

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

**2011/2012**



**TII  
(Trabalho de Investigação Individual)**

**A SAÚDE MILITAR, PERSPETIVAS FUTURAS**

**DOCUMENTO DE TRABALHO**

O TEXTO CORRESPONDE A TRABALHO FEITO DURANTE A FREQUÊNCIA DE CURSO NO IESM, SENDO DA RESPONSABILIDADE DOS SEUS AUTORES, NÃO CONSTITUINDO ASSIM DOCTRINA OFICIAL DA MARINHA PORTUGUESA / DO EXÉRCITO PORTUGUÊS / DA FORÇA AÉREA PORTUGUESA / DA GUARDA NACIONAL REPUBLICANA.

José de Gouveia de Albuquerque e Sousa  
CMG MN



**INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES**

**A SAÚDE MILITAR, PERSPETIVAS FUTURAS**

**CMG MN José de Gouveia de Albuquerque e Sousa**

Trabalho de Investigação Individual

Lisboa, 2012



# **INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES**

## **A SAÚDE MILITAR, PERSPETIVAS FUTURAS**

**CMG MN José de Gouveia de Albuquerque e Sousa**

Trabalho de Investigação Individual

Orientador:

Capitão-de-mar-e-guerra Tirocinado, Carlos Miguel Reis Silva de Oliveira e Lemos

Lisboa, 2012



## **Agradecimentos**

Ao Capitão-de-mar-e-guerra Tirocinado, Carlos Miguel Reis Silva de Oliveira e Lemos, meu orientador, pela sua elevada competência científica e total disponibilidade para o acompanhamento e aperfeiçoamento do estudo.

As sempre pertinentes e relevantes críticas, correções e sugestões feitas durante a orientação, o seu apoio, amizade e generosidade, constituíram estímulo indispensável para a incessante procura da melhoria deste trabalho de investigação.

À Diretora dos Serviços de Saúde e Assuntos Sociais da DGPRM do Ministério da Defesa Nacional, Dr<sup>a</sup> Isabel Maria Neves Madeira, pela amizade e disponibilidade reveladas, e pela informação facultada, a qual em muito contribuiu para o aperfeiçoamento deste estudo.

Aos Excelentíssimos:

Presidente do Conselho de Direção do IASFA, Tenente-general Francisco António Fialho da Rosa,

Ex-chefe do Grupo de Trabalho para a racionalização da rede hospitalar militar, Major-general José Carlos Nunes Marques,

Ex-diretor do Serviço de Saúde da Marinha, Contra-almirante, Médico naval, Eduardo Teles Castro Martins,

Diretor do Serviço de Saúde do Exército, Major-general, Médico, Esmeraldo Correia da Silva Alfarroba,

Diretor do Serviço de Saúde da Força Aérea, Major-general, Médico, José Maria Gouveia Duarte,

Diretor da Escola do Serviço de Saúde Militar, Contra-almirante, Médico Naval, Armando Filipe da Silva Roque,

Diretor do Serviço de Saúde da Marinha, Capitão-de-mar-e-guerra Tirocinado, Médico Naval, João Nuno da Rocha e Menezes Cordeiro,

Pelo inestimável contributo dado para a elaboração do presente estudo, não só pela disponibilidade, cordialidade e profissionalismo com que me receberam, como também pela informação e pela orientação técnica e científica que me facultaram.



## Índice Geral

<b>Resumo</b> .....	vi
<b>Abstract</b> .....	vii
<b>Palavras-chave</b> .....	viii
<b>Keywords</b> .....	viii
<b>Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos</b> .....	ix
<b>Introdução</b> .....	12
- Enunciado do tema e contexto da investigação .....	12
- Justificação do estudo .....	15
- Objeto de estudo e sua delimitação .....	16
- Objetivos da investigação .....	17
- Questão central e questões derivadas .....	17
- Procedimento metodológico .....	18
- Instrumentos metodológicos .....	18
- Organização do estudo .....	18
<b>1. Justificação de um hospital militar em tempo de paz</b> .....	20
a. Missão do sistema de saúde militar .....	20
b. Organização do sistema de saúde militar .....	21
c. O que distingue um hospital militar de um hospital civil? .....	22
(1) Métodos e atributos comuns aos hospitais militares e civis .....	22
(2) Métodos e atributos próprios do hospital civil .....	23
(3) Métodos e atributos próprios do hospital militar .....	25
d. Síntese conclusiva .....	27
<b>2. Realidade atual da rede hospitalar militar portuguesa</b> .....	28
a. Rede hospitalar militar portuguesa .....	28
(1) População alvo .....	28
(2) Infraestruturas e equipamentos .....	31
(3) Recursos humanos .....	34
Carreiras médicas, de enfermagem e de TDT .....	34
Recursos humanos do SSM .....	36
(4) Estatística do movimento assistencial .....	37
(5) Modelo de financiamento .....	41
(6) IASFA - subsistema ADM, cuidados primários e apoio a idosos .....	42
Subsistema ADM .....	42
Cuidados primários e apoio a idosos .....	43
b. A RHM de outros países da União Europeia (EU) e da NATO .....	44
c. Síntese conclusiva .....	44
<b>3. Orientações e critérios propostos para apoio aos trabalhos de racionalização de rede hospitalar militar</b> .....	47
a. Porquê reformar a RHM? .....	48
b. Para quê reformar a RHM? .....	49



c. Que orientações e critérios deverão ser propostos para a melhoria da estruturação orgânica e funcional do futuro HFAR?.....	49
(1) Universo populacional e tipo de urgência.....	50
(2) Quadro médico.....	54
(3) Carreiras dos profissionais de saúde militares .....	56
(4) Modelo de financiamento .....	56
(5) Articulação com o IASFA e implementação de rede de cuidados continuados ....	57
(6) Estrutura organizacional do HFAR.....	58
d. Síntese conclusiva.....	63
<b>Conclusões e recomendações</b> .....	64
- Retrospectiva sobre o procedimento metodológico .....	64
- Processo de resposta às questões e validação das hipóteses .....	64
- Contributos da investigação para o conhecimento e considerações gerais de ordem prática .....	65
<b>Bibliografia</b> .....	70

### Índice de Figuras

Figura nº 1: Objetivos do estudo .....	17
Figura nº 2: Questões central e derivadas.....	17
Figura nº 3: Hipóteses de investigação .....	17
Figura nº 4: Procedimento metodológico .....	18
Figura nº 5: Estrutura organizacional dos órgãos de cúpula do SSM .....	21
Figura nº 6: Hospital – organização complexa com uma estrutura burocrática .....	22
Figura nº 7: Métodos e atributos específicos dos hospitais militares .....	27
Figura nº 8: Realidade atual da RHM portuguesa .....	45
Figura nº 9: Análise SWOT no âmbito de racionalização da RHM.....	47
Figura nº 10: Estrutura orgânica do núcleo operacional do HFAR (Pólo de Lisboa) .....	60

### Índice de Tabelas

Tabela nº 1: Utentes ADM (distribuição por ramos e totais) .....	29
Tabela nº 2: Distribuição geográfica dos beneficiários ACS.....	29
Tabela nº 3: Distribuição geográfica dos beneficiários ADM .....	30
Tabela nº 4: Distribuição etária e por sexos dos beneficiários ADM .....	30
Tabela nº 5: RHM- capacidade instalada .....	32
Tabela nº 6: Estruturas de saúde militar ao serviço dos três Ramos .....	33
Tabela nº 7: Infraestruturas e equipamentos de diagnóstico e terapêutica da RHM .....	33
Tabela nº 8: Médicos do SSM – mapa de distribuição global.....	37
Tabela nº 9: Perfil evolutivo da atividade assistencial da RHM de Lisboa (triénio 2007-2009).....	38
Tabela nº 10: Especialidades cirúrgicas com maior número de consultas .....	38
Tabela nº 11: Especialidades com maior atividade cirúrgica .....	38
Tabela nº 12: Especialidades médicas com maior número de consultas .....	39
Tabela nº 13: Atividade assistencial da RHM de Lisboa em 2010 .....	39
Tabela nº 14: Balanço 2010 do HMR1 (Porto) .....	42



---

Tabela nº 15: Estrutura organizacional do HFAR (Pólo de Lisboa).....	59
Tabela nº 16: Estruturação do núcleo operacional do HFAR em Serviços e Unidades.....	61

### **Índice de Gráficos**

Gráfico nº 1: Taxa mensal de ocupação das camas do HMR1 (2009) .....	40
Gráfico nº 2: Perfil assistencial do HMR1 (cirurgias).....	40
Gráfico nº 3: Perfil assistencial do HMR1 (internamentos).....	40
Gráfico nº 4: Perfil assistencial do HMR1 (consultas).....	40
Gráfico nº 5: Perfil assistencial do HMR1 (urgências).....	40

### **Índice de Anexos**

Anexo A – Níveis de atuação da cadeia de evacuação sanitária militar.....	Anx A
Anexo B – Estrutura organizacional do Sistema de Saúde Militar e descrição da sua componente operacional.....	Anx B
Anexo C – SNS e regime jurídico dos seus hospitais (revisão sinóptica).....	Anx C
Anexo D – Quadro dos médicos do SSM por especialidade e colocação.....	Anx D

### **Índice de Apêndices**

Apêndice 1 – Plano geral de investigação.....	Apd 1
Apêndice 2 – Diagrama de validação das hipóteses.....	Apd 2
Apêndice 3 – Glossário termos.....	Apd 3



## **Resumo**

O presente trabalho visou determinar quais os métodos e atributos que deverão presidir à edificação do futuro Hospital das Forças Armadas (HFAR), com vista à colmatação das insuficiências e das lacunas identificadas nos modelos até agora propostos.

Recolheu-se a informação pertinente, através da pesquisa bibliográfica e análise documental, complementadas com entrevistas exploratórias a personalidades de reconhecido mérito na temática em apreço, com vista à identificação dos aspectos que justificam o SSM e o HFAR, ao estudo da realidade actual da rede hospitalar militar (RHM), e à concepção do futuro HFAR.

Foi demonstrado que o Serviço de Saúde Militar (SSM) e os hospitais militares possuem matrizes, genéticas, estruturais e operacionais, que os distinguem do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e respectivos hospitais, e que os justificam, mesmo em tempo de paz; a RHM apresenta défices que causam deterioração progressiva da actividade assistencial e põem em causa a sua existência.

Concluiu-se pela necessidade da reforma da RHM conducente à criação do HFAR, centro hospitalar com dois pólos, um em Lisboa, outro no Porto, com concentração dos recursos RHM de Lisboa numa única estrutura edificada em torno de valências de interesse prioritário para as FFAA, assente: i) na modularidade e na polivalência dos espaços; ii) na idoneidade dos serviços; iii) no reforço da sua capacidade formativa e de treino; iv) na melhoria da articulação funcional com as outras estruturas relacionadas com a saúde militar; v) na revitalização da actividade assistencial, obtida através do alargamento da prestação de cuidados assistenciais a outros sectores populacionais.

Foi proposta uma estrutura funcional e orgânica e sugeridos dois modelos: i) um, baseado no alargamento da população alvo, com SUMC e integração na rede nacional de SU e de emergência médica; ii) outro, com população alvo mais restrita, com SUB, com referenciação da maioria dos doentes urgentes para a rede de SU do SNS, e com treino obrigatório do seu quadro médico em SU Polivalente e/ou em emergência médica pré-hospitalar.

