

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

**Ano Lectivo 2007/2008**



**TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL**

**DOCUMENTO DE TRABALHO**

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

**A REFORMA EM CURSO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE  
E AS SUAS REPERCUSSÕES NO SISTEMA DE SAÚDE MILITAR**

*Esmeraldo Correia da Silva Alfarroba  
COR Médico*



## **INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES**

### **A REFORMA EM CURSO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE E AS SUAS REPERCUSSÕES NO SISTEMA DE SAÚDE MILITAR**

**Esmeraldo Correia da Silva Alfarroba  
Coronel Médico**

Trabalho de Investigação Individual do Curso de Promoção a Oficial General

Lisboa - 2008



## **INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES**

### **A REFORMA EM CURSO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE E AS SUAS REPERCUSSÕES NO SISTEMA DE SAÚDE MILITAR**

**Esmeraldo Correia da Silva Alfarroba**  
**Coronel Médico**

Trabalho de Investigação Individual do Curso de Promoção a Oficial General

Orientador: CMG Rapaz Lérias



## **DEDICATÓRIA**

Aos Mestres que me ensinaram,

Aos doentes com quem tudo aprendi.



## **AGRADECIMENTOS**

A **todos** os que de alguma forma me ajudaram;  
... em especial a família,  
pelo tempo de presença que lhes retirei.



## ÍNDICE

<b>1. Introdução</b>	<b>1</b>
<b>2. Serviço Nacional de Saúde</b>	<b>6</b>
<b>2.a. Natureza e resumo histórico</b>	<b>6</b>
2.a (1) Antes de 1974	6
2.a (2) De 1974 a 1990	7
2.a.(3) De 1990 a 2005	9
<b>2.b. Considerações gerais e tendências reformistas</b>	<b>10</b>
<b>2.c – Validação da(s) Hipótese(s)</b>	<b>11</b>
<b>3. Reforma em curso do Serviço Nacional de Saúde</b>	<b>12</b>
<b>3.a. Reformas Implementadas</b>	<b>12</b>
3.a. (1) Promoção da saúde e prevenção da doença	12
3.a. (2) Prestação de cuidados de saúde em ambulatório	13
3.a. (2)(a) Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) / Unidades de Saúde Familiares (USF)	13
3.a. (2)(b) Encerramento de Serviços de Atendimento Permanente (SAP)	13
3.a. (2)(c) Redução de preços de convenções	13
3.a. (2)(d) Actualização do valor das taxas moderadoras	13
3.a. (3) Prestação de cuidados hospitalares	13
3.a. (3)(a) Encerramento de blocos de partos	13
3.a. (3)(b) Criação de centros hospitalares	13
3.a. (3)(c) Construção de novos Hospitais em PPP	13
3.a. (3)(d) Contratualização da actividade	14
3.a. (3)(e) Empresarialização de Hospitais.	14
3.a. (4) Sector do medicamento	14
3.a. (4)(a) Alterações na comparticipação de medicamentos	14
3.a. (4)(c) Liberalização da venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)	14
3.a. (5) Outras medidas	14
3.a. (5)(a) Lançamento da Rede de Cuidados Continuados Integrados	14
<b>3.b. Considerações gerais e perspectivas.</b>	<b>15</b>
<b>3.c. – Avaliação da(s) Hipótese(s):</b>	<b>17</b>
<b>4. Sistema de Saúde Militar</b>	<b>18</b>
<b>4.a. Natureza e resumo histórico</b>	<b>18</b>
4.a. (1) O contexto militar	18
4.a. (2) A Saúde Militar	18
4.a. (3) A Saúde Militar na era actual	20
<b>4.b. - Organização sumária actual do Sistema de Saúde Militar</b>	<b>24</b>
4.b.(1) -Marinha	24
4.b.(2) - Exército	25
4.b.(3) - Força Aérea	25
<b>4.c. Outras estruturas de Saúde do Ministério da Defesa Nacional</b>	<b>26</b>
4.c.(1) - Ministro da Defesa Nacional	26



4.c.(2) – Direcção Geral de Pessoal:	26
4.c.(3) - Instituto de Acção Social das Forças Armadas (IASFA)	26
<b>4.d. – Avaliação da(s) Hipótese(s):</b>	<b>27</b>
<b>5. Impacto da reforma no Sistema de Saúde Militar</b>	<b>27</b>
<b>5.a.Impacto das Reformas</b>	<b>27</b>
5.a. (1) Promoção da saúde e prevenção da doença	27
5.a. (1) (a) Centro Militar de Medicina Preventiva	27
5.a. (1)(b) Luta contra a toxicodependência e o alcoolismo	28
5.a. (1)(c) – Áreas específicas de Saúde Militar	28
5.a. (2) Prestação de cuidados da saúde em ambulatório	29
5.a. (2)(a) Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) / Unidades de Saúde Familiares (USF)	29
5.a. (2)(b) Encerramento de Serviços de Atendimento Permanentes (SAP)	31
5.a. (2)(c) Redução de preços de convenções	31
5.a. (2)(d) Actualização do valor das taxas moderadoras	32
5.a. (3) Prestação de cuidados hospitalares	32
5.a. (3)(a) Encerramento de blocos de partos	34
5.a. (3)(b) Criação de centros hospitalares	34
5.a. (3)(c) Construção de novos Hospitais em PPP	36
5.a. (3)(d) Contratualização da actividade	37
5.a. (3)(e) Empresarialização de Hospitais	37
5.a. (4) Sector do medicamento	37
5.a. (4)(a) Alterações na comparticipação de medicamentos	37
5.a. (4)(b) – Incentivo ao uso de genéricos	38
5.a. (4)(c) Liberalização da venda de MNSRM	38
5.a. (5)(c) Outras medidas:	38
5.a. (5)(a) Lançamento da Rede de Cuidados Continuados Integrados	38
5.a. (5)(b) Recursos Humanos - Formação e ingresso de pessoal	38
<b>5.b. Avaliação da(s) Hipótese(s)</b>	<b>39</b>
<b>6. Conclusões</b>	<b>39</b>
<b>7. Bibliografia</b>	<b>41</b>
<b>7.a. Livros e Revistas</b>	<b>41</b>
<b>7.b. Documentos Legislativos</b>	<b>44</b>
<b>7.c. Imprensa escrita</b>	<b>53</b>
<b>7.d. Sítios da Internet</b>	<b>55</b>
<b>Apêndices</b>	<b>I</b>
<b>Anexos</b>	<b>A</b>



## **Lista de Apêndices**

APÊNDICE I – Corpo de Conceitos

APÊNDICE II – Breve apresentação dos entrevistados

APÊNDICE III – Entrevista ao Deputado Marques Júnior (Coronel)

APÊNDICE IV – Entrevista ao Juiz Santos Carvalho

APÊNDICE V – Entrevista ao Professor Doutor Pita Barros

APÊNDICE VI – Entrevista ao Dr. José Miguel Boquinhas

APÊNDICE VII – Breve esboço da Teoria Geral de Sistemas



## Lista de Anexos

ANEXO A – Declaração de Alma Ata.

ANEXO B – Artigo 64º da Constituição da República Portuguesa.

ANEXO C – Resumo dos Programas de Governo sobre Prioridades e Financiamento da Saúde.

ANEXO D – Quadro comparativo da comparticipação da ADM antes de 2005 com a ADSE actual.

ANEXO E – Esclarecimento à comunicação social do gabinete do GENERAL CEMGFA

ANEXO F – Resolução de Conselho de Ministros nº39/2008 – *Orientações para a Execução da Reorganização da Estrutura Superior da Defesa Nacional e das Forças Armadas.*

ANEXO G – *Exército quer aumentos para médicos militares* In Correio da Manhã, 29/10/1998.



### **Lista de Quadros**

QUADRO 1 – Formato das concessões pontuais, de serviços logísticos, a terceiros  
(inserido em Apêndice IV - Entrevista Nº 2)

QUADRO 2 – Quadro comparativo da comparticipação da ADM antes de 2005 com a  
ADSE actual. (ver em Anexo D)



## **RESUMO**

O objectivo e as finalidades deste trabalho são as repercussões da reforma em curso do Serviço Nacional de Saúde no Sistema de Saúde Militar.

O caminho seguido é o do método dedutivo, tendo como meio a bibliografia disponível e as entrevistas e diálogos com entidades, militares e civis, qualificadas na matéria.

A tendência reformadora surgiu do impulso no Serviço Nacional de Saúde, como resposta política ao problema da sustentabilidade financeira pública, condição necessária para o cumprimento do objectivo constitucional de cuidados de saúde universais, gratuitos e gerais, em Portugal.

O Sistema de Saúde Militar é um conjunto de Serviços que funcionam na dependência dos três ramos das Forças Armadas, aparentemente distantes, mas com conceitos próprios vinculados a características comuns.

Entretanto, assistiu-se à fusão das Assistências na Doença aos Militares no Instituto de Acção Social das Forças Armadas.

Recentemente, foi publicada orientação política que anuncia a coordenação da Saúde Militar por um Conselho, junto do Ministro da Defesa Nacional, e a constituição de dois pólos hospitalares, um em Lisboa, outro no Porto, na dependência do CEMGFA, bem como a necessidade do aprofundamento e do desenvolvimento dos Serviços de Utilização Comuns, do ponto de vista qualitativo e quantitativo.

Este estudo concluiu que as políticas de saúde, centralizadas no indivíduo, estão direccionadas para as áreas da promoção da saúde e da prevenção da doença, dos cuidados ambulatoriais, dos cuidados continuados integrados e da gestão dos hospitais, bem como da reforma do sector do medicamento.

O Sistema de Saúde Militar, pelas especificidades próprias, deve orientar-se por condições de autonomia e de eficiência, na correlação com o Serviço Nacional de Saúde, e de acordo com as necessidades sociopolíticas contemporâneas, perante a ameaça de conflitos de novo tipo e com um perfil diferente de intervenção militar.

Só tendo em conta esta perspectiva, é que o impacto da reestruturação do Serviço Nacional de Saúde no Sistema de Saúde Militar lhe fornecerá oportunidades de optimização funcional, de economias de escala e das sinergias essenciais à autonomia formativa interna, visando manter a independência e a validade.



## **ABSTRACT**

The objective and ends of this study are the repercussions of the current reform of the National Health Service on the Military Health System.

The path followed is the deductive method, and the means are a vast bibliography and interviews and dialogue with military and civilian entities qualified on the matter.

The reformist tendency arose from the impulse on the National Health Service, as a political response to the problem of public financial sustainability, the necessary condition for the attainment of the constitutional objective of universal, free and ready health care in Portugal.

The Military Health System, is a set of services which function attached to the three branches of the Armed Forces, apparently distant, but with their own concepts linked to certain common characteristics.

Meanwhile, there was the merging of the ADMs in the IASFA.

Legislation was recently published to pre-announce the coordination of military health by a Council attached to the National Defence Ministry and the constitution of two hospital poles, one in Lisbon, the other in Porto, attached to the CEMGFA, as well as of the urgency of developing the Common Utilization Services from qualitative and quantitative perspectives.

This study concludes that health policies, centred on the individual, are directed towards the areas of health promotion and disease prevention, of ambulant care, of continuous integrated cares and of hospital management and reform of the medication sector.

The Military Health System, due to its specificities, must feature conditions of autonomy and efficiency in the correlation with the National Health Service and in accord with contemporary socio-political needs, faced with the threat of a new type of conflicts and different profile of military intervention.

Only by taking this perspective into account will the impact of the restructuring of the National Health Service on the Military Health Service provide it an opportunity for functional optimisation, economies of scale and synergies essential for internal formative autonomy, to maintain its independence and validity.



## **PALAVRAS-CHAVE**

Assistência na Doença aos Militares

Economias de escala

Hospitais Militares

Políticas de saúde

Reforma da saúde

Saúde Militar

Serviço Nacional de Saúde

Sistema de Saúde Militar

Sustentabilidade



## LISTA DE ABREVIATURAS

ADM .....	Assistência na Doença aos Militares
APAH .....	Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares
APDH .....	Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar
ARS .....	Administração Regional de Saúde I.P.
ATFA .....	Assistência aos Tuberculosos das Forças Armadas
CCSM .....	Conselho Coordenador da Saúde Militar
CEDN .....	Conceito Estratégico de Defesa Nacional
CMFR Sul .....	Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul
CMMP .....	Centro Militar de Medicina Preventiva
COPATD.....	Curso de Operadores de Prevenção de Alcoolismo e Toxicodependência
CPOG.....	Curso de Promoção a Oficial General
CRI.....	Centros de Responsabilidade Integrada
CRP.....	Constituição da República Portuguesa
CSP .....	Cuidados de Saúde Primários
DFA .....	Deficientes das Forças Armadas
DGS .....	Direcção-Geral da Saúde
DS .....	Direcção de Saúde
EMFAR .....	Estatuto dos Militares das Forças Armadas
EMGFA .....	Estado-Maior General das Forças Armadas
EPE .....	Entidade Pública Empresarial
ESSM .....	Escola do Serviço de Saúde Militar
FFAA.....	Forças Armadas
FND.....	Força Nacional Destacada
GDH .....	Grupos de Diagnóstico Homogéneo
GOP .....	Grandes Opções do Plano
HFA .....	Hospital da Força Aérea
HM.....	Hospital da Marinha
HMB .....	Hospital Militar de Belém
HMP .....	Hospital Militar Principal
HMR1.....	Hospital Militar Regional Nº 1
HMR2 .....	Hospital Militar Regional Nº 2
IASFA .....	Instituto de Acção Social das Forças Armadas
INEM .....	Instituto Nacional de Emergência Médica
MCPS.....	Missão para os Cuidados Primários de Saúde
MFA .....	Movimento das Forças Armadas
MNSRM .....	Medicamento não sujeito a receita médica
MRO.....	<i>Medical Review Officer</i>
MS .....	Ministério da Saúde
OCDE .....	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Europeu
OGE.....	Orçamento Geral do Estado
OMS .....	Organização Mundial de Saúde



PEC .....	Programa de Estabilidade e Crescimento
PIB .....	Produto Interno Bruto
PPP .....	Parceria Público Privada
PRACE.....	Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado
RCM .....	Resolução do Conselho de Ministros
SA.....	Sociedade Anónima
SAD/GNR .....	Serviço de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana
SAD/PSP.....	Serviço de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública
SAP.. .....	Serviço de Atendimento Permanente
SARA.....	Sistema de Alerta e Resposta Apropriada
SIDA .....	Síndrome da Imunodeficiência Humana
SLS .....	Sistemas Locais de Saúde
SNS .....	Serviço Nacional de Saúde
SONHO.....	Sistema de Gestão de Doentes Hospitalares
SPA .....	Sector Público Administrativo
SRA.....	Síndrome Respiratória Aguda
SS .....	Serviço de Saúde
SSM .....	Sistema de Saúde Militar
SUC .....	Serviço de Utilização Comum
U/E/O.....	Unidade/Estrutura/Órgão
USF .....	Unidade de Saúde Familiar
UTITA .....	Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicod dependências e Alcoolismo
VIH.....	Vírus da Imunodeficiência Humana



## 1. Introdução

A saúde é o bem mais precioso para o Homem, tanto mais que a Organização Mundial de Saúde (OMS) a define como a conjugação simultânea do “*bem-estar físico, psíquico e social*”<sup>1</sup> [(DGS, 1978) ver Anexo A].

“**A Reforma em curso do Serviço Nacional de Saúde e as suas repercussões no Sistema de Saúde Militar**” – o tema deste estudo – constitui um esforço no sentido de identificar as consequências da reforma em consideração, no Sistema de Saúde Militar (SSM).

O acesso aos cuidados de saúde é um direito natural, consubstanciado na Constituição da República Portuguesa (CRP), Artigo 64º, “... *todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.* “ (ver Anexo B).

Para possibilitar os cuidados de saúde necessários aos Portugueses está na linha da frente o Serviço Nacional de Saúde (SNS), considerado pelo Programa do Movimento das Forças Armadas (MFA), em 1974, como um objectivo social essencial, tendo sido criado em 1979. Os princípios basilares deste Serviço assentaram em ser geral, gratuito e universal, tendo-se implementado, no todo nacional, ao longo dos últimos 30 anos.

Este facto foi determinante na melhoria considerável dos indicadores de saúde da população portuguesa, que ascendeu, segundo a OMS, de uma situação de carência em matéria de saúde pública, em meados dos anos 70, até um destacado 12º lugar do *ranking* mundial, ocupado recentemente (DGS, 2004; Vol I: 36)

Após uma primeira década de implantação e desenvolvimento, o SNS revelou nos anos 90 indícios de insustentabilidade financeira, pelo que foi alvo de um conjunto de medidas que incluíram a cobrança de taxas moderadoras e a implementação de experiências de gestão privada, com a finalidade de se obter uma maior racionalidade e sustentabilidade.

Apesar das medidas tomadas pelos sucessivos Governos da República na última década do século passado, estas, não se verificaram suficientes. Pelo contrário verificou-se um agravamento dos constrangimentos financeiros, do que resultou, nos últimos três anos do actual Governo, uma onda reformista, nunca dantes verificada.

A reforma do SNS centra a sua acção em áreas de grande relevo, a saber, a promoção da saúde e a prevenção da doença, os cuidados ambulatoriais, os cuidados continuados integrados, a gestão hospitalar e o sector do medicamento.

---

<sup>1</sup> Declaração de Alma Ata, 1978.



Por seu lado, a Saúde Militar é herdeira de uma organização de prestação de cuidados de saúde muito antiga, acompanhando as Unidades nas campanhas terrestres e os navios e aeronaves nas operações navais e aéreas e, desenvolvida para minorar o sofrimento dos combatentes sobreviventes das guerras.

Nos últimos 30 anos, o Sistema de Saúde Militar, constituído pelos Serviços de Saúde dos três Ramos das Forças Armadas, acompanhou a retracção do dispositivo, tendo-se adaptado a características expedicionárias, próprias das missões actuais das Forças Armadas.

Hoje, as actividades no âmbito da Saúde Militar, num tempo que não é de guerra nem de paz, continuam a ser relevantes, tendo como linhas de actuação, entre outras, a selecção de pessoal, as áreas da Medicina Preventiva e Ambiental, o acompanhamento do treino físico, o exercício de cuidados às Forças Nacionais Destacadas e o apoio assistencial a nível hospitalar.

Os cuidados de saúde prestados a nível hospitalar são fundamentais, não só pela importância da sua prestação a militares, reformados e deficientes e aos seus agregados familiares, mas também por ser local privilegiado como escola e treino para os diversos profissionais de saúde.

Nesta dinâmica não são despiciendas outras capacidades, como a de se constituir como uma reserva estratégica para situações de calamidade ou acções de terrorismo, integrando, se necessário, Planos Nacionais de Contingência e a Autoridade Nacional de Protecção Civil, bem como a possibilidade de envolvimento em missões de Cooperação Técnico-Militar com os países da comunidade lusófona.

O Estatuto dos Militares das Forças Armadas<sup>2</sup> refere que o militar tem direito a beneficiar para si, e para a sua família, de assistência médica, medicamentosa, hospitalar e de meios de diagnóstico, nos termos fixados em diploma próprio, o que é corroborado na Lei de Bases Gerais do Estatuto da Condição Militar<sup>3</sup> e, mais recentemente, também está expresso no Regulamento de incentivos à prestação de Serviço Militar<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Decreto-Lei nº 236/99, de 25 de Junho, com as alterações e rectificações introduzidas pela Declaração de Rectificação nº 10-BI/99, de 31 de Julho, Lei nº 25/2000, de 23 de Agosto, Decreto-Lei nº 232/2001, de 25 de Agosto, Decreto-Lei nº 197-A/2003, de 30 de Agosto, Decreto-Lei nº 70/2005, de 17 de Março, Decreto-Lei nº 166/2005, de 23 de Setembro e Decreto-Lei nº 310/2007, de 11 de Setembro.

<sup>3</sup> Lei nº 11/89, de 01 de Junho.

<sup>4</sup> Decreto-Lei nº 320 A-2000, de 15 de Dezembro e Decreto-Lei nº 118/2004, de 21 de Maio.



O Conceito Estratégico de Defesa Nacional<sup>5</sup> aconselha a aproximação gradual do nível médio de despesas e investimentos na defesa nacional praticado nos países europeus da NATO e recomenda, se possível, a afectação adequada inter-ramos.

Na área da Defesa Nacional, foi plasmado em Lei, no início da legislatura, em 2005, a fusão das três Assistências na Doença aos Militares – Marinha, Exército e Força Aérea – num organismo centralizador, o Instituto de Acção Social das Forças Armadas (IASFA)<sup>6</sup>.

Mais recentemente, foi aprovado em Conselho de Ministros<sup>7</sup> a orientação para a criação de um órgão central para coordenar a Saúde Militar, sob tutela do Ministro da Defesa Nacional, bem como a constituição de um Hospital das Forças Armadas, na dependência do Chefe de Estado-Maior General das Forças Armadas (CEMGFA), organizado em dois pólos, um em Lisboa e outro no Porto. A curto prazo, a orientação estabelece ainda a concentração, em Lisboa, de valências médicas em serviços de utilização comum.

O objectivo deste estudo é pois a identificação das principais linhas de acção da reforma em curso no Serviço Nacional de Saúde, e as suas repercussões no SSM, no que se destaca:

- Caracterizar os contextos históricos e sociais em que se desenvolveu o conceito do Serviço Nacional de Saúde, focando a sua natureza actual;
- Caracterizar as reformas em curso no Serviço Nacional de Saúde, identificando as causas e avaliando as consequências da sua implementação;
- Caracterizar, sucintamente, qual o conceito, natureza e história da Saúde Militar e procurar a sua compatibilidade com o Sistema de Saúde Militar;
- Avaliar o impacto da reforma do Serviço Nacional de Saúde no Sistema de Saúde Militar, atendendo às repercussões económicas, sociais e políticas, nas vertentes de promoção da saúde e na prevenção da doença, na prestação de cuidados ambulatoriais, nos cuidados integrados, na gestão de hospitais e nas medidas no sector do medicamento.

Conhecidas as características do SSM, o estudo terá o seu ponto nuclear na análise das repercussões que cada uma das medidas, de *per si*, tiveram ou poderão vir a ter.

A adopção destas medidas aplica-se em sede legal ou em sede de recomendações.

<sup>5</sup> Resolução de Conselho de Ministros nº 6/2003.

<sup>6</sup> Decreto-Lei nº 167/2005, de 23 de Setembro.

<sup>7</sup> Resolução de Conselho de Ministros nº 39/2008.



Considera-se útil relevar o interesse da formação e da administração de recursos humanos e logísticos.

Relativamente à delimitação do estudo, evitar-se-ão focar as repercussões em determinadas vertentes da Saúde Militar, tal como a Medicina Veterinária, por distanciamento do contexto.

“Qual o impacto da reforma do Serviço Nacional de Saúde no Sistema de Saúde Militar”, é, eis a questão central deste trabalho.

Como questões derivadas surgem:

- 1 – Qual o conceito de Serviço Nacional de Saúde?
- 2 – Quais são as principais linhas orientadoras da reforma em curso no Serviço Nacional de Saúde?
- 3 – Qual é o conceito de Saúde Militar e a sua compatibilidade no Sistema de Saúde Militar?
- 4 – Quais as repercussões da reforma em curso do Serviço Nacional de Saúde no Sistema de Saúde Militar, nas áreas de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados ambulatoriais, cuidados continuados integrados, gestão de hospitais e no sector do medicamento?

Das questões referidas, e para responder à questão central, levantam-se as seguintes hipóteses:

- H1 - O Serviço Nacional de Saúde, crucial para a melhoria dos cuidados de saúde em Portugal nos últimos 30 anos, debate-se com graves fragilidades por problemas de sustentabilidade financeira;
- H2 - No Serviço Nacional de Saúde estão em curso reformas nas áreas de promoção da saúde e de prevenção da doença, dos cuidados ambulatoriais, dos cuidados continuados integrados, da gestão de hospitais e no sector do medicamento;
- H3 - O Sistema de Saúde Militar justifica-se para satisfazer a natureza singular da Saúde Militar e integra os Serviços de Saúde dos três Ramos;
- H4 - O Sistema de Saúde Militar insere algumas das suas actividades na estratégia do Serviço Nacional de Saúde, podendo obter-se efeitos de complementaridade e adjuvantes;
- H5 - A Reforma em curso do SNS afectou a oferta e a procura de bens de saúde, do que resulta a necessidade do SSM manter adequado nível de economias



de escala, em ordem à sua sustentabilidade, nomeadamente na área hospitalar;

H6 - O impacto da reestruturação do Serviço Nacional de Saúde no Sistema de Saúde Militar fornece a oportunidade de optimização funcional, economias de escala e sinergias para capacidade formativa dentro do próprio SSM.

Em suma, propomos analisar, as implicações legislativas, estruturais e funcionais, resultantes da aplicação das reformas do Serviço Nacional de Saúde no Sistema de Saúde Militar, nos seguintes âmbitos:

- Promoção da saúde e prevenção da doença;
- Prestação de cuidados ambulatoriais;
- Cuidados continuados integrados;
- Gestão hospitalar;
- Sector do medicamento.

O caminho a seguir para alcançar o fim, isto é, os objectivos e finalidades deste trabalho, será naturalmente o do método dedutivo, que se conformará passo a passo no desenvolvimento do tema (investigação, formalização e elaboração). Na verdade a estrutura da realidade é ela própria que determina a abordagem epistemológica da investigação. Serão convocados, então, os recursos à pesquisa documental e bibliográfica, complementados com entrevista a detentores de cargos com responsabilidade e experiência na área militar e civil.

A finalidade deste trabalho é o conhecimento do que pode ser o SSM, em consequência dos impactos da reforma do Serviço Nacional de Saúde. O estudo será relacionado a uma ordenação de regras de carácter racional e submetido aos princípios da veracidade e do desinteresse face ao resultado. Empregará critérios de rigor lógico e de certeza na distanciação.

A articulação do trabalho será a seguinte:

- (2) Serviço Nacional de Saúde;
- (3) A reforma em curso do SNS;
- (4) O Sistema de Saúde Militar;
- (5) O Impacto da reforma no SSM;
- (6) Conclusões.

A desagregação das conclusões em parcelas, embora interdependentes resulta apenas de imperativos de clareza e compreensão.



## 2. Serviço Nacional de Saúde

### 2.a. Natureza e resumo histórico<sup>8</sup>

A organização dos serviços de saúde sofreu, através dos tempos, a influência de conceitos religiosos, políticos e sociais de cada época, e foi-se desenvolvendo para dar resposta ao aparecimento das doenças.

Em Portugal, podemos sintetizar a evolução da Saúde, na era moderna, em duas grandes épocas, tendo como charneira as alterações político-sociais que resultaram do 25 de Abril de 1974, quando ainda era lenta a implementação dos cuidados de saúde.

Nesta resenha histórica dividiremos a época após 1974, ainda, em dois períodos distintos.

Salienta-se que foi o MFA quem, pela primeira vez, preconizou, na letra e no espírito, o estabelecimento das Bases de um SNS, sem qualquer discriminação e com financiamento do Estado.

#### 2.a (1) Antes de 1974

Nos finais do século XIX (1899), criou-se um embrião de organização de um serviço de saúde com os "Serviços de Saúde e Beneficência Pública" fundados em 1901 pelo Dr. Ricardo Jorge, e posteriormente regulamentados em 1903. A prestação de cuidados de saúde era então de carácter privado, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres.

Estes desenvolvimentos, em Portugal, não eram estranhos a iniciativas mais complexas e próprias de países mais ricos, como a reforma levada a cabo por Bismarck na Alemanha, em 1883, com a implementação de um sistema de protecção social para os trabalhadores, baseado no financiamento dos cuidados assegurado por uma rede de cerca de 1200 caixas de doenças públicas e por seguradoras privadas (BÉRESNIAK e DURU, 1997: 16).

Em 1946, assiste-se a novas iniciativas legislativas<sup>9</sup> em Portugal, que estabelecem a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde então existentes: Hospitais das Misericórdias, Estatais, Serviços Médico-Sociais, de Saúde Pública e privados.

