A	A	A	A	13	93%
	Exequibilidade	A	N	A	A	A	A	B	10	71%
	Aceitabilidade	A	N	A	A	A	A	A	13	93%
LA25. Criação e aferição periódica de métricas de competências técnicas para QES	Adequabilidade	A	N	A	A	A	A	A	13	93%
	Exequibilidade	A	N	A	A	A	A	B	10	71%
	Aceitabilidade	A	N	A	A	A	A	A	13	93%

Legenda: Alta (A); Neutra (N); Baixa (B)

A=2; N= 1; B= -1 (Avaliação = A+N+B) Aceitabilidade = Avaliação/14x100

Rejeição de LA se ≥ 2 com coeficiente neutro ou baixo

**Apêndice I — Validação das linhas de ação estratégica****Quadro 9 – Validação das linhas de ação estratégica**

Linhas de ação	Classificação e Risco		Nº Rejeições	Validação
LA1. Edificar o novo modelo de gestão do HFAR, maximizando a sua atividade assistencial, formativa e de treino, assegurando as qualificações necessárias dos QES para empenhamento na atividade operacional	Adequabilidade	100%	3	57%
	Exequibilidade	-21%		
	Aceitabilidade	50%		
LA2. Articulação com serviços clínicos do SNS para garantir quantidade e complexidade clínica na manutenção da proficiência dos QES	Adequabilidade	100%	2	71%
	Exequibilidade	86%		
	Aceitabilidade	57%		
LA3. Celebração de protocolos com SNS para assegurar o treino dos QES em urgência e emergência mediante integração em serviços de urgência polivalente	Adequabilidade	100%	0	100%
	Exequibilidade	50%		
	Aceitabilidade	93%		
LA4. Celebração de protocolos com o INEM, para integração de QES em equipas de emergência pré-hospitalar	Adequabilidade	100%	1	86%
	Exequibilidade	21%		
	Aceitabilidade	93%		
LA5. Acompanhamento do desenvolvimento da doutrina NATO relativo à Saúde Militar	Adequabilidade	93%	2	71%
	Exequibilidade	50%		
	Aceitabilidade	86%		
LA6. Desenvolver parcerias com instituições de ensino universitário	Adequabilidade	79%	3	57%
	Exequibilidade	50%		
	Aceitabilidade	79%		
LA7. Revisão do modelo de financiamento do HFAR, mediante a celebração de contratos-programa, obviando atrasos crónicos nos pagamentos	Adequabilidade	71%	2	71%
	Exequibilidade	21%		
	Aceitabilidade	79%		
LA8. Evolução da estrutura e funcionamento do HFAR para um modelo de organização mais flexível e autónomo, onde se congreguem as componentes clínica e de gestão hospitalar, num alinhamento entre processos e recursos	Adequabilidade	79%	5	29%
	Exequibilidade	0%		
	Aceitabilidade	64%		
LA9. Melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados, garantindo qualidade e quantidade de atos e procedimentos médicos realizados	Adequabilidade	100%	0	100%
	Exequibilidade	29%		
	Aceitabilidade	100%		
LA10. Identificar as especialidades médicas de interesse militar	Adequabilidade	93%	1	86%
	Exequibilidade	100%		
	Aceitabilidade	86%		
LA11. Elaboração de planos de formação contínua em articulação com o IUM nas áreas doutrinárias de interesse para a SM	Adequabilidade	100%	2	71%
	Exequibilidade	14%		
	Aceitabilidade	71%		
LA12. Potenciar a articulação com o Agrupamento Sanitário de forma a garantir a manutenção das competências dos QES mediante a prossecução de ações de formação e treino operacional	Adequabilidade	100%	1	86%
	Exequibilidade	79%		
	Aceitabilidade	93%		
LA13. Dinamizar a interação com a sociedade civil para reforço da imagem	Adequabilidade	71%	2	71%
	Exequibilidade	57%		
	Aceitabilidade	71%		
LA14. Capacitar os serviços clínicos para atribuição de idoneidade formativa	Adequabilidade	79%	3	57%
	Exequibilidade	7%		
	Aceitabilidade	79%		
LA15. Desenvolvimento do centro de simulação médica do HFAR em articulação com unidades de saúde do SNS	Adequabilidade	79%	3	57%
	Exequibilidade	43%		
	Aceitabilidade	79%		
LA16. Desenvolvimento de interface entre as bases de dados do SSM e SNS	Adequabilidade	100%	1	86%
	Exequibilidade	-14%		
	Aceitabilidade	79%		



LA17. Extensão das plataformas digitais e aplicações de saúde a todo território nacional e FND, com ênfase na telemedicina	Adequabilidade	100%	0	100%
	Exequibilidade	36%		
	Aceitabilidade	100%		
LA18. Constituição do CEIP como centro de vigilância preditiva de ameaças globais e aumento da capacidade de monitorização da componente operacional	Adequabilidade	57%	5	29%
	Exequibilidade	14%		
	Aceitabilidade	57%		
LA19. Aumento da capacidade e prontidão da reserva estratégica de internamento	Adequabilidade	93%	1	86%
	Exequibilidade	29%		
	Aceitabilidade	93%		
LA20. Gestão integrada e centralizada dos QES na DIRSAM em articulação com as Direções de Saúde dos ramos	Adequabilidade	50%	4	43%
	Exequibilidade	36%		
	Aceitabilidade	29%		
LA21. Contribuir para a reavaliação da composição do quadro médico do SSM, através da adequação dos critérios de recrutamento às necessidades da SM	Adequabilidade	93%	3	57%
	Exequibilidade	36%		
	Aceitabilidade	79%		
LA22. Incrementar a prossecução das competências adstritas à DIRSAM quanto à coordenação da representação nacional da SM na NATO, mediante o fortalecimento das relações com entidades congêneres de países aliados	Adequabilidade	86%	2	71%
	Exequibilidade	50%		
	Aceitabilidade	86%		
LA23. Implementar incentivos financeiros e de carreira para os QES envolvidos em atividade operacional para aumentar a taxa de recrutamento e retenção	Adequabilidade	93%	5	29%
	Exequibilidade	-36%		
	Aceitabilidade	50%		
LA24. Implementar indicadores de acesso, qualidade e segurança	Adequabilidade	93%	1	86%
	Exequibilidade	71%		
	Aceitabilidade	93%		
LA25. Criação e aferição periódica de métricas de competências técnicas para QES	Adequabilidade	93%	1	86%
	Exequibilidade	71%		
	Aceitabilidade	93%		

Legenda: Critério de rejeição: nº rejeições > 3 ou critério de avaliação ≤ 0%