Finalmente, recomendou-se a criação de um órgão inserido no Ministério da Defesa Nacional, colocado ao nível dos outros órgãos de suporte à gestão de recursos, destinado a melhorar a interoperabilidade entre o HFAR e as diversas estruturas do SSM, nomeadamente os serviços de saúde dos Ramos.



### ***Abstract***

*This study aims to determine which methods and attributes should govern the building of the future Armed Force's Hospital (AFH), in order to solve the vulnerabilities identified in the models so far proposed.*

*In order to identify aspects that justify the Military Health Service (MHS) and AFH, to study the current situation of the military hospital network (MHN), and the design of the future AFH, relevant information was collected through literature search, documents analysis, and exploratory interviews with personalities of recognized merit in the subject under consideration.*

*It has been demonstrated that the MHS and the military hospitals have structural and operational patterns, that distinguish them from the National Health Service (NHS) and its hospitals, and that justifies them, even in peacetime. MHN has a deficit that cause progressive deterioration of activity and threatens its existence.*

*It was concluded by the need of the MHN reform targeted to the creation of HFAR, a hospital center with two poles, one in Lisbon and another in Porto, with a concentration of Lisbon MHN resources into a single structure built around the medical specialities of major interest to the armed forces , based on: i) the modularity and versatility of the spaces; ii) the suitability of services; iii) the strengthening of their formative and training capabilities ; iv) the improvement of functional coordination with the other structures associated with the military health; v) the revitalization of activity, obtained by providing supportive care to other sectors of the population.*

*It was proposed a functional and organic structure and suggested two models: i) one based on the enlargement of the target population, fitted out with a Medical-Surgery Emergency Service and connected with the national network of Emergency Services (ES) and with the medical emergency; ii) another one with more restricted target population, with Primary Emergency Service Level, referring the most urgent patients to the NHS network of ES, and demanding mandatory training of its medical staff in central ES and / or pre-hospital medical emergency.*

*Finally, it was recommended the creation of an organ inserted in the Ministry of the National Defence, put at the level of other organs of support to the resource management, in order to improve the interaction between the AFH and the remaining structures of the MHS, namely the health services of the Armed Force's Branches.*



### **Palavras-chave**

Sistema;  
Saúde militar;  
Hospital;  
Forças Armadas;  
Reforma;  
Gestão.

### ***Keywords***

*System;*  
*Military Health;*  
*Hospital;*  
*Armed Forces;*  
*Reform;*  
*Management.*



### Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde  
ADM – Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas  
ADMG – Subsistema de Assistência na Doença aos Militares da Guarda  
ADSE – Assistência na Doença aos Servidores do Estado  
AFA – Academia da Força Aérea  
AFH – *Armed Forces Hospital*  
AIRMEDVAC – Evacuações aeromédicas estratégicas  
AJP-4.10 (A) - *Allied Joint Medical Support Doctrine*  
AM – Academia Militar  
AR – Assembleia da República  
ARS – Administrações Regionais de Saúde  
CAS – Centro de Apoio Social  
CEM – Chefe do Estado-Maior  
CEMA – Chefe do Estado-Maior da Armada  
CEME – Chefe do Estado-Maior do Exército  
CEMFA – Chefe do Estado-Maior da Força Aérea  
CEMGFA – Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas  
CFS – Curso de Formação de Sargentos  
CMA – Centro de Medicina Aeronáutica  
CMMP – Centro Militar de Medicina Preventiva  
CMMV – Centro Militar de Medicina Veterinária  
CMSH – Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica  
COMEDS/NATO – *Committee of the Chiefs of Military Medical Services in NATO*  
COSF – Componente operacional do sistema de forças  
COSM – Conselho de Saúde Militar  
CPSIFA – Centro de Psicologia da Força Aérea  
DCS – *Damage Control Surgery*  
DFA – Militares Deficientes das Forças Armadas  
DGO – Direcção Geral do Orçamento  
DGPRM – Director-Geral do Pessoal e do Recrutamento Militar  
DL – Decreto-Lei  
DN – Defesa Nacional  
DS – Direcção de Saúde



DSM – Divisão de Saúde Militar  
DSSAS – Direcção de Serviços de Saúde e Assuntos Sociais  
EMESU – Estabelecimentos Militares de Ensino Superior Universitário  
EMFAR – Estatuto dos Militares da Forças Armadas  
EN – Escola Naval  
EPE – Entidade Pública Empresarial  
ES – *Emergency Service*  
ESSM – Escola do Serviço de Saúde Militar  
FFAA – Forças Armadas  
FMC – Formação militar complementar  
GT – Grupo de trabalho  
HFA – Hospital da Força Aérea  
HFAR – Hospital das Forças Armadas  
HIP - Hipótese  
HM – Hospital da Marinha  
HMB – Hospital Militar de Belém  
HMP – Hospital Militar Principal  
HMR1 – Hospital Militar Regional nº 1  
IASFA – Instituto de Acção Social das Forças Armadas  
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica  
LAFTM – Laboratório de Análises Fármaco-toxicológicas da Marinha  
LOE – Lei do Orçamento do Estado  
LPQFE – Laboratório de Produtos Químicos e Farmacêuticos do Exército  
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica  
MDN – Ministro da Defesa Nacional  
MFR – Medicina Física e de Reabilitação  
MGF – Medicina Geral e Familiar  
MHN – *Military Hospital Network*  
MHS – *Military Health Service*  
MTF – *Medical Treatment Facility*  
NATO – Organização do Tratado do Atlântico Norte  
NBQR – Nuclear Biológica Química e Radiológica  
NHS – *National Health Service*  
OAC – Órgão de Apoio Comum a mais do que um Ramo, relacionado com a saúde militar



- OE – Objetivo específico
- OG – Objetivo geral
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- ORL – Otorrinolaringologia
- PF – Programa Funcional
- PIB – Produto Interno Bruto
- POE – Proposta do Orçamento do Estado
- PRACE – Programa da Reestruturação da Administração Central do Estado
- QC – Questão central
- QD – Questão derivada
- QE TEDT – Quadro Especial de Técnicos de Enfermagem e de Diagnóstico e Terapêutica
- QP – Quadro permanente
- QPM – Quadro permanente de médicos militares
- RC – Regime de contrato
- RCC – Rede de cuidados continuados
- RCM – Resolução do Conselho de Ministros
- RHM – Rede hospitalar militar
- RHML – Rede hospitalar militar de Lisboa
- RV – Regime de voluntariado
- SAD-PSP – Subsistema de Saúde da Polícia de Segurança Pública
- SAMED – Serviço de Apoio Médico
- SC – Serviços Conjuntos
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- SPA – Sector Público Administrativo
- SSM – Sistema de Saúde Militar
- SUB – Serviço de urgência de nível básico
- SUC – Serviços de Utilização Comum
- SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
- SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*
- TAC – Tomografia axial computadorizada
- TDT – Técnicos de diagnóstico e de terapêutica
- TS – Classe de Técnicos Superiores
- UH – Unidade Hospitalar
- UTITA – Unidade de Tratamento Intensivo das Toxicodependências e Alcoolismo



## Introdução

### - Enunciado do tema e contexto da investigação

O tema “*Saúde Militar, perspectivas futuras*” inscreve-se na área científica da gestão, mais concretamente no âmbito da gestão hospitalar, do Sistema de Saúde Militar (SSM) e das organizações, e insere-se no contexto que, sucintamente, se passa a descrever.

As alterações geoestratégicas, os constrangimentos económico-financeiros e a desadequação estrutural e funcional do SSM, em especial da sua rede hospitalar militar (RHM), são fatores considerados na decisão política da sua reestruturação, a qual se norteia pela racionalização de recursos e pela melhoria da eficácia e da eficiência, tendo em vista o aumento da sua capacidade de adaptação e de resposta à nova conjuntura acima descrita.

Assim, foi determinado, através da Resolução de Conselho de Ministros (RCM) nº 39/2008, de 28 de Fevereiro, que o SSM, o qual continuava a caracterizar-se pela persistência dos modelos organizativos e das infraestruturas de outrora (Coelho, 2006, s.p., Marques, 2006, s.p., Ferreira, 2007, pp. 149-162), devia ser objecto de uma reestruturação baseada na racionalização da RHM, conducente à criação do Hospital das Forças Armadas (HFAR), com dois pólos, um em Lisboa (consagrado de forma faseada, começando pela criação de serviços conjuntos, seguindo-se-lhe a concentração numa única estrutura), o outro no Porto (assegurado pela preservação e melhoria funcional do Hospital Militar Regional nº 1 - HMR1), funcionando na dependência directa do Chefe do Estado-Maior das Forças Armadas (CEMGFA)<sup>1</sup>.

Este plano de reforma apresentava-se, assim, em linha de continuidade com as duas mais recentes iniciativas reformistas do SSM:

- A primeira, focalizada na “*racionalização, determinando a criação de oito serviços de utilização comum, todos concretizados à exceção do Laboratório de Hemodinâmica*” (Marques, 2006, s.p);

- A segunda, que conduziu à elaboração de uma proposta, que não vingou, de reforma da saúde militar que incluía a racionalização da rede hospitalar de Lisboa numa

---

<sup>1</sup> Lei Orgânica nº 1-A/2009, de 7 de Julho – aprova a Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas.



única estrutura, capaz de prestar cuidados assistenciais de nível Role 4<sup>2</sup> (classificação Role – Anexo A).

Prosseguindo as incitativas supra-mencionadas, e com vista à consecução das orientações emanadas da RCM n.º39/2008, foram empreendidas as seguintes acções legais:

- Concessão de personalidade jurídica ao HFAR<sup>3</sup>;
- Criação de um Grupo de Trabalho (GT), para estudar a racionalização de valências hospitalares e de recursos, de que resultou uma proposta para a constituição de Serviços Conjuntos (SC) em 19 especialidades hospitalares<sup>4</sup>;
- Criação, através do Despacho do Ministro da Defesa Nacional (MDN) n.º 10826/2010, de 16 de junho, de 20 SC com base na proposta anterior, embora sujeita a alterações de forma e conteúdo;
- Promulgação, através Despacho do MDN n.º 7770/ 2010, de 16 de abril, da Diretiva Ministerial para a implementação da reforma da estrutura superior de defesa e das FFAA que, ao incluir também a saúde militar, motivou a constituição de um GT que ficou incumbido de elaborar a proposta do programa funcional (PF) do HFAR (pólo de Lisboa) assente numa única unidade hospitalar e incluindo o tipo e a dimensão do serviço de urgência, a qual foi entregue em março de 2011, tendo merecido parecer favorável do Conselho de Saúde Militar (COSM) em junho<sup>5</sup>;
- Ao CEMGFA foi atribuída a tarefa de apresentar até ao fim de 2010 um plano que incluísse a natureza, organização, financiamento e modelo de gestão e funcionamento do futuro HFAR<sup>6</sup>.

Mais recentemente, em consonância com as orientações emanadas do Programa do XIX Governo Constitucional, com as medidas do programa internacional de ajuda económico-financeira ao Estado Português, e com o Documento de Estratégia Orçamental 2011-2015, foi criada, por Despacho do MDN n.º 52/2011, de 24 de Agosto, uma equipa técnica incumbida de apresentar uma proposta que incluísse, não só as alterações que

---

<sup>2</sup> Relatório Final do GT para a Reforma do SSM, criado por Despacho Conjunto n.º 393/2006, de 15 de maio de 2006, dos Ministérios das Finanças e Administração Pública e da Defesa Nacional.