Em 1948, na Europa do pós-guerra, criou-se um sistema de saúde, em que o Estado disponibiliza cuidados gratuitos aos cidadãos necessitados, financiado por impostos

<sup>8</sup> Na elaboração deste texto, destaca-se a seguinte bibliografia: [www.portaldasaude.pt](http://www.portaldasaude.pt); APAH e APDH, 2007; VIEGAS *et al*, 2006.

<sup>9</sup> Destaca-se a Lei n.º 2011, de 2 de Abril.



proporcionais, sendo os profissionais de saúde autónomos, exercendo no privado, no público ou em ambos.

Correspondeu à implementação dum sistema, dinamizado pela solidariedade interpessoal própria da vivência desses tempos difíceis, que ficou conhecido como “Beveridgiano”, designação motivada pelo nome do ministro que o concebeu – o sociólogo e economista Lord William Henry Beveridge.

Em Portugal, só em 1971 temos o primeiro esboço de uma reforma, designada como a Reforma de Gonçalves Ferreira<sup>10</sup> em que são explicitados princípios, como o reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado assegurar esse direito, através de uma política unitária de saúde da responsabilidade do Ministério da Saúde.

A reforma integrava todas as actividades de saúde e assistência, para melhor rentabilização dos recursos utilizados, e introduzia a noção de planeamento central e da desconcentração na execução, dinamizando os serviços locais.

Os indicadores de Saúde a nível nacional eram dos piores da Europa, a taxa de mortalidade infantil era de 37,9 óbitos por mil nascimentos, a esperança média de vida era de 68,9 anos, o que nos colocava numa posição muito deficitária.

## **2.a (2) De 1974 a 1990**

Reitera-se o papel do MFA na produção de alterações radicais que acabaram por ser institucionalizadas na Constituição da República Portuguesa, Artigo 64º (Anexo B).

O “despacho Arnaut”<sup>11</sup>, em 1976, abriu acesso aos postos de Previdência Social, mais tarde Segurança Social, a todos os cidadãos independentemente da sua capacidade contributiva.

Concretizando as normas constitucionais, cria-se, em 1979<sup>12</sup>, o Serviço Nacional de Saúde, consubstanciado no modelo Beveridgiano, o qual envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social.

<sup>10</sup> Decretos-Lei 413/71 e 414/71.

<sup>11</sup> António Arnaut é o autor do decreto-lei que criou o SNS, enquanto ministro dos Assuntos Sociais, integrado no II Governo Constitucional, de coligação PS-CDS. No ano seguinte, levou a proposta de lei à Assembleia da República e, por coincidência, assinou-a quando assumia funções de Presidente da Assembleia.

<sup>12</sup> À data da assinatura do Decreto-Lei nº 56/79, de 15 de Setembro, o IV Governo Constitucional era presidido por Maria de Lurdes Pintassilgo e o Presidente da República, que o promulgou, foi Ramalho Eanes.



O desenvolvimento desta Reforma coincidiu com a licenciatura de um muito elevado número de médicos.

A escassez de outros profissionais, nomeadamente nas áreas da enfermagem e de tecnologias da saúde, foi ultrapassada pela sua formação em tempo oportuno.

A implementação do SNS foi facilitada por haver uma estrutura de Caixas de Previdência, de Serviços de Saúde Pública, vocacionados para a protecção da saúde, e de Hospitais estatais nos grandes centros e, bem assim, das Misericórdias nas outras localidades, que, com a pletera de médicos saídos das Faculdades, permitiu transformar a assistência na área da saúde.

Neste último particular, na área de saúde, foram efectuados cursos de reciclagem, de refrescamento e de formação de profissionais com experiência nas diversas áreas de interesse, finalizando com a criação de Escolas de Enfermagem, de Tecnologias de Saúde, formação mais bem estruturada em emergência e outros, o que se verificou nos anos 80.

Paralelamente, na área da Administração Hospitalar surgiram iniciativas diversas, conducentes à criação de uma nova tipologia de profissionais com maior capacidade para dar resposta aos problemas emergentes, não só de administração e gestão, como também de natureza jurídica.

A resultante de todas estas acções é bem patente na evolução dos indicadores de saúde que elevaram Portugal de um país atrasado e com péssimos índices, para um país diferente, mais evoluído e moderno.

Os anos seguintes comprovaram a validade da Reforma.

Com efeito, é oportuno referir a avaliação da evolução das prioridades e financiamento da Saúde dos diversos governos, desde 1976, conforme Anexo C.

Em 1990, a esperança média de vida subiu para 73,8 anos, e a mortalidade infantil desceu para índices dos melhores do mundo civilizado, apenas 11 óbitos por 1000 nados vivos. A estes resultados não se pode deixar de fazer *jus* à competência e dedicação dos profissionais de saúde.

No entanto, um observador mais atento constataria que à data do início da reforma, outros países europeus com Serviços de Saúde com maior desenvolvimento, como é o caso do SNS inglês, mostravam as primeiras dificuldades de sustentação financeira, pondo em causa o sistema Beveridgiano.

Tal fica-se a dever, não só a factores estruturais, tais como despesas com pessoal, manutenção de equipamentos, etc., que comprometeram a orçamentação do sistema,



agravados por outros factores, como sejam o envelhecimento da população, o extraordinário impulso tecnológico dos últimos 30 anos e a prática da medicina defensiva.

### **2.a. (3) De 1990 a 2005**

Com os reflexos das crises económicas mundiais, a intensa procura de cuidados de saúde, sempre mais onerosos, e o já referido envelhecimento da população, novos desafios surgiram nos anos 90 que levaram a clara tomada de consciência das dificuldades de sustentação do Sistema.

Os Governos tentaram sucessiva e progressivamente adaptar-se à mudança, esforçaram-se por melhor gestão das despesas, procurando optimizá-las, optando-se, em certos casos, pela entrega de hospitais públicos à gestão privada, incentivaram-se os medicamentos genéricos, introduziram-se as taxas moderadoras.

O sistema, por conseguinte, passou de gratuito a tendencialmente gratuito.

Apesar destes esforços, os orçamentos anuais persistiram em manter uma sub-orçamentação no sector, o que provocou dificuldades permanentes na condução política, económica e da administração da saúde, o que comprometeu os dirigentes hospitalares pela exiguidade de recursos humanos e não permitiu o acompanhamento da evolução tecnológica.

Em consequência foi aprovada a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, e, em 1993, é publicado o novo estatuto do SNS<sup>13</sup>, que tenta ultrapassar a dicotomia entre os cuidados de saúde primários e diferenciados, através da criação de unidades integradas.

Tais unidades pretendiam viabilizar a articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais, procurando uma gestão de recursos mais próxima dos destinatários.

Em 1999, estabelece-se o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS). Trata-se, isto é, de um conjunto de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, que visam facilitar a participação social e pretendem promover a saúde e a racionalização da utilização dos recursos.

É no prosseguimento desta linha de actuação que são criados os Centros de Responsabilidade Integrada (CRI), constituindo-se em verdadeiros órgãos de gestão intermédia, que, sem quebrar a unidade de conjunto, são dotados de poder decisório, possibilitando a desconcentração da tomada de decisão.

Em 2002, iniciam-se os primeiros passos da gestão empresarial.

<sup>13</sup> Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro.



Simultaneamente, com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar<sup>14</sup> introduzem-se modificações profundas na Lei de Bases da Saúde, adopta-se um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a Rede de Prestação de Cuidados de Saúde, e dá-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial.

Prosegue a comparticipação, isto é, o pagamento das taxas moderadoras, generalizando e aumentando os valores.

Paralelamente, verifica-se o aumento da despesa familiar com os seguros de saúde, que, entretanto se vão diversificando e generalizando como alternativas.

## **2.b. Considerações gerais e tendências reformistas**

Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde foi obra de uma conjuntura política determinante e decisiva para o apoio social solidário, ou seja, a concretização de uma assistência na área de saúde pública à população.

Universal, geral e gratuito, o Serviço Nacional de Saúde foi-se implantando pelo todo nacional, num período histórico notável do desenvolvimento da ciência em geral, pelo que, a Medicina beneficia amplamente de novas tecnologias, com consequências altamente positivas para a população.

Não se pode desvalorizar o mérito da essência das acções desenvolvidas. No entanto, as conjunturas económicas desfavoráveis e os custos progressivos das tecnologias aplicadas, cedo obrigaram a que se efectuassem adaptações para dar resposta à sustentabilidade do sistema.

Sobre a dicotomia entre a Saúde e a economia, Manuel Delgado põe a questão de ser a Saúde *“um factor de despesa, improdutiva e mal amada pelos economistas, ou, pelo contrário, uma área nova de investimento, que promove emprego, dá saúde aos trabalhadores e alavanca o desenvolvimento?”*

Sintetiza que *“divergem em visões que são desde pessimistas, a reclamar transformações profundas, até outras, mais optimistas do presente e do futuro:*

- *Uns que buscam na solidariedade e no financiamento público as bases da sustentabilidade do sistema.*

- *Outros, apologistas de maior competitividade e menos e melhor Estado, procuram encontrar formas alternativas de financiamento e novos mecanismos de*

<sup>14</sup> Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro.



responsabilização dos indivíduos, mesmo dos doentes, através de penalizações moderadoras ou co-pagamentos.

- Outros avançam com soluções no âmbito da eficiência, propondo medidas de redução de custos que emagreçam encargos sem perdas de qualidade: - melhor distribuição de recursos, maior produtividade, uma medicina familiar de proximidade, a criação de uma rede global de prestação de cuidados, descentralização das competências de decisão, separando claramente prestador-comprador, gestão profissional das instituições e alguma privatização de alguns serviços.

Finaliza concluindo que “há quem reflecta, mesmo, sobre o excesso de ideologia e politização da saúde” (DELGADO, 2007).

Por ocasião do 30º aniversário do SNS, António Arnaut, o autor da lei, alertou que “quando o SNS começou a funcionar, cobria 90% da população. Mas foram degradando o SNS e nunca se viram tantos privados como agora. Hoje na prática o SNS é só 70% da população”<sup>15</sup>.

Referia-se, preocupado, à expansão do sector privado, que já conta dois milhões de seguros de saúde.

Relatórios diversos apontavam para a necessidade de aplicar reformas concretas, não só para evitar os défices orçamentais das contas públicas como para reduzir as despesas próprias do Sistema.

A oportunidade ocorre quando após uma curta passagem pelo Governo, é nomeado, de novo, para Ministro da Saúde de um governo maioritário, um dos mais eminentes conhecedores da ciência económica dos cuidados de saúde e da *praxis* da administração, encetando aquela que pode ser considerada como a mais profunda reestruturação do Serviço Nacional de Saúde ao longo dos 30 anos de existência.

## 2.c – Validação da(s) Hipótese(s)

Conclui-se pela validade da Hipótese 1.

<sup>15</sup> [www.seguros.inf.br\\_notícia](http://www.seguros.inf.br_notícia)



### **3. Reforma em curso do Serviço Nacional de Saúde**

A saúde é um bem de mérito, o que ficou desde logo traduzido tanto nas Grandes Opções do Plano para 2005-2009<sup>16</sup>, como no Programa do XVII Governo.

Considerada como um bem para as pessoas, a saúde deve ser alcançada através do reforço da coesão social, reduzindo a pobreza e criando mais igualdade de oportunidades, realizando-se e afirmando-se como uma prioridade política de desenvolvimento.

Esta situação cria um ambiente em que a política de saúde deva ser redefinida para mais e melhor saúde, isto é, para "ganhos em saúde", tendo o cidadão como centro.

O Serviço Nacional de Saúde é um bem público, que deve ser gerido de modo a se alcançar mais ganhos em saúde para os cidadãos, garantindo a sustentabilidade financeira do Sistema.

O Programa de Governo consagra a modernização da Administração Pública como um dos instrumentos essenciais da estratégia de desenvolvimento do País.

Para atingir este objectivo, o Governo aprovou o Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE)<sup>17</sup>, tendo como objectivo a promoção da cidadania, do desenvolvimento económico e da qualidade dos serviços públicos, com ganhos de eficiência pela simplificação, racionalização e automatização, que permitam a diminuição do número de serviços e dos recursos a eles afectos, tal como preconiza o Programa de Simplificação Administrativa e Legislativa (SIMPLEX)<sup>18</sup>.

É nesse enquadramento que a Reforma do SNS se desenvolve.

#### **3.a. Reformas Implementadas**

Observado o claro parecer de Relatórios de Sustentabilidade, constam do Plano do Governo e foram implementadas uma série de reformas, que, de seguida se enumeram, com o respectivo efeito esperado:

##### **3.a. (1) Promoção da saúde e prevenção da doença**

Através da implementação do Plano Nacional de Saúde, o que permitirá uma melhoria do estado de saúde dos portugueses, em especial nos domínios eleitos como prioritários (doenças cardiovasculares, oncológicas e VIH/SIDA);

<sup>16</sup> Lei n.º 52/2005 de 31 de Agosto.

<sup>17</sup> Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/2005, de 4 de Agosto.

<sup>18</sup> Resolução do Conselho de Ministros, de 27 de Março de 2006.



### **3.a. (2) Prestação de cuidados de saúde em ambulatório**

#### **3.a. (2)(a) Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) / Unidades de Saúde Familiares (USF)**

Visando a melhoria da acessibilidade, aumento da satisfação de utentes e profissionais, racionalização da utilização de cuidados e da referenciação, sendo que as poupanças líquidas estimadas eram de cerca de 9 milhões de euros em 2007 (segundo Fonte: MCSP);

Neste âmbito, são definidos os conceitos de *gatekeeper*, relativo ao médico de família, responsável pela entrada no sistema, filtro do envio a especialidades médico-cirúrgicas e de cuja proficiência se obtêm ganhos em saúde. É também definido o conceito de *contact center*, como centro de apoio e informação, próximo dos cidadãos, sobre o Sistema de Saúde.

#### **3.a. (2)(b) Encerramento de Serviços de Atendimento Permanente (SAP)**

Esperando-se melhoria da qualidade e segurança no acesso à urgência e racionalização da rede de urgência;

#### **3.a. (2)(c) Redução de preços de convenções**

Provocando contenção da despesa pública, que se estimava de cerca de 25 milhões de euros em 2006 e 55 milhões em 2007 (PEC);

#### **3.a. (2)(d) Actualização do valor das taxas moderadoras**

Disciplinando o consumo de cuidados de saúde e contribuindo para a valorização social dos cuidados públicos financiados pelo SNS;

### **3.a. (3) Prestação de cuidados hospitalares**

#### **3.a. (3)(a) Encerramento de blocos de partos**

Pretendendo-se uma melhoria da qualidade e da segurança no acesso, com racionalização da rede de prestação de cuidados;

#### **3.a. (3)(b) Criação de centros hospitalares**

Visando a melhoria da eficiência pela exploração de economias de escala (internas e externas) e de complementaridades;

#### **3.a. (3)(c) Construção de novos Hospitais em PPP**

Com o objectivo de melhorar da eficiência da gestão de hospitais; *value-for-money* no investimento público, com poupanças previstas dos pagamentos potenciais do



Estado de 6,2% (Centro de Atendimento) e 17,5% (CMFR Sul) (Fonte: Parcerias. Saúde);

### **3.a. (3)(d) Contratualização da actividade**

No sentido de obter a separação financiador-pagador, o financiamento por resultados, o controlo da despesa e a responsabilização da gestão;

### **3.a. (3)(e) Empresarialização de Hospitais.**

Tal como na alínea anterior, pela separação financiador-pagador e autonomização e responsabilização da gestão, tendo o estudo de avaliação dos Hospitais SA detectado ritmos de crescimento de custos inferiores à média nacional, mas pouco significativos.

### **3.a. (4) Sector do medicamento**

#### **3.a. (4)(a) Alterações na comparticipação de medicamentos**

Para obter contenção da despesa pública, que se previa da ordem de 25 milhões de euros em 2005, 100 milhões em 2006 e 215 milhões em 2007 (efeito agregado reportado no PEC);

#### **3.a. (4)(b) Incentivo ao uso de genéricos**

Continuar a política dos genéricos, a fim de reduzir os custos dos medicamentos, tanto para o Estado como para o doente.

#### **3.a. (4)(c) Liberalização da venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)**

Com o objectivo de melhorar o acesso ao medicamento e a concorrência no segmento do mercado em causa;

### **3.a. (5) Outras medidas**

#### **3.a. (5)(a) Lançamento da Rede de Cuidados Continuados Integrados**

Com alargamento da compreensividade do SNS; melhoria do acesso e da adequação dos cuidados; redução da permanência de doentes crónicos em hospital de agudos; maior eficiência no tratamento e nos ganhos em saúde.



### 3.b. Considerações gerais e perspectivas.

Torna-se claro que *“o futuro da saúde vai depender da capacidade dos poderes públicos enquadrarem o desenvolvimento económico do país e preverem a sua evolução, bem como da capacidade de utilizar da melhor forma os recursos disponíveis”* (CAMPOS, 2007).

Tarefa complexa e árdua – esta a que Correia de Campos decididamente se propôs a si próprio – por multifacetada e diversificada, agravada com os hábitos de vida e a iliteracia da nossa população, até à prestação de cuidados diferenciados e a utilização de tecnologias em constante evolução.

Para começar, *“a formação em Saúde é um desafio importante para as faculdades de Medicina portuguesas, sendo necessário partir de trabalho já feito para reformular, com carácter inovador, o ensino médico pré-graduado, evitando a dicotomia entre o que se ensina e o que se faz”* (RENDAS, 2007).

A prevenção pode ser curiosamente sintetizada em *“5 não: não fumar, não engordar, não beber bebidas alcoólicas em excesso nem tomar outras drogas proibidas, não parar e não tentar resolver o que não tem solução”* (AROSO, 2007).

Relativamente ao sistema de saúde português *“novos paradigmas surgem, valorizando o bem-estar das populações e orientando-se para a concepção e operacionalização de uma cadeia de cuidados a prestar de modo contínuo e que permita obter efectivos ganhos de saúde”* (REIS, 2007).

Outros, conhecedores das carências põem o dedo na ferida, considerando que *“o nosso sistema de saúde, em geral, e o SNS, em particular, têm uma clara incapacidade de prestar ao cidadão os cuidados de saúde adequados, em tempo útil, de que são reflexos as longas listas de espera para consultas e cirurgias. A rotura corresponde à falência do modelo de gestão, sendo impossível gerir o SNS numa perspectiva de eficiência, por o sistema assentar num quadro legislativo incoerente, ambíguo e cheio de remendos”* (ANTUNES, 2007).

Personalidade marcante da vida nacional, o Padre Victor Melícias recorda Alexandre Herculano citando-o que *“não se pode fazer a História de Portugal sem as Misericórdias”*, e continua referindo que são *“instituições pentasseculares que o povo baptizou de Santas Casas. Face à evidência da ilusão de que, estatizando tudo, se garantiria plena e melhor saúde a todos os portugueses, surge uma nova filosofia de complementaridade e co-responsabilidade, perseguindo os princípios do Pacto de Cooperação para a Solidariedade (solidariedade, subsidiariedade, autonomia,*



planeamento, e participação), em que a acção livre e conjugada das instituições sociais deve ser entendida, estimulada e promovida” (MELÍCIAS, 2007).

“O futuro da saúde, tal como o presente, tem um contexto político, económico, social, ambiental e cultural específico. O acesso fácil e oportuno aos cuidados de saúde é uma tendência inapelável, sendo desejáveis centros de saúde de 4ª geração – onde se encontrem cuidados de saúde primários, consultas de especialidades médicas, unidades de colheita para meios complementares de diagnóstico, serviços de farmácia, centros de dia para idosos e dependentes com equipas de apoio domiciliário, centros de fisioterapia, e exercício físico” (SAKELLARIDES, 2007).

“Estas formas de integração física, que facilitam o acesso e a continuidade dos cuidados de saúde, não impedem que cada um destes serviços pertença a organizações diferentes, com hierarquias técnicas distintas. Os serviços de saúde de proximidade incluem as respostas necessárias às pessoas física e socialmente dependentes e só são efectivamente viáveis a partir de uma estreita colaboração entre cuidados de saúde e apoio social” (SAKELLARIDES, 2007).

“Os hospitais transformados em centros de assistência a doentes agudos, organizar-se-ão, essencialmente, em torno de dois pólos de cuidados. O primeiro centrado em doentes que necessitam de internamentos de curta duração (hospital de dia) até 24 horas, fortemente articulado com os atendimentos e serviços no ambulatório e na comunidade. O segundo pólo representa essencialmente as respostas tecnologicamente apropriadas às ameaças iminentes a funções vitais críticas e agrega fundamentalmente cuidados de emergência médica e cuidados intensivos” (SAKELLARIDES, 2007).

“O País é estratificado e plural, a procura de cuidados de saúde é estratificada e plural, pelo que só é adequado um sistema de prestadores igualmente plural e estratificado – que é o que, de facto, temos em Portugal, por muito que isto desagrade aos ideólogos de um SNS geral, universal e gratuito para todos” (SERRÃO, 2007).

“Os médicos são protagonistas privilegiados, comentando de forma pragmática que, acima dos dados estatísticos das despesas, o que releva é quanto se gasta para resolver um problema concreto e como ficam os doentes concretos por ele afectados. Podemos inferir que só quem conhece os problemas concretos, devidamente habilitado com cursos de gestão pode contextualizar as preocupações da cultura médica com as responsabilidades económicas” (NUNES, 2007).

Continuando, “o médico não é um prestador de serviços técnicos mas, fundamentalmente, um comprador de serviços e tecnologias em nome do doente. Para que



*o seja em plenitude, deve ser investido na função mas, em qualquer momento, demonstrar capacidade para o ser. É vital que, nos próximos anos, Portugal seja capaz de comprar tecnologias adequadas. Assumir a saúde como sector estratégico implica compromisso da sociedade globalmente, e tal só se obtém com verdade e transparência”.*

Pedro Nunes, o Bastonário da Ordem dos Médicos, termina advertindo, “*Governar é escolher. Portugal será seguramente o que for o somatório das escolhas que cada um de nós, em cada momento, decidir fazer*”. E confessa, “*tenho para mim que a escolha do Governo não é a única e eventualmente não será a mais importante...*” (NUNES, 2007).

À medida que a reforma foi implementada, a polémica em torno da política de saúde foi aumentando, levantando-se nos vários sectores da opinião públicos reparos, críticas, contestação que atingiu níveis muito elevados, com cortes de estradas, cordões humanos, manifestações de grandes massas populacionais e intervenções persistentes na comunicação social.

O fecho das Urgências e o facto de não serem substituídas, de forma oportuna e atempada, por serviços de atendimento ou meios de transferência dos doentes para centros hospitalares qualificados, foram a pedra de toque para grandes demonstrações de descontentamento desde Caminha a Vendas Novas, de Alijó a Anadia.

Noutro plano, relatórios contraditórios entre o Ministério da Saúde e o Tribunal de Contas, criaram linhas de fractura inter-institucionais, e, como corolário de tudo, não nos podemos alhear da referência dispensada pelo Presidente da República, no discurso de fim de ano de 2007, revelando-se muito preocupado com a Saúde.

O Ministro da Saúde, Correia de Campos, veio a terreiro, tentando minimizar a situação, mas era notório que a sua substituição estava a prazo.

Foi o que aconteceu, sendo substituído por uma médica pediatra, Ana Jorge, que entre outros cargos exercera a Presidência da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo de 1997-2000, e presidiu ao Grupo de Trabalho para a redefinição da Saúde Militar, entre 2 de Maio de 2006 e 2007.

### **3.c. – Avaliação da(s) Hipótese(s):**

Conclui-se pela validade da Hipótese 2.



## 4. Sistema de Saúde Militar

### 4.a. Natureza e resumo histórico<sup>19</sup>

#### 4.a. (1) O contexto militar

Os corpos armados surgiram para a defesa da soberania e dos interesses nacionais, podendo ser projectados, em zonas de interesse, integrando coligações ou alianças, com vista à realização de operações defensivas e, ou, ofensivas.

Ramalho Eanes considera que “*a instituição militar difere de todas as outras organizações pela procura de objectivos essenciais à perdurabilidade da instituição*”, que, no caso das Forças Armadas, são “*disciplina, eficácia, enfim, espírito de missão que as leve, em qualquer momento e situação, a aceitar correr todos os riscos, mesmo os da vida, para responderem à ordem política legítima e à defesa da unidade e continuidade espirituais do País, à defesa da sua soberania*” (EANES, 1997).

Salienta-se que a imprescindibilidade natural da disponibilidade permanente do militar para o risco da própria vida, é o epicentro da condição militar.

#### 4.a. (2) A Saúde Militar

Os mais elevados princípios da fé, com base na compaixão, ou até mesmo a natureza da diversidade humana, fazem com que, desde antanho, certos elementos, portadores de princípios de solidariedade e detentores do *mister* do conhecimento da prática curativa, acompanhassem os militares em campanha, administrando o tratamento possível, nomeadamente promovendo a recuperação física e psíquica dos combatentes.

A Saúde Militar passou por várias fases, determinadas pelo valor da própria vida ao longo da história, atingindo actualmente elevada expressão nos exércitos e nas sociedades actuais.

De seguro que, maior sucesso tiveram, políticos e comandantes militares que mais a valorizaram.

Esta asserção é comprovada pelo desenvolvimento das estruturas de saúde nas coesas Legiões Romanas, ou na organização patente nos exércitos napoleónicos, imbuídos ainda do espírito da Revolução Francesa, plena de Humanidade e Fraternidade e detentora de personalidades de invulgar conhecimento médico e científico. São de salientar

---

<sup>19</sup> Na elaboração deste texto destaca-se a seguinte bibliografia: REVISTA MILITAR, 2006; FERREIRA, 2007 e 2006; REIS, 2004 e 2002; ALFARROBA, 1994 e 2006a; GOMES, 1995 e 2002; [www.cruzvermelha.pt](http://www.cruzvermelha.pt)



cirurgiões de grande dedicação, como Ambroise Paré (1510-1590), considerado o pai da Medicina Militar e da Cirurgia de guerra.

Motivações semelhantes levaram a que Henri Dunant, um cidadão suíço, criasse em 1863 a Cruz Vermelha, desperto para o facto triste e dramático dos feridos e dos corpos dos militares que jaziam no campo da honra, após as batalhas.

Esse facto ocorrera quatro anos antes, após a Batalha de Solferino, na Itália, da qual resultaram 40 mil vítimas mortais, tendo-se notabilizado por ter reunido mulheres das aldeias mais próximas, para prestarem auxílio humanitário às vítimas da guerra.

Na obra que publicou, em 1862, intitulada "Recordação de Solferino", este humanista não se limitou a descrever as memórias da batalha, mas propôs algumas soluções políticas e lançou, desde logo, a ideia para a criação de sociedades nacionais de auxílio humanitário e de regras mínimas a serem respeitadas em tempo de guerra, o que foi o embrião das Convenções de Genebra.

Na mesma época, nos longínquos campos de batalha da Crimeia (1853-1856), Florence Nightingale introduzia a compaixão, o carinho e a permanência junto aos feridos como directrizes para a enfermagem moderna.

A Medicina e a Cirurgia já muito deviam à Saúde Militar, passando, desde então, a possuir a componente imprescindível da enfermagem.

Desenvolvida inicialmente no campo de batalha, a Saúde Militar evoluiu, acompanhando a saga humana: esteve nas frentes de combate da I Grande Guerra, transportando, de maca e a esforço de braços, aqueles que eram afectados por doenças, gases tóxicos, metralha ou pela luta corpo a corpo nas trincheiras.

A componente sanitária dos exércitos progrediu com as descobertas da Medicina, passando as baixas a reduzirem-se graças à higiene individual, segurança alimentar e assepsia necessárias.

Para tanto, foram determinantes os estudos de Bacteriologia de Pasteur, Koch e outros, a descoberta da penicilina por Fleming, o progresso das técnicas anestésicas e cirúrgicas e as boas práticas médicas.

Na II Grande Guerra, a *praxis* do apoio sanitário de campanha elevou-se: comprovou-se a vantagem da rápida evacuação do teatro de operações, constituindo-se uma cadeia logística de fortes elos com a hospitalização, que pôde permitir, a recuperação do indisponível, indo até ao internamento em Centro de Repouso, na área da retaguarda.

Constatou-se bem a importância deste factor nas guerras da segunda metade do Século XX: na Coreia, no Vietname, na África Portuguesa, entre outras.



Os militares sabiam que, depois de feridos, caso a evacuação aérea por helicóptero possibilitasse a chegada ao Hospital Cirúrgico de Combate, as boas equipas médicas, com saber e detentoras de meios tecnológicos evoluídos, garantiam, com forte probabilidade de sucesso, a sua sobrevivência e recuperação.

Factor psicológico fundamental e do maior relevo, pois não desmotiva para o cabal cumprimento da missão, numa entrega plena de generosidade e coragem, e potencia o moral do Soldado.

#### **4.a. (3) A Saúde Militar na era actual**

As guerras da viragem do segundo milénio não têm a percentagem de baixas que tinham no passado, transitando muitas das afecções para a esfera psicológica, com forte componente provocada pela mediatização da guerra.

A resposta da Saúde Militar é a de manter, o elevado índice de confiança para o militar desempenhar a missão, sem qualquer tipo de perturbação psicológica.

Compreende, entre outros, a certeza do bem-estar dos familiares na retaguarda, a garantia da pronta evacuação da zona principal de operações, a celeridade e competência dos cuidados prestados caso necessários e a confiança de que, em caso de mutilação ou doença permanente, o Soldado tem um efectivo apoio na deficiência.

Por outro lado, as guerras actuais diferem das do passado, porque as suas consequências não se restringem a um local, nem têm uma incidência temporal, são globais, perversas e assimétricas, geradoras de insegurança pela prática do terrorismo.

Espalhadas pelo Mundo, as guerras proliferam por zonas ou regiões, com factores de conflitualidade e instabilidade, decorrentes quer da clivagem Norte-Sul, quer de outros factores, nomeadamente crises resultantes de situações de fragilidade por exiguidade do Estado, pelo que as forças têm de estar preparadas para ser empregues em diversos teatros e tipos de missões.

Estas situações são tão eminentes que passaram a ser estudadas nas Escolas Militares e vão desde operações humanitárias, para retirar cidadãos do país em crise, até às de manutenção ou imposição de paz, como forma de jugular o deflagrar de conflitos armados de maior gravidade, que frequentemente são a oportunidade para grandes confrontos entre grupos rivais, levando à execução de verdadeiros genocídios.

É resolutamente de afirmar que o militar é um recurso humano com incorporação de forte intensidade tecnológica, o que o torna um bem muito raro e por isso de elevado custo, cujo ciclo de vida tem de ser optimizado.



As acções do Serviço de Saúde Militar, no âmbito estrito, são de um universo que inclui: selecção de pessoal, acompanhamento do treino físico na formação militar e recuperação de lesões, promoção e prevenção da saúde, prestação de apoio sanitário às FFAA no território nacional e às FND fora dele, execução com boas práticas médicas da evacuação de feridos das Unidades ou dos locais do Teatro de Operações e recuperação dos indisponíveis, avaliação da aptidão individual para a continuidade do serviço e prestação de cuidados de longa duração.

Relativamente à selecção de pessoal, quanto melhor for esta, melhor se garantem os custos de investimento por optimização do potencial humano, nas várias possibilidades de desempenho, desde o soldado combatente ao piloto de caça, desde elementos de forças especiais até ao comandante de navio.

Quanto ao acompanhamento do treino físico na formação militar e recuperação de lesões, estas acções têm de ser dimensionadas, não só para a medicina do exercício, geral (para todos), mas também para os casos de desempenho em ambientes radicais e de risco, tais como a medicina hiperbárica e hipobárica.

Na vertente da promoção e prevenção da saúde, efectuando as vacinas necessárias, nomeadamente quando as forças se deslocam para Teatros de Operações em zonas com doenças endémicas.

Tanto o meio civil como o militar têm de ter aptidão suficiente para colaborar num cenário que vai desde agressivos químicos, radiológicos e biológicos a nucleares.

Revisite-se neste particular a “guerra de nervos” dos campos da Flandres, as catástrofes de Chernobil ou de Bopal (Índia), o “11 de Setembro” ou os casos do Antrax ou da Síndrome Respiratória Aguda (SRA) e mais perto de nós, em data muito recente, a trágica acção terrorista perpetrada no metro de Madrid.

Basta um olhar actual pelo Mundo para identificar a intervenção de unidades de saúde militar no apoio às vítimas do dengue no Brasil – Rio de Janeiro.

A preparação e prontidão na resposta para estes cenários são também úteis para calamidades que, não sendo dependentes das fragilidades humanas, estão sujeitas à natureza: - catástrofes naturais, tremores de terra, inundações, desastres ambientais.

Tomando como modelo os sete princípios fundamentais estruturantes do Serviço de Saúde Militar Francês:

*“1º - O Serviço de Saúde deve ser forte, por forma a assegurar em todas as circunstâncias o apoio aos efectivos militares.*



2º - O SS deve ser coerente, incluindo as cinco componentes indispensáveis (serviços de saúde das unidades, hospitais militares, formação, aprovisionamento e investigação), para pôr em acção com disponibilidade e competência a cadeia de suporte aos militares em operações.

3º O Serviço de Saúde é inter-Ramos, porque só assim fica garantida a unidade entre as várias componentes, embora sempre com o respeito pelas especificidades de cada ramo.

4º - A dimensão do Serviço de Saúde deve corresponder às necessidades de suporte dos efectivos e das capacidades de projecção, ou seja, deve ser compatível quer com o formato, quer com o conceito de emprego das Forças Armadas.

5º - O Serviço de Saúde representa a função de apoio sanitário nas operações, o que significa que a função Saúde é uma entidade de parte inteira, à qual cabe a total responsabilidade pelo apoio sanitário adaptado às condições específicas de cada operação.

6º - O Serviço de Saúde deve ser o gestor dos seus recursos humanos e financeiros, na medida em que estes condicionam as capacidades de acção e o futuro do apoio sanitário das forças.

7º - O Serviço de Saúde deve ser aberto, quer em relação ao serviço Nacional de Saúde, quer em termos de cooperação internacional” (DGP/MDN, 1997).

Em suma, o apoio em Saúde Militar é um conceito complexo, que aplica as capacidades médicas, médico-veterinárias, farmacêuticas e, mais recentemente, da área da psicologia, no âmbito das actividades de planeamento, organização, coordenação, controlo/avaliação e execução das operações militares.

O apoio em Saúde Militar é caracterizado por flexibilidade, mobilidade e disponibilidade para actuar em ambientes hostis ou com vários graus de instabilidade.

A resposta tem de ser célere, credível e de qualidade, logo especializada, dependendo actualmente dos meios tecnológicos.

Conhecido o elevado investimento que se efectua na formação dum militar, a acção de recuperar indisponíveis, tem de ser específica e de grande disponibilidade para a manutenção do potencial humano.

Terminada a conscrição no nosso País, um bom Serviço de Saúde é, por si só, incentivo à incorporação de contratados e voluntários.

Justifica-se, inequivocamente, a atenção à família dos militares (activo, reserva, reforma, regimes de contrato e voluntários e deficientes).



O poder político constituído cometeria um erro grave se não considerasse o cuidado às famílias dos militares, por quanto tal constitui, para além de devida justiça, um factor de atracção de efectivos não negligenciável.

É por demais consabido, que o número de veteranos de guerra deficientes em combate, aumenta após as campanhas.

Tais deficientes, habitualmente não se conformam com os problemas emergentes da sua deficiência, ao que acrescem dificuldades de reinserção social e, quantas vezes familiar, pelo que o País tem de se empenhar na resolução dos problemas que aqui ficam genericamente aflorados.

Lembremos aqui, o testemunho histórico da Princesa D. Maria Francisca Benedita, irmã de D. Maria I, que, em 25 de Julho de 1827, inaugurou o Hospital Real dos Inválidos Militares, em Runa, tendo proferido a seguinte frase: *"Estimo ter podido concluir o Hospital que mandei construir para descansardes dos vossos honrosos trabalhos. Em recompensa só vos peço a paz e o temor a Deus"*.

A atitude pioneira da Princesa, plena de solidariedade é ainda hoje farol de um percurso contínuo, tendo de Hospital Real passado a Lar de Veteranos Militares dos Serviços Sociais das Forças Armadas, integrando, hoje, o Centro Social de Runa, do Instituto de Acção Social das Forças Armadas (IASFA).

A actividade e caracterização do Serviço de Saúde Militar, em boa verdade, só tem sentido, se perpetuada com o ensino das competências de médicos, psicólogos, enfermeiros, profissionais das tecnologias da saúde, sem esquecer os socorristas e os auxiliares de acção médica. São também imprescindíveis administradores hospitalares qualificados, assistentes sociais e outros profissionais orientados para a área da Saúde.

Seria redundante referir que o Hospital Militar é uma verdadeira Escola Prática dos profissionais de saúde, podendo ser qualificada para a produção de determinadas especialidades médicas, de enfermagem ou outras, pelo que todo o esforço tem de ser feito no sentido de, para tanto, os serviços hospitalares serem certificados pelas Ordens e Associações Profissionais.

Neste contexto de formação, considera-se como pertinente a existência de uma Urgência polivalente, que permita ser um local de treino e enquadramento militar do Pessoal de Saúde.



#### **4.b. - Organização sumária actual do Sistema de Saúde Militar<sup>20</sup>**

Actualmente o SSM caracteriza-se pela autonomia dos Serviços de Saúde de cada ramo das FFAA, complementados pela existência de um pequeno número de Serviços de Utilização Comuns (SUC)<sup>21</sup> e apenas dois Órgãos de Apoio a mais que um ramo.

Os Órgãos e/ou elementos integrantes do Sistema, vêm prestando uma acção inestimável aos ramos que os justificam, através da prática de cuidados de saúde de apoio próximo, nas Unidades Militares e acompanhando exercícios militares, efectuando apoio imediato em serviços de Urgência e executando cuidados continuados.

Por outro lado, sempre que o SSM foi chamado a acompanhar FND, a constituir células sanitárias, a exercer actividades de Cooperação Técnico-Militar, ou mesmo a projectar o Hospital Cirúrgico Móvel (Angola-1998/99), fê-lo pleno de dedicação e competência, merecendo assinalados encómios das Chefias Militares das Forças Combinadas em que se inseriu, e manifestações de apreço da população civil objecto da sua assistência.

A nível nacional é uma reserva de prontidão para acções de colaboração interministerial<sup>22</sup>.

A seguir enumeram-se as principais U/E/O constituintes do SSM, repartidas necessariamente pelos três ramos, com destaque para os SUC, sendo de referir, em sede de tutela, o IASFA, destacando na sua função de apoio social complementar a existência de organizações clínicas de apoio aos Beneficiários dos três ramos das FFAA.

Não pretendendo ser exaustivo, não se incluem as Juntas Médicas (recrutamento, hospitalares e de recurso), orgânicas de acordo com a legislação em vigor.

##### **4.b.(1) -Marinha**

- 1- Na dependência da Superintendência dos Serviços do Pessoal:
  - a. Direcção do Serviço de Saúde
    - (1) - Hospital de Marinha (Lisboa).

Tem 1 SUC – Serviço de Medicina Hiperbárica
    - (2) - Centro de Medicina Naval (Alfeite)
    - (3) - Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo – UTITA (é um SUC)

<sup>20</sup> Na elaboração deste texto destaca-se a seguinte bibliografia: FERREIRA, 2006; REVISTA MILITAR, 2006; GOMES, 2002; ALFARROBA, 2007 e 2006b.

<sup>21</sup> Criados pelo Despacho n° 188/MDN/95, de 31 de Março.

<sup>22</sup> De acordo com o Decreto-Lei n° 107/77, de 24 de Março.



- (4) – Centro de Abastecimento Sanitário
- 2- Na dependência da Direcção do Serviço de Pessoal
  - a. Laboratório de Análises Farmacotoxicológicas da Marinha
- 3- Na dependência de Unidades/Estabelecimentos e Órgãos:
  - a. Serviços de Saúde nos Navios e Grandes Unidades

#### **4.b.(2) - Exército**

- 1- Na dependência do Comando de Instrução e Doutrina:
  - a. Escola do Serviço de Saúde Militar (Órgão de Ap. aos 3 Ramos das FFAA).
- 2- Na dependência do Comando da Logística:
  - a. Direcção de Saúde
    - (1) - Hospital Militar Principal (Lisboa).
      - Tem 2 SUC – Serviços de Hemodiálise e de Imuno-Hemoterapia
    - (2) – Hospital Militar de Belém (Lisboa)
      - Tem 1 Órgão de Ap. aos 3 Ramos das FFAA - Centro Militar de Medicina Preventiva
      - Tem 1 SUC - Serviço de Doenças Infecto-Contagiosas
    - (3) – Hospital Militar Regional nº 1(Porto)
    - (4) – Centro de Saúde de Coimbra
    - (5) – Centro de Saúde de Évora
    - (6) – Centro de Saúde de Tancos/Santa Margarida
    - (7) – Centro Militar de Medicina Veterinária
      - Hospitais de Equinos e de Cães e
      - Laboratório de Bromatologia e Defesa Biológica do Exército
  - b. Laboratório Militar de Produtos Químico-Farmacêuticos.
- 3- Na dependência de Unidades/Estabelecimentos e Órgãos:
  - a. Postos de Socorros.

#### **4.b.(3) - Força Aérea**

- 1- Na dependência do Comando de Pessoal da Força Aérea (CPESFA):
  - a. Direcção de Saúde
    - (1) Hospital da Força Aérea (Lisboa)
      - Tem 1 SUC – Serviço de Medicina Nuclear
    - (2) Centro de Medicina Aeronáutica (SUC)



(3) Centro de Psicologia

- 2- Na dependência funcional de Unidades:
  - a. Centros de Saúde das Bases Aérea: nº1(Sintra), nº4(Lajes), nº5(Monte Real), nº6(Montijo) e nº11(Beja).
  - b. Outros Centros de Saúde em Unidades: Base de Alfragide, Centro de Treino e Formação de Pessoal Técnico da FAP, ...

**4.c. Outras estruturas de Saúde do Ministério da Defesa Nacional**

Para além das estruturas de Saúde Militar, acima referidas, integradas nos três Ramos das Forças Armadas, no Ministério da Defesa Nacional funcionam as seguintes estruturas com responsabilidades na área da Saúde:

**4.c.(1) - Ministro da Defesa Nacional**

- 1- Conselho Superior do Serviço de Saúde Militar

**4.c.(2) – Direcção Geral de Pessoal:**

- 1- Na dependência do Director Geral de Pessoal:
  - a. Assessoria por Oficiais Gerais Médicos.
  - b. Direcção de Serviços de Saúde e Assuntos Sociais
    - (1) – Divisão de Saúde Militar.

**4.c.(3) - Instituto de Acção Social das Forças Armadas (IASFA)**

- 1- Na dependência do Conselho de Direcção:
  - a. Assessor Médico
  - b. Farmácia
  - c. Assistência na Doença aos Militares
- 2- Na dependência dos Centros de Apoio Social respectivos
  - 1 . Serviços de Apoio Médico
    - (1) – Oeiras – SAMED de Oeiras: Centro Médico e Centro de Recuperação (para Cuidados Continuados).
    - (2) – Runa: Centros Médico e de Recuperação (para Cuidados Continuados)
  - 2 . Postos Médicos e de Enfermagem  
Sede e Olivais Sul, Alfeite, Porto, Leiria e Tomar, Braga e Açores



#### **4.d. – Avaliação da(s) Hipótese(s):**

Conclui-se pela validade da Hipótese 3.

### **5. Impacto da reforma no Sistema de Saúde Militar**

Já de posse do conhecimento da evolução do SNS e seguindo idêntica metodologia, utilizada para caracterizar as reformas em curso, vai-se agora analisar os impactos no SSM.

#### **5.a. Impacto das Reformas**

##### **5.a. (1) Promoção da saúde e prevenção da doença**

Algumas das áreas em desenvolvimento no âmbito do Plano Nacional de Saúde do SNS, têm lugar de destaque no SSM, trazendo benefícios tanto para a população civil como militar.

De entre aquelas identificaremos as que nos merecem maior destaque:

##### **5.a. (1) (a) Centro Militar de Medicina Preventiva**

O Órgão mais vocacionado para a prevenção é o Centro Militar de Medicina Preventiva (CMMP), sediado no Hospital Militar de Belém.

Estruturado nos anos 90, é herdeiro da Assistência aos Tuberculosos das Forças Armadas (ATFA), com uma tradição antiga na Luta Antituberculosa, com meios de radiorastreio, e mais recentemente privilegia a preparação das FND para os diversos cenários a nível mundial.

Tem capacidade para realizar vacinações de todo o tipo, orientado para a preparação dos militares para missões internacionais, o que, no meio civil corresponderia à chamada Medicina Viajante.

Os estatutos do Centro<sup>23</sup> têm um objecto que permite a possibilidade de alargamento a outras áreas da prevenção, o que permite planear, entre outras, acções nas áreas do tabagismo, diabetes, hipertensão, obesidade, VIH/SIDA, rastreio de cancro.

O SSM tem potencialidades que permitem gerar fluxo de informação estatística de doenças, sendo de sublinhar a sua capacidade para se integrar, a nível nacional, noutros sistemas similares, nomeadamente relativos a doenças infecciosas (por exemplo o Sistema de Alerta e Resposta Adequada – SARA).

<sup>23</sup> Portaria n° 945/93, de 28 de Setembro.



### **5.a. (1)(b) Luta contra a toxicodependência e o alcoolismo**

Neste âmbito, vêm sendo desenvolvidas actividades no meio médico-militar.

A Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo (UTITA) do Serviço de Saúde Naval é um dos expoentes para a terapêutica destas situações clínicas com óptimos resultados.

A prevenção e a transmissão de conhecimentos são também objectivo relevante, sendo de referir os cursos que desde há alguns anos são efectuados na Escola de Serviço de Saúde Militar (ESSM), preparando militares, oficiais e sargentos, com o chamado COPADT – Curso de Operadores de Prevenção de Alcoolismo e Toxicodependência e o MRO – *Medical Review Officer*.

Estes cursos são de planeamento centralizados na estrutura da Direcção Geral de Pessoal do MDN.

É de perspectivar a intenção de que estes cursos possam ser frequentados por civis isoladamente ou através de órgãos públicos e privados, o que seria de incentivar

### **5.a. (1)(c) – Áreas específicas de Saúde Militar**

A Saúde Militar comporta áreas específicas e de assinalável relevo nomeadamente Medicina Hiperbárica e Hipobárica, respectivamente da Armada e da Força Aérea, acrescendo, no Exército, existir instalado no Laboratório Militar de Produtos Químico-Farmacêuticos (LMPQF), um Laboratório de Defesa Biológica.

O domínio da Medicina Hiperbárica permite a sua utilização no âmbito civil, onde, como se sabe, existem actividades de mergulho, quer profissional quer de lazer, num País com extensa costa e territórios insulares.

Acresce, sobretudo, a sua utilização como meio de terapêutica em diversas situações clínicas, do que são bons exemplos as intoxicações pelo monóxido de carbono e cianídricas, nas mionecroses clostridiais e na cistopatia pós-rádica hemorrágica, entre muitas outras.

É por conseguinte notória a sua procura diária pelo meio civil, já que no País, até há pouco tempo atrás, não existia nenhuma outra Câmara Hiperbárica.

A Medicina Subaquática e Hiperbárica é, desde há pouco, uma Competência por parte da Ordem dos Médicos.

A Medicina Aeronáutica, com a componente hipobárica, está muito desenvolvida na Força Aérea, nomeadamente para o treino e avaliação do pessoal navegante.



No nosso País onde já é, de certo modo, assinalável o número de aeronaves civis, esta valência é decisiva nos cursos de formação e durante a actividade de pessoal de voo (pilotos e toda a tripulação).

É relevante, para a defesa contra o Bioterrorismo, a existência de um Laboratório de Defesa Biológica, que pode concorrer para respostas a qualquer ameaça do tipo.

A propósito se refere que no Hospital Militar de Belém, existem vastas áreas de pressão negativas, automaticamente integráveis nos Planos de Contingência Nacionais (por ex.: gripe das aves).

### **5.a. (2) Prestação de cuidados da saúde em ambulatório**

Em 2002, foi legislado sobre o novo formato de receita médica<sup>24</sup>, actualmente em uso, também no SSM, desde 2005<sup>25</sup>, o qual gerou críticas de vários sectores, em especial da área médica.

Considerando, embora, a extensão da uniformização do modelo de receitas aos órgãos do SSM, uma medida adequada de controlo, quando efectivamente realizada na sua plenitude, não se pode, todavia, deixar de referir certas desvantagens, tais como:

- Custo da aquisição do modelo de receitas e respectivas vinhetas.
- Confusão que o logótipo do Ministério da Saúde introduz, não só ao médico, como ao utente.
- Peso burocrático para o médico, pela restrição da prescrição do número de embalagens.
- Desperdício de tempo e utilização intensiva do médico.

### **5.a. (2)(a) Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) / Unidades de Saúde Familiares (USF)**

Sendo certo que os militares têm acesso a esta modalidade, todavia a adopção da mesma só faz sentido se for qualitativa e quantitativamente adequada, preocupação esta que tem a ver com certa polémica no sector.

#### **Aplicação do conceito de *gatekeeper***

Há que criar uma interacção positiva com os especialistas de Medicina Geral e Familiar, para obter uma rede de Cuidados Primários em que colaboram Unidades militares do Exército, da Marinha e da Força Aérea, não se podendo esquecer as estruturas do IASFA, incluindo os próprios médicos de família dos Centros de Saúde do SNS.

<sup>24</sup> Portaria 1501/2002, de 12 de Dezembro.

<sup>25</sup> Decreto-Lei n° 234/2003, de 27 de Setembro e Portaria n° 208/2005, de 24 de Fevereiro de 2005.



Os elementos da rede funcionariam como verdadeiros *gatekeepers* do Sistema de Saúde Militar (BARROS, 2005).

Acresce que compete ao SSM e/ou aos ramos anunciarem-se na Internet, abrir acesso ao conhecimento de todos, integrando-os nesta Reforma, motivando os Clínicos Gerais, com a sua inserção no Sistema, tal como os médicos das U/E/O.

Dar a conhecer as potencialidades dos Hospitais Militares a estes Clínicos Gerais, no sentido de permitir um via paralela de acesso aos cuidados de saúde da população militar, seria possível através de *mailings*, brochuras, convites para reuniões clínicas ou demonstrativas, sendo a melhor forma de aumentar a procura, com reflexos inerentes na rentabilidade hospitalar.

Ao nível das Unidades Militares a prioridade dos cuidados deverá ser dada aos militares orgânicos das mesmas, sendo uma reiteração do esforço no sentido do conveniente preenchimento da caderneta de saúde, obrigatória por lei<sup>26</sup>.

Tais alterações à prática habitual obrigariam à revisão da questão do ressarcimentos das consultas, tanto aos médicos que praticam os actos como às Unidades Militares que passam a ter maiores despesas com funcionamento.

Se o trabalho dedicado aos militares da Unidade está contemplado no Orçamento atribuído ao Ramo, logo à U/E/O, o alargamento dos procedimentos aos familiares e aos civis obrigaria à realização de protocolos entre o IASFA e os Ramos e entre estes e a ADSE no sentido de permitir o devido ressarcimento de verbas, quer para as U/E/O, quer para os próprios médicos, no caso de serem civis.

A experiência do IASFA, com o pagamento por acto médico, poderia ser uma hipótese a incentivar nas U/E/O.

Tais Centros Médicos, dispersos pelo País, devidamente integrados em rede, seriam a porta de entrada daquilo que, finalmente, poderia começar a ser considerado um Sistema de Saúde.

### **Aplicação do conceito de *Contact Center***

Outro conceito a desenvolver será o de *Contact Center*, ou seja, um local de fácil acesso telefónico, por Correio electrónico ou outro meio, que permitam o contacto, o diálogo com profissionais de saúde (por ex: enfermeiros, devidamente enquadrados), que, conhecedores da situação do doente, aconselhem o melhor encaminhamento para os equipamentos de saúde disponíveis, com resultados em ganhos de saúde ou economia.

<sup>26</sup> Decreto-Lei nº 320 A, Artigo 113º.



Tais estruturas permitiriam o melhor acesso à rede, que se pretende sistémica, por quem a ela recorresse, quer para encaminhamento clínico, quer para execução de exames complementares de diagnóstico e terapêutica.

A instalação de *Contact Centers* é um desafio prioritário para o IASFA, pois como entidade pagadora, poderia ter aqui um instrumento de redução de custos.

#### **5.a. (2)(b) Encerramento de Serviços de Atendimento Permanentes (SAP)**

No que diz respeito ao que vamos chamar, na taxonomia militar “apoio imediato”, configuram-se alguns inconvenientes, como seja o caso de retirar o acesso fácil aos SAP, prejudicando sobretudo centros populacionais de menor dimensão, na província.

A saída dos SAP de uma determinada zona populacional, retira a possibilidade de os militares da zona e dos seus familiares os poderem utilizar como recurso de urgência.

Para o efeito, impõe-se criar uma alternativa, que, na eventualidade de escassez dos meios públicos, inclua acordos/contratos com privados.

#### **5.a. (2)(c) Redução de preços de convenções**

A tentativa de contenção da despesa pública, pela redução de preços, tem um efeito perverso, pois as estruturas de saúde, na óptica economicista, deixam de se dedicar a actividades menos rentáveis, privilegiando as de maior rentabilidade, o que, por vezes, coincide com as de menor risco médico.

Poderá haver casos de doentes serem obrigados a abandonar hospitais ou estruturas de saúde anteriormente convencionadas, não tendo capacidade financeira para suportar os custos pessoalmente, situação que acarreta maiores prejuízos para os militares e familiares, residentes na província, fora dos grande centros.

Os “*clusters*”, isto é, os segmentos da oferta que não geram economia de escala têm de ser devidamente acauteladas, de forma a não terem reflexos negativos na gestão orçamental.

No que concerne aos Hospitais Militares, a rentabilidade resulta de um efeito de economia de escala, pelo número de doentes que os procurem, pertencentes aos vários ramos das Forças Armadas e Forças de Segurança.

A nova lei da Assistência na Doença ao pessoal da GNR e PSP retirou direito aos cônjuges com menos de 65 anos.

Esta medida reduziu consideravelmente o número de utentes dos Hospitais, diminuindo, assim, a sua rentabilidade e o seu universo assistencial, o que é agravado pela redução do preço das convenções.



### **5.a. (2)(d) Actualização do valor das taxas moderadoras**

Apesar de se pretender com esta medida disciplinar o consumo de cuidados de saúde e contribuir para a valorização social dos cuidados públicos financiados, o contributo das taxas moderadoras como fonte de receitas para os Hospitais Militares não tem significado, até porque os militares estão isentos do seu pagamento.

Para agravar, estas taxas afastaram dos Hospitais Militares, utentes Beneficiários das ADM, GNR e PSP, uma vez que, com o valor das taxas moderadoras são atendidos em clínicas privadas, com base em acordos e convenções, que os seus Subsistemas têm.

Este facto, poderia ser um desafio à melhoria dos cuidados nos Hospitais Militares, através da sã concorrência, o que, por vezes, não se verifica por parte dos privados.

Tudo isso decorrerá num limbo de boas práticas e critérios de seguimento clínico difíceis de acompanhar ou avaliar, mormente porque o cartão de beneficiário da Assistência na Doença é utilizado pelos próprios, de forma discricionária, sem um controlo centralizado, podendo não serem seguidas as melhores vias, nomeadamente no que concerne aos pedidos de exames complementares de diagnóstico e terapêutica.

Em Anexo D, estabelece a comparação entre a comparticipação da ADM antes da convergência com a ADSE e a comparticipação da ADSE actualmente em vigor.