<sup>3</sup> Artigo 43.º da Lei Orgânica do EMGFA, aprovada por Decreto-Lei n.º 234/2009, de 15 de setembro.

<sup>4</sup> Relatório do GT criado pelo Despacho de 11/02/2010 do MDN, para a Racionalização da RHM, 16/04/10.

<sup>5</sup> Relatório do GT criado pelo Despacho do MDN n.º 10825/2010, de 16/07, para a Elaboração do PF do HFAR (Lisboa), 15/03/01 - unidade hospitalar única concebida por departamentos, privilegiando as valências prioritárias para a medicina de campanha, servindo uma população de cerca de 75.000 pessoas e com uma urgência básica.

<sup>6</sup> PF HFAR – Perfil assistencial, 01/2011; PF HFAR - Actividade e funcionamento, 01/2011.



julgasse pertinentes ao PF do HFAR (Lisboa), elaborado pelo GT criado pelo Despacho nº 10825/MDN/2010, como também a melhor localização para a sua instalação<sup>7</sup>.

Assim, através do Despacho do MDN nº 16437/2011, de 5 de Dezembro, foi determinado que o pólo de Lisboa do HFAR ficará instalado no espaço fisco ocupado pela Unidade Hospitalar do Lumiar, e que no processo da sua edificação deverão ser consideradas as propostas de alteração apresentadas ao PF do HFAR, pela equipa supramencionada.

Entretanto, por força do Despacho do MDN nº 15302/2011, de 27 de Outubro, foi criada uma outra equipa técnica incumbida de apresentar um modelo integrado de organização do SSM que permita garantir uma eficaz e eficiente afectação dos recursos, maximizando o aproveitamento de sinergias, aguardando-se para breve a divulgação do respetivo relatório final, o qual se encontra já elaborado.

Na sequência deste, o Despacho do MDN nº 123/2011, de 16 de Dezembro, determinou a inventariação, até 31 de Dezembro de 2011, dos dispositivos médicos afectos aos serviços de saúde dos três ramos das FFAA, assim como a sujeição da aquisição de novos dispositivos, produtos, serviços e realização de obras à prévia aprovação do Secretário de Estado Adjunto da Defesa Nacional.

Encontra-se também em fase de escrutínio na Presidência da República (após aprovação na Assembleia da República), o projeto de decreto-lei relativo ao pólo de Lisboa do HFAR.

Por último, o Despacho nº149/MDN/2012, determina que O Grupo de Trabalho para a Reorganização da Estrutura Superior da Defesa Nacional e das Forças Armadas deverá ter em consideração a reforma e a racionalização do SSM (nº5, alínea g.), estando para o efeito incumbido de estudar a criação de um órgão coordenador da saúde militar (nº7, alínea g.).

O SSM enfrenta assim um desafio, cuja palavra de ordem é *racionalizar*, e que comporta riscos de vária ordem, pelo que importa, não só não perder de vista o papel fulcral que o SSM desempenha relativamente às FFAA (e conseqüentemente ao País), como também ter presente que, por vezes, as adversidades constituem oportunidades de reforma e de melhoria funcional.

---

<sup>7</sup> Relatório Final, 30/09/2011.



## **- Justificação do estudo**

A justificação do tema – *Saúde Militar, perspectivas futuras* – decorre da importância que a Saúde Militar tem para as Forças Armadas (FFAA) e para o Poder Político, por três ordens de razões, a saber:

- Pela natureza da missão primordial do SSM (contribuir para a operacionalidade das FFAA, as quais são o instrumento de defesa militar do Estado, e um dos meios necessários à consecução das suas políticas de defesa, de segurança e externa);

- Pelas exigências acrescidas, em termos de apoio à missão das FFAA e do respetivo SSM, impostas pela natureza das missões e dos teatros de operações das forças militares no atual contexto geopolítico internacional;

- Pelos requisitos necessários para atingir este objetivo de cumprimento de missão com o nível de excelência exigido, fazendo com que o SSM necessite de pessoal, meios e organização, por sua vez geradores de capacidade que é também usada para apoio à Família Militar e, eventualmente, à restante sociedade nacional, quer de forma rotineira, quer no contexto de crise ou de emergência.

A atualidade do tema deriva do processo em curso de reorganização do SSM, o qual é motivado pela necessidade da sua adequação estrutural e funcional aos novos desafios postos pela atual situação económico-financeira do País e pela realidade político-militar internacional.

Efetivamente, a atual RHM evidencia défices estruturais que se traduzem por gestão inadequada de recursos e por perda progressiva de eficácia e de eficiência, nomeadamente na atividade assistencial desenvolvida ao nível do internamento, o que acarreta desajuste funcional face às exigências da missão que lhe está atribuída, no seu todo.

Assim, importa avaliar, de forma integrada, as orientações políticas concretas relativas à racionalização da RHM, e encarar as imposições agora formuladas como uma oportunidade para rever o modo de edificação, estruturação e operacionalização dos meios disponíveis para o futuro Hospital das Forças Armadas (HFAR), que se quer mais racional, eficiente e eficaz, tendo em vista o cabal cumprimento da sua Missão.

Nomeadamente, considera-se de crucial importância, a criação de sinergias proporcionadas pela interação com o SNS, geradoras de:

- Prestação de um serviço de utilidade pública por parte do HFAR;



- Casuística necessária à formação e ao treino contínuo dos profissionais de saúde do HFAR, por sua vez essencial à aquisição de perícias e de competências por parte destes, indispensáveis ao seu bom desempenho no teatro operacional, no apoio sanitário à componente operacional do sistema de forças (COSF).

É neste contexto que se insere o presente estudo, o qual deverá ser conduzido de forma a permitir uma conceptualização do futuro HFAR que respeite as orientações superiormente emanadas e que reforce a sua capacidade de atuação, incidindo sobre os aspetos e questões presentemente em aberto, ou em relação às quais identificamos insuficiências, nos modelos até agora propostos.

### **- Objeto de estudo e sua delimitação**

O objeto de estudo deste Trabalho de Investigação Individual (TII) centra-se no contributo para a melhoria do modelo de gestão a aplicar ao futuro HFAR, adequando-o à reforma em curso da saúde militar e às suas novas missões, sem, contudo, descuidar a sua missão secundária, de apoio assistencial à Família Militar e de utilização das capacidades sobranes de atuação em prol da sociedade e do país, a qual por sua vez contribui decisivamente para atingir os níveis de excelência exigidos para o cumprimento da missão principal.

Para a sua consecução, o presente estudo centrar-se-á mais nas seguintes vertentes:

- Identificação das insuficiências e das lacunas contidas nas medidas relativas à gestão do futuro HFAR;

- Identificação e aproveitamento das valências e recursos (humanos e materiais) disponíveis;

- Definição das valências prioritárias para a medicina militar, em torno das quais deverá ser idealizada a estrutura organizacional do HFAR, obedecendo à lógica do reforço da eficiência e da eficácia, da otimização da gestão dos recursos e da interoperabilidade com os outros órgãos relacionados com a saúde militar.

Para efeitos da delimitação do tema, e tendo em conta o seu objeto primordial, iremos desenvolver no presente trabalho apenas os aspetos que caracterizam a componente hospitalar da saúde militar, com particular enfoque para a da área de Lisboa, revendo apenas o essencial das outras estruturas de saúde, com vista à caracterização do SSM, no seu todo.



## - Objetivos da investigação

Foram definidos para a presente investigação um objetivo geral (OG), principal, e seis objetivos específicos (OE), os quais se sistematizam na Figura nº 1:

<b>OG</b>	<b>Definir as medidas a implementar para a otimização do modelo de gestão do futuro HFAR.</b>
<b>OE1</b>	Caracterizar a estrutura e a missão do SSM, para definir melhor o papel do HFAR no seio deste subsistema
<b>OE2</b>	Caracterizar o HFAR em termos organizacionais e identificar os aspetos (ambiente envolvente, população alvo, missão, estrutura organizacional e modelos de gestão) que diferenciam os hospitais militares dos hospitais civis.
<b>OE3</b>	Identificar as potencialidades dos hospitais do SNS, e tirar partido daquelas que sejam conciliáveis com a realidade militar, para a otimização do modelo de gestão a aplicar ao HFAR.
<b>OE4</b>	Proceder ao diagnóstico da situação atual da RHM portuguesa, para daí se extraírem ensinamentos úteis para a melhoria do modelo de gestão do futuro HFAR.
<b>OE5</b>	Proceder a uma breve análise da situação atual da RHM de outros países amigos da EU e da NATO, e extrair daí alguns ensinamentos úteis à edificação do futuro HFAR.
<b>OE6</b>	Proceder à análise SWOT da RHM portuguesa, com vista ao melhor planeamento do HFAR.

Figura nº 1: Objetivos do estudo

## - Questão central e questões derivadas

Na sequência da definição do objeto de investigação e dos objetivos do estudo, foi levantada a questão central (QC) e as seguintes questões derivadas (QD):

<b>QC</b>	<b>Como melhorar o modelo de gestão a aplicar ao futuro HFAR?</b>
<b>QD1</b>	O que justifica um hospital militar em tempo de paz?
<b>QD2</b>	Qual é a realidade atual da rede hospitalar militar portuguesa?
<b>QD3</b>	Que orientações e critérios deverão ser propostos para a melhoria da estruturação orgânica e funcional do futuro HFAR?

Figura nº 2: Questões central e derivadas

Como resposta prévia às questões derivadas e orientação do trabalho empírico, foram construídas as seguintes hipóteses (Hip) de investigação:

<b>Hip1</b>	Os hospitais militares têm aspetos estruturais inerentes à sua missão que os distinguem dos hospitais civis, os quais justificam a sua existência como unidades autónomas do SSM, e constituem a matriz nuclear em torno da qual deverá ser estruturado o futuro HFAR.
<b>Hip2</b>	A RHM portuguesa diverge das de outros países amigos da EU e da NATO, e evidencia um baixo rendimento resultante de diversos fatores, tais como a dispersão de infraestruturas e de recursos humanos e materiais, e outros, cuja identificação é determinante para o planeamento do futuro HFAR.
<b>Hip3</b>	A estruturação do futuro HFAR deverá colmatar as omissões e as insuficiências identificadas no modelo funcional proposto para o HFAR, minimizar as vulnerabilidades e maximizar as potencialidades que a RHM evidencia, e proporcionar a atenuação/superação das ameaças, bem como proporcionar o aproveitamento das oportunidades no ambiente em que o HFAR se insere.

Figura nº 3: Hipóteses de investigação



As hipóteses, juntamente com os objetivos e as questões derivadas integram o *Plano Geral de Investigação* (Apêndice 1).

### - Procedimento metodológico

O trabalho será desenvolvido de acordo com a metodologia padrão de abordagem científica, constante da NEP n.º DE/218, de 15 de setembro de 2011 e respetivos anexos.

O procedimento metodológico, de onde se destaca a *QC*, as *QD* e as *Hip*, apoia-se no método hipotético-dedutivo e baseia-se em quatro fases fundamentais (F1 - F4), sistematizadas na Figura nº 4:

Fases	Objetivos
F1	Recolha da informação disponível, com pertinência para a investigação proposta, a partir da qual serão deduzidas indicações concretas para a sua consecução.
F2	Processamento da informação colhida, com vista à elaboração do diagnóstico relativo ao estado atual da Saúde Militar, e em particular da sua rede hospitalar.
F3	Análise das questões deixadas em aberto, ou em relação às quais identificamos insuficiências, no modelo proposto para o futuro HFAR.
F4	Projetar uma solução-proposta, de cariz holístico, materializada na definição de orientações e critérios que deverão presidir à modelação dos trabalhos que vierem a ser executados com vista à resolução dos aspetos presentemente em aberto, relativos à estruturação orgânica e funcional proposta para o futuro HFAR.