### **5.a. (3) Prestação de cuidados hospitalares**

O Hospital Militar é o lugar de referência da Saúde Militar.

Tem, por conseguinte, havido amplo debate sobre a figura do Hospital Militar.

O debate tem incidido forte e recorrentemente na existência de três (ou quatro) Hospitais Militares localizados em Lisboa, naturalmente pela dispersão de esforços que tal pode representar, o que constitui uma violação do princípio da economia de meios.

Em consequência, o Ministério da Defesa Nacional criou, em 2006, um grupo de trabalho<sup>27</sup> integrando personalidades civis e militares, constituído em força tarefa, para a reforma do Sistema de Saúde Militar, admitindo como provável que a referida força tarefa tenha abordado, ou até mesmo estudado profundamente, a questão da existência da dispersão hospitalar.

Em Anexo E, apresenta-se o esclarecimento à comunicação social do gabinete do General CEMGFA sobre a apresentação dos resultados.

<sup>27</sup> Despacho Conjunto n.º 393/2006, de 15 de Maio.



Recentemente foi publicada legislação<sup>28</sup> com vista à reorganização do Sistema de Saúde Militar, que preconiza a criação de um órgão, na dependência do Ministro da Defesa Nacional e a criação de um Hospital das Forças Armadas, na dependência do Chefe do Estado-Maior General das Forças Armadas, organizado em dois pólos hospitalares, um em Lisboa e outro no Porto.

O Órgão a criar será responsável pela concepção, coordenação e acompanhamento das políticas de saúde a desenvolver no âmbito militar e de articulação com outros organismos congéneres do Estado, no qual estarão representados o Ministro da Defesa Nacional, as Chefias Militares e entidades relevantes com responsabilidades em matéria de Saúde a nível nacional.

A nível Hospitalar determina a manutenção e valorização do Hospital Militar Regional 1, o encerramento do Hospital Militar Regional 2 e o redimensionamento da estrutura hospitalar militar existente na área de Lisboa, através da racionalização e concentração de valências, constituindo-se como objectivo o estabelecimento do pólo hospitalar das Forças Armadas em Lisboa, atendendo a um faseamento, em que no curto prazo procede à racionalização e concentração de valências médicas e capacidades, constituindo Serviços de Utilização Comum (SUC), guarnecidos por pessoal militar e civil dos três ramos das Forças Armadas e no médio prazo redimensiona a estrutura hospitalar militar, através da sua concentração (ver ANEXO F).

Na concepção, estudo, planeamento e condução do SSM, não se pode deixar de ter em atenção os seguintes aspectos:

- Provável desarticulação dos Serviços de Saúde dos Ramos;
- Crise/perturbação na unidade de comando;
- Dificuldade no aprontamento das FND;
- Dificuldade na geração de unidades sanitárias para acompanhar FND; e
- Dificuldade na continuidade dos cuidados.

Há que ponderar maduramente os problemas emergentes da reestruturação do SSM, tais como marginalização dos ramos, manutenção da cultura, sensibilidade e especificidade próprias de cada ramo, a necessidade de garantir a eficácia e prontidão do Sistema com vista a evitar roturas, provavelmente difíceis de superar em curto prazo.

<sup>28</sup> Resolução de Conselho de Ministros 39/2008, de 28 de Fevereiro.



Outro aspecto a considerar, é o facto do SSM, a ser lançado, não ter uma organização logística e administrativa capaz de corresponder aos complexos problemas de um sistema complexo como será, efectivamente, o novo Sistema de Saúde Militar.

A implantação do Sistema deve ser, aturadamente, acompanhado de forma a minimizar os desfasamentos entre as medidas e os seus resultados.

#### **5.a. (3)(a) Encerramento de blocos de partos**

Pelos motivos de racionalização, os blocos de partos que existiam nos Hospitais Militares foram fechando progressivamente, até á sua extinção.

Como repercussão as mulheres militares grávidas e/ou as familiares de militares, terão de recorrer a maternidades não necessariamente situadas nas zonas de residência.

Com vista a potenciar o moral dos militares e porque estamos num domínio muito sensível, a alternativa é o recurso a acordos/contratos com privados.

Trata-se de um assunto não negligenciável, tanto mais sabermos que 20% dos efectivos contratados e voluntários são do sexo feminino. Não pode, por conseguinte, ser descurada a necessidade de providenciar consultas da especialidade de ginecologia.

#### **5.a. (3)(b) Criação de centros hospitalares**

No âmbito militar a criação de um centro hospitalar com características similares aos que têm sido constituídos pelo SNS, só tem aplicação em Lisboa.

Estes centros, como qualquer outra organização de Saúde, têm de se caracterizar pela eficiência, eficácia, efectividade e equidade.

Exigem um elevado grau de coordenação, pelo que são indispensáveis tecnologias de informação, que permitam contactos prontos entre os actores, dispersos ou muito dispersos, embora se situem na área de Lisboa.

Os Serviços de Utilização Comuns (SUC), cujo aprofundamento e desenvolvimento, qualitativo e quantitativo foi determinado pelo governo<sup>29</sup>, são imprescindíveis, desde que tenham capacidade óptima, isto é dimensão suficiente e estejam devidamente equipados.

Estes SUC têm potencialidades para poderem ser certificados com idoneidade de formação de internos de especialidade pela Ordem dos Médicos, o que traz a vantagem de fixar os médicos militares no SSM, logo após a licenciatura.

<sup>29</sup> Resolução de Conselho de Ministros 39/2008, de 28 de Fevereiro.



São de esperar significativos custos com a implantação dos SUC, pela intensidade tecnológica que os caracteriza, não só nos equipamentos médicos, mas também, e sobretudo, nas tecnologias que permitam pronta ligação e estabelecer interfaces entre os diversos Serviços, em tempo real (através de meios de comunicação oral, escrita e oral com imagem).

Havendo significativos custos na implantação do centro hospitalar, a funcionar com os vários SUC, há por outro lado economias de escala que podem contrabalançar os referidos custos iniciais.

Estamos a referir, apenas, aos custos de exploração corrente, porquanto a implantação do Sistema exige investimentos elevados, também eles compensados, a médio e longo prazo pelas chamadas economias de escala.

A Urgência é um módulo nuclear de qualquer Sistema de Saúde e é um lugar de excelência para formação dos profissionais de saúde, pela aquisição do conhecimento e técnicas diferenciadas e ainda por gerar efeitos muito positivos de coesão entre eles.

Terá que ser dotada de elevada prontidão, ser eficiente, eficaz e efectiva.

É de difícil organização, pelo esforço médico e de enfermagem necessários, com elevado desgaste das equipas e necessitando de grande empenho, competência e experiência dos elementos envolvidos, seja qual for o grupo profissional a que pertençam.

A experiência do passado mostra que o problema fundamental é o facto de que os médicos militares não são aproveitados para efectuar serviços de urgência, com presença física, após a promoção a Oficial Superior, pois, como regulamentado, só efectuam serviços até à patente de Capitão, o mesmo se aplicando a Ajudantes e Sargentos-Chefes enfermeiros.

Tal facto, limita a sua prestação em fases de maior pujança e/ou proficiência no desempenho, por também não haver a recompensa remuneratória correspondente ao desgaste efectuado.

Estes aspectos já foram alvo de estudo e debate no antecedente, chegando a haver propostas de estabelecer uma remuneração ou um prémio a quem efectuasse Urgência.<sup>30</sup>

O SSM não comporta uma urgência por ramo, por não gerar nem eficiência nem economias de escala, para além de não produzir as vantagens acima referidas.

<sup>30</sup> CORREIO DA MANHÃ (1998), em ANEXO G.



Assim, afigura-se necessário que a Urgência funcione na dependência funcional do Director do Hospital onde estiver sedeada, e na dependência administrativo-logística de organismo adequado para o efeito, regulada por uma parceria compatível.

Haverá, por conseguinte, a necessidade de prosseguir os estudos a fim de se concretizar esta finalidade.

Uma Urgência assim instituída, permitiria a atribuição de remuneração complementar a todos os profissionais de saúde que integrassem as suas equipas, militares ou civis, com aproveitamento total dos quadros mais diferenciados e reais benefícios para os Beneficiários do SSM.

O IASFA, pelas características que a seguir se relevam, afigura-se como uma possibilidade de ser a entidade de acolhimento das Urgências.

Relevam-se a continuidade dos cuidados aos Beneficiários institucionalizados, ou não, numa população cujo envelhecimento é crescente.

É inútil dizer que a dependência funcional inclui coordenação e controlo de todos os aspectos técnicos, bem como dos equipamentos.

Não é despreciando considerar a possibilidade de, havendo vantagens, que a este Serviço de Urgência possam igualmente aceder civis, no quadro de acordos para o efeito.

### **5.a. (3)(c) Construção de novos Hospitais em PPP**

Citando o Professor Pita Barros, na entrevista efectuada no âmbito deste trabalho:

*“Procura-se trazer investimento privado interessado, na ausência de capacidade para um esforço de investimento público generalizado, podendo ser adoptadas duas modalidades:*

*- Num primeiro caso, haver uma empresa que efectue a construção de um novo Hospital, podendo executar, posteriormente, a gestão do mesmo, por um determinado período de tempo, acordado entre as partes.*

*- Num segundo caso, a parceria seria para a construção, ficando a gestão a cargo da entidade estatal. (É deste tipo de casos que os Ingleses têm mais experiência, não isentos de problemas de percurso).*

*Em qualquer dos casos correm-se riscos de parte a parte, por vezes imprevisíveis.*

*Em suma, seria uma hipótese a pôr sobre a mesa efectuar-se a **construção de um novo edifício hospitalar** com verbas do MDN, ou a partir de Parcerias com o sector Privado, podendo haver um acordo inter-ministerial para aproveitar os conhecimentos*



que o Ministério da Saúde tem no sector, com acompanhamento próximo do Ministério das Finanças, sendo depois entregue à gestão dos Quadros de Saúde Militar.

*Reiterou que entregar a gestão clínica a outras entidades seria contrariar a natureza da existência de Serviços de Saúde Militares”.*

Como alternativa o Hospital Militar poderá ser construído com base na Lei de Programação das Infra-Estruturas Militares, a partir de estudos liderados pela Engenharia Militar.

#### **5.a. (3)(d) Contratualização da actividade**

Nos Hospitais Militares, as actividades são, em geral, reguladas por normas de Direito Público, sendo certo ser possível e desejável introduzir outros instrumentos, que se situem fora daquele, designadamente quanto a recursos humanos e aquisição de bens e outros serviços (ver Apêndice IV – Entrevista ao Doutor Santos Carvalho).

#### **5.a. (3)(e) Empresarialização de Hospitais**

O Prof. Pita Barros refere que *“Os Hospitais EPE não se inserem no âmbito da Medicina Militar (...). No caso dos Hospitais Militares, apesar de não terem condições para uma gestão tipo “empresa privada”, poderão introduzir:*

- *Contratualização interna.*
- *Definição de objectivos.*
- *Avaliação de resultados.*

*Com estas medidas, obtendo-se o desejável encurtamento dos tempos hospitalares, pode haver uma redução dos custos”.*

#### **5.a. (4) Sector do medicamento**

##### **5.a. (4)(a) Alterações na comparticipação de medicamentos**

Na entrevista feita a este Professor, o mesmo refere:

*“A despesa com medicamentos é uma das maiores no sector da Saúde.*

*Através desta medida a despesa continuará a subir, os Beneficiários pagam mais, no entanto o Estado estabiliza a despesa.*

*Considera plausível a existência de desperdício, pelo que tudo deve ser feito no sentido de obter um consumo racional de medicamentos.*

*Não se pode corrigir apenas com o aumento das taxas, devendo ser feito também através de um aumento da literacia médica, em que o médico de família tem um papel de relevo”.*



Por outro lado, no âmbito hospitalar, nos Hospitais Militares está implementado o procedimento da administração da medicação por dose unitária (unidose), que consiste em que os medicamentos não são fornecidos como um todo ao Serviço Clínico, como anteriormente se verificava, e sim individualizados, por doente, a partir da Farmácia Hospitalar.

A política de distribuição de medicamentos aqui referida tem confirmadamente reduzido os desperdícios e aumentado a economia.

#### **5.a. (4)(b) – Incentivo ao uso de genéricos**

A implementação dos medicamentos genéricos nos Hospitais Militares à semelhança do que acontece nos SNS diminuiu os custos com o consumo de medicamentos através da prescrição pelo princípio activo.

#### **5.a. (4)(c) Liberalização da venda de MNSRM**

As farmácias de venda ao público, no sentido próprio do termo, existem exclusivamente no âmbito das farmácias orgânicas do Laboratório Militar de Produtos Químico Farmacêuticos (LMPQF).

A incrementação desta modalidade tem como consequência facilitar o acesso ao medicamento e aumenta a concorrência no sector. Acresce que nas farmácias aqui referidas, existem técnicos confiáveis capazes de produzir informação qualificada.

#### **5.a. (5)(c) Outras medidas:**

##### **5.a. (5)(a) Lançamento da Rede de Cuidados Continuados Integrados**

A melhoria do acesso e a redução da permanência de doentes crónicos em hospital de agudos, trazem benefícios para a população em geral, na qual se incluem os militares e seus familiares.

Neste âmbito o IASFA, através dos Centros de Apoio Social que dispõem de cuidados continuados (Oeiras, Runa e, mais recentemente, Porto), constitui um reforço para os militares e familiares com direito. Atende-se que o IASFA é uma mutualidade para a qual, desde 2001, todos os militares, inclusive os reformados, passaram a descontar, sendo de relevar o aumento recente da quota. Como tal prestava apoio social complementar e não faz, agora, sentido que daí saiam verbas para a ADM.

##### **5.a. (5)(b) Recursos Humanos - Formação e ingresso de pessoal**

Desde 1998, o quadro de oficiais médicos é alimentado por médicos formados nas Escolas Superiores Militares, ao passo que os quadros de pessoal de enfermagem e de



tecnologias da saúde são alimentados pela ESSM, desde 1980.

Na última década tem-se verificado alguma descontinuidade nos ingressos, nomeadamente para as tecnologias de saúde, o que terá reflexos nos próximos anos.

A integração na função destes profissionais é feita na referida Escola. Considera-se, todavia, que tal formação não se afigura suficiente, impondo-se que haja activa formação na função e através de cursos, de forma a garantir a permanente actualização destes profissionais, nomeadamente nas áreas específicas de Saúde Militar.

É igualmente imprescindível a formação adequada de socorristas e auxiliares de acção médica, sendo de referir que a ESSM está habilitada para o fazer. Os socorristas devem ser qualificados com vista a funcionarem como verdadeiros paramédicos, quando integrados nas FND. Os condutores de auto-macas devem ser dotados de formação em suporte básico de vida. Estas especialidades devem ter paralelismo total com os profissionais do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), designados por TAT-Tripulante de Ambulância de Transporte e TEM/TAT- Técnico de Emergência Médica/Tripulante de Ambulância de Transporte.

A existência de protocolos anteriores com o INEM poderá facilitar estas acções.

Sem prejuízo de militares especializados na administração militar, os médicos e os enfermeiros deverão frequentar seminários de administração hospitalar, em ordem a obter conhecimentos suficientes para entenderem e cooperarem, colaborarem e, se necessário, intervirem na administração/gestão das unidades de saúde.

### **5.b. Avaliação da(s) Hipótese(s)**

Conclui-se pela validade das Hipóteses 4, 5 e 6.

## **6. Conclusões**

A Saúde, em Portugal, dispõe de uma organização em que ainda é saliente o casuísmo. Tratando-se, por isso, de uma organização assistémica, o que sempre dificultaria a sua regulação efectiva (ver Apêndice VII: Teoria Geral de Sistemas).

Não pode deixar de se registar aqui, esta insuficiência, em ordem a recentrar as conclusões a que podemos chegar neste trabalho, a saber:

- a. A sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde é estruturante para a melhoria dos cuidados de saúde em Portugal. Apela à consideração



política das graves fragilidades com que se apresenta actualmente, depois de 30 anos de êxito relativo.

- b. As políticas de saúde não deixaram no entanto de ter em conta este dado quando se dirigiram para as áreas da promoção da saúde e prevenção da doença, dos cuidados ambulatoriais, dos cuidados continuados integrados e, logo, da gestão dos hospitais e da reforma do sector do medicamento.
- c. Nesta paisagem social e política emerge o Sistema de Saúde Militar na singularidade da sua natureza, correlacionada com a eficiência, operacionalidade e justificações da missão militar.
- d. Contudo, o Sistema de Saúde Militar insere e tem de inserir algumas das suas actividades na estratégia do Serviço Nacional de Saúde: os efeitos de complementaridade e coadjuvantes estão aqui naturalmente presentes.
- e. As regras das economias de escala, em ordem á sua sustentabilidade, nomeadamente na área hospitalar, constituem-se numa necessidade premente para o SSM, condicionando, em determinada medida, a oferta e a procura de bens de saúde.
- f. Nesta perspectiva, o impacto da reestruturação do Serviço Nacional de Saúde no Sistema de Saúde Militar fornecer-lhe-á oportunidade de optimização funcional, pelas economias de escala e pelas sinergias essenciais á autonomia formativa interna, a caminho de manter a independência e a validade.
- g. A especialização, em si mesma, da Saúde Militar, terá um recorte essencial no desenvolvimento da investigação e prática médica associada ao enfrentamento estratégico das novas formas de acção terrorista, nas catástrofes e nas associadas a medidas de ingerência em zonas de fronteira do interesse Nacional, através do seguimento das experiências únicas no país, da medicina Hipo e Hiperbárica, e das tradições e lições aprendidas nas operações militares e situações de emergência.

Assim, e tudo visto, considera-se que se deu resposta positiva à Questão Central.



## 7. Bibliografia

### 7.a. Livros e Revistas

- ALFARROBA, Esmeraldo (1994). *Apontamentos sobre o Hospital Militar de Belém e a Pneumologia*. In História da Pneumologia Portuguesa, Lisboa, ed. Sociedade Portuguesa de Pneumologia, pp. 353-63.
- ALFARROBA, Esmeraldo (2003). *Reflexos da Pneumonia Atípica*. Revista Portuguesa de Saúde Militar. IV, (1) pp. 37-9.
- ALFARROBA, Esmeraldo (2006a). *IASFA – um modelo secular na saúde de militares e familiares*. Jornal do Exército, Ano XLVII, nº 548, pp.12-15, Fevereiro.
- ALFARROBA, Esmeraldo (2006b). *O IASFA na primeira linha dos cuidados de saúde para militares e familiares*. InfoIASFA, nº 23, pp. 15-19, Junho de 2006.
- ALFARROBA, Esmeraldo (2007). *O IASFA na primeira linha dos cuidados de saúde para militares e familiares - II Parte*. InfoIASFA, nº 26, pp. 4-8, Junho de 2007.
- ANTUNES, Manuel J. (2001). *A Doença da Saúde*. 5ª ed. Lisboa. Quetzal Editores, ISBN 972-564-471-9.
- ANTUNES, Manuel (2007). *Reformar a saúde em Portugal*. In O Futuro da Saúde em Portugal. 2ª ed. APAH e APDH, pp. 143-152, Lisboa, Fevereiro de 2007.
- APAH e APDH (2007). *O Futuro da Saúde em Portugal*. 2ª ed. APAH e APDH, Lisboa, Fevereiro de 2007.
- AROSO, Albino (2007). *A saúde – desafios actuais e futuros*. In O Futuro da Saúde em Portugal, 2ª ed. APAH e APDH, pp. 15-24, Lisboa, Fevereiro de 2007.
- BARROS, Pedro Pita (2005). *Economia da Saúde - Conceitos e Comportamentos*, Coimbra, ed. Almedina.
- BARROS, Pedro Pita e SIMÕES, Jorge de Almeida (2007). *Portugal: Health system Review*. ed. Health Systems in Transition, vol.9, nº5, pp 1-140.
- BÉRESNIAK, Ariel e DURU, Gérard (1999). *Economia da Saúde*. Lisboa. ed. Climepsi.
- CALIXTO M.M.P. (2006). *Integração dos Hospitais Militares*, TILT do CPOG 2005/06, Lisboa, IESM.
- CAMPOS, António Correia (2007). *Posfácio*. In O Futuro da Saúde em Portugal, 2ª ed. APAH e APDH, pp. 241-3, Lisboa, Fevereiro de 2007.



- CSF/SNS - COMISSÃO PARA A SUSTENTABILIDADE DO FINANCIAMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (2007). *Relatório Final*. Lisboa, ed. Ministério da Saúde, Fevereiro.
- COMISSÃO TÉCNICA DE APOIO AO PROCESSO DE REQUALIFICAÇÃO DAS URGÊNCIAS (2007). *Proposta da rede de Urgências – Relatório final*. Lisboa, ed. Ministério da Saúde, Janeiro.
- DELGADO, Manuel (2007). *Prefácio II*. In O Futuro da Saúde em Portugal. 2ª ed. APAH e APDH, pp. 11-13 Lisboa, Fevereiro de 2007.
- DGP/MDN-DIRECÇÃO-GERAL DE PESSOAL (1997). *Reestruturação da Saúde Militar em França*. In Boletim Informativo de Saúde Militar, nº1, Janeiro/Junho.
- DIRECÇÃO-GERAL DE PROTECÇÃO SOCIAL AOS FUNCIONÁRIOS E AGENTES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA – ADSE (2006). *Plano de actividades 2007*, ed. ADSE/Ministério das Finanças e administração Pública, Aprovado em 29 de Dezembro de 2006.
- DGS - DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Declaração de Alma-Ata. Recomendações*. Lisboa, ed. Direcção-Geral de Saúde, Dezembro de 1978.
- DGS - DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa, ed. Direcção-Geral de Saúde/Ministério da Saúde, 2 Vol.
- EANES, General António Ramalho (1997). *O mal-estar dos militares*. In O Independente, 3 de Abril.
- FERREIRA, João José Brandão (2006). *O Serviço de Saúde Militar no princípio do século XXI em Portugal*. Separata do XVI Colóquio de História Militar. Lisboa. ed. Comissão Portuguesa de História Militar.
- FERREIRA, TCor PilAv Brandão (2007). *Serviço de Saúde Militar*. Jornal do Exército. Ano XLVIII, nº 559, pp. 41-49. Fevereiro.
- GOMES Abílio, ALFARROBA Esmeraldo (1995). *Resenha histórica do Hospital Militar de Belém*. Lisboa, ed. Hospital Militar de Belém.
- GOMES, Abílio (2002). *O serviço de saúde militar no ponto de viragem*. IAEM Boletim, nº 56, 8 de Novembro.
- MELÍCIAS, Victor (2007). *Misericórdias na saúde – complementaridade e corresponsabilidade*. In O Futuro da Saúde em Portugal. 2ª ed. APAH e APDH, pp. 233-239, Lisboa, Fevereiro de 2007.



- NUNES, Pedro (2007). *Um futuro para a saúde?* In O Futuro da Saúde em Portugal. 2ª ed. APAH e APAH, pp. 195-206, Lisboa, Fevereiro de 2007.
- OLIVEIRA Jorge (2007). *Actividades da ESSM 2005-2006*. Revista Portuguesa de Saúde Militar, Ano 7, nº 1, Novembro, pp.49-53. Lisboa, ESSM.
- REIS, Carlos (2002). *Do Collegio da Estrela ao Hospital Militar Principal*. Lisboa. ed. Hospital Militar Principal.
- REIS, Carlos Vieira (2004). *História da Medicina Militar Portuguesa*. Lisboa. ed. Estado-Maior do Exército, Vol I e II.
- REIS, Vasco (2007). *O Sistema de Saúde Português: donde vimos, para onde vamos (II)*. In O Futuro da Saúde em Portugal. 2ª ed. APAH e APDH, pp. 219-232, Lisboa, Fevereiro de 2007.
- RENDAS, António (2007). *Contributos recentes das Faculdades de Medicina para o futuro da Saúde em Portugal*. In O Futuro da Saúde em Portugal. 2ª ed. APAH e APDH, pp. 25-32, Lisboa, Fevereiro de 2007.
- REVISTA MILITAR (2006). *Serviço de Saúde Militar*. Lisboa, ed. Revista Militar, II Século, Vol. nº 58, nº2455/2456.
- SAKELLARIDES, Constantino (2007). *Manifesto para um futuro melhor*. In O Futuro da Saúde em Portugal. 2ª ed. APAH e APDH, pp. 33-48, Lisboa, Fevereiro de 2007.
- SANTOS, Bargão dos (1995). *Anteprojecto do sistema de saúde militar*. TILD do CPOG 1994/95, Lisboa, IAEM.
- SERRÃO, Daniel (2007). *Saúde – reformar é preciso*. In O Futuro da Saúde em Portugal. 2ª ed. APAH e APDH, pp. 49-58, Lisboa, Fevereiro de 2007.
- VIEGAS Valentino, FRADA João, MIGUEL José Pereira (2006). *A Direcção-Geral de Saúde - Notas históricas*. Lisboa, ed. Direcção-Geral da Saúde.



## **7.b. Documentos Legislativos**

### **7.b. (1) Assembleia da República**

Lei Constitucional n.º 1/2001. *Constituição da República Portuguesa*, 12 de Dezembro.

Lei n.º 29/1982, de 11 de Dezembro. *Lei de Defesa Nacional e das Forças Armadas (LDNFA)*.

Lei n.º 11/1989. *Bases gerais do estatuto da condição militar*. DR n.º 125 (Série I), de 01 de Junho.

Lei n.º 48/1990. *Lei de Bases da Saúde*. DR n.º 195 (Série I), de 24 de Agosto de 1990.

Lei n.º 111/1991. *Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas (LOBOFA)*. de 29 de Agosto.

Lei n.º 174/1999 de 21 de Setembro. *Lei do Serviço Militar*. DR n.º 221 (Série I-A), de 21 de Setembro.

Lei n.º 25/2000 de 23 de Agosto. *Primeira alteração do Decreto-Lei n.º 236/99, de 25 de Junho*. DR n.º 194 (Série I-A), de 23 de Agosto de 2000.

Lei n.º 27/2002. *Aprova o novo regime jurídico de gestão hospitalar*. DR n.º 258 (Série I-A), de 08 de Novembro.

Lei n.º 52/2005, de 31 de Agosto. *Aprova as Grandes Opções do Plano para 2005-2009*. DR n.º 167 (Série I-A), de 31 de Agosto.

Lei n.º 31/2007, *Grandes Opções do Plano para 2008, Acção governativa em 2006-2007, Acção governativa para 2008 e Grandes Opções do Plano para a Saúde 2005-2009*. de 10 de Agosto.

### **7.b. (2) Presidência do Conselho de Ministros**

Resolução do Conselho de Ministros n.º 6/2003. *Conceito Estratégico de Defesa Nacional*. DR n.º 16 (Série I-B), de 20 de Janeiro de 2003.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005 de 7 de Abril de 2005. *Cuidados de saúde a pessoas idosas*. DR n.º 81 (Série I-B), de 27 de Abril.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 85/2005 de 7 de Abril de 2005. *Avaliação Hospitalar*. DR n.º 81 (Série I-B), de 27 de Abril.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005 de 7 de Abril de 2005. *Unidades de Saúde Familiar*. DR n.º 81 (Série I-B), de 27 de Abril.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/2005 de 4 de Agosto. *PRACE*

Resolução do Conselho de Ministros, de 27 de Março de 2006. *Aprovação do Programa de Simplificação Administrativa e Legislativa (SIMPLEX)*.



Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2008. *Reorganização - Alterações nos órgãos de cúpula do MDN.* DR n.º 42 (Série I), de 28 de Fevereiro de 2008.

### **7.b. (3) Conselho Superior de Defesa Nacional**

Conselho Superior de Defesa Nacional, em 14 de Janeiro de 2004. *Conceito Estratégico Militar.*

### **7.b. (4) Conselho dos Chefes de Estado-Maior das Forças Armadas**

Portaria n.º 67/1975, de 04 de Fevereiro. *Regulamento de Assistência aos Militares das Forças Armadas.*

Despacho do CCEM, de 04 de Fevereiro de 1975. *Regulamenta as condições de aplicação do n.º 13 da Portaria n.º 67/75 de 04 de Fevereiro.*

### **7.b. (5) Ministério da Defesa Nacional**

Despacho da Secretaria de Estado da Saúde, de 25 de Junho de 1980. *Internato complementar de médicos militares em Hospitais Civis.* DR n.º 154 (Série II), de 7 de Julho de 1980.

### **7.b. (5)(a) Decretos-Lei**

Decreto-Lei n.º 585/1973, de 6 de Novembro. *Cria a Assistência na Doença aos Militares.*

Decreto-Lei n.º 43/1976, de 20 de Janeiro. *Deficientes das Forças Armadas.* DR n.º 43 (Série I), de 20 de Janeiro de 1976.

Decreto-Lei n.º 107/1977, de 24 de Março. *Participação de colaboração entre os serviços dependentes do Ministério da Educação e Investigação Científica e da Secretaria de Estado da Saúde e os Serviços de Saúde das Forças Armadas.* DR n.º 70 (Série I), de 24 de Março de 1977

Decreto-Lei n.º 519-B/1977, de 17 de Dezembro. *Promulga o Estatuto da Carreira Médico-Militar.* DR n.º 290 (Série I), de 17 de Dezembro de 1977, pp. 2983-2986

Decreto-lei n.º 116/1979, de 4 de Maio. *Criação do Hospital da Força Aérea.*

Decreto-Lei n.º 266, de 2 de Agosto. *Criação da Escola de Serviço de Saúde Militar.*

Decreto-Lei n.º 48/1993, de 26 de Fevereiro. *Lei Orgânica do Estado-Maior General das Forças Armadas.*

Decreto-Lei n.º 49/1993, de 26 de Fevereiro. *Lei Orgânica da Marinha.*

Decreto-Lei n.º 50/1993, de 26 de Fevereiro. *Lei Orgânica do Exército.*



Decreto-Lei n.º 51/1993, de 26 de Fevereiro. *Lei Orgânica da Força Aérea.*

Decreto-Lei n.º 284/1995, de 30 de Outubro. *Estatuto do Instituto de Acção Social das Forças Armadas (IASFA).* DR n.º 25 (Série I –A), de 30 de Outubro de 1995.

Decreto-Lei n.º 236/1999, de 25 de Junho. *Aprova o Estatuto dos Militares das Forças Armadas.*

Decreto-Lei n.º 208/2000, de 24 de Fevereiro. *Adopção do novo receituário pelo Sistema de Saúde Militar.*

Decreto-Lei n.º 289/2000. *Lei do Serviço Militar.* DR n.º 263 (Série I-A), de 14 de Novembro.

Decreto-Lei n.º 320-A/2000, de 15 de Dezembro. *Aprova o Regulamento de Incentivos à Prestação de Serviço Militar nos Regimes de Contrato (RC) e de Voluntariado (RV).* DR n.º 288 (Série I-A), de 15 de Dezembro de 2000.

Decreto-Lei n.º 197-A/2003, de 30 de Agosto. *Estatuto dos Militares das Forças Armadas (EMFAR).* DR n.º 200 (Série I-A), de 30 de Agosto de 2003.

Decreto-Lei n.º 118/2004, de 21 de Maio. *Alteração do Regulamento de incentivos do Serviço Militar RC e RV.* DR n.º 119 (Série I-A), de 21 de Maio de 2004.

Decreto-Lei n.º 166/2005, de 23 de Setembro. *Altera o regime de passagem à reserva e à reforma dos militares das Forças Armadas.*

Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de Setembro. *Estabelece o regime jurídico da assistência na doença aos militares das Forças Armadas.*

Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de Dezembro. *Consagra a possibilidade de Beneficiários Titulares da ADSE optarem Beneficiário extra-ordinário.* DR n.º 184 (Série I-A), de 23 de Setembro de 2005.

Decreto-Lei n.º 61/2006, de 21 de Março. *Lei Orgânica do Exército.*

#### **7.b. (5)(b) Decretos Regulamentares**

Decreto Regulamentar n.º 51/1994, de 3 de Setembro. *Organização do CPESFA.*

Decreto Regulamentar n.º 75/2007, de 3 de Julho. *Estrutura Base do Exército.* DR n.º 126 (Série I), de 3 de Julho de 2007.

#### **7.b. (5)(c) Portarias**

Portaria n.º 330/1977, de 3 de Junho. *Frequência de estágios de Internatos Policlínicos*

Portaria n.º 331/1977, de 3 de Junho. *Médicos civis para exercer as funções de consultor nos Hospitais Militares*



Portaria n.º 945/1993, de 28 de Setembro. *Define as competências do CMMP.*

Portaria n.º 790/1999, de 7 de Setembro. *Tabelas.*

Portaria n.º 208/2005. *Adesão e integração das ADM.* DR n.º 39 (Série I-B), de 24 de Fevereiro de 2005.

Portaria n.º 1393/2007 de 25 de Outubro. *Normativo de inscrição de Beneficiários extraordinários.* DR n.º 206 (Série I), de 25 de Outubro de 2007.

Portaria n.º 1394/2007 de 25 de Outubro. *Acidentes em serviço.* DR n.º 206 (Série I), de 25 de Outubro de 2007.

Portaria n.º 1395/2007 de 25 de Outubro. *Assistência na doença no estrangeiro.* DR n.º 206 (Série I), de 25 de Outubro de 2007.

Portaria n.º 1396/2007 de 25 de Outubro. *Celebração de acordos.* DR n.º 206 (Série I), de 25 de Outubro de 2007.

#### **7.b. (5)(d) Despachos Conjuntos e Despachos**

Despacho n.º 182/MDN/1994, de 29 de Dezembro. *Conceito de Serviço de Utilização Comum (SUC).*

Despacho n.º 188/MDN/1995, de 31 de Julho – *Criação dos Serviços de Utilização Comum (SUC's).*

Despacho n.º 192/MDN/1995, de 3 de Agosto. *Criação do Conselho Consultivo de Saúde Militar.*

Despacho do Ministro da Defesa Nacional, n.º 4530/2002 de 14 de Fevereiro de 2002. *Criação do Conselho Coordenador de Saúde Militar.* (Série II)

Despacho conjunto n.º 241/2002, de 5 de Abril de 2002.

Despacho n.º 236/MDN/2005, de 20 de Outubro. *Reorganização da Estrutura Superior da Defesa Nacional e das Forças Armadas.*

Despacho conjunto n.º 393/2006, *Criação do Grupo de Trabalho para a reforma do sistema de saúde militar.* DR n.º 93 (Série II), de 15 e Maio

#### **7.b. (5)(e) Circulares**

Circular da Repartição de Medicina da DSS, de 20 de Dez de 1991 *Informação do Protocolo assinado entre os CEMGFA, CEMA, CEME e CEMFA para prestação de serviços a militares e familiares das ADM.*



## **7.b. (6) Ministério da Saúde**

### **7.b. (6)(a) Decretos-Lei**

Decreto-Lei n.º 62/1979. *Remuneração do Pessoal de Saúde Escalas de médicos, de enfermeiros, remunerações.* DR n.º 75 (Série I), de 30 de Março de 1979.

Decreto-Lei n.º 310/1982, de 3 de Agosto de 1982. *Internatos Médicos. Caracterização dos Serviços para Internato Complementar.*

Decreto-Lei n.º 73/1990, de 6 de Março. *Carreiras médicas.* DR n.º 54 (Série I), de 06 de Março de 1990.

Decreto-Lei n.º 48/1990. *Lei de Bases da Saúde.* DR n.º 195 (Série I), de 24 de Agosto de 1990.

Decreto-Lei n.º 441/1991. *Medicina, Higiene e Segurança no Trabalho.* DR n.º 262 (Série I-A), de 14 de Novembro de 1991.

Decreto-Lei n.º 11/1993. *Ministério da Saúde: - Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.* DR n.º 12 (Série I-A), de 15 de Janeiro de 1993.

Decreto-Lei n.º 335/1993. *Regulamento das Administrações Regionais de Saúde.* DR n.º 229 (Série I-A), de 29 de Setembro de 1993.

Decreto-Lei n.º 26/1994. *Medicina, Higiene e Segurança no Trabalho Legislação laboral.* DR n.º 26 (Série I-A), de 1 de Fevereiro de 1994.

Decreto-Lei n.º 7/1995. *Medicina, Higiene e Segurança no Trabalho.* DR n.º 75 (Série I-A), de 29 de Março de 1995.

Decreto-Lei n.º 77/1996. *Ministério da Saúde: -Revoga o artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro (delimitação geográfica das regiões de saúde).* DR n.º 139 (Série I-A), de 18 de Junho de 1996.

Decreto-Lei n.º 123/1997. *Deficientes - normas técnicas de acessibilidades.* DR n.º 118 (Série I-A), de 22 de Maio de 1997.

Decreto-Lei n.º 53/1998. *Ministério da Saúde: - Dá nova redacção ao artigo 18.º e adita o artigo 18.º-A ao Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro.* DR n.º 59 (Série I-A), de 11 de Março de 1998.

Decreto-Lei n.º 97/1998. *Ministério da Saúde: - Estabelece o regime de celebração das convenções a que se refere a base XLI da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde,* DR n.º 91 (Série I-A), de 18 de Abril de 1998.

Decreto-Lei n.º 401/1998. *Ministério da Saúde: - Altera o Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, que aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.* DR n.º 290 (Série I-A), de 17 de Dezembro de 1998.



- Decreto-Lei n.º 157/1999. *Ministério da Saúde: -Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.* DR n.º 108 (Série I-A), de 10 de Maio de 1999
- Decreto-Lei n.º 286/1999. *Estabelece a organização dos Serviços de Saúde Pública.* DR n.º 173 (Série I-A), de 27 de Julho de 1999.
- Decreto-Lei 744-A/1999, de 25 de Agosto. *Licenciamento de estruturas de Saúde - Clínicas e consultórios Dentários.*
- Decreto-Lei n.º 412/1999. *Reforma do Sistema Remuneratório.* DR n.º 241 (Série I-A), de 15 de Outubro de 1999.
- Decreto-Lei n.º 492/1999. *Licenciamento de estruturas de Saúde. Radiologia, Resíduos, Separadores de amálgamas.* DR n.º 268 (Série I-A), de 17 de Novembro de 1999.
- Decreto-Lei n.º 68/2000. *Ministério da Saúde: -Altera o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, na redacção que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 53/98, de 11 de Março, integrando ainda uma disposição excepcional e transitória referente aos contratos a termo actualmente em vigor.* DR n.º 97 (Série I-A) de 26 de Abril de 2000.
- Decreto-Lei n.º 92/2000. *Doentes - Taxas Moderadoras Protecção a doentes oncológicos.* DR n.º 116 (Série I-A), de 19 de Maio de 2000.
- Decreto-Lei n.º 109/2000. *Medicina, Higiene e Segurança no Trabalho.* DR n.º 149 (Série I-A), de 30 de Julho de 2000.
- Decreto-Lei n.º 240/2000. *Licenciamento de estruturas de Saúde - unidades privadas.* DR n.º 223 (Série I-A), de 26 de Setembro de 2000.
- Decreto-Lei n.º 92/2001. *Remuneração do Pessoal de Saúde Remuneração de trabalho extraordinário nas urgências.* DR n.º 70 (Série I-A), de 23 de Março de 2001.
- Decreto-Lei n.º 173/2001, de 31 de Maio. *Doentes - Taxas Moderadoras.*
- Decreto-Lei n.º 233/2001. *Licenciamento de estruturas de Saúde - Clínicas Dentárias.* DR n.º 197 (Série I-A), de 25 de Agosto de 2001.
- Decreto-Lei n.º 174/2002. *Licenciamento de estruturas de Saúde Emergência Radiológica.* DR n.º 170 (Série I-A), de 25 de Julho de 2002.
- Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto. *Ministério da Saúde: - Define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados.* DR n.º 191 (Série I-A), de 20 de Agosto de 2002.
- Decreto-Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro. *Novo Regime jurídico de Gestão Hospitalar.* DR n.º 258 (Série I-A), de 8 de Novembro de 2002.



Decreto-Lei n.º 60/2003. *Cuidados de saúde primários*. DR n.º 77 (Série I-A), de 1 de Abril de 2003.

Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril. *Prestação de Cuidados de saúde Primários*. DR n.º 77 (Série I-A), de 1 de Abril de 2003.

Decreto-Lei n.º 173/2003. *Taxas moderadoras – Isenções*. DR n.º 176 (Série I-A), de 1 de Agosto de 2003.

Decreto-Lei n.º 234/2003, *Medicamentos*. DR n.º 124 (Série I-A), 27 de Setembro de 2003

Decreto-Lei n.º 281/2003. *Cuidados Continuados*. DR n.º 259, SÉRIE I-A de 2003-11-08

Decreto-Lei n.º 309/2003. *Criação da Entidade Reguladora de Saúde (ERS)*. DR n.º 284 (Série I-A), de 10 de Dezembro de 2003.

Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril. *Parcerias Público-Privadas*. DR n.º 97 (Série I-A), de 26 de Abril de 2003.

Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto. *Órgãos hospitalares dos Hospitais do sector público-administrativo (SPA)*. DR n.º 191 (SÉRIE I-A), de 20 de Agosto de 2003.

Decreto-Lei n.º 177/2003, de 5 de Agosto. *Internatos Médicos. Caracterização dos Serviços para Internato Complementar Médicos internacionais*. DR n.º 179 (Série I-A) de 5 de Agosto.

Decreto-Lei n.º 223/2004. *Ministério da Saúde: - Altera o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro*. DR n.º 283 (SÉRIE I-A), de 3 de Dezembro de 2004.

Decreto-Lei n.º 93/2005. *Transformação das Entidades Públicas Empresariais das Sociedades Anónimas*. DR n.º 179 (Série I – A), de 7 de Junho de 2005.

Dec-Lei n.º 233/2005 de 29 de Dezembro. *Criação de Entidades Públicas Empresariais (EPE)*. DR n.º 249 (Série I-A), de 29 de Dezembro de 2005.

Alteração do Art. n.º 3º do Decreto-Lei n.º 259/98 de 18 de Agosto de 1998. *Remuneração do Pessoal de Saúde - Horas extras*. DR n.º 158 (Série I), de 17 de Agosto de 2006

Decreto-Lei n.º 195/2006. *Avaliação de medicamentos para uso hospitalar*. DR n.º 191 (Série I-A), de 3 de Outubro de 2006.

Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro, *Âmbito do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), Organograma do Ministério da Saúde, Reestruturação do Ministério da Saúde, A Direcção Geral de Saúde, Estruturas de Missão no âmbito do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de saúde, Administração indirecta do Estado e Administração directa do Estado*.



Decreto-Lei n.º 44/2007. *Regime remuneratório provisório para horas extraordinárias*, DR n.º 39 (Série I), de 23 de Fevereiro de 2007.

Decreto-Lei n.º 201/2007. *Doentes - Taxas Moderadoras*. DR n.º 100 (Série I), de 24 de Maio de 2007.

Decreto-Lei n.º 276-A/2007, de 31 de Julho. *Ministério da Saúde: - Sexta alteração ao Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro – alteração à contratação de pessoal de saúde*. DR n.º 146 (SÉRIE I), Suplemento de 31 de Julho de 2007.

### **7.b. (6)(b) Portarias**

Portaria 114/1991. *Regulamento de habilitação ao grau de Consultor*, DR n.º 32 (Série I-B), de 7 de Fevereiro de 1991.

Portaria n.º 349/1996. *Doentes - Taxas Moderadoras, Isenção de taxas moderadoras*. DR n.º 183 (Série I), de 8 de Agosto de 1996.

Portaria 161-A/1997. *Cartão do utente*, DR n.º 55 (Série I-B), de 6 de Março de 1997.

Portaria n.º 790/2001. *Doentes - Taxas Moderadoras*. (Série I-B), de 23 de Julho.

Portaria n.º 1184/2002, Aprova o modelo de relatório anual da actividade dos serviços de segurança, higiene e saúde no trabalho. DR n.º 199 (Série I-B), de 29 de Agosto de 2002.

Portaria n.º 1490-B/2002. *Medicamentos*. DR n.º 277 (Série I-B), de 30 de Novembro de 2002.

Portaria n.º 1501/2002. *Novo modelo de receitas médicas*. DR n.º 287 (Série I-B), de 12 de Dezembro de 2002.

Portaria n.º 1492-A/2002. *Medicamentos*. DR n.º 281 (Série I-B), de 5 de Dezembro de 2002.

Portaria n.º 38/2006. *Entidade Reguladora de Saúde – registo e pagamento*. DR n.º 5 (Série I-B), de 6 de Janeiro de 2006.

Portaria n.º 395-A/2007. *Doentes - Taxas Moderadoras*. DR n.º 64 (Série I), de 30 de Março de 2007.



### **7.b. (6)(c) Despachos Conjuntos, Normativos e Despachos**

Despacho Conjunto nº A -179/89-XI. *Doentes - Taxas Moderadora*. DR nº 219 (Série II), de 22 de Setembro de 1989.

Despacho Normativo nº 12/98. *Lares de idosos. Critérios de Admissão para internamento em Lar*. DR nº 47 (Série I-B), de 25 de Fevereiro de 1998

Despacho Conjunto nº 865-A-2002. *Medicamentos Genéricos*. DR nº 281 (Série II), de 5 de Dezembro de 2002.

Despacho nº 6961/2004, *Doentes - Taxas Moderadoras*. DR nº 82 (Série II), de 6 de Abril de 2004.

### **7.b. (7) Documentos Oficiais**

#### **7.b. (7)(a) Estado-Maior General das Forças Armadas**

BARREIROS, Pedro (2001). *Sistema de Saúde Militar*. Lisboa, ed. EMGFA, Setembro de 2001

#### **7.b. (7)(b) Direcção-Geral de Pessoal**

MDN e MS-MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL e MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007). *Protocolo Ministérios da Defesa Nacional e da Saúde - Internato médico*

#### **7.b. (7)(c) Exército**

ESTADO-MAIOR DO EXÉRCITO (1997). *O Serviço de Saúde do Exército – Exposição à Comissão Parlamentar de Defesa*. Lisboa, ed. Gab.CEME, 12 de Fevereiro de 1997.

GABINETE DO VICE-CEME (1997). Informação nº 6/A/97 - *Reestruturação do Serviço de Saúde - Constituição de Grupo de Trabalho*. Lisboa. ed. Gab.Vice-CEME, 10 de Abril de 1997.

COMANDO DA LOGÍSTICA (1997). *Apoio sanitário territorial. Plano de acção*. Lisboa, ed. Gab. Comandante da Logística, 17 de Novembro de 1997.

COMANDO DA LOGÍSTICA (1998). *Remunerações complementares de Oficiais e Sargentos dos serviços de Saúde do QP*. Lisboa, ed. Gab. Comandante da Logística, 13 de Janeiro de 1998.



## **7.b. (8) Organizações Internacionais**

### **7.b. (8)(a) Conceito Estratégico NATO**

Chefes de Estado e de Governo, 23 e 24 de Abril de 1999. *Conceito Estratégico da NATO*.

Aprovado pelos, que participaram na Reunião do Conselho do Atlântico Norte em Washington D.C, nos dias 23 e 24 de Abril de 1999.

### **7.b. (8)(b) Publicações NATO**

AJP-4.6 (2001) – Multinational Joint Logistic Centre Doctrine. NSA, Junho.

AJP-4.10 (2002) – Allied Joint Medical Support Doctrine. NSA,.

AJP-4(A) (2003) – Allied Joint Logistic Doctrine. NSA,

MC 319/1 (Final) (1997) – NATO Principles and Policies for Logistics. EAPC, 17 de Dezembro.

MC 326/2 (Draft) (2002) – NATO Medical Support Principles and Policies. NATO/EAPC,

## **7.c. Imprensa escrita**

ALVES, Clara Ferreira (2008). *Pouca saúde*. Expresso, 5 de Janeiro.

ARREIGOSO, Vera Lúcia (2007). *Ministro dispensa grupo Mello*. Expresso, 17 de Novembro.

ARREIGOSO, Vera Lúcia (2008). *Centros Comerciais da Saúde*. Expresso, 8 de Março.

ARREIGOSO, Vera Lúcia (2008). *Unidades Públicas a soro - Privados com 24 Hospitais até 2009*. Expresso, 2 de Fevereiro.

ARREIGOSO, Vera Lúcia (2008). *Doenças tropicais ameaçam Portugal*. Expresso, 3 de Novembro.

BARROSO, Maria Ana (2007). *Caixa fecha parceria para Hospital de Cascais – Acordo entre HPP, a Teixeira Duarte e o Governo concluído este ano. PPP deve avançar até Abril. Sol, 17 de Novembro*.

CAETANO, Maria João (2008). *Pandemia de gripe é inevitável e será mortífera*. Diário de Notícias, 1 de Fevereiro.

CAMPOS, Alexandre (2008). *Polémica da reforma da rede de urgências reacende-se*. Público, 13 de Janeiro.

CARDOSO, Margarida; ARREIGOSO, Vera Lúcia (2008). *Seis urgências com falhas graves*. Expresso, 12 de Janeiro.



- CM – CORREIO DA MANHÃ (1998). *Exército quer aumentos para médicos militares*. Correio da Manhã, 29 de Outubro.
- DIÁRIO DE NOTÍCIAS (1997). *A saúde militar suscita controvérsia*. In Vitorino na mira dos militares. Diário de Notícias, 21 de Junho.
- FRANCO, Hugo (2007). *Portalegre – assistência em causa*. Expresso, 3 de Novembro.
- FIGUEIREDO, Cristina; ARREIGOSO, Vera Lúcia (2008). “*As pessoas não compreendem a política de Saúde*” – Luís Cunha Ribeiro. Expresso, 23 de Fevereiro.
- GALOPE, Francisco (2008). *Podemos confiar nas Urgências?* Visão, 24 de Janeiro.
- GALOPE, Francisco (2007). *A factura escondida – O Estado tem poupado na Saúde, mas os Sindicatos advertem: está pior e mais cara*. Visão, 1 de Novembro.
- GARCIA, Rita (2008). *Emergência - Entre a vida e a morte - seis meses com as equipas do INEM*. Sábado, 14 de Fevereiro.
- JORNAL DE NOTÍCIAS (2006). *Hospitais militares em reestruturação*. Jornal de Notícias, 17 de Maio.
- LIMA, Rosa Pedroso (2006). *Centro de Saúde de Oeiras - Utentes têm de madrugar para conseguir marcação. Um caso grave que se alastra pelo país*. In Perder a noite para ganhar uma consulta. Expresso, 21 de Outubro.
- LOURENÇO, Eunice (2008). *Presidente insatisfeito*. Sol, 5 de Janeiro.
- LUSA (2007). *Governo quer saber porque 35 mil doentes se recusaram a usar vales para fazer cirurgias*. Público, 17 de Novembro.
- MARCOS, Lília (2008). *Doentes à espera 6 meses terão cirurgia no privado mais próximo*. Semanário, 18 de Janeiro.
- MATEUS, Cátia; Antunes, Marisa (2008). *Enfermeiros no limite – Em Portugal faltam 2.000 enfermeiros de bloco operatório*. Expresso, 16 de Fevereiro.
- MARKL, Ana; Guennes, Dora (2007). *Haja saúde*. Sol, 3 de Novembro.
- MEIRELES, Luísa (2008). *Ramos militares colocam reticências à reforma*. Expresso,
- PEREIRA, Helena; LOURENÇO, Eunice (2001). *Estruturas comuns na educação e saúde*. In Tenho o apoio das próprias Forças Armadas – entrevista com Rui Pena. Público, 25 de Agosto.
- REIS, Paulo Silva (2008). *Falta de médicos “pára” VMER*. Diário de Notícias, 1 de Fevereiro.
- ROSENDO, Graça (2007). *208.632 Doentes em lista de espera*. Sol, 11 de Agosto.



- ROSENDO, Graça (2007). *Os nós do Sistema*. Sol, 17 de Novembro.
- ROSENDO, Graça (2007). *Contas da Saúde em cheque*. Sol, 24 de Novembro.
- ROSENDO, Graça (2008). *Urgências ficam à espera*. Sol, 21 de Março.
- SANTOS, Ana Sofia; ARREIGOSO, Vera Lúcia (2008). *25% da Saúde já é privada..*  
Expresso, 21 de Março.
- TEIXEIRA, Alfredo; MOREIRA, Roberto Bessa (2008). *Mulher dá à luz pela segunda vez dentro de uma ambulância*. Diário de Notícias, 1 de Fevereiro.
- VARELA, Carlos (2007). *Defesa vai mandar fechar quatro dos seis hospitais militares*.  
Jornal de Notícias, 25 de Abril.

#### 7.d. Sítios da Internet

- ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TELO  
<http://www.arslvt.min-saude.pt/> (Acedido de Setembro a Abril de 2008).
- ASSOCIAÇÃO DE DEFICIENTES DAS FORÇAS ARMADAS (2007). *Chefes militares contra Hospital único*.  
[http://www.adfa.portugal.com/index\\_2](http://www.adfa.portugal.com/index_2) (Acedido a 14 de Outubro de 2007).
- CIA. Portugal.  
<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/po.html>  
(Acedido em 21 de Março de 2008).
- COMISSÃO EUROPEIA. *Indicadores de saúde da CE*.  
[http://ec.europa.eu/health-eu\\_in\\_the\\_eu/ec\\_health\\_indicators/index.pt.htm](http://ec.europa.eu/health-eu_in_the_eu/ec_health_indicators/index.pt.htm)  
(Acedido em 21 de Março de 2008).
- CRUZ VERMELHA PORTUGUESA  
[http://www.cruzvermelha.pt/cvp\\_t/](http://www.cruzvermelha.pt/cvp_t/)
- DIÁRIO DA REPÚBLICA ELECRÓNICO  
<http://dre.pt/> (Acedido de Setembro a Abril de 2008).
- DIÁRIO DE NOTÍCIAS (2007). *Gastamos em saúde 10% de tudo o que produzimos*.  
Disponível em: <http://dn.sapo.pt/2007/09/14/sociedade> (Acedido em 14-09-2007).
- DIÁRIO ECONÓMICO (2007). *Governo estuda novo imposto – Grupo de peritos conclui o relatório pedido pelo executivo e propõe um novo imposto para a saúde e o aumento das taxas moderadoras acima da inflação*.  
[http://www.mundopt.com/n-governo-estuda-novo-imposto\\_10238.html](http://www.mundopt.com/n-governo-estuda-novo-imposto_10238.html)  
(Acedido em 19-10-2007).



DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE

<http://www.dgs.pt/> (Acedido de Setembro de 2007 a Abril de 2008).

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

<http://www.ensp.unl.pt/> (Acedido de Setembro de 2007 a Abril de 2008).

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICY-WHO  
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

E-mail: [observatory@who.dk](mailto:observatory@who.dk)

[www.observatory.dk](http://www.observatory.dk) (Acedido de Setembro de 2007 a Abril de 2008).

EXPRESSO

<http://aeiou.expresso.pt/> (Acedido de Setembro de 2007 a Abril de 2008)

*Militares colocam reticências a reforma.*

[www.expresso.pt/actulidadaz](http://www.expresso.pt/actulidadaz)

INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

<http://www.ihmt.unl.pt/> (Acedido de Setembro a Abril de 2008)

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA

<http://www.inem.pt/> (Acedido de Setembro de 2007 a Abril de 2008).

JORNAL DE NOTÍCIAS (2007). *Governo estima em 386 milhões poupanças no Serviço de saúde.*

<http://jn.sapo.pt/2007/03/17> (Acedido em 26-10-2007 às 04:12)

JORNAL DE NOTÍCIAS (2007). *Hospitais EPE com resultado mais negativo que o previsto.*

<http://jn.sapo.pt/tools=/2007/08/31/nacional/hospitais> (Acedido em 31-08-2007)

MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL

<http://www.mdn.gov.pt/> (Acedido de Outubro de 2007 a Abril de 2008).