Figura nº 4: Procedimento metodológico

### - Instrumentos metodológicos

A recolha de dados apoia-se na pesquisa e análise de livros, revistas científicas, documentação jurídica e normativa, notas e despachos administrativos disponíveis, na consulta de websites nacionais e internacionais relacionados com a saúde em geral e com a saúde militar em particular, em trabalhos de investigação e outros estudos já realizados sobre este assunto, sendo complementada através de entrevistas exploratórias realizadas a personalidades de reconhecido mérito e experiência nos domínios abrangidos pelo estudo em causa.

### - Organização do estudo

O presente trabalho, para além da introdução e das conclusões e recomendações, está organizado em três capítulos:

- O primeiro capítulo dedica-se à construção de um referencial teórico que contribua para a melhor perceção do papel desempenhado pelo hospital militar no seio do SSM.



- O segundo capítulo dedica-se à caracterização da RHM portuguesa e de alguns países amigos, para a partir daí se poder extrair alguns ensinamentos úteis à edificação do futuro HFAR.

- O terceiro capítulo é dedicado à construção de um referencial baseado nos dados obtidos nos capítulos anteriores, contendo um conjunto de ideias e de propostas que sirvam (numa perspetiva holística e técnico-gestionária) de apoio aos trabalhos de racionalização da RHM.



## 1. Justificação de um hospital militar em tempo de paz

O presente capítulo será conduzido com vista à construção de um referencial teórico que proporcione a resposta à QD1 e a verificação da Hip1 a ela associada, através de uma visão integrada dos seguintes vetores diagnósticos:

- Missão e forma como está estruturado o SSM, para a partir daí se poder clarificar melhor o contributo do hospital militar para a coerência funcional e estrutural deste sistema (OE1);

- Métodos e atributos que diferenciam os hospitais militares dos hospitais do SNS e que demonstram a imprescindibilidade da sua existência, mesmo em tempo de paz (OE2);

- Realidade atual dos hospitais do SNS, para dela se extrair alguns ensinamentos úteis para a estruturação do futuro HFAR (OE3).

### a. Missão do sistema de saúde militar

No respeitante à Saúde Militar operacional, prevalece a doutrina NATO, a qual estabelece que *“os serviços médicos militares da NATO promovem a saúde e contribuem para o sucesso das missões da NATO, através do desenvolvimento de todas as atividades médicas militares, em todas as fases das operações militares, e da disponibilização de cuidados médicos de qualidade, equivalente à melhor prática médica”*<sup>8</sup>.

O reconhecimento da sua pertinência está, aliás, bem expresso no 12) A)III do Anexo da RCM nº39/2008, de 28 de fevereiro, que estipula que *“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 dos militares e o apoio às operações;...”*.

Mas, segundo a RCM nº39/2008, a missão do SSM não se esgota na sua componente operacional (que é a sua *“core competence”*), dado que os requisitos necessários para atingir este objetivo, de cumprimento de missão com o nível de excelência exigido, fazem com que o SSM necessite de hospital próprio, pessoal, meios e organização, por sua vez geradores de capacidade sobrança que é usada para apoio à Família Militar e, eventualmente, à restante sociedade nacional, quer de forma rotineira, quer no contexto de crise ou de emergência, materializando, desta forma, o paradigma do duplo uso, prática regular das FFAA em tempo de paz.

<sup>8</sup> Visão do *“Committee of the Chiefs of Military Medical Services in NATO”* (COMEDS/NATO) (Marques, 2007, cit. por Roque F, 2009, p. 6).



## b. Organização do sistema de saúde militar

A atual estrutura organizacional dos órgãos de cúpula do SSM encontra-se descrita na Figura nº 5:

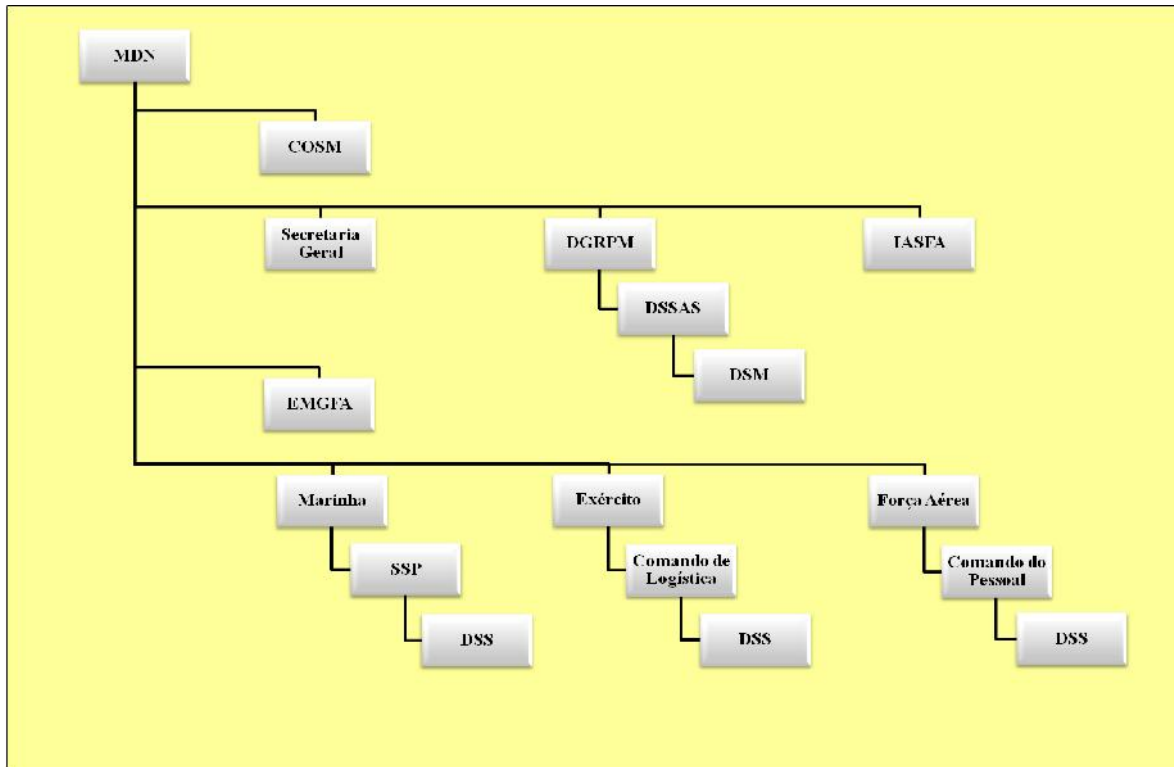


Figura nº 5: Estrutura organizacional dos órgãos de cúpula do SSM

O SSM congrega, para além dos órgãos do Ministério da Defesa Nacional (MDN), três serviços de saúde autónomos entre si, os quais, por razões de especificidade de missão e de particularidade dos meios com que atuam, dependem hierárquica, funcional e administrativamente das chefias do respetivo ramo (Martins, 2012).

Às Direções dos Serviços de Saúde (DSS), compete estudar, preparar e propor o planeamento da estratégia de saúde do ramo e acompanhar a sua execução pelas estruturas de saúde que estão na sua dependência direta, ou técnica.

Cada Serviço de Saúde dispõe das suas próprias infraestruturas e recursos (Lopes, 2007, p. 21), que se podem classificar em cinco categorias: hospitais (caracterizados no capítulo 2), centros de saúde, postos médicos e de socorros, unidades médico-sanitárias e logísticas especializadas, órgãos de apoio a mais do que um ramo (OAC) e estruturas de campanha (Anexo B).



### c. O que distingue um hospital militar de um hospital civil?

Iniciar-se-á a abordagem a este tema com a seguinte questão: “*dado que os cuidados médicos são iguais em toda a parte, porquê um hospital militar e porque não racionalizar recursos e aproveitar a rede hospitalar do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para assegurar a prestação de cuidados assistenciais diferenciados aos efetivos militares e à família militar, subtraindo ao Estado o ónus de ter que manter um hospital militar?*”.

#### (1) Métodos e atributos comuns aos hospitais militares e civis

Na Figura nº 6, encontram-se sistematizadas as características principais que fazem com que os hospitais, quer sejam militares ou civis, se possam classificar como organizações complexas com uma estrutura burocrática:

<b>1.</b>	<b><i>Características que conferem complexidade à organização "hospital"</i></b>
1.a)	Organizações constituídas por unidades funcionais diversas.
1.b)	Funcionamento ininterrupto.
1.c)	Regime laboral por turnos.
1.d)	Tensão e conflitualidade latentes, geradas pela gravidade e imprevisibilidade das situações clínicas e por antagonismos entre o poder técnico e a autoridade formal.
<b>2.</b>	<b><i>Características que levam a classificar a estrutura hierárquica da organização "hospital" como burocrática</i></b>
2.a)	Cadeia hierárquica bem definida.
2.b)	Pessoal altamente especializado.
2.c)	Processos de trabalho caracterizados pela previsibilidade, elevado nível de controlo e de grau de certeza quanto aos resultados esperados.
2.d)	Os profissionais orientam as suas carreiras no sentido de adquirirem as competências que os habilitem à concretização das tarefas delineadas.

Fonte: Rego, 2010, pp. 55-59.

**Figura nº 6: Hospital – organização complexa com uma estrutura burocrática**

Tal como em qualquer empresa (Martins, 2010, 29-31; Teixeira S, 2011, p. 29), a estrutura organizacional de um hospital é condicionada pelos seguintes fatores:

- Os objetivos que enformam o seu planeamento estratégico, o qual, por sua vez, depende dos recursos disponíveis e do ambiente em que se insere;
- O ambiente subdivide-se em ambiente de tarefa (que inclui clientes, fornecedores, financiadores, regulamentadores, concorrentes) e em ambiente geral (que inclui as



variáveis demográficas, sociais, culturais, económicas, políticas, legais, tecnológicas e ecológicas).

E aqui, mais uma vez, os hospitais militares e civis partilham alguns aspetos comuns, nomeadamente:

- Sociedade sujeita a elevados constrangimentos de ordem económica, contudo, participativa, mais informada e exigente, reclamando da parte dos profissionais de saúde resposta atempada e proficiente às suas necessidades e anseios.

- Atividade balizada pelo conjunto de princípios e de valores que enformam os cuidados de saúde (direito do acesso à saúde<sup>9</sup>, à vida e à dignidade humana, a solidariedade, a subsidiariedade e a justiça), as ciências da vida e a medicina em particular (autonomia, justiça, beneficência, não-maleficência) e que se encontram vertidos na Constituição política portuguesa (Artigo 64º) e em vários outros documentos legais<sup>10</sup> e normativos (Rego, 2010, pp 22-32; Neves & Osswald, 2007, pp. 48- 78).

- Ambos têm por missão potenciar o exercício do direito à proteção da saúde por parte do utente, e estão sujeitos a uma política de racionalização e de otimização da gestão dos recursos e de melhoria dos parâmetros de eficácia e de eficiência, ao controlo da produção e da qualidade, à publicitação dos resultados obtidos e, conseqüentemente, a pressão competitiva inter-hospitalar (exacerbada pelo princípio da liberdade de escolha).

Mas, apesar de todos os aspetos comuns enunciados, é no ambiente envolvente, que por sua vez condiciona a missão, os objetivos estratégicos e os meios para a sua consecução, que radica a maior diferença entre os hospitais militares e os civis.

## **(2) Métodos e atributos próprios do hospital civil**

Para além das condicionantes enunciadas, o ambiente geral em que se inserem os hospitais civis tem as seguintes características demográficas, económicas e socioculturais:

- População envelhecida (com massa crítica produtiva cada vez mais dependente dos fluxos migratórios), onde prevalecem as patologias crónicas e as principais causas de mortalidade são as doenças cardiovasculares e as do foro oncológico (Anuário Estatístico de Portugal, 2009, pp. 1-10);

- Forte pressão por parte dos meios de comunicação social, escrutinando e publicitando a atividade dos hospitais e respetivos resultados (ampliando a pressão reguladora dos organismos públicos e a capacidade reivindicativa da população).

<sup>9</sup> A Declaração de Alma-Ata (1978) subscree a definição da OMS e acrescenta que “(...) a consecução do mais alto nível possível de saúde, é a mais importante meta social mundial (...)”.

<sup>10</sup> Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24/08, com alterações introduzidas pela Lei 27/2002, de 8/11).



O ambiente de tarefa em que os hospitais civis operam, integra o SNS e os respetivos utentes, financiadores (Administrações Regionais de Saúde – ARS, outros subsistemas de saúde, etc.), entidades reguladoras (Administração Central do Sistema de Saúde – ACSS, fiscalização interna, auditorias privadas contratadas) e concorrentes, que não são mais do que os outros hospitais do SNS e entidades privadas.

Os hospitais do SNS desenvolvem atividade assente em modelos de gestão empresarial, com financiamento baseado na eficiência e na eficácia (Alfarroba, 2008, pp. 13, 14), e estão particularmente vocacionados para a prestação de cuidados de saúde diferenciados, atuando preferencialmente nas áreas curativa e da recuperação, em complemento da atividade desenvolvida pelos centros de saúde nas áreas dos cuidados primários<sup>11</sup> (Anexo C).

Não faz parte da sua missão contribuir para a consecução dos objetivos definidos pelas políticas de defesa e de segurança e externa do Estado. Como tal, não estão vocacionados para a problemática da medicina de campanha e por isso não formam nem treinam os seus profissionais nas valências que constituem atributos da medicina militar, e não têm capacidade nem autoridade para mobilizarem equipas sanitárias destinadas a participarem em missões do Estado.

Os seus profissionais não partilham de alguns dos valores culturais que enformam os profissionais do SSM, nem estão familiarizados, ou identificados, com a doutrina NATO destinada à prestação de cuidados assistenciais em campanha.

Para além disso, não desenvolvem atividades tais como a vigilância e a promoção da saúde através das inspeções médicas periódicas, a realização de juntas de peritagem médica para determinação das inaptidões, das recuperações funcionais e dos défices permanentes decorrentes do exercício da atividade profissional.

Assim, pode-se considerar que nos hospitais do SNS a profissionalização e a standardização das capacidades prevalecem sobre as outras formas de coordenação<sup>12</sup> das suas diversas partes constituintes<sup>13</sup> (Mintzberg, 1979, cit. por Teixeira, 2011, p. 108).

---

<sup>11</sup> Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de abril, que estabelece o regulamento dos centros de saúde.

<sup>12</sup> Ajustamento recíproco, supervisão direta, standardização de processos de trabalho, dos resultados e das normas.

<sup>13</sup> Topo estratégico, hierarquia intermédia, núcleo operacional, tecnoestrutura, logística e ideologia.



### **(3) Métodos e atributos próprios do hospital militar**

Por força da sua missão, o ambiente envolvente do hospital militar extravasa os limites impostos pelas fronteiras territoriais, e abrange as mais diversas regiões, realidades políticas, económicas, psicossociais e culturais (Alfarroba, 2008, p. 20).

O ambiente de tarefa dos hospitais militares, congrega os beneficiários do subsistema de Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM) e outros setores populacionais (mediante acordos), entidades financiadoras (MDN e o IASFA (responsável pela gestão ADM), e outras entidades a quem possam prestar cuidados), entidades reguladoras e concorrentes (que não são mais do que os outros hospitais do SNS e entidades privadas convencionadas com o IASFA, às quais os beneficiários ADM podem recorrer, ao abrigo do princípio da livre escolha).

A esfera de influência dos hospitais militares abrange um universo populacional, de cerca de 100.000 pessoas, menor do que a totalidade dos beneficiários ADM (cerca de 140.000), na medida em que, por distanciamento geográfico, muitos destes recorrem sistematicamente a estruturas do SNS ou outras convencionadas com o IASFA.

O universo de beneficiários captáveis pelos hospitais de Lisboa (residentes nos distritos de Lisboa, Setúbal, Santarém e Leiria) corresponde a cerca de 70.000 a 75.000 pessoas (Rosa, 2011).

Embora com uma população “alvo” restrita, a missão dos hospitais militares tem uma natureza muito mais abrangente do que a dos hospitais civis, fazendo com que desenvolvam uma ampla diversidade de ações com vista à materialização dos seguintes objetivos:

- Promoção e vigilância da saúde (através das inspeções de recrutamento dos candidatos à vida militar e das inspeções médicas periódicas dos efetivos militares), diagnóstico, tratamento e recuperação da doença, contribuindo para a operacionalidade e ampliação do potencial de combate das forças;

- Formação e treino, interiorização da missão, da cultura das FFAA e da doutrina NATO para a medicina de campanha, dotando os seus profissionais dos valores, dos conhecimentos e das capacidades periciais necessárias ao desempenho das suas funções, quer a nível hospitalar, quer em campanha, assumindo-se como o formador, armazenador e distribuidor das equipas sanitárias projetadas para os teatros operacionais;

- Interação coordenada com as componentes operacional e de campanha do SSM, constituindo o último elo da cadeia de evacuação sanitária militar, terrestre, aérea, naval,



providenciando tratamento definitivo e recuperação dos casos não solucionados nos outros níveis hierárquicos de prestação de cuidados médicos (Marques, 2006, s.p.);

- Avaliação pericial dos casos de inaptidão para o serviço, da sua aptidão após convalescença e recuperação funcional, assim como dos défices permanentes adquiridos em serviço;

- Constituição de reserva estratégica e atuação sinérgica com os sistemas de saúde e de proteção civil nacionais em caso de emergência, de catástrofe e de conflito;

- Apoio assistencial à Família Militar (familiares, militares na situação de reserva e de reforma, antigos combatentes e deficientes das forças armadas), assim como aos membros das forças de segurança, funcionários civis do Estado que desempenham funções nas FFAA, ou outros segmentos populacionais, mediante protocolo;

- Utilização da sua capacidade sobranse de atuação em prol de outras entidades públicas civis, materializando, desta forma o paradigma do duplo uso em vigor nas FFAA<sup>14</sup>.

Os profissionais de saúde militares partilham, por força do Estatuto dos Militares das Forças Armadas (EMFAR – Capítulo II), de um conjunto de deveres deontológicos (dever da disponibilidade permanente e de defender a Pátria, mesmo com risco da própria vida - Artigos 9º e 14º do Capítulo II) que os tornam facilmente mobilizáveis, para além dos inerentes à prática de cuidados sanitários, que os distinguem dos profissionais civis e mesmo dos outros militares.

O hospital militar apresenta-se, dada a sua natureza castrense, como uma organização burocrática, em que a coordenação das suas partes constituintes é predominantemente determinada pela supervisão direta, pelos valores culturais e onde assumem igualmente papel de relevo, a standardização dos processos de trabalho (especificação do conteúdo do trabalho e dos procedimentos a seguir), dos resultados (especificação do desempenho a atingir) e das capacidades.

No que respeita a esta última, a especificidade do hospital militar reside na importância da formação e do treino dos profissionais de saúde, não só na sua área específica de atuação, como acontece nos hospitais civis, mas também em valências relevantes para a medicina militar, tais como a emergência pré-hospitalar, a grande traumatologia, os queimados, a medicina de catástrofe, nuclear, biológica, química e

---

<sup>14</sup> A Constituição política portuguesa estabelece no nº6 do seu Artigo 275º que “As Forças Armadas podem ser incumbidas (...) de colaborar (...) em tarefas relacionadas com a satisfação das necessidades básicas e a melhoria da qualidade de vida das populações (...)”.



radiológica (NBQR), do esforço extremo, das condições ambientais extremas, do mergulho, hiperbárica, aeronáutica, do montanhismo, tropical e do viajante e a telemedicina (MC0326/3, 2011, p.3).

#### d. Síntese conclusiva

Os resultados do estudo de investigação conduzido ao longo deste capítulo viabilizaram a construção de um modelo conceptual que se expõe na Figura nº 7:

<b>Hip1</b>	<i>Os hospitais militares têm aspetos estruturais inerentes à sua missão que os distinguem dos hospitais civis, os quais justificam a sua existência como unidades autónomas do SSM, e constituem a matriz nuclear em torno da qual deverá ser estruturado o futuro HFAR.</i>
<b>Métodos e atributos dos hospitais militares que confirmam a hipótese</b>	Alimentador da logística sanitária do SSM.
	Formador e distribuidor das equipas sanitárias projectadas para os teatros de operações.
	Interacção coordenada com a componente operacional do SSM.
	Último elo da cadeia de evacuação médico-sanitária dos feridos em combate.
	Acompanhamento sanitário permanente dos militares na activo.
	Avaliações periciais médico-forenses.
	Deveres de disponibilidade permanente e de defesa da Pátria com risco de vida, para além dos códigos ético e deontológico que regem as ciências da vida e a medicina.
	Exponenciador da capacidade de combate da COSF.
	Apoio assistencial à Família Militar.
	Ambiente de tarefa específico.
	Entidades reguladoras distintas das dos hospitais civis.
População "alvo" distinta da dos hospitais civis.	
Duplo uso.	

Figura nº 7: Métodos e atributos específicos dos hospitais militares

Tal modelo conceptual confirma a Hip1 e responde cabalmente à QD1, na medida em que demonstra os seguintes factos que justificam a existência de um hospital militar em tempo de paz:

- Os hospitais militares constituem os nodos focais do SSM essenciais à sua coerência, eficácia, eficiência funcional e ao cumprimento das suas responsabilidades militares, éticas e sociais para com o Estado;
- Os métodos e atributos que conferem especificidades aos hospitais militares tornam-nos dificilmente substituíveis pelos hospitais civis.

Considera-se, também, que o estudo conduzido ao longo deste capítulo contribui igualmente para a resposta à QC, dado que expõe um conjunto de particularidades próprias dos hospitais militares, assim como algumas características positivas dos hospitais do SNS (modelo de gestão e de financiamento dos hospitais, divisão de tarefas e articulação funcional com as restantes estruturas do SNS), nas quais se deve basear a estruturação do HFAR.



## **2. Realidade atual da rede hospitalar militar portuguesa**

A investigação levada a cabo neste capítulo procurará responder à QD2 através da confirmação da Hip2 a ela associada.

Para o efeito, proceder-se-á à análise da RHM portuguesa através da caracterização dos seguintes parâmetros: população alvo; infraestruturas hospitalares; recursos materiais; recursos humanos; histórico da atividade desenvolvida; modelo de financiamento; interação com o IASFA, cuidados primários e continuados.