MUNDO PT (2007). *Governo estuda novo imposto*

<http://www.mundopt.com/n-governo-estuda-novo-imposto-10238.html>

(Acedido a 19 de Outubro de 2007).

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE

<http://www.observaport.org/OPSS> (Acedido de Setembro a Abril de 2008).

ORDEM DOS ENFERMEIROS

<http://www.ordemenfermeiros.pt/> (Acedido de Setembro a Abril de 2008).

ORDEM DOS MÉDICOS

<http://www.ordemdosmedicos.pt/> (Acedido de Setembro a Abril de 2008).



## ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

<http://www.who.int/en/> (Acedido de Setembro a Abril de 2008).

## PORTAL DA SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE

<http://www.portaldasaude.pt/portal> (Acedido de Setembro a Abril de 2008).

## PORTAL DA SAÚDE (2006). *Laboratórios do Exército ajudam na deteção do H5N1*

Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/Portal/> (Acedido em: 25-09-2007).

## PORTAL DO GOVERNO

<http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT> (Acedido de Setembro a Abril de 2008).

## PORTUGAL DIÁRIO (2007). *Falta de rigor nas contas da saúde.*

<http://www.portugaldiario.iol.pt/noticia> (Acedido em: 22-11-2007 às 22:25)

## PÚBLICO (2008). *Militares descontentes com assistência de saúde marcam protesto em*

*Lisboa.* Disponível em:

<http://ww2.publico.clix.pt/print.aspx?id=1322155&idcanal=undefinid>

(Acedido em 19-10-2007)

## PÚBLICO (2007). *Estado gasta 20 milhões de Euros por dia com o serviço Nacional de*

*Saúde.* Disponível em: <http://ww2.publico.clix.pt/print.aspx?=126576&idcanal>

(Acedido em 19-10-2007 às 15:46).

## SAPO (2007). *Defesa vai mandar fechar quatro dos seis hospitais militares.*

<http://jn.sapo.pt/2007/04/25/nacional>

(Acedido em 14 de Outubro de 2007 às 12:57).

## SAPO (2006). *Hospitais militares em reestruturação.*

Disponível em: [http://jn.sapo.pt/2006/05/17/sociedade\\_e\\_vida/](http://jn.sapo.pt/2006/05/17/sociedade_e_vida/)

(Acedido em 14 de Outubro de 2007 às 12:57).

## SEGUROS. *Declarações de António Arnaut*

[http://www.seguros.inf.br/detalhe\\_noticia.asp?codigo=12146](http://www.seguros.inf.br/detalhe_noticia.asp?codigo=12146)



## Apêndices

### APÊNDICE I – Corpo de Conceitos

**Avaliação** – Um conjunto de métodos que visam determinar o êxito com que foram atingidos os objectivos previamente definidos. No domínio da saúde, é a avaliação que permite um juízo de valor sobre um determinado programa, seja de diagnóstico, terapêutico ou de organização.

**Cadeia de valores (*value chain*)** – As actividades interligadas efectuadas dentro de uma unidade económica. Identificar essas actividades e aprender a realizá-las com menor despesa em relação aos concorrentes é a maneira de uma empresa conquistar vantagem competitiva.

**Controlo** – Instrumento de relacionamento entre organizações públicas que consiste na atribuição a uma das organizações e poderes de intervenção nas decisões e operações da outra.

Fixada uma norma, trata-se de verificar se há desvios em relação à norma. Se tal acontecer tem de haver uma intervenção imediata no sentido de corrigir o erro.

**Cooperação** – Processo de relacionamento entre organizações públicas, que consiste na colaboração com vista à prossecução coerente das respectivas missões.

**Custo de Oportunidade** – Qualquer decisão comporta um custo de oportunidade uma vez que a afectação a um emprego de um recurso qualquer (dinheiro, trabalho, tempo e outros) implica simultaneamente a renúncia a qualquer outro emprego.

**Economia de Escala** – Produção de bens em larga escala, com vista a uma considerável redução dos custos. O fenómeno das economias de escala resulta de uma repartição dos custos fixos (edifícios, instalações, rede comercial, custo salarial do enquadramento, equipamentos e outros) por uma produção que aumenta (até um certo limiar, para além do qual, entretanto, os custos fixos crescem).

**Economia do lado da oferta (*Supply side economics*)** – Na saúde a economia funciona pelo lado da oferta, isto é, os bens de saúde oferecidos é que geram a sua própria procura.

**Economia externa** – Economias que resultam da interdependência e complementaridade de unidades produtivas e cuja acessibilidade, entre si, é fácil.



**Eficácia** – Capacidade para se conseguirem alcançar os objectivos previstos com os recursos disponíveis ou seja, fazer o que necessita ser feito para alcançar determinado objectivo.

**Eficiência** – A produção do bem devido e adequado. Por exemplo, se um médico realizar uma intervenção cirúrgica num paciente, poderá fazê-lo com grande eficiência, mas se a intervenção tiver sido realizada no órgão errado, ela não terá a mínima eficiência. Desta forma, uma acção pode ser eficiente sem ser eficaz.

**Empresarialização dos hospitais** - A criação de um modelo organizativo, económico-financeiro e cultural centrado no utente e assente na eficiência de gestão. Em termos jurídicos, estas alterações de modelo representam a transformação dos hospitais em entidades públicas empresariais.

**Equidade** – Distribuição justa de um determinado atributo populacional. A noção de equidade é sobretudo uma noção valorativa, um meio correctivo para atingir um fim: a igualdade.

**Ganhos em saúde (*health gain*)** - Melhoras mensuráveis do estado de saúde de um indivíduo ou de uma população, a partir de uma situação de base, e que pode abranger desde aspectos quantitativos de duração da vida a medidas de qualidade de vida.

**Gestão de cuidados de saúde (*managed care*)** – Processo para maximizar ganhos em saúde de uma comunidade, dentro de recursos limitados, assegurando que um nível apropriado de serviços seja prestado e monitorizado, numa base individual, para assegurar melhoria contínua, de forma a atingir as metas nacionais para a saúde e para as necessidades individuais de saúde

**Grupos de Diagnóstico Homogéneos** - sistema de classificação de doentes internados constituído por múltiplas variáveis que, ao serem agregadas, caracterizam um produto hospitalar correspondente a episódios de internamento que utilizam recursos semelhantes.

**Orçamento** – Plano de receitas e despesas para um dado período.

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



**Planeamento em saúde** – O processo que a administração de saúde em conjunto com a população, levam a cabo, para conseguir em determinadas áreas e com prazos determinados, os melhores níveis de saúde da população, utilizando de modo racional e eficaz os recursos disponíveis.

**Risco** – Situação em que, partindo-se de determinado conjunto de acções, vários resultados são possíveis e as probabilidades de cada um acontecer são conhecidas.

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

Marinha – Medicina Hiperbárica e UTITA;

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

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

**Sistemas de saúde (*health system*)** - Os sistemas de saúde são constituídos pelo conjunto de recursos, actores e instituições relacionadas com a regulação, financiamento e realização de acções de saúde. Estas definem-se como sendo aquelas actividades cujo objectivo primário é promover ou proteger a saúde

**Telemedicina** - Utilização da informática e das telecomunicações aplicadas às três tarefas tradicionalmente executadas por médicos e outros profissionais de saúde, assistência clínica, ensino e investigação biomédica.

**Value for Money** – O termo utilizado para avaliar se uma organização obteve o benefício máximo dos bens e serviços que adquiriu e/ou fornece, dentro dos limites dos discursos disponíveis.



## APÊNDICE II – Breve apresentação dos entrevistados

Publicam-se as entrevistas efectuadas às seguintes personalidades: Deputado Marques Júnior (Coronel), Doutor Santos Carvalho (Juiz de Direito), Professor Doutor Pita Barros (Economista) e Dr. José Miguel Boquinhas (Médico).

Foram também entrevistados: Professor Doutor Lopes dos Reis (Professor de Administração Hospitalar), Dr. Adalberto Campos Fernandes (Presidente do Concelho de Administração do Grupo Hospitalar HSM-HPV), que transmitiram valiosos ensinamento da sua área, bem como o Dr. Paulo Larcher (Administrador Hospitalar, com o Pelouro da Qualidade no Centro Hospitalar de Lisboa Central), que transmitiu conhecimentos profundos e actualizados, na importante área da qualidade hospitalar.



## APÊNDICE III – Entrevista ao Deputado Marques Júnior (Coronel)

### **Marques Júnior**<sup>31</sup>

Deputado do Partido Socialista à Assembleia da República

Coronel do Exército

Inicia o depoimento reflectindo que, da sua vasta experiência militar, política e de cidadania, o modo de servir nas Forças Armadas (FFAA) é algo difícil de compreender pelos políticos, o que configura alguma incompreensão sobre o espírito de servir dos militares e a sua forma de estar.

O 25 de Abril de 1974, no qual colaborou activamente, entre outros atributos, trouxe de novo a justiça social ao País e a atenção para os mais desfavorecidos, o que correspondeu a uma mudança social de envergadura, nomeadamente na área da Saúde Pública, com o Serviço Nacional de Saúde.

Após um período de “mais Estado”, que incluiu a absorção dos efectivos oriundos dos antigos territórios ultramarinos, segue-se agora um apertado conjunto de medidas, de cariz economicista, de modo a garantir os apertados compromissos assumidos após a entrada na União Europeia.

Ao nível do Estado considera-se, actualmente, que por cada dois funcionários que saem, só pode entrar um, o que, se aplicado às Forças Armadas podia, inclusive, levar à sua extinção, atendendo à especialização que certos elementos são detentores.

A nível militar houve que readaptar para as novas missões, numa primeira fase com medidas que levaram à redução dos efectivos e mais recentemente preparando os militares para missões de cariz expedicionário e no âmbito da Cooperação Técnico-Militar.

Houve que reorganizar e há ainda muito a fazer para reequipar as FFAA, de modo a serem umas forças modernas e capazes de operar em conjunto com os nossos aliados em missões internacionais.

A Saúde é seguramente o bem mais precioso para o Homem, ao qual o militar não é alheio, quer a nível individual, quer institucional.

Outro conceito de elevada magnitude é o da família militar, pois o militar, no cumprimento da missão, para estar completamente devoto a ela, como é seu timbre, tem de

---

<sup>31</sup> Texto efectuado a partir da Palestra proferida no Dia do HMP em Outubro de 2007 e na Conferência ao CPOG em Fevereiro de 2008 e revisto pelo próprio.



ter a garantia de que nada de mal pode acontecer aos seus e em caso de fatalidade, haverá alguém para os socorrer.

A nível da Saúde muito se tem dito e escrito sem se chegar a um consenso, pelo menos sobre a melhor atitude a tomar.

É óbvio que as valências têm de ser racionalizadas, Têm de se garantir as missões clássicas dos Serviços de Saúde Militar, a inspecção, a saúde operacional nas Unidades e nas missões no exterior e o apoio à família militar.

A família militar actual é numerosa e envelhecida, em grande parte à custa dos milhares de militares e familiares que fizeram a Guerra de África, com generosidade de entrega (missões de 2 anos de afastamento das famílias, em ambiente operacional 24 em 24 horas), por uma causa em que sempre colocaram a Pátria no ponto mais elevado, não podendo ser abandonados, agora, numa das fases mais difíceis das suas vidas.

Acrescem os Deficientes, aos quais se poderão juntar aqueles que adquiram deficiência actualmente, no âmbito das missões em que as FFAA estão empenhadas.

Reconhece o valor dos Hospitais Militares e o que têm feito pela saúde dos militares, à custa de médicos e outros profissionais de saúde de grande competência, mas há que ter abertura para algumas mudanças no sentido de racionalização, nunca pondo em primeiro lugar o critério economicista.

No princípio da actual legislatura foi oportuno fundir as três Assistências na Doença numa só, convergindo para uma equidade com a ADSE.

Também refere que, a favor desta equidade, não deve haver discriminação para com o pessoal civil, que trabalha ao lado dos militares, obtendo a devida possibilidade de recorrerem aos Serviços de Saúde Militar, devendo este ser ressarcido financeiramente desses actos médicos ou de tratamento.

Recentemente, foi efectuado por indicação do Sr. Ministro da Defesa Nacional, um estudo sobre o futuro dos Serviços de Saúde Militares, o qual mereceu alguns apontamentos do Chefes dos Ramos, por algumas omissões ou mesmo falta de profundidade, estando em curso uma tentativa de racionalização com Serviços de Utilização Comum (SUC) nos Hospitais Militares de Lisboa e tentativas de melhor funcionamento dos outros, no Porto e em Coimbra.



## APÊNDICE IV – Entrevista ao Juiz Santos Carvalho

### **António Augusto Pinto Santos Carvalho**

Juiz de Direito, Investigador e Professor Universitário<sup>32</sup>

Nos hospitais militares, as actividades são, em geral, reguladas por normas de direito público, sendo certo ser possível e desejável introduzir outros instrumentos que se situem fora daquele âmbito normativo, designadamente quanto a recursos humanos e aquisição de bens e outros serviços: é inútil dizer que a mera dependência funcional inclui coordenação e controlo de todos os aspectos técnicos, bem como dos equipamentos.

1. O sistema de saúde constitucional supõe uma orientação pluralística que integre a diversidade dos projectos e motivos dos cidadãos: particulares e profissionais. Deve supor uma liberdade de escolha e, por isso mesmo, uma competição concertada das entidades prestadoras de cuidados de saúde, acessíveis, em todas as suas vertentes, incluindo a vertente económica, em tempo útil e de excelência. São estas as condições da democraticidade, ou melhor, da qualidade da democracia com base na regra de tratar o diferente na medida da diferença a caminho de uma satisfação flexível das concretas necessidades sociais.
2. Um sistema de saúde que siga estas directivas tem como componente lógica a singularidade de um Sistema de Saúde Militar, mas integrado em mecanismos e propriedades gerais de auto-regulação e de concertação, para poder fazer apelo, afinal, às sinergias de todos os recursos, à complementaridade e à diversidade (Alvim: 2002).
3. Claro está também que, neste domínio, em matéria de financiamento, as contribuições dos cidadãos, por via da carga fiscal, deverão ser equitativas, contudo, o Estado apoiá-los-á, peculiarmente, segundo critérios de necessidade e coesão social, quer por mor da fortuna, quer, neste caso, aos militares, por razão de estarem colocados funcionalmente ao serviço pronto e imediato da Defesa.
4. Mas isto não significa que não deva estabelecer-se uma flexibilização do financiamento, adequada à procura e a permitir o redimensionamento do

---

<sup>32</sup> Foram efectuadas várias entrevistas, não dirigidas, cujo conteúdo foi vertido no texto supra elaborado pelo entrevistado.



sector da saúde que só faz sentido constitucional numa visão de efectiva complementaridade, circunstância de esbatimento das fronteiras e que as torna móveis, para, exigir, por fim, um pensamento gestor de autonomia.

5. Embora aparentemente não seja de muita justiça pagar duas vezes, trata-se aqui de uma solução pragmática de controlo e racionalização em favor de uma afirmação de autoridade própria das entidades de saúde no campo dos cuidados de cidadania.
6. Muito embora, o mais importante neste domínio aponta-nos para as soluções de parceria, as quais reclamam, em boa verdade, uma congruente titularidade (e a responsabilidade correlativa) das decisões estatutárias, no quadro da oferta pública de serviços de saúde.
7. Ora, nesta orientação a moldura geral normativo terá de vir das leis quadro de organização e funcionamento dos serviços públicos, vinculadas à estrutura interpretativa/aplicativa das competências indexadas, vedadas todas as iniciativas e desígnios que não caibam expressamente nas normas de habilitação das decisões e só nessas mesmas.
8. Refere-se contudo e propositadamente leis-quadro, porque estes instrumentos normativos abrirão naturalmente à possibilidade de uma gestão de autoria, respeitante aos projectos e desempenhos que competem às entidades prestadoras dos serviços de saúde, nomeadamente as militares.
9. E para esse fim terá o ordenamento de autorizar a utilização das ferramentas de direito comum, por natureza mais adaptadas a uma resposta pronta às necessidades da procura e da indução de cuidados de saúde.
10. Contudo, não deve deixar de se ter sob observação que hoje em dia os instrumentos normativos de direito público se aproximam cada vez mais dos formatos reguladores vigentes para o mercado livre, como é o caso da recente proposta de lei do Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas (RCTFP) que segue de muito perto o regime fixado no Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 99/2003, de 27 de Agosto, e a sua regulamentação, constante da Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho.
11. Tenha-se em atenção que a Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, definiu e regulou os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas, consagrando duas modalidades



de vinculação de emprego público: a nomeação – reservada, para o que nos importa, aos trabalhadores a quem compete o cumprimento ou a execução de atribuições, competências e actividades relativas a missões das Forças Armadas em quadros permanentes – e o contrato de trabalho em funções públicas – que passou a constituir a modalidade regra de vinculação na Administração Pública.

12. O RCTFP será o desenvolvimento da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro: conformará, nas matérias por esta não reguladas, as relações jurídicas de emprego público na modalidade de contrato.
13. Na proposta de lei são mantidos como fonte de direito, aplicáveis aos contratos de trabalho agora em funções públicas, os instrumentos de regulamentação colectiva de trabalho o que virá a consubstanciar uma importante alteração no domínio das relações jurídicas de emprego público, hoje caracterizadas pela sua natureza exclusivamente estatutária e, por conseguinte, imunes a formas convencionais de auto-composição colectiva das condições de trabalho.
14. Permitirá esta solução normativa, então, admitir em paralelo à carreira militar, profissionais de saúde que se disponham a um outro tipo de vínculo, de todo aproximado ao vínculo de mercado, nos casos em que queiram manter o regime de assalariamento em exclusividade.
15. Mas o desejável na visão dinâmica das parcerias de cuidados de saúde é a escolha do contrato de prestação de serviços, livremente firmado com os profissionais respectivos que pretendam integrar-se em convenções ou prestá-los ao modo liberal, nomeadamente nos sectores dos exames tecnológicos.
16. Entretanto, não são só estes aspectos de gestão do pessoal que importam, perspectivando-se, por exemplo, que de uma forma geral a gestão hoteleira e administrativa das instituições hospitalares deva ser concessionada a empresas privadas.
17. Muito embora, os benefícios da utilização de ferramentas normativas comuns, nomeadamente da contratação, far-se-á sentir ainda mais beneficemente no sector do investimento em equipamentos, logístico e de aprovisionamento, ao lançar mão das novas figuras do leasing, do *factoring*



- e até da *franchising*, se deste contrato puder ser feita uma utilização da amplitude anglo-saxónica matricial.
18. Utilizados sob a óptica da optimização gestionária, poderão dar lugar a práticas que contêm, em si mesmas, mecanismos auto-reguladores quer do controlo dos custos quer dos acessos, um sistema de competição mas não de concorrência em função dos preços e em que estes não resultem das oportunidades da relação oferta/procura, mas de valores tabelados, perante os quais se possa dispor, a todos os níveis, de uma multiplicidade de escolhas.
  19. Aumentará assim significativamente a qualidade e oferta e deixará de estar presente o sentimento de desprotecção à saúde e correlativa insegurança económico-social.
  20. Estas soluções vão proporcionar também segurança aos profissionais perante uma multiplicidade de hipóteses estimulantes e apelativas a uma incontornável diferenciação cujo inimigo principal contemporâneo é o uniformismo cinzento das carreiras de saúde, contrário ao bem-estar geral.
  21. Por fim, no campo dos modelos empresariais afináveis à administração das entidades prestadoras de cuidado de saúde militar, teremos de ter em conta que a tradição descentralizadora e de controlo e decisão em conselho administrativo está radicada há muito no ambiente das FFAA.
  22. Aqui também o mimetismo ou a utilização do direito das sociedades, até aos confins da liquidação de patrimónios (por razão de inêxito) será de considerar, tendo todavia em aproveitamento esse capital não subestimável das práticas que muito bem podem dar lugar a modelos novos e mais eficientes.
  23. Teremos então como desejável para o Sistema de Saúde Militar um estatuto de direito público aberto: (i) à geometria variável da lei dos contratos, com tendencial aplicação do direito comum do trabalho no recrutamento; (ii) às regras das prestações de serviço nos cuidados de saúde de âmbito convencionado; (iii) às novas figuras privadas nas aquisições e utilidades de equipamentos; (iv) ao direito interno das corporações empresariais se necessário para implementação da rede organizativa; (v) e que, entretanto, incluirá naturalmente, o formato das concessões pontuais a terceiros de serviços logísticos:



Estatuto Orgânico	Direito Público
Relações Jurídicas Laborais no Recrutamento	Direito Unificado do Trabalho
Prestações de Serviços Convencionadas	Direito Comum
Aquisições e Utilidades sob Novos Contratos Privados	Direito Comercial
Regulação Societária da Rede	Direito das Sociedades
Concessões Logísticas	Direito Público/Direito Privado
Liquidações Patrimoniais de Insolvência	Direito de Protecção Empresarial

Quadro 1 - Formato das concessões pontuais, de serviços logísticos, a terceiros.

Bibl.

- Alexi, Robert, (2002) *Teoria De Los Derechos Fundamentales*, trad. cast. CEPC, Madrid,
- Alvim, António, (2002) *A Reforma da Saúde, O Sistema de Saúde no Estado de Mercado Social*, Mafra 2002
- Ferreira, Gonçalves, (1990) *Historia da Saúde e dos Serviços da Saúde em Portugal*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa



## APÊNDICE V – Entrevista ao Professor Doutor Pita Barros

### **Professor Doutor Pita Barros<sup>33</sup>**

Professor da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa

Perante o tema particular dos Subsistemas de Saúde das Forças Armadas e do impacto das várias reformas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) no Sistema de Saúde Militar, escolhemos como matriz orientadora a do relatório da Sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde.

O Sr. Prof. Pita Barros começou, desde logo, por tecer algumas considerações ao facto de serem Subsistemas fechados (a adesão aos mesmos não é livre) e que para além dos outros Hospitais do SNS, terá de continuar a existir um Hospital Militar, atendendo a que os chamados Hospitais EPE não entram neste conceito de especialização associada com as Forças Armadas.

Passando a analisar cada caso em pormenor, de acordo com a matriz acima enunciada, referiu:

#### **1. - Promoção da saúde e prevenção da doença:**

Nesta área é óbvio que quanto mais competente for o desempenho dos Serviços de Saúde Militares, mais ganhos haverá para a saúde da população portuguesa como um todo.

Em primeiro lugar pelo descongestionamento, tanto do ambulatório como do internamento, do SNS.

#### **2. - Prestação de cuidados da saúde em ambulatório, através de:**

##### **2.1 - Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) / Unidades de Saúde Familiares (USF)**

Fez-se referência à expectativa criada com a Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários, o que pode ser útil à população militar ou familiares que vivem mais afastados dos grandes centros.

##### **2.2 - Encerramento de SAP**

Com conseqüente melhoria da qualidade e segurança da rede de Urgência, mas provocando maiores dificuldades de acesso a todos os Beneficiários, onde se incluem os

---

<sup>33</sup> Entrevista realizada em Outubro de 2007 e revista pelo próprio, em Março de 2008.



Beneficiários dos Subsistemas de Assistência na Doença aos militares e seus familiares, sobretudo aos que residem em locais mais afastados dos grandes centros.

No entanto, as maiores dificuldades de acesso podem ser apenas aparentes, na medida em que muitos dos casos verdadeiramente urgentes têm de ser remetidos para outras unidades, mais equipadas.

Frequentemente está-se simplesmente a falar da conveniência de uma consulta não programada

### **2.3 - Redução de preços de convenções**

Apesar de não haver elementos, é óbvio que é uma medida que agrava a funcionalidade dos Hospitais e Centros de Saúde, onde se prestam cuidados de ambulatório, visto que as facturas dependem das tabelas efectuadas pelo Ministério da Saúde.

### **2.4 - Actualização do valor das taxas moderadoras**

Não existem dados sobre este facto.

## **3. - Prestação de cuidados hospitalares, sobressaindo:**

### **3.1 - Actualização do valor das taxas moderadoras**

Não existem dados sobre este facto.

### **3.2 - Encerramento de blocos de partos**

Obter-se-á uma melhoria da qualidade e segurança.

Reduzem-se as maternidades, mas continua a haver o seguimento da gravidez pelo médico, apenas o local do parto será diferente.

### **3.3 - Criação de centros hospitalares**

Atendendo a que o nosso sistema hospitalar tem raízes históricas, considera haver toda a vantagem na gestão conjunta, obtendo-se efeitos de economia de escala, pelo que este tipo de acções tem todo o sentido.

Os hospitais públicos têm de ser repensados em termos integrados, não sendo de descurar a pressão das autarquias para que cada uma tenha o seu próprio hospital. Como resultado da irracionalidade desta pressão das autarquias, temos, como exemplo, casos de pisos vazios em hospitais localizados próximos uns dos outros.

Há que efectuar contratualizações, contratos-programa para consultas ou para cirurgia, de modo a rentabilizar os espaços.

Nesta procura de rentabilidade há o risco de serem evitados internar os casos mais graves, ou mais complicados.



Para detectar este facto e evitá-lo, utiliza-se o índice *case-mix*, que nos dá uma média ponderada dos indicadores de gravidade.

Os Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH), também podem dar um sinal desta evolução, pela selecção de longo prazo de valências mais favoráveis.

### **3.4 - Construção de novos Hospitais em PPP**

Quem tem maior experiência nestas situações são os ingleses.

Procura-se trazer investimento privado interessado, na ausência de capacidade para um esforço de investimento público generalizado, podendo ser adoptadas duas modalidades:

- Num primeiro caso, haver uma empresa que efectue a construção de um novo Hospital, podendo executar, posteriormente, a gestão do mesmo, por um determinado período de tempo, acordado entre as partes.

- Num segundo caso, a parceria seria para a construção, ficando a gestão a cargo da entidade estatal. (É deste tipo de casos que os Ingleses têm mais experiência, não isentos de problemas de percurso).

Em qualquer dos casos correm-se riscos de parte a parte, por vezes imprevisíveis.

Em suma, seria uma hipótese a pôr sobre a mesa efectuar-se a **construção de um novo edifício hospitalar** com verbas do MDN, ou a partir de Parcerias com o sector Privado, podendo haver um acordo inter-ministerial para aproveitar os conhecimentos que o Ministério da Saúde tem no sector, com acompanhamento próximo do Ministério das Finanças, sendo depois entregue à gestão dos Quadros de Saúde Militar.

Reiterou que entregar a gestão clínica a outras entidades seria contrariar a natureza da existência de Serviços de Saúde Militares.

### **3.5 Contratualização da actividade.**

Pela separação financiador-pagador, financiamento por resultados, com controlo da despesa, da qualidade dos cuidados de saúde prestados e responsabilização da gestão.

### **3.6 - Empresarialização de Hospitais.**

Os Hospitais EPE não se inserem no âmbito da Medicina Militar.

Os EPE podem efectuar contratos internos, investigação clínica com maior autonomia, numa maior agilização da gestão e maior eficiência - é isto que se pretende com a empresarialização.

No caso dos Hospitais Militares, apesar de não terem condições para uma gestão tipo “empresa privada”, poderão introduzir:

- Contratualização interna.



- Definição de objectivos.
- Avaliação de resultados.

Com estas medidas, obtendo-se o desejável encurtamento dos tempos hospitalares, pode haver uma redução dos custos.

#### **4 - Sector do medicamento:**

##### **4.1 - Alterações na comparticipação de medicamentos**

A despesa com medicamentos é uma das maiores no sector da Saúde.

Através desta medida a despesa continuará a subir, os Beneficiários pagam mais, no entanto o Estado estabiliza a despesa.

Considera plausível a existência de desperdício, pelo que tudo deve ser feito no sentido de obter um consumo racional de medicamentos.

Não se pode corrigir apenas com o aumento das taxas, devendo ser feito também através de um aumento da literacia médica, em que o médico de família tem um papel de relevo.

##### **4.2 - Liberalização da venda de Medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)**

Com conseqüente melhoria do acesso ao medicamento e aumento da concorrência do mercado.

##### **4.3 – Liberalização da propriedade das farmácias**

Não analisado.