Pretende-se, assim, identificar as vulnerabilidades e potencialidades, bem como as ameaças e as oportunidades existentes no ambiente em que a RHM portuguesa se insere, com vista ao melhor planeamento do futuro HFAR (OE4).

Para além disso, ir-se-á proceder a uma sucinta avaliação da realidade da RHM de outros países amigos, para se inferir a sua tendência evolutiva e se extrair daí alguns ensinamentos úteis à edificação do futuro HFAR (OE5).

### **a. Rede hospitalar militar portuguesa**

#### **(1) População alvo**

Os hospitais militares servem uma população de cerca de 140.000 beneficiários do subsistema ADM, a qual inclui militares no ativo do quadro permanente (QP), em regime de contrato (RC) e de voluntariado (RV), na reserva e na reforma, respetivos familiares, assim como os militares deficientes das FFAA (DFA), e outros (Rosa, 2011).

Tem-se assistido a uma redução do número de militares no ativo e, paralelamente, ao número de beneficiários ADM, mas prevê-se a sua estabilização numérica nos próximos anos, tendo em conta a manutenção do atual contexto geopolítico e as perspectivas de evolução demográfica da população portuguesa.

Conforme exposto na Tabela nº 1 o número total de utentes do subsistema ADM era, em junho de 2011, de 132.274 (dos quais 120.000 beneficiários do apoio social complementar - ASC):



Tabela nº 1: Utentes ADM (distribuição por ramos e totais)

Militares e familiares											
Marinha			Exército			Força Aérea			Total ramos		Total
Titulares	Familiares	Total	Titulares	Familiares	Total	Titulares	Familiares	Total	Titulares	Familiares	Total
17.774	17.714	35.488	26.658	21.532	48.190	11.248	11.206	22.454	55.680	50.452	106.132
Outros beneficiários (Militarizados + DFA's + Extraordinários + Civis + Protocolados)											
Marinha			Exército			Força Aérea			Total ramos		Total
Titulares	Familiares	Total	Titulares	Familiares	Total	Titulares	Familiares	Total	Titulares	Familiares	Total
2.442	2.804	5.246	9.583	9.884	19.467	691	738	1.429	12.716	13.426	26.142
Total geral											
20.216	20.518	40.734	36.241	31.416	67.657	11.939	11.944	23.883	68.396	63.878	132.274

Fonte dos dados: IASFA, outubro, 2011

Conforme sistematizado na Tabela nº 2, os beneficiários inscritos nos Centros de Apoio Social (CAS) distribuem-se geograficamente da seguinte forma:

Tabela nº 2: Distribuição geográfica dos beneficiários ACS

Distrito, Regiões Autónomas	Total de beneficiários	
	Número	Porcentagem
Braga	9.243	7%
Porto	11.642	8,80%
Viseu	7.336	5,60%
Coimbra	9.273	7,00%
Tomar	11.824	8,90%
Runa	6.897	5,20%
Oeiras	14.881	11,20%
Lisboa	21.043	15,90%
Alfeite	26.205	19,80%
Évora	9.401	7,10%
Funchal	1.666	1,30%
P. Delgada	2.903	2,20%

Fonte dos dados: IASFA, outubro, 2011

Estes dados convergem com os da distribuição geográfica dos beneficiários ADM, relativos a 2009, os quais são apresentados na Tabela nº 3:



Tabela nº 3: Distribuição geográfica dos beneficiários ADM

Distrito, Regiões Autónomas	Total de beneficiários	
	Número	Percentagem
Viana do Castelo	1.755	1,30%
Braga	4.423	3,20%
Vila Real	2.223	1,60%
Bragança	882	0,60%
Porto	10.474	7,50%
Viseu	3.658	2,60%
Guarda	1.117	0,80%
Aveiro	4.339	3,10%
Coimbra	4.693	3,40%
Castelo Branco	1.851	1,30%
Portalegre	1.666	1,20%
Leiria	2.903	4,20%
Santarém	11.646	8,30%
Lisboa	42.752	30,60%
Setúbal	29.179	20,90%
Évora	2.850	2,00%
Beja	1.815	1,30%
Faro	3.532	2,50%
RA Madeira	1.659	1,20%
RA Açores	2.906	2,10%
Estrangeiro	595	0,40%
Total	139.863	100%

Fonte dos dados: PF do HFAR, 2011, p.8

Constata-se que a população ADM se concentra, por ordem decrescente, nos distritos de Lisboa, Setúbal, Santarém e Porto, e que o restante se dispersa uniformemente pelos outros distritos do País.

Como se depreende através da análise da Tabela nº 4, cerca de metade (51%) dos beneficiários tem menos de 50 anos de idade.

Predominam os do sexo masculino e pouco menos de um terço são militares no ativo (Anuário Estatístico da DN, 2009, pp 211, 217)<sup>15</sup>:

Tabela nº 4: Distribuição etária e por sexos dos beneficiários ADM

Distribuição por grupo etário	População	% de beneficiários
< 18 anos	19.829	14%
18 a 25 anos	15.621	11%
26 a 49 anos	35.491	25%
50 a 64 anos	32.267	23%
65 anos, ou mais	36.655	26%
total	139.863	100%
Distribuição por sexos (percentagem)		
Masculino	Feminino	Total
57%	43%	100%

Fonte dos dados: PF do HFAR, 2011, p.9

<sup>15</sup> 34.565 em 2009, dos quais 13.018 originários dos distritos de Lisboa e de Setúbal.



Tendo em consideração os fatores proximidade geográfica, acessibilidade, duração do trajeto, existência de outras alternativas hospitalares e o tipo de serviços prestados, estima-se, para os hospitais militares de Lisboa, que os níveis de captação sejam da ordem dos 85% para os beneficiários residentes nos distritos de Lisboa e de Setúbal e de cerca de 40% para os beneficiários dos distritos de Santarém e de Leiria, sendo mínimos para as outras regiões (PF do HFAR, 2011, pp. 8-11).

Isto leva, a estimar, por analogia, que os níveis de captação do pólo hospitalar do Porto sejam de cerca de 85% para os beneficiários residentes nos distritos do Porto, Braga e Aveiro (mais próximos), e de cerca de 40% para os residentes nos distritos de Vila Real, Viseu e Coimbra (mais distantes).

De acordo com estes pressupostos, estima-se que a população abrangida pela esfera de atividade dos hospitais de Lisboa seja de cerca de 68.000 a 75.000 indivíduos metade dos quais relativamente jovens (correspondendo a militares no ativo, cônjuges e filhos respetivos) na fase ativa da vida, potencialmente saudáveis, e que a esfera de atividade do pólo hospitalar do Porto seja de cerca de 20.000 a 21.000 indivíduos.

Estes números, particularmente os da esfera de influência do pólo do Porto, revelam-se manifestamente insuficientes e chamam desde logo a atenção para a necessidade da implementação das seguintes medidas:

- Elaboração de planos de captação dos restantes utentes ADM (melhoria qualitativa dos serviços, atendimento a tempo e horas, drenagem das listas de espera para cirurgias, etc.);
- Celebração de protocolos com vista ao alargamento da esfera de atividade do HFAR (pólos de Lisboa e do Porto) a outros segmentos populacionais, para a manutenção de uma atividade assistencial hospitalar consistente e diversificada, requerida para a adequada formação e treino dos seus profissionais de saúde.

## **(2) Infraestruturas e equipamentos**

Atualmente, a RHM comporta 5 UH que têm uma capacidade total de 591 camas, das quais 468 em Lisboa (Tabela nº 5):



Tabela nº 5: RHM – capacidade instalada

Localização	Lisboa				Porto
	Marinha	Exército		Força Aérea	Exército
Ramo das FFAA	UH Stª Clara*	UH Estrela**	UH Belém***	UH Lumiar****	HMR1
Hospitais	UH Stª Clara*	UH Estrela**	UH Belém***	UH Lumiar****	HMR1
Lotação oficial	96	175	95	120	105
Lotação praticada	96	175	68	62	105
Enfermarias e quartos	87	143	64	62	94
Cuidados Intensivos		6			
Cuidados intermédios	6	7	4		
Recobro		8		4	6
S.O. (Urg.)		10			5
Hospital de dia	2			1	
Outras	1			6	
Salas operatórias	3	8		4	6
Gabinetes de consulta	45	40	11	45	60
Postos de hemodálise		12			1

\* Decreto Regulamentar nº 37/94, de 1 de setembro – em vigor para o Hospital da Marinha (HM) até à implementação do HFAR.  
\*\* Decreto Regulamentar n.º 75/2007, de 3 de julho – aplicável aos hospitais e aos centros de saúde do Exército.  
\*\*\* Mantém capacidade de reserva de internamento e de tratamento de doenças infecto-contagiosas até à implementação do HFAR (Despacho 10825/MDN/2010, de 16 junho).  
\*\*\*\* DL nº 51/93, de 29 de fevereiro – em vigor para o Hospital da Força Aérea (HFA) até à implementação do HFAR. A UH Lumiar está integrada com o CMA no Instituto de Saúde da FA.

Fontes dos dados: Anuário Estatístico da DN, 2009, pp. 246-8, Relatório do GT para a elaboração do PF do HFAR, 2011, p.7.

As UH funcionam na dependência direta das direções de saúde dos respetivos ramos e desenvolvem atividade independente umas das outras, a qual, contudo, é complementada por sete SUC, criados em 1995, por alguns órgãos de apoio a mais do que um Ramo (Decreto-Lei n.º 61/2006, de 21 de março: criou o Centro Militar de Medicina Preventiva - CMMP e a Escola do Serviço de Saúde Militar - ESSM), e por 20 SC, edificados em 2010 (Tabela nº 6):



Tabela nº 6: Estruturas de saúde militar ao serviço dos três Ramos

Serviços de utilização comum (SUC)		
Marinha	Exército	Força Aérea
CMSH	Hemodiálise	CMA
UTITA	Imuno-hemoterapia	Medicina Nuclear
	Infecciologia	
Órgãos de apoio a mais do que um ramo		
	Exército	
	CMMP	
	ESSM	
Serviços conjuntos (SC)		
	UH Estrela	UH Lumiar
	Endocrinologia	Dermatologia
	Hematologia	Medicina Nuclear
	Imuno-hemoterapia	Cirurgia Plástica
	Infecciologia	Gastroenterologia
	Nefrologia	Ginecologia
	Oncologia	Oftalmologia
	Reumatologia	Otorrinolaringologia
	Cirurgia Vascular	Pneumologia
	Neurocirurgia	
	Ortopedia	
	Urologia	
	Serviço de Urgência	

Legenda: CMSH - Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica; UTITA - Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicod dependências e Alcoolismo; CMMP - Centro Militar de Medicina Preventiva; ESSM - Escola do Serviço de Saúde Militar; CMA - Centro de Medicina Aeronáutica

Passa-se a especificar algumas (não todas) das infraestruturas e equipamentos médicos de diagnóstico e de tratamento, de que dispõe a RHM (Tabela nº 7):

Tabela nº 7: Infraestruturas e equipamentos de diagnóstico e terapêutica da RHM

Ramo das FFAA	Marinha	Exército			Força Aérea	Total
		UH Estrela	UH Belém	HMR1		
Endoscopia	3	7	1	1	10	22
Ecografia	2	2	1	1	4	10
Rx convencional	3	6	1	1	2	13
Mamografia	1	1	1	1		4
Osteodensitometria		1				1
TAC	1	2		1	1	5
Laboratórios de anatomia patológica e tanatologia		1				1
Laboratórios de patologia clínica	5	1	1	1	12	20
Medicina nuclear					2	2
Laserterapia	1		1		6	8
Imuno-hemoterapia		1	1	1		3
Serviços farmacêuticos	1		1	1	2	5

Fonte dos dados: Anuário Estatístico da Defesa Nacional, 2009, p. 248

Como se infere do supraexposto, a maioria da capacidade instalada, assim como das infraestruturas e equipamentos concentra-se em Lisboa e a sua eventual alocação ao futuro HFAR fará com que este fique dotado de um conjunto de equipamentos de diagnóstico e



de terapêutica em nada inferior aos da maioria dos hospitais públicos de dimensão distrital e regional.