#### **5 - Outras medidas:**

##### **5.1- Lançamento da Rede de Cuidados Continuados Integrados**

A criação de uma rede de cuidados continuados será útil para todos os Portugueses, sobretudo porque um dos maiores problemas actuais é, precisamente, o do envelhecimento da população, que traz novas necessidades em termos de diferentes níveis de acompanhamento médico da população.

##### **5.2 – Listas de espera**

A problemática das listas de espera foi levantada, pois trata-se de um problema com toda a acuidade, tendo o Governo 2 linhas de acção possíveis:

1º-Por um lado a lista pode dever-se a falta de capacidade, pelo que o aumento de verbas para esse sector é uma tentação, no entanto pela experiência de outros



casos, como por exemplo, o País Basco e Inglaterra, verifica-se que não se resolve o problema, mantendo-se as listas de espera.

2º-No caso de haver capacidade, mas o tempo de espera ser grande, o importante é que o Governo atribua um tempo de espera, garantindo às pessoas a resolução do problema.

Caso este tempo seja atingido e ultrapassado, deve ser disponibilizado um vale-cheque para a execução da cirurgia.

Esta gestão é efectuada pelo SIGIC, sendo a evolução favorável nos últimos tempos.

### **5.3 – Outras áreas**

Finalmente, foram abordadas outras áreas que têm interesse para este estudo como é o caso do financiamento da saúde, em termos individuais e de equidade do sistema.

Sabido que o nosso SNS se baseia no modelo Beveridgiano, logo orçamentado a partir dos impostos obtidos e que se debate com problemas de funcionamento, algumas pessoas decidem efectuar seguros de saúde, o que ainda não tem expressão, pois são complementares e as seguradoras também não arriscam atendendo a que estão muitos riscos envolvidos.

Os Subsistemas de Saúde, em que o paradigma é a Direcção Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE), enferma de um grave problema que é o facto de que a fatia proveniente do Orçamento de Estado é preponderante, em 2006 foi de cerca de 786,1 milhões de Euros, contra, apenas, 102,1 milhões provenientes dos descontos obrigatórios dos próprios Beneficiários.

Aos Subsistemas como actualmente é o IASFA, entidade financiadora e gestora compete agilização de procedimentos e organização da prestação, de modo a que não veja a sua situação posta em causa como acontece com a ADSE.

Os Subsistemas devem preparar-se para, num futuro próximo, serem confrontados com a gestão de uma verba correspondente à capitação do SNS, que lhes será entregue, numa óptica de *opting-out* do SNS.



## APÊNDICE VI – Entrevista ao Dr. José Miguel Boquinhas

### **Dr. José Miguel Boquinhas<sup>34</sup>**

Médico Chefe de Serviço de Nefrologia  
Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental  
Ex-Secretário de Estado da Saúde.

Iniciou as actuais funções em Junho de 2005, para levar a cabo um projecto que, segundo confessa, se terá iniciado numa conversa informal com o então Ministro da Saúde, Prof. Correia de Campos, há 3 anos atrás, que consistiu na junção dos três hospitais da zona ocidental de Lisboa, com a finalidade de melhoria da eficiência.

Do antecedente os Hospitais de Santa Cruz, Egas Moniz e S. Francisco Xavier tinham especialidades dispersas, havendo problemas de eficiência, os cuidados eram bons, mas a despesa excessiva, com notórias dificuldades na Urgência.

A criação do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, constituído como E.P.E., permitiu estabelecer sinergias entre os três hospitais, aumentando a sua eficiência e uma melhor prestação nos cuidados de saúde à população. Considera a ideia feliz, atendendo a que se ganha dimensão e massa crítica, pois antes alguns dos serviços eram pequenos ao nível de cada um dos Hospitais, pelo que era difícil transformá-los em centros de excelência. Por outro lado, a dimensão criada permitiu também maior capacidade de negociação junto dos fornecedores e consequentemente redução dos custos e ganhos de eficiência.

No início houve as dificuldades próprias da adaptação à mudança, receio de se ir para pior, mas tudo se foi ultrapassando, com melhoria dos cuidados prestados à população.

Reconhece que a situação é compreensível, pois corresponde a perda de algum “poder” pessoal ou mesmo de regalias de alguns médicos, em especial, de alguns Directores de Serviço em que, nalguns casos em que existiam três serviços, só um iria chefiar o novo Serviço único.

Relativamente a Recursos Humanos não há lugar a diminuição pois todos os funcionários do quadro serão necessários. O que vai haver é um melhor aproveitamento desses recursos, sendo a redução de efectivos efectuada apenas por passagem à situação de aposentação ou final dos contratos a termo.

---

<sup>34</sup> Entrevista efectuada em Outubro de 2007 e revista pelo próprio.



A concentração permitiu ganhos de eficiência:

- Junção de Laboratórios de Análises Clínicas, centralizados para as rotinas, com resposta “on line”.

(Corresponderá, de um para o outro ano, a uma poupança de um milhão e quatrocentos mil Euros).

- Capacidade de negociação dos medicamentos, através de pacote negociado, o que permitiu uma poupança de 1 milhão e 900 mil Euros.

- Libertação de espaços, o que corresponde a uma janela de oportunidade para reorganização e execução de obras de instalação de outros Serviços em melhores condições.

(Por exemplo, foi possível concentrar no edifício materno-infantil os serviços administrativos em melhores condições, deixando nalguns casos mesmo de estarem em pré-fabricados).

- No caso do Hospital de dia de Oncologia, estava em infra-estruturas muito degradadas no Hospital Egas Moniz, vendo as condições melhorar com a junção dos 3 Serviços dos 3 Hospitais no H. S. Francisco Xavier

Desta forma, o efeito da concentração pode resumir-se em melhoria dos cuidados de saúde e aumento da eficiência e poupança.

A poupança permite a redução do défice estrutural, pois dos 21 milhões de Euros de défice, passou, em 2 anos, para um défice de 5 milhões, esperando poder mesmo vir a ter em 2007 resultados equilibrados ou mesmo ligeiramente positivos o que não só tem reflexos na melhoria das contas do Serviço Nacional de Saúde, como permite libertar verbas para as necessárias obras e a compra de novos equipamentos.

Dessa forma, torna-se possível efectuar melhorias nos refeitórios, no serviço de Neurologia e de Neurocirurgia, no laboratório, no serviço de Urgência ou nos Serviços de Radiologia.

Mas, não nos podemos esquecer que houve que efectuar investimento na informática e na gestão integrada, de modo a se obter:

- Rede com sistema de informação clínica.
- Telefones, com sistema de rede única e fixa para, e entre, os 3 Hospitais.
- O processo clínico electrónico começou num único sítio, na Urgência sendo posteriormente generalizado aos três hospitais.
- Começou a ser implementado o sistema de imagiologia digital.



Para elevar o nível de desempenho há que incentivar as pessoas através de modalidades de gestão participativa, por objectivos, de forma a terem um modelo consensual estabelecido para os 3 Hospitais, reforçando a coesão.

Já no passado tinham ocorrido experiências de junções de Hospitais, no entanto, nunca corresponderam a uma verdadeira harmonização dos Serviços. Em suma, nesses casos históricos, não havia o espírito de edificar um Hospital funcionalmente único, como se de um único hospital se tratasse como é agora o caso do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, um “Hospital que por acaso tem umas ruas pelo meio”.

A Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, está fisicamente no Hospital S. Francisco Xavier, é constituída por um Presidente e 6 vogais, 1 é o Director Clínico outro, no caso actual, uma Enfermeira Directora, 2 dos quais estão sedeados nos outros 2 Hospitais - Egas Moniz e Santa Cruz.

Em cada um dos outros Hospitais há sempre um Director Médico e um Director de Enfermagem, a que se soma o Vogal já referido como membro do Conselho de Administração e que funciona como um verdadeiro administrador executivo local.



## APÊNDICE VII – Breve esboço da Teoria Geral de Sistemas

Um sistema caracteriza-se por um conjunto de elementos ligados por alguma forma de interacção ou interdependência, horizontal e vertical.

A interdependência horizontal permite ganhos em termos de economia de escala, pelos rendimentos crescentes que não pode deixar de gerar.

A integração vertical, feita através da coordenação da produção, no caso vertente bens de saúde, resulta da eliminação de bloqueios intermediários.

Da análise de sistemas, ou seja, o estudo das propriedades e características da organização da saúde em Portugal, resulta que não se escolheram as melhores opções que se apresentavam para cada objectivo.

Uma análise oportuna da organização de saúde em Portugal revelaria, com efeito, a tendência à perda, à desintegração e à desorganização, o que levaria a tomar medidas para inverter a situação através da entropia negativa (também chamada nega-entropia), ou seja, o suprimento de informação adicional (ou elementos adicionais), capaz não apenas de repor as perdas, mas de proporcionar a integração e a organização do sistema.

A coordenação e o controlo de qualquer sistema fazem-se através de indicadores, tais como, indicadores antecipados, indicadores coincidentes e indicadores atrasados, sendo também de grande importância os indicadores da estrutura, os quais dizem respeito ao estado da arte e a trajectória do desenvolvimento tecnológico de um país.

Os indicadores antecipados ou adiantados, como o seu nome indica, sobem ou baixam anteriormente a uma alteração relevante. São, isto é, uma espécie de aviso de que se vai dar uma alteração significativa. Os indicadores coincidentes variam ao mesmo tempo que as alterações dadas no sistema. Os indicadores atrasados variam posteriormente a essas alterações.

Os sistemas crescem em S, isto é, crescem segundo as chamadas curvas logísticas.



## **Anexos**

ANEXO A – Declaração de Alma Ata.

ANEXO B – Artigo 64º da Constituição da República Portuguesa.

ANEXO C – Resumo dos Programas de Governo sobre Prioridades e Financiamento da Saúde.

ANEXO D – Quadro comparativo da comparticipação da ADM antes de 2005 com a ADSE actual.

ANEXO E – Esclarecimento à comunicação social do gabinete do General CEMGFA

ANEXO F – Resolução de Conselho de Ministros nº39/2008 – *Orientações para a Execução da Reorganização da Estrutura Superior da Defesa Nacional e das Forças Armadas.*

ANEXO G – *Exército quer aumentos para médicos militares* In Correio da Manhã, 29/10/1998.



## ANEXO A

### A DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2000



Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários  
12 de Setembro de 1978, Alma-Ata, Casaquistão.

A conferência internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, sublinhou a necessidade de acção urgente por parte de todos os governos, de todos os que trabalham nas áreas da saúde e do desenvolvimento, e da comunidade em geral, e formulou a seguinte Declaração:

#### I

A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e a consecução do mais elevado nível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer, além do sector da saúde, a acção de muitos outros sectores sociais e económicos.

#### II

A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro de países, é, política, social e economicamente inaceitável, e constitui por isso objecto da preocupação comum de todos os países.

#### III

O desenvolvimento económico e social alicerçado numa ordem económica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de saúde para todos, e para a redução da lacuna entre o estado de saúde dos povos dos países em desenvolvimento e desenvolvidos. A promoção e protecção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento económico e social e contribui para a melhor qualidade da vida e para a paz mundial.

#### IV

É direito e dever dos povos participar individual e colectivamente no planeamento e na execução de seus cuidados de saúde.

#### V

Os governos têm responsabilidade pela saúde da sua população, implicando a adopção de medidas sanitárias e sociais adequadas. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década, deve ser a de que todos os povos do mundo atinjam até ao ano 2000, um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados de saúde primários constituem a chave para que essa meta seja atingida, através do desenvolvimento e do espírito da justiça social.



## VI

Os cuidados de saúde primários são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possa manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contacto com dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde.

## VII

Os cuidados de saúde primários:

Reflectem, e a partir delas evoluem, as condições económicas e as características sócio-culturais e políticas do país e suas comunidades, e baseiam-se na aplicação de resultados relevantes de pesquisa social, biomédica e de serviços da saúde, e da experiência em saúde pública.

Têm em vista os problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.

Incluem pelo menos: educação em relação a problemas prevalecentes de saúde e a métodos para sua prevenção e controlo, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materna e infantil, incluindo o planeamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controlo de doenças endémicas, tratamento adequado de doenças e lesões comuns, e fornecimento de medicamentos essenciais.

Envolvem, além do sector da saúde, todos os sectores e aspectos relacionados com o desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros sectores, e requerem os esforços coordenados de todos os sectores.

Requerem e promovem a autoconfiança e a participação comunitária e individual no planeamento, organização, funcionamento e gestão dos cuidados de saúde primários, fazendo o mais pleno uso dos recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e, para esse fim, desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.

Devem ser apoiados por sistemas de referências integrados e funcionais, que levem à progressiva melhoria dos cuidados de saúde para todos, e dando prioridade aos mais necessitados.

Baseiam-se, a nível local e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, incluindo médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, convenientemente treinados, social e tecnicamente, para trabalharem ao lado das equipas de saúde e para responderem às necessidades de saúde expressas da comunidade.



### VIII

Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de acção, para lançar e sustentar os cuidados de saúde primários em coordenação com outros sectores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis.

### IX

Todos os países devem cooperar, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados de saúde primários a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde da população de qualquer país interessa e beneficia directamente todos os outros países. Nesse contexto, o relatório da OMS-UNICEF sobre cuidados de saúde primários constitui uma base sólida para o aprimoramento e funcionamento dos cuidados de saúde primários em todo o mundo.

### X

Poder-se-á atingir um nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até ao ano 2000, mediante o uso racional dos recursos mundiais, dos quais uma parte considerável é actualmente gasta em armamento e conflitos militares. Uma política legítima de independência, paz e desarmamento pode e deve disponibilizar recursos adicionais, que podem ser destinados a fins pacíficos, e conduzir à aceleração do desenvolvimento social e económico, do qual os cuidados de saúde primários, como parte essencial, devem receber sua parcela apropriada.

--- --- ---

A conferência internacional sobre Cuidados Primários de Saúde incentivou a acção internacional e nacional, urgente e eficaz, para que os cuidados de saúde primários sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo, particularmente nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica, em consonância com a nova ordem económica internacional. Exortou os governos, a OMS e a UNICEF, assim como outras organizações internacionais, organizações não governamentais, agências financeiras, os trabalhadores na área da saúde e toda comunidade mundial em geral, a apoiar um compromisso nacional e internacional com os cuidados de saúde primários, e a canalizar mais apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A conferência encorajou os participantes a colaborar, para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta declaração



## ANEXO B

### **Constituição da República Portuguesa**

#### **Artigo 64.º Saúde**

No Artigo 64.º da Constituição da República, pode ler-se, relativamente à Saúde:

1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.

2. O direito à protecção da saúde é realizado:

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

b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.

3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:

a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;

b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;

c) Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;

d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;

e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;

f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.

4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada.

O texto actual da Constituição da República Portuguesa foi aprovado pela Lei Constitucional n.º 1/2001, de 12 de Dezembro.



## ANEXO C

### Resumo dos Programas de Governo sobre Prioridades e Financiamento da Saúde.

Governos Constitucionais	Principal objectivo	Referência ao financiamento da saúde	Citação
<b>I Governo 1976 - 1978</b> <b>Mário Soares</b>	Criação de um serviço nacional de universal, geral e tendencialmente gratuito.	Tendencial gratuitidade para os utilizadores dos serviços públicos de saúde.	"Estabelecimento das bases jurídicas, administrativas e financeiras de um serviço nacional de saúde, generalizado a toda a população e tendente à gratuitidade".
<b>II Governo 1978</b> <b>Mário Soares</b>	Criação progressiva de um serviço nacional de saúde.	Atribuir progressivamente ao Estado a responsabilidade pelo financiamento dos serviços de saúde.	"Promover, na medida das possibilidades existentes, o progressivo financiamento dos serviços de saúde por intermédio do OGE e subsidiariamente por receitas próprias provenientes de taxas moderadoras".
<b>III Governo 1978</b> <b>Nobre da Costa</b>	Prosseguir a criação do SNS previsto na Constituição.		"Garantir aos utentes, em qualquer parte do País, o acesso conveniente às unidades prestadoras de cuidados".
<b>IV Governo 1978-1979</b> <b>Mota Pinto</b>	Conseguir para toda a população cuidados de saúde de boa qualidade.		"Estruturar um Serviço Nacional de Saúde em moldes que garantam o recurso, tão cómodo quanto possível, aos meios de prestação de cuidados".
<b>V Governo 1979-1980</b> <b>Maria de Lurdes Pintasilgo</b>	Resposta às necessidades de protecção sanitária de toda a população.		"O Governo esforçar-se-á para garantir os cuidados médicos básicos a todos os cidadãos".
<b>VI Governo 1980-1981</b> <b>Sá Carneiro</b>	Garantir protecção da saúde a todos os cidadãos.	Reformular o sistema de financiamento dos serviços de saúde.	"O Governo procurará rever a Lei do Serviço Nacional de Saúde".
<b>VII Governo 1981</b> <b>Pinto Balsemão</b>	Organizar progressivamente o SNS de acordo com os princípios que enformam uma sociedade democrática e pluralista.	Reformular o sistema de financiamento dos serviços de saúde.	"A universalidade dos cuidados de saúde não pode nem deve ser acompanhada da gratuitidade em relação a toda a comunidade. Esta deverá ser chamada a participar nos gastos com a saúde de acordo com as suas disponibilidades financeiras".



<b>VIII Governo 1981-1983 Pinto Balsemão</b>	Vencer o subfinanciamento, a centralização e a politização.	Dotar o sector com o máximo orçamento possível e estruturar novas formas de financiamento da saúde.	"A comunidade deve ser chamada a participar nos gastos com a saúde de acordo com as suas disponibilidades financeiras".
<b>IX Governo 1983-1985 Mário Soares</b>	Reformulação da Lei de Bases do SNS para garantir o acesso de todos os portugueses aos cuidados de saúde, independentemente da sua situação económica.	Reformulação das taxas moderadoras em vigor, com eliminação das taxas de hospitalização.	"Acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde na medida das suas efectivas necessidades".
<b>X Governo 1985-1987 Cavaco Silva</b>	Evitar a massificação e assegurar, na medida do que os recursos disponíveis permitam, o direito à livre escolha dos médicos e dos outros profissionais de saúde pelos cidadãos.		"Se o Estado é o garante de que os cidadãos têm acesso à saúde, nem por isso lhe cabe assegurar directamente todos os cuidados respectivos. Um papel importante deve pertencer à iniciativa privada".
<b>XI Governo 1987-1991 Cavaco Silva</b>	Determinar o nível de intervenção e a articulação dos sectores público e privado.	Reconhecer alternativas ao SNS, incentivando-se os seguros de saúde.	"Tem-se confundido a necessária função de garante do Estado com a de quase único prestador de cuidados".
<b>XII Governo 1991-1995 Cavaco Silva</b>	Aprovação de mudanças profundas no modelo de financiamento e gestão.	Poderão ser cobradas taxas moderadoras de forma a racionalizar e evitar distorções na utilização dos serviços.	"A protecção da saúde efectiva-se pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado".
<b>XIII Governo 1995-1999 António Guterres</b>	Reforma profunda e global do SNS que permita corrigir problemas estruturais que têm vindo a propiciar desperdícios geradores de subfinanciamento.	Tornar previsíveis as receitas públicas afectas ao sector.	"Garantir que o financiamento do SNS seja sustentável [...], compatibilizando as receitas do SNS com os recursos a afectar aos serviços que ao Estado cabe financiar".
<b>XIV Governo 1999-2002 António Guterres</b>	Reforçar progressivamente o orçamento da saúde, substituindo o modelo público integrado por um novo modelo contratual.	Aumentar os recursos consignados e manter as responsabilidades do Estado pela cobertura dos riscos da saúde.	"Saúde, a nova prioridade da política social".



<b>XV Governo 2002-2004 Durão Barroso</b>	O SNS deve passar de um sistema público para um sistema misto de serviços de saúde, onde coexistam entidades de natureza pública, privada e social.	Constituição de Fundos e Seguros de saúde, com compensações fiscais.	“Onde se comprove que os sectores privado e social gerem com maior eficácia e menores custos [...], o Governo não terá qualquer hesitação em assumir uma visão bem distinta da atitude estatizante”.
<b>XVI Governo 2004-2005 Santana Lopes</b>	Assegurar a sustentabilidade financeira do sistema.		“Evoluir do conceito de SNS para um novo paradigma de Sistema de Saúde misto, onde coexistam entidades públicas, privadas e sociais”.
<b>XVII Governo 2005- José Sócrates</b>	O SNS deve estar centrado nas prioridades, garantindo a separação entre financiador e pagador.	Pagamento de serviços de forma contratualizada.	“A agenda deve ser orientada para ganhos em saúde”.



ANEXO D

<b>ACTOS MÉDICOS DE LIVRE ESCOLHA - convergência das ADM's com a ADSE</b>		
Actos Médicos	ADSE após 2005 até ao máximo de 80%	ADM's antes de 2005 até ao máximo de 75%
Consulta livre escolha	20,45€	23€
Consulta estomatologia	15,86€	23€
ECG	14,4€	Até 75% do valor
Mamografia	7,36€	Até 75% do valor
RX de Tórax	4,00€	Até 75% do valor
TAC Torácico	153€	Até 75% do valor
Crioterapia	1,80€	3,50€
Ultra sons	3,60€	4,00€
Restauração de dentes	25,35€	30,00€
Destartarização de dentes	16,00€	30,00€
Ecografia Abdominal	47,00€	Até 75% do valor
Ecografia Mamária	30,00€	Até 75% do valor
Mastectomia simples	511,50€	208,00€
Internamento Diária	121,00€	46,00€
Armação Óculos	61,55€	50,00€
Lentes bifocais	51,33€	58,50€
<b>MEDICAMENTOS - convergência das ADM's com a ADSE</b>		
	ADSE após 2005	ADM's antes de 2005
Militares reforma e respectivos familiares	Pode ser 40%, 50%, 60% ou 80%	100%
Militares no activo e reserva e respectivos familiares	Pode ser 40%, 50%, 60% ou 80%	Até 75% do valor
<b>DESCONTOS - convergência das ADM's com a ADSE</b>		
	ADSE após 2006	ADM's antes de 2006
Militares no activo e reserva e respectivos familiares	1,5% do vencimento	0,00 de desconto

Quadro 2 – Quadro comparativo da comparticipação da ADM antes de 2005 com a ADSE actual.



## ANEXO E

### **Esclarecimento à comunicação social do gabinete do General CEMGFA**

## **SERVIÇOS DE SAÚDE MILITAR - ESCLARECIMENTO**

Face à controvérsia gerada em torno de notícias vindas a público relativamente à "Reforma da Saúde Militar" o gabinete do General Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas leva ao conhecimento de todos os militares do activo, da reserva e da reforma, civis e militarizados o seguinte:

1. Na tarde de 24 de Abril de 2007 e na presença de Sua Excelência o Ministro da Defesa Nacional, foi feita às Chefias Militares uma exposição pelo grupo instituído por despacho ministerial de 2005 para analisar a temática dos Serviços de Saúde Militares.

2. Tratou-se do primeiro contacto facultado às Chefias Militares no tocante à acção do referido grupo.

3. Como primeira impressão as Chefias Militares expressaram:

- discordância quanto a vários dos fundamentos do diagnóstico apresentado;
- muita reserva quanto à suficiência e validade da análise feita;
- consequentemente, fortes dúvidas quanto às suas decorrentes conclusões e propostas.

4. Sem prejuízo desse entendimento e em conformidade com a sua constante preocupação com a permanente optimização das actividades, serviços e órgãos sob sua responsabilidade, as Chefias Militares deram conta a Sua Excelência o MDN da sua inteira disponibilidade e interesse para procederem à apreciação aprofundada do relatório.

5. Esta posição mereceu concordância de S. Ex.<sup>a</sup> o MDN que na circunstância enfatizou também a delicadeza inerente à dimensão social desta questão.

6. O relatório não foi ainda distribuído às Chefias Militares.

7. O assunto está portanto totalmente em aberto pelo que, as notícias que sobre este assunto foram publicadas por vários órgãos de comunicação social em 25 de Abril de 2007 não correspondem à realidade.

26ABR2007



## ANEXO F

### Diário da República, 1.ª série — N.º 42 — 28 de Fevereiro de 2008

1328

Diário da República, 1.ª série—N.º 42—28 de Fevereiro de 2008

#### PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

##### Resolução do Conselho de Ministros n.º 38/2008

Face ao agravamento da situação humanitária no Chade/República Centro-Africana, a Organização das Nações Unidas (ONU), em 25 de Setembro de 2007, aprovou, por unanimidade, a Resolução do Conselho de Segurança n.º 1778, a qual aprova o estabelecimento de uma missão da ONU na República Centro-Africana e no Chade (MINURCAT) e autoriza a presença militar da União Europeia naquela região de África, com vista a melhorar a segurança dos refugiados e dos deslocados de modo a facilitar a prestação de assistência humanitária e a criar condições favoráveis para a reconstrução e o desenvolvimento na citada região.

Neste contexto, a União Europeia, através da Acção Comum 2007/677/PESC, do Conselho, de 15 de Outubro de 2007, aprovou o estabelecimento de uma missão de política de defesa e segurança europeias (PESD) na República do Chade e na República Centro-Africana denominada EUFOR TCHAD/RCA.

Portugal, como Estado membro, tem satisfeito os compromissos internacionais assumidos pela União Europeia no âmbito militar, nomeadamente através da participação em missões de carácter humanitário e de manutenção de paz.

Assim, na sequência de parecer favorável, por unanimidade, do Conselho Superior de Defesa Nacional, na sua sessão extraordinária de 24 de Janeiro de 2008, e concluído o processo de decisão política, afigura-se necessário determinar o envio de um destacamento da Força Aérea, no âmbito da EUFOR TCHAD/RCA, sob a égide da União Europeia.

Em face do exposto, as Forças Armadas irão preparar e projectar um contingente constituído por uma aeronave C-130, sua tripulação e pessoal de apoio, para integrar, durante dois meses, a missão humanitária da União Europeia de apoio aos refugiados do Darfur, no Chade e na República Centro-Africana.

Tendo presente que na elaboração do Orçamento do Estado para 2008 não foi contemplada a projecção de qualquer força para aquele teatro de operações dado que a mesma não se afigurava previsível, impõe-se, face à necessidade superveniente ocorrida, garantir a dotação orçamental necessária.

Assim:

Ao abrigo do disposto na alínea g) do artigo 199.º da Constituição, o Conselho de Ministros resolve:

1 — Decidir o envio de um contingente militar para o Chade/República Centro-Africana, no âmbito da EUFOR TCHAD/RCA, sob a égide da União Europeia.

2 — Determinar que todos os encargos resultantes do disposto no número anterior, estimados em € 2 260 000, no corrente ano de 2008, são suportados pelo orçamento da Força Aérea destinado às forças nacionais destacadas, procedendo o Ministério das Finanças e da Administração Pública aos reforços orçamentais que se mostrem necessários.

3 — Determinar que a presente resolução produz efeitos a partir da data da sua aprovação.

Presidência do Conselho de Ministros, 31 de Janeiro de 2008. — O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

##### Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2008

O Programa do Governo prevê, no seu capítulo v, parte II, ponto 5, que é objectivo do XVII Governo Constitucional proceder à reforma do modelo de organização da defesa e das Forças Armadas, com impacte nas respectivas estruturas superiores, dispositivo e optimização das condições de comando e controlo operacional nas missões das Forças Armadas, designadamente na perspectiva da utilização conjunta de forças e sua interoperabilidade.

Desse intuito reformador resulta a necessidade de proceder à revisão dos diplomas legais da defesa nacional e das Forças Armadas, nomeadamente a Lei de Defesa Nacional e das Forças Armadas (LDNFA) e a Lei de Bases de Organização das Forças Armadas (LOBOFA).

É neste contexto, e em estreita articulação com a reforma dos diplomas legais da defesa nacional e das Forças Armadas, que importa efectivar também a reorganização da estrutura orgânica do Ministério da Defesa Nacional, em linha com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2006, de 30 de Março, na sequência da aprovação do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE).

Para o efeito, importa proceder à aprovação das orientações relativas à preparação dos processos legislativos em causa.