O pólo hospitalar do Porto apresenta-se sobredimensionado, tendo em consideração o universo populacional ADM da sua esfera de influência, o qual é francamente inferior à população alvo de um centro de saúde do SNS, o que pressupõe a necessidade da celebração de protocolos, com vista ao melhor aproveitamento das suas capacidades instaladas, quer em termos de internamento, quer em termos de diagnóstico e terapêutica.

### **(3) Recursos humanos**

#### **Carreiras médicas, de enfermagem e de TDT**

O DL n.º 519/77, de 17 de dezembro, ao condicionar a promoção aos postos de Major/Capitão-tenente e de Coronel/Capitão-de-mar-e-guerra à aquisição de um nível pré-definido de qualificação técnica, aproximou a carreira médica militar, do ponto de vista técnico-profissional e remuneratório de base, da carreira médica nacional.

Contudo, o preenchimento previsto das vacaturas ficou aquém do expectável, para o que podem ter contribuído os seguintes fatores:

- Remuneração dos médicos militares inferior à dos civis (prémios relativos a horas extraordinárias, urgências, ou prevenção, não estão previstos para aqueles);
- Aumento significativo das interrupções inopinadas, em resultado do estatuto da disponibilidade permanente e das solicitações acrescidas de apoio sanitário à COSF em missões internacionais e em exercícios quotidianos;
- Primazia do fator antiguidade, em detrimento da qualificação e diferenciação técnico-profissional, na ocupação dos cargos de chefia do núcleo operacional.

Em consequência, assistiu-se a uma desertificação progressiva dos quadros de médicos militares (QPM) no decurso da década de noventa, que fez com que se optasse pela alteração do processo de recrutamento, tendo a admissão de diplomados habilitados ao exercício livre de medicina, através de concursos públicos (ordinários e extraordinários), sido substituída pelo ingresso, através dos Estabelecimentos Militares de Ensino Superior Universitário (EMESU) dos três Ramos (Escola Naval – EN, Academia Militar – AM, e Academia da Força Aérea – AFA), de elementos habilitados à frequência do curso de medicina.

Uma vez admitidos, o curso é realizado nas Faculdades de Medicina, com quem os EMESU têm protocolos firmados.



Durante o período da sua formação nas Faculdades civis, os candidatos são sujeitos a formação militar complementar (FMC) nos EMESU e uma vez habilitados com o grau de Mestre em Medicina, frequentam, em conjunto, um curso de pós-graduação em Saúde Militar, com a duração de 6 semanas, ministrado pela ESSM (Graça, 2008, pp. 12, 13).

Após este período, iniciam os seus estágios de especialização nos hospitais civis, cuja duração varia entre 4 a 6 anos, conforme a especialidade.

Esta metodologia de recrutamento tinha proporcionado, até 2008, o preenchimento de 168 vacaturas, o que é manifestamente insuficiente, tendo em consideração que o contributo dos novos elementos só se faz sentir quando terminam as especialidades, e que a admissão concursal de médicos para os QPM foi abandonada.

Desta forma, as insuficiências persistem e têm sido colmatadas através da admissão de médicos em RV ou em RC, o que contribui para a elevada taxa de civis no quadro médico do SSM (Graça, 2008, p. 13).

Constata-se também que as carreiras médicas não têm sido orientadas de forma ajustada às necessidades da saúde militar, na medida em que a escolha da especialidade está muito subordinada às preferências individuais e não tem sido acautelada a carência em Clínicos Gerais nem em Médicos de Saúde Pública, especialidades essenciais ao bom desempenho das estruturas de apoio sanitário à COSF (Centros de Saúde, postos clínicos e de socorros, para apoio a unidades fixas e móveis).

A comprová-lo está o facto de entre 46 médicos admitidos em 2005 e 2006 apenas um ter optado pela carreira de Saúde Pública e nenhum pela de Clínico Geral (Graça, 2008, p. 25).

Quanto aos enfermeiros e TDT, o acesso à categoria de Sargentos requer aprovação no Curso de Formação de Sargentos (CFS) e a progressão à categoria de oficiais está condicionada ao escasso número de vagas disponibilizadas anualmente e à frequência, com aprovação, do curso de FMC (Graça, 2008, pp. 27, 28).

Esta assimetria entre a valorização técnico-profissional e a progressão na carreira militar é geradora de alguma insatisfação e de frustração e poderá vir a ter efeitos desmobilizadores.



## **Recursos humanos do SSM**

Em 2009, o SSM contava, entre militares e civis, com 522 médicos, 113 médicos dentistas, 4 médicos veterinários, 2 enfermeiros veterinários, 904 enfermeiros, e 190 técnicos de diagnóstico e de terapêutica (TDT), entre outro pessoal (Anuário Estatístico do MDN, 2009, pp. 248, 251).

De acordo com Graça (2008, pp. 30-33)<sup>16</sup>, os civis constituem 35% do total do pessoal afeto ao SSM, encontram-se distribuídos por vários grupos profissionais, são maioritários no quadro do pessoal médico do SS do Exército, no quadro de TDT do SSM e contribuem para a totalidade dos quadros do pessoal auxiliar de ação médica.

Dado o âmbito do presente estudo, importa proceder a uma análise mais pormenorizada e atualizada da composição atual do quadro de médicos do SSM, por se considerar que desta depende, em grande medida, a delineação das principais unidades médicas operacionais que deverão apetrechar o futuro HFAR.

De facto, no que diz respeito ao restante pessoal do SSM, a sua composição não tem sofrido grandes variações, em termos qualitativos e quantitativos.

Além disso, relativamente aos enfermeiros, a grande maioria é generalista, pelo que a sua alocação às diferentes infraestruturas de saúde militar é menos conflituosa.

Acresce ainda que a incapacidade do mercado de trabalho civil para absorver a totalidade dos diplomados em Enfermagem e em Tecnologias da Saúde torna fácil a complementação dos quadros permanentes militares destas áreas, através da admissão concursal dos profissionais civis excedentários, sempre que as necessidades assim o determinem (Graça, 2008, p. 16).

Assim, o SSM dispunha, em outubro de 2011, de 660 médicos (militares e civis), dos quais 618 (93%) médicos especialistas ou internos de carreira hospitalar e 52 especialistas ou internos em Medicina Geral e Familiar (MGF), o que revela uma composição desequilibrada, depauperada em médicos desta especialidade<sup>17</sup>.

Dos 618 médicos especialistas hospitalares disponíveis no SSM, apenas 338 (54%) estão alocados aos hospitais (242 distribuídos pelos quatro hospitais de Lisboa, 96 no HMR1) (Tabela nº 8):

<sup>16</sup> Médicos: Exército - 183 vagas; Força Aérea - 18 vagas; Enfermeiros: 28 vagas para a Marinha, 215 para o Exército e 75 para a Força Aérea; TDT: 30 vagas para a Marinha, 82 para o Exército e 38 para a Força Aérea.

<sup>17</sup> Fonte: DSSAS-DGPRM, 10/2011.



Tabela nº 8: Médicos do SSM – mapa de distribuição global

Médicos	Rede hospitalar					Centros de Saúde/Centros específicos							Outras colocações	Total
	Colocação	Estrela	Lumiar	Stª Clara	Porto	Subtotais	CMN	CMSH	CS Évora	CS Coimbra	CS Tancos	CMA		
Especialidades hospitalares	190	37	15	96	338	43	9	13	30	6	25	126	144	608
MGF	2	1	0	7	10	2	0	1	2	0	0	5	37	52
Total	192	38	15	103	348	45	9	14	32	6	25	131	181	660

Fonte dos dados: DGPRM-DSSAS, outubro de 2011

Dado que o quadro médico do SSM é composto em grande parte por civis e que a maioria destes são médicos de carreira hospitalar<sup>18</sup>, não mobilizáveis para operações específicas da saúde militar e para unidades operacionais, facilmente se infere que a colocação dos especialistas hospitalares em estruturas distintas dos hospitais, para suprir as insuficiências em MFG, afeta a grande maioria dos efetivos médicos militares de carreira hospitalar.

Apesar de tudo, constata-se que no conjunto das quatro estruturas que compõem o Pólo hospitalar de Lisboa, com a exceção da Alergologia, da Cirurgia Vasculuar, da Infeciologia, da Imuno-Hemoterapia, da Pediatria e da Reumatologia, todas as outras especialidades contam com um número considerável de médicos, comparável ao de muitos hospitais públicos distritais e, até, regionais, com particular ênfase para a Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Imagiologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Ortopedia, Pneumologia, Urologia e Psiquiatria.

O Pólo do Porto apresenta as mesmas forças e fraquezas do Pólo de Lisboa, em termos de perfil de especialidades (Anexo D).

#### (4) Estatística do movimento assistencial

Seguidamente proceder-se-á à apreciação e ao estudo da atividade assistencial desenvolvida nos últimos anos pelos hospitais militares, a qual se nos afigura relevante, quer para a definição das valências sobre as quais deverá repousar a estruturação funcional do futuro HFAR, quer para a previsão da atividade que este desenvolverá, com base no atual universo populacional, o qual, por sua vez, é importante para a avaliação da sua viabilidade e dimensão.

<sup>18</sup> Em 2008 eram 265, dos quais 84% especialistas hospitalares (Graça, 2008, pp. 30, 31).