Assim:

Nos termos da alínea g) do artigo 199.º da Constituição, o Conselho de Ministros resolve:

1 — Aprovar as orientações para a execução da reorganização da estrutura superior da defesa nacional e das Forças Armadas, que se encontram anexas à presente resolução e que dela fazem parte integrante.

2 — A concretização das orientações referidas no número anterior é assegurada pela aprovação de projectos que procedam à revisão dos seguintes diplomas:

- Lei da Defesa Nacional e das Forças Armadas;
- Lei de Bases de Organização das Forças Armadas;
- Lei Orgânica do Ministério da Defesa Nacional;
- Leis Orgânicas do Estado-Maior-General e dos Ramos das Forças Armadas;
- Leis orgânicas dos órgãos e serviços integrados no Ministério da Defesa Nacional.

3 — Os projectos dos diplomas referidos no número anterior asseguram uma adequada articulação e coerência com as soluções de reorganização agora apresentadas.

4 — Estabelecer que a presente resolução produz efeitos na data da sua aprovação.

Presidência do Conselho de Ministros, 7 de Fevereiro de 2008. — O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

#### ANEXO

##### Orientações para a execução da reorganização da estrutura superior da defesa nacional e das Forças Armadas

###### I — Enquadramento

O quadro internacional e regional que condiciona a definição das prioridades das políticas de defesa e segurança nacional alterou-se radicalmente desde o fim da Guerra Fria, em particular após o 11 de Setembro.



A incerteza e a instabilidade tornaram-se as principais características da política internacional, acentuadas pela emergência de novos riscos e de novas ameaças, que correspondem a novas obrigações para os Estados que se assumem como membros responsáveis da comunidade internacional.

O terrorismo transnacional é uma ameaça essencial à liberdade e à segurança de todas as democracias. A proliferação das armas de destruição em massa constitui uma ameaça directa para Portugal e para os seus aliados europeus e ocidentais. A vulnerabilidade e a desintegração de um número importante de Estados estão na origem de conflitos violentos em regiões próximas, como o Médio Oriente e a África, onde podem ameaçar comunidades portuguesas e ou interesses portugueses.

Os novos riscos e as novas ameaças exigem novas estratégias de resposta, que tornam imperativo o fortalecimento dos vínculos de aliança e de cooperação nos domínios da segurança e da defesa, nomeadamente nos quadros multilaterais como a União Europeia, a Aliança Atlântica e as Nações Unidas.

A segurança de Portugal é inseparável da segurança europeia e transatlântica e é fortemente condicionada pela evolução regional e internacional. A defesa da soberania nacional é inseparável das responsabilidades externas do Estado no quadro das suas alianças.

Os novos riscos e as novas ameaças externas tornaram imperativa uma profunda revisão das políticas de segurança e defesa nacional e da estratégia militar portuguesa.

Nos últimos anos, Portugal e as suas Forças Armadas têm feito um esforço notável para responder às novas obrigações nacionais impostas pelas mudanças externas.

A participação portuguesa nas missões militares internacionais das Nações Unidas, da Aliança Atlântica e da União Europeia e o desempenho excepcional das Forças Nacionais destacadas em teatros de crise dispersos por todos os continentes — nos Balcãs, em Angola e Moçambique, em Timor-Leste, no Congo, no Líbano ou no Afeganistão — são uma demonstração clara das capacidades nacionais perante um novo quadro de incerteza na política internacional.

O espectro das missões das Forças Armadas ampliou-se com as designadas «novas missões». Por outro lado, a adaptação da estrutura da força militar aos novos padrões de emprego traduz-se no desenvolvimento de sistemas de forças mais flexíveis, com uma maior capacidade de projecção e de sustentação e com uma crescente interoperabilidade. No mesmo sentido, a extensão do carácter predominantemente conjunto e combinado da acção das forças militares aos conceitos operacionais, aos procedimentos e à doutrina implicam uma mudança na cultura institucional e na organização das Forças Armadas. Por último, as Forças Armadas têm de integrar a aplicação de novas tecnologias para o desenvolvimento das suas capacidades militares, incluindo a transformação qualitativa dos sistemas de comando, controlo e informações, bem como uma crescente mobilidade estratégica.

Nesse contexto, o Programa do Governo definiu como prioridade a reorganização da estrutura superior da defesa nacional e das Forças Armadas.

É indispensável adaptar os quadros institucionais e os processos de decisão à complexidade, cada vez maior, das políticas de defesa e de segurança e das missões das Forças Armadas. Importa, assim, prosseguir as medidas de racionalização das estruturas, da gestão de pessoal e de recursos,

bem como continuar a investir na formação dos quadros militares. É necessário articular a reforma das estruturas de segurança e defesa com o dever de reestruturação da administração central do Estado.

A reorganização da estrutura superior da defesa nacional e das Forças Armadas deve definir as relações institucionais entre o Ministro da Defesa, o Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas e os Chefes de Estado-Maior dos Ramos das Forças Armadas, no que respeita à direcção política e estratégica da defesa nacional, bem como à execução da estratégia militar, nas suas várias vertentes, pelas chefias militares. No mesmo sentido, é preciso definir as relações institucionais e funcionais entre o Chefe do Estado-Maior-General e os Chefes de Estado-Maior dos Ramos das Forças Armadas, nomeadamente os níveis de responsabilidade quanto ao emprego das forças militares nacionais, o seu aprontamento e sustentação.

Nesse quadro, a reorganização da estrutura superior da defesa nacional e das Forças Armadas é indispensável para fortalecer a sua coesão e as suas competências próprias na defesa da soberania do Estado.

## II — Objectivos

A reorganização estrutural a empreender é norteada por três grandes objectivos:

Um primeiro, visando reforçar a capacidade para o exercício da direcção político-estratégica do Ministro da Defesa Nacional e assegurar, a este nível, a capacidade de obtenção centralizada de recursos e a sua eficiente gestão;

Um segundo, orientado para a adequação estrutural das Forças Armadas, no sentido do reforço da sua capacidade de resposta militar, face às novas exigências e desafios actuais, decorrentes dos novos parâmetros de emprego de forças e meios, quer no plano externo, quer no plano interno; e

Um terceiro, visando obter ganhos de eficiência e eficácia e assegurando uma racionalização das estruturas, no Ministério da Defesa Nacional, no Estado-Maior-General e nos três ramos das Forças Armadas, de modo a evitar redundâncias e disfunções, concentrar actividades, designadamente nos domínios da gestão de recursos, agilizar os processos de decisão e assegurar que as estruturas de direcção, comando e estado-maior e os serviços administrativos têm uma equilibrada dimensão face às suas missões, aos níveis e efectivos que dirigem.

Dada a amplitude da reforma e a natureza das instituições envolvidas, foi entendido que a apresentação dos diplomas orgânicos, da esfera do Ministério da Defesa Nacional, deveria ser feita num contexto mais amplo, pelo que o processo desencadeado pelas presentes orientações implica, concretamente, rever a Lei Orgânica do Ministério da Defesa Nacional, as Leis Orgânicas do Estado-Maior-General das Forças Armadas e dos ramos das Forças Armadas, as leis orgânicas dos organismos integrados no Ministério da Defesa Nacional e ainda a Lei de Bases de Organização das Forças Armadas (LOBOFA) e a Lei de Defesa Nacional e das Forças Armadas (LDNFA).

## III — Principais medidas

Para dar corpo aos objectivos estabelecidos, tendo em vista a preparação dos correspondentes instrumentos legais, serão tidas em conta as seguintes orientações, que se constituem como linhas estruturantes da reorganização da



estrutura superior da defesa nacional e das Forças Armadas a empreender:

A) Relativamente à macroestrutura do Ministério da Defesa Nacional (MDN):

1) Em matéria de estrutura orgânica do MDN, as orientações especiais para a sua reestruturação, constantes da Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2006, de 30 de Março, constituem a base organizacional a tomar como referência fundamental;

2) Manter a separação entre os órgãos e serviços centrais do MDN (OSC/MDN) e a estrutura das Forças Armadas, não perdendo de vista que se torna imperioso a eliminação de duplicações funcionais;

3) Reforçar as atribuições da Direcção-Geral de Política de Defesa Nacional (DGPDN), conferindo-lhe, nomeadamente, a responsabilidade pelo planeamento, estudo e elaboração de propostas e acompanhamento da execução das orientações de nível político-estratégico e sua avaliação;

4) Prever ainda, nas atribuições a cometer à DGPDN, relativamente às relações externas de defesa, as responsabilidades pela formulação de políticas de cooperação com outros Estados e ou organizações internacionais, pela integração e priorização das actividades neste âmbito, preparação da celebração de acordos e protocolos e elaboração de propostas e pareceres sobre o empenhamento nacional em missões internacionais;

5) Reavaliar as atribuições e dependência dos adidos de defesa no sentido da rentabilização do seu papel ao nível político-estratégico, para além do seu actual exercício de funções em matéria estratégico-militar. Para tal, os adidos de defesa, mantendo a sua dependência orgânica do Estado-Maior-General das Forças Armadas, passam também a depender funcionalmente da DGPDN;

6) Proceder à extinção das actuais Direcção-Geral de Infra-Estruturas (DGIE) e Direcção-Geral de Armamento e Equipamentos de Defesa (DGAED) e a criação de uma única Direcção-Geral agregadora;

7) Reforçar progressivamente as políticas integradoras nos domínios da gestão de recursos, humanos, financeiros e materiais, no universo da defesa nacional;

8) Implementar uma política integradora para toda a área dos sistemas de informação e tecnologias de informação e comunicação (SI/TIC) no universo da defesa nacional, criando para o efeito, ao nível do MDN, uma estrutura coordenadora dos SI/TIC e administradora dos SI/TIC de gestão, atribuindo à estrutura superior das Forças Armadas a definição dos requisitos operacionais e técnicos, a segurança e a gestão dos sistemas de comando e controlo militares;

9) Consolidar o Instituto da Defesa Nacional (IDN) como o principal órgão de apoio à formulação do pensamento estratégico nacional na directa dependência do MDN, procedendo-se ao seu redimensionamento e flexibilização da sua estrutura orgânica, no sentido de uma maior racionalização dos recursos e meios que lhe estão afectos, privilegiando-se a prossecução da sua missão primordial, prevendo os mecanismos de obtenção de economias resultantes do emprego dos recursos humanos do IDN em proveito do Instituto de Estudos Superiores Militares e vice-versa;

10) Integrar a Comissão Portuguesa de História Militar na estrutura orgânica do Instituto da Defesa Nacional;

11) Reformar o ensino superior público militar, adoptando os seguintes parâmetros:

a) Harmonizar e adaptar o modelo de formação de oficiais das Forças Armadas, incorporando as orientações do Processo de Bolonha;

b) Considerar que o ciclo de estudos integrado conduzente ao grau de mestre (2.º ciclo de Bolonha) deve constituir a habilitação mínima exigida para início da carreira para oficiais oriundos do ensino superior universitário militar;

c) Configurar o sistema de ensino superior público militar com base no Instituto de Estudos Superiores Militares, Escola Naval, Academia Militar e Academia da Força Aérea;

d) Transferir o Instituto de Estudos Superiores Militares (IESM) para a autoridade do Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas com a finalidade de promover a formação conjunta dos oficiais das Forças Armadas e como órgão essencial para a produção, difusão e implementação da doutrina militar conjunta e a sua desejável articulação com a doutrina própria de cada ramo das Forças Armadas e também para a produção da prospectiva estratégica militar;

e) Com a extinção da Escola Superior de Tecnologias Navais, da Escola Superior Politécnica do Exército, da Escola Superior de Tecnologias Militares Aeronáuticas e com excepção dos cursos da Escola do Serviço de Saúde Militar, passar a ministrar o ensino superior politécnico militar na Escola Naval, na Academia Militar e na Academia da Força Aérea, num contexto de igual dignidade e exigência, mas de vocação diferente do ensino superior universitário militar, garantindo assim maior eficiência e eficácia ao ensino superior militar, a par da racionalização e operacionalização dos recursos materiais e humanos;

f) Proceder à criação do Conselho do Ensino Superior Militar, órgão colegial, dependente directamente do Ministro da Defesa Nacional, destinado à coordenação das políticas que no domínio da defesa nacional cabem ao Ministério;

12) No âmbito da saúde militar, as medidas a desenvolver devem atender aos seguintes parâmetros:

a) Garantir, em matéria de saúde operacional e com base na doutrina da Aliança Atlântica, a prontidão das forças, a recuperação rápida de militares e o apoio às operações;

b) Prestar um serviço assistencial através do reforço de valências actualmente deficitárias, da eliminação de duplicações existentes e do eventual levantamento de novas valências julgadas necessárias;

c) Manter, no mínimo, uma capacidade de resposta idêntica à actual em termos de universo de utentes, número de camas, realização de consultas e exames médicos, considerando a disponibilização de capacidade hospitalar sobrando para o atendimento de utentes oriundos de entidades do sector público com as quais estejam firmados acordos, sem prejuízo do apoio médico aos militares e à família militar;

13) Ainda no âmbito da saúde militar, proceder à criação de um órgão, na dependência do Ministro da Defesa Nacional, responsável pela concepção, coordenação e acompanhamento das políticas de saúde a desenvolver no âmbito militar e de articulação com outros organismos congéneres do Estado. Neste órgão estarão representadas, nomeadamente, as chefias militares e entidades relevantes com responsabilidades em matéria de saúde a nível nacional;



14) Criar um Hospital das Forças Armadas, na dependência do Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas, organizado em dois pólos hospitalares, um em Lisboa e outro no Porto, observando as seguintes directrizes:

a) Consagrar o Pólo Hospitalar do Porto, mantendo e valorizando o Hospital Militar Regional 1 (Porto);

b) Encerrar o Hospital Militar Regional 2 (Coimbra);

c) Iniciar a instalação do Pólo Hospitalar de Lisboa, mediante o redimensionamento da estrutura hospitalar militar existente na área de Lisboa, através da racionalização e concentração de valências e de recursos, atendendo ao seguinte faseamento:

i) No curto prazo, proceder à racionalização e concentração de valências médicas e capacidades, constituindo serviços de utilização comum, guarnecidos por pessoal militar e civil dos três ramos das Forças Armadas;

ii) No médio prazo, redimensionar a estrutura hospitalar militar, através da sua concentração;

15) No desenvolvimento do Hospital das Forças Armadas, considerar a possibilidade de uma articulação na utilização de serviços e instalações com outras entidades, designadamente o Serviço Nacional de Saúde;

16) O órgão referido no n.º 13), terá como atribuição inicial o estudo da racionalização da rede hospitalar militar, bem como a proposta do respectivo modelo de gestão.

B) Relativamente à macroestrutura do Estado-Maior-General das Forças Armadas (EMGFA):

1) Conceber a macroestrutura do EMGFA tendo como referência central que é da competência do Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas (CEMGFA), em articulação com os Chefes de Estado-Maior dos Ramos, dirigir a execução da estratégia militar superiormente aprovada, assegurando a articulação entre os níveis político-estratégico e estratégico-operacional.

O CEMGFA é o principal conselheiro militar do Ministro da Defesa Nacional e o Chefe de mais elevada autoridade na hierarquia das Forças Armadas. Como tal, é responsável, ao nível estratégico-operacional, pelo planeamento e implementação da estratégia militar operacional, respondendo em permanência perante o Governo, através do Ministro da Defesa Nacional, pela capacidade de resposta militar das Forças Armadas, designadamente pela prontidão, emprego e sustentação da Componente Operacional do Sistema de Forças.

Para este efeito, são revistas as suas competências, prevendo o seu reforço, designadamente nas seguintes matérias:

a) Atribuição, sem prejuízo de competências próprias dos Chefes de Estado-Maior dos Ramos, de responsabilidades permanentes pela prontidão, disponibilidade, sustentação e emprego das forças e meios da Componente Operacional do Sistema de Forças;

b) Desenvolvimento da prospectiva estratégica militar, nomeadamente no âmbito dos processos de transformação;

c) Planeamento de Forças, e coordenação da atribuição dos recursos associados e harmonização do anteprojecto da proposta de lei de programação militar, em articulação com os Chefes de Estado-Maior dos Ramos, ouvido o Conselho de Chefes de Estado-Maior;

d) Certificação das forças pertencentes ao Sistema de Forças Nacional — Componente Operacional;

e) Coordenação, no âmbito das suas competências e sob orientação do Ministro da Defesa Nacional, da participação das Forças Armadas no plano externo, designadamente nas relações com organismos militares de outros países ou internacionais e outras actividades de natureza militar, nos planos bilateral e multilateral, incluindo a coordenação da participação dos ramos das Forças Armadas em acções de cooperação técnico-militar em compromissos decorrentes do respectivo programa quadro;

f) Harmonização da proposta orçamental das Forças Armadas, em articulação com os Chefes de Estado-Maior dos Ramos, ouvido o Conselho de Chefes de Estado-Maior;

g) Direcção do ensino superior militar conjunto ministrado no IESM, em articulação com os Chefes de Estado-Maior dos Ramos, no sentido de promover a doutrina e a formação militar conjunta dos Oficiais das Forças Armadas;

h) Direcção da concepção, aprovação, ratificação e implementação da doutrina militar conjunta e combinada, em articulação com os Chefes de Estado-Maior dos Ramos;

2) Proceder à transformação do EMGFA no sentido da sua estruturação em Quartel-General das Forças Armadas, dotado das estruturas e capacidades adequadas para apoiar o CEMGFA no exercício das suas competências, integrando:

a) Um Estado-Maior Conjunto (EMC) como órgão de planeamento geral, desenvolvendo novas competências, nomeadamente, a prospectiva estratégica militar e a doutrina militar conjunta;

b) Um Comando Operacional Conjunto (COC) permanente, dotado das valências necessárias de comando, controlo, comunicações e sistemas de informação, para o exercício do comando de nível operacional das forças e meios da componente operacional, em todo o tipo de situações e para as missões específicas das Forças Armadas consideradas no seu conjunto. Deve ainda permitir a ligação com as forças de segurança, e outros organismos do Estado ligados à segurança e defesa e à protecção civil;

3) Desenvolver no EMGFA adequadas capacidades no âmbito das informações e segurança, de modo a otimizar as respectivas actividades de nível estratégico-militar e operacional, em proveito do planeamento e condução das missões legalmente cometidas às Forças Armadas e das acções necessárias à garantia da segurança militar;

C) Relativamente aos ramos das Forças Armadas:

1) Vocacionar os ramos das Forças Armadas para a responsabilidade com a geração, preparação e sustentação das forças da Componente Operacional do Sistema de Forças Nacional e para o cumprimento das «missões particulares» e de outras missões de natureza operacional que lhe sejam atribuídas;

2) Os Chefes de Estado-Maior da Armada, do Exército e da Força Aérea comandam os respectivos ramos e são os chefes militares de mais elevada autoridade na hierarquia do respectivo ramo.

Sem prejuízo das competências genéricas do CEMGFA e do Conselho de Chefes de Estado-Maior, em matéria de coordenação e de harmonização, os Chefes de Estado-Maior da Armada, do Exército e da Força Aérea relacionam-se directamente com o Ministro da Defesa Nacional, designadamente, no âmbito da gestão sustentada de efectivos e



carreiras, da gestão corrente de recursos materiais, financeiros e infra-estruturas.

Os Chefes de Estado-Maior da Armada, do Exército e da Força Aérea articulam-se com o CEMGFA em aspectos relacionados com o treino das unidades operacionais, informações militares, ensino, doutrina conjunta, saúde militar e harmonização das propostas de leis de programação militar e de orçamento;

3) Os Chefes de Estado-Maior dos Ramos são ainda responsáveis, em ciclo com as directivas ministeriais, pela formulação e proposta da estratégia estrutural do respectivo ramo, da sua transformação e da estratégia genética associada aos sistemas de armas necessários ao seu reequipamento;

4) Os ramos das Forças Armadas dão continuidade à sua reestruturação, através da introdução de novas medidas de aprofundamento da racionalização, tendo em vista uma cada vez maior optimização do *ratio* entre o produto operacional e as actividades apoiadas, procurando o aligeiramento da estrutura organizacional e a redução do número de infra-estruturas utilizadas;

5) Os Chefes de Estado-Maior dos Ramos apoiam a criação e desenvolvimento de sistemas ou estruturas conjuntas, ao nível das Forças Armadas, sob a autoridade do CEMGFA, designadamente:

a) Criação de uma força conjunta, com capacidades que garantam prontidão e suficiente flexibilidade para emprego imediato, em resposta a situações de tensão ou a crises emergentes;

b) Constituição da capacidade conjunta de helicópteros;

c) Sistematização do treino operacional conjunto;

d) Sistema de informações militares, em proveito do planeamento e emprego de forças, da segurança militar, da uniformização de doutrinas e procedimentos e da formação de quadros;

e) Sistema de ensino superior militar conjunto.

D) Relativamente ao exercício do emprego operacional das Forças Armadas — Cadeia de Comando Operacional —, devem ser tidas em conta as seguintes directrizes:

1) Adotar o conceito de emprego operacional das Forças Armadas como uma actividade permanente e não excepcional, em virtude da frequência e probabilidade de ocorrência;

2) Reformular a cadeia de comando operacional, no sentido de a tornar mais ágil e pronta no acesso às Forças e meios;

3) Em situação não decorrente do estado de guerra, o emprego operacional das Forças Armadas é regulado pelas seguintes orientações para o exercício do comando das forças e meios da Componente Operacional do Sistema de Forças Nacional:

a) O CEMGFA é a entidade dotada de autoridade máxima para o exercício de comando operacional nas Forças Armadas, sendo o responsável a esse nível pelo emprego de todas as forças e meios da Componente Operacional, em todas as missões, nos planos externo e interno.

O CEMGFA exerce o comando completo dos comandos operacionais e o comando operacional das forças conjuntas e dos contingentes e forças nacionais que se constituam na sua dependência, tendo como subordinados directos, para este efeito, os comandantes daqueles comandos, contingentes e forças.

A sustentação das forças conjuntas e dos contingentes e forças nacionais compete aos ramos, dependendo os

respectivos Chefes de Estado-Maior do CEMGFA neste aspecto;

b) Os Chefes de Estado-Maior dos Ramos integram a estrutura de comando operacional das Forças Armadas, na dependência hierárquica do CEMGFA, como comandantes subordinados, visando a permanente articulação funcional do respectivo comando de componente com o Comando Operacional Conjunto;

c) O Comando Operacional Conjunto é o órgão de comando e controlo do CEMGFA para o emprego operacional das Forças Armadas. Neste âmbito articula-se funcionalmente, em permanência, com os comandos de componente dos ramos;

d) Os Comandos Operacionais Conjuntos dos Açores e da Madeira, e outros que venham a constituir-se, são também órgãos de comando e controlo dependentes, para o emprego operacional, do Comando Operacional Conjunto;

e) Dotar o Comando Operacional Conjunto de todas as capacidades para planear e conduzir o empenhamento operacional das forças e meios da Componente Operacional do Sistema de Forças e para garantir a sua articulação funcional com os comandos de componente dos ramos, incluindo as tarefas de coordenação administrativo-logísticas;

f) Sem prejuízo da sua permanente articulação funcional com o Comando Operacional Conjunto, os comandos de componente são os órgãos de comando dos Chefes de Estado-Maior dos Ramos para a preparação, aprontamento e sustentação das forças e meios da respectiva componente operacional e ainda para o cumprimento das respectivas «missões particulares» e de outras missões de natureza operacional que lhe sejam atribuídas;

g) Os actuais comandos operacionais dos ramos são reconfigurados em comandos de componente e co-localizados com o Comando Operacional Conjunto. Pelo que serão reduzidos e organizados, de modo a promover a sua articulação em permanência com o Comando Operacional Conjunto e com capacidade para integrarem, de forma modular, quando necessário, um quartel-general conjunto e projectável para comandar e controlar forças navais, terrestres e aéreas até ao escalão brigada ou equivalente.

#### Resolução do Conselho de Ministros n.º 40/2008

A EUROGALVA — Galvanização e Metalomecânica, S. A., é uma empresa de dimensão ibérica que se dedica ao tratamento de revestimento de metais, tendo como actividade principal o fabrico de produtos mediante galvanização por imersão a quente.

A EUROGALVA decidiu realizar um projecto de investimento que consiste na construção, em Santa Maria da Feira, de uma nova unidade de galvanização por imersão a quente, equipada com as mais modernas tecnologias disponíveis.

Este investimento ascende a um montante total de 6,8 milhões de euros, envolve a criação de 38 postos de trabalho e permitirá o alcançar em 2014, ano do termo da vigência do contrato, um volume de vendas de cerca de 44,069 milhões de euros e um valor acrescentado de aproximadamente 16,7 milhões de euros, em valores acumulados desde o ano de 2005.

Deste modo, considera-se que este projecto, pelo seu mérito, reúne as condições necessárias à admissão ao regime contratual e à concessão de incentivos financeiros e fiscais previstos para grandes projectos de investimento.



## ANEXO G

### **Exército quer aumentos para médicos militares In Correio da Manhã, 29/10/1998.**

20 Cm 29.10.98

## **Exército quer aumentos para médicos militares**

O Exército solicitou ao Governo um aumento de salário para os médicos militares que desempenhem funções de direcção de serviços ou que trabalhem nas urgências, informou ontem o Chefe do Estado-Maior do Exército (CEME).

O general Martins Barrento presidia à cerimónia de abertura solene do ano lectivo do Colégio Militar, que este ano coincidiu com a comemoração do 50º aniversário da sua entrada para aquele estabelecimento militar de ensino.

A proposta do Exército - que está em estudo - visa colmatar as significativas diferenças salariais existentes entre os médicos militares e os que exercem medicina na chamada sociedade civil, explicou o general.

A faculdade de exercer medicina privada é outra das medidas aceites pela instituição para manter nas fileiras os seus profissionais médicos, referiu Martins Barrento.

Este ano, e pela primeira vez na história das escolas de ensino superior das Forças Armadas, o Exército iniciou a frequência de cursos de Saúde Militar.

A Academia Militar admitiu 17 candidatos aos cursos de licenciatura militar em medicina e medicina dentária, superiormente aprovados pelos ministros da Defesa e da Educação.

O Chefe do Estado-Maior do Exército disse que a decisão resulta da crónica insuficiência de efectivos no contingente médico do ramo, o que tem obrigado a fazer cursos especialmente destinados a oficiais milicianos para as especialidades de Saúde Militar.

A título de exemplo, o general Martins Barrento evocou as dificuldades acrescidas que o Exército sentiu com a recente estada de um destacamento médico militar em Angola.

A decisão de ministrar esses cursos decorreu ainda da constatação de que a componente de formação militar dos médicos em serviço no ramo "era insuficiente", adiantou Martins Barrento.

A par dos cursos de medicina e medicina dentária, o Exército também recebeu autorização para formar médicos veterinários e farmacêuticos - mas não os ministra por ter os efectivos necessários nessas áreas.

## **Lei da Programação Militar**

A afectação em dez por cento das verbas atribuídas à Lei de Programação Militar (LPM), cuja medida governamental tinha já sido anunciada pelo ministro da Defesa Nacional, Veiga Simão, está dependente da aprovação do Orçamento para 1999, que prevê para a LPM um valor que ascende a mais de 33 milhões e meio de contos, destinados ao treino, operação e manutenção dos equipamentos e armamento das Forças Armadas.

A verba pode ser ainda utilizada em programas de investigação e desenvolvimento ou para a desactivação de munições obsoletas, tendo em vista a simultânea aquisição de bons equipamentos com melhores condições de utilização.

Devido ao facto de mais de metade da verba para as Forças Armadas destinar-se ao pagamento de pessoal, Veiga Simão prefere manter menos material mas com a devida qualidade, em tempos de contenção orçamental, provocados pela aplicação do Pacto de Estabilidade da moeda única, que irão marcar os próximos anos.

O Chefe do Estado-Maior do Exército, general Martins Barrento, defendeu ontem um aumento para os médicos militares que desempenham funções de direcção de serviço ou trabalham nas urgências (foto Hugo Correia)