A análise histórica da atividade desenvolvida pelos hospitais militares de Lisboa entre 2007 e 2009, demonstra uma redução progressiva do internamento e das consultas, e um aumento das urgências e cirurgias (Tabela nº 9):

**Tabela nº 9: Perfil evolutivo da atividade assistencial da RHM de Lisboa (triénio 2007-2009)**

Linha assistencial	2007	2008	2009	Varição 2007-2009 (%)	Varição média anual (%)
Cirurgia	4.884	5.595	5.385	10,30%	5,00%
Internamento	9.359	8.793	8.557	-8,60%	-4,40%
Consultas	220.972	221.782	212.593	-3,80%	-1,90%
Urgência	19.105	18.725	20.111	5,30%	2,60%

Fonte dos dados: PF (perfil assistencial) do HFAR, 2001, p. 12

As especialidades cirúrgicas com maior número de consultas durante o ano de 2009 (contribuindo para 75,7% do total das consultas cirúrgicas) foram, por ordem percentual decrescente (Tabela nº 10):

**Tabela nº 10: Especialidades cirúrgicas com maior número de consultas**

Consultas realizadas por especialidades cirúrgicas (2009)	Total	Percentagem
Estomatologia	25.544	23,10%
Oftalmologia	19.944	18,00%
Ortopedia	16.546	15%
Otorrinolaringologia	13.778	12,50%
Urologia	10.409	9,40%
Cirurgia Geral	8.531	7,70%
Ginecologia/ Obstetrícia	7.329	6,6%

Fonte dos dados: PF (perfil assistencial) do HFAR, 2011, p.17

As que evidenciaram maior atividade cirúrgica (contribuindo para 92,7% dos atos realizados) foram as seguintes (Tabela nº 11):

**Tabela nº 11: Especialidades com maior atividade cirúrgica**

Cirurgias realizadas por especialidade (2009)	Total	Percentagem
Cirurgia Geral	1.615	30%
Oftalmologia	1.177	21,90%
Ortopedia	913	17,00%
Urologia	514	9,50%
Otorrinolaringologia	391	7,30%
Cirurgia Plástica	376	7,00%

Fonte dos dados: PF (perfil assistencial) do HFAR, 2011, p. 14

As especialidades médicas que realizaram mais consultas em 2009 (contribuindo para 92,3% do total das consultas) foram (Tabela nº 12):



Tabela nº 12: Especialidades médicas com maior número de consultas

Consultas realizadas por especialidades médicas (2009)	Total	Percentagem
Medicina Geral e Familiar (MGF)	19.412	20,90%
Cardiologia	13.359	14,40%
Gastrenterologia	9.307	10,00%
Dermatologia	8.193	8,80%
Medicina Física e de Reabilitação	6.503	7,00%
Neurologia	5.874	6,30%
Pneumologia	5.422	5,80%
Medicina Interna	5.372	5,80%
Psiquiatria	5.107	5,50%

Fonte dos dados: PF (perfil assistencial) do HFAR, 2011, p. 17

Os indicadores de atividade assistencial desenvolvida pelas estruturas do Pólo de Lisboa, durante o ano de 2010, encontram-se descritos na Tabela nº 13:

Tabela nº 13: Atividade assistencial da RHM de Lisboa em 2010

Principais indicadores	Resultados
Consultas	200.578 (549 consultas/ dia)
Grandes e médias cirurgias	4.424 (12 cirurgias/ dia)
Cirurgias ambulatoriais	1.482 (4 cirurgias/ dia)
Pequenas cirurgias	1.739 (5 cirurgias/ dia)
Taxa anual média de ocupação de camas	UH Stª Clara - 50%
	UH Estrela - 49,1%
	UH Belém - 46%
	UH Lumiar - 54,1%
Urgências	18.813

Fonte dos dados: DGPRM –DSSAS, outubro de 2011

Estes dados estão em linha de continuidade com a tendência evolutiva da atividade assistencial praticada durante o triénio 2007-2009.

Ao analisarmos o impacto causado pela criação de SC na atividade assistencial hospitalar, constatamos que, comparativamente às médias obtidas em 2010, no 1º semestre de 2011 houve um acréscimo de 4% na média das urgências atendidas por dia na UH da Estrela, um decréscimo de 8% na média diária de consultas e no número médio de atos cirúrgicos/dia realizados nas UH da Estrela e do Lumiar, um acréscimo de 6% e um decréscimo de 25% nas taxas médias de ocupação de camas, na UH da Estrela e na UH do Lumiar, respetivamente<sup>19</sup>.

O pólo hospitalar do Porto (HMR1) evidencia um perfil de atividade assistencial semelhante ao da RHM de Lisboa, tendo tido, em 2009, uma taxa média anual de ocupação de camas de 55,42% (Gráfico nº 1):

<sup>19</sup> Fonte: DGPRM-DSSAS, 10/2011.

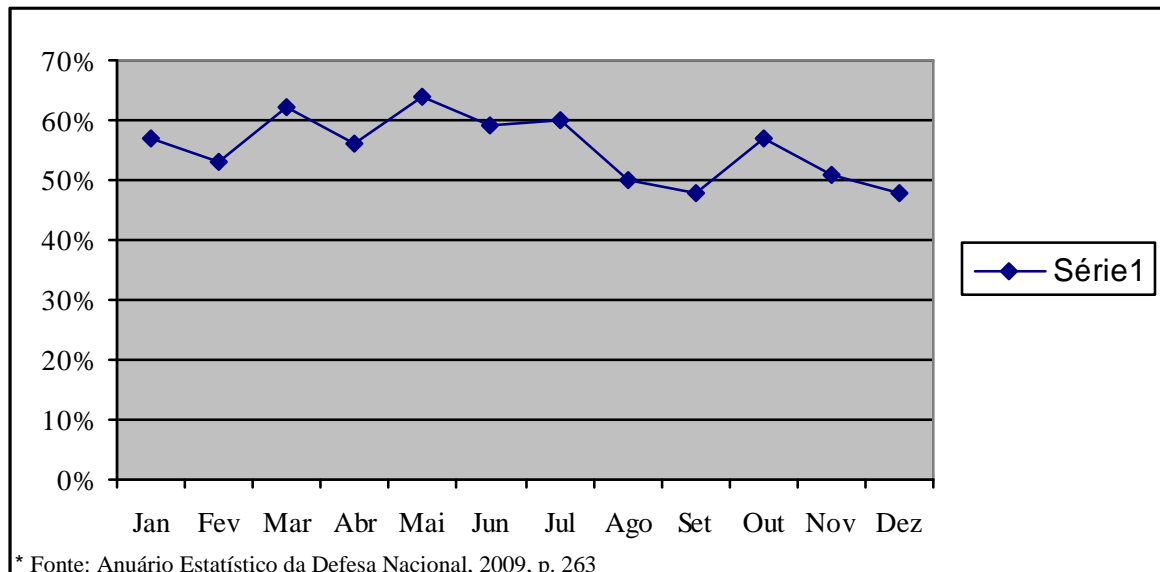


Gráfico n° 1: Taxa mensal de ocupação das camas do HMR1 (2009)

Ainda relativamente à atividade assistencial do HMR1, passam a expor-se os gráficos números dois a cinco:

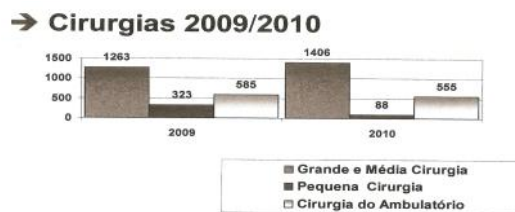


Gráfico n° 2: Perfil assistencial do HMR1 (cirurgias)

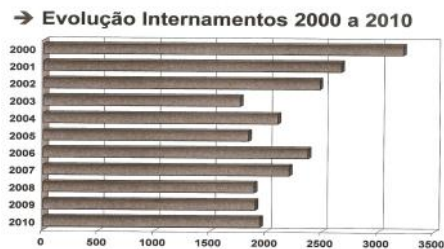


Gráfico n° 3: Perfil assistencial do HMR1 (internamentos)

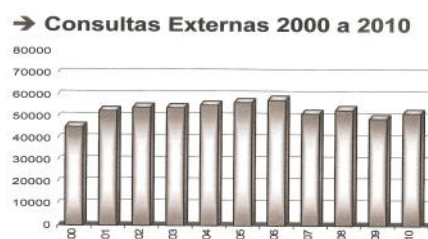


Gráfico n° 4: Perfil assistencial do HMR1 (consultas)



Gráfico n° 5: Perfil assistencial do HMR1 (urgências)

Fonte: DGPRM-DSSAS, dezembro, 2011

Da sua análise retiram-se as seguintes ilações:

- A atividade cirúrgica é semelhante à dos hospitais da RHM de Lisboa (Gráfico n° 2);



- Houve um decréscimo muito significativo dos internamentos, ao longo da última década, com estabilização no decurso do último triénio (2008-2010) entre os 1.600 e os 1.800 internamentos/ ano (Gráfico nº 3);

- Registou-se uma estabilização do número anual de consultas realizadas no último triénio, em cerca de 50.000 (Gráfico nº 4);

- Assistiu-se a um decréscimo das urgências durante a última década, mais acentuado de 2004 para cá, com estabilização no último triénio, em cerca de 9.000/ ano (Gráfico nº 5).

Curiosamente regista-se, em 2010, e comparativamente com 2009, um aumento da atividade assistencial desenvolvida ao nível das linhas supramencionadas.

### **(5) Modelo de financiamento**

As despesas com a defesa correspondem a cerca de 1,2 % do Produto Interno Bruto (PIB), abaixo da média dos países da Europa membros da NATO, que é de 1,7% (Anuário Estatístico da DN, 2009, pp.15, 31).

As despesas com equipamentos e material de saúde militar (equipamento hospitalar, meios auxiliares de diagnóstico, meios curativos, manutenção de equipamento hospitalar) cifraram-se, em 2009, em cerca 17,7 milhões de euros no total (2,3 para a Marinha, 10,8 para o Exército e 4,6 para a Força Aérea) (idem, p.149).

Quanto ao financiamento, os hospitais elaboram as propostas orçamentais para o ano seguinte, as quais são veiculadas através das estruturas competentes do Ramo para a Secretaria-Geral do MDN, e daqui para a Direção Geral do Orçamento (DGO) do Ministério das Finanças, a qual as inclui na Proposta do Orçamento do Estado (POE), por sua vez sujeita a aprovação pela Assembleia da República (AR).

Em caso de aprovação, a POE é incluída na Lei do Orçamento do Estado (LOE) que, uma vez promulgada (no 1º dia útil do ano económico a que diz respeito) permite à Secretaria-Geral do MDN, através da plataforma eletrónica de gestão integrada (SIG) do MDN, tornar públicas e disponibilizar as dotações orçamentais atribuídas a cada unidade.

No caso dos hospitais militares, a sua dotação orçamental inclui duas verbas: receitas gerais que correspondem a cerca de 40% da dotação orçamental atribuída e que é paga pelo Estado em duodécimos; receitas próprias, até 60% da dotação orçamental, provenientes da cobrança de serviços prestados a beneficiários de subsistemas de saúde, como, por exemplo, a ADM (gerida pelo IASFA), o subsistema de Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE), o Subsistema de Saúde da Polícia de Segurança Pública



(SAD-PSP), o subsistema de Assistência na Doença aos Militares da Guarda (ADMG), ou a utentes dos hospitais do SNS com quem tenham sido firmados protocolos.

O que normalmente acontece é que, por atrasos nos pagamentos, os hospitais militares padecem de suborçamentação real e crónica (Lameiras, 2011), como se pode inferir através da análise do Tabela nº 14, referente ao balanço de contas correntes do HMR1, a qual revela que, apesar de se ter registado um *superavit* de 345.759 EUR, houve um deficit real de cerca de 7.37 milhões EUR por falta de pagamentos:

Tabela nº 14: Balanço 2010 do HMR1 (Porto)

BALANÇO 2010				€
RECEITA		DESpesas		
	NÃO FACTURADO	FACTURADO		
<b>TABELAS S.N.S</b>			Venc.Pes.Militar e Civil	7.399.684
CONSULTAS/TRATAMENTOS/EXAMES	7.287.684	6.682.151	Alimentação (Fornecida MM)	104.295
TAXAS MODERADORAS	288.574	190.802	OMDN (Saúde)	1.773.886
			DCCR's (DVCFN) a)	2.511.061
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>7.576.258</b>	<b>6.872.953</b>	<b>SUB-TOTAL</b>	<b>11.788.926</b>
OUTRAS RECEITAS		16.825	LMPQF	
DROGAS DE ABUSO a)	139.458		Consumido 2010	2.470.809
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>139.458</b>	<b>16.825</b>	<b>SUB-TOTAL</b>	<b>2.470.809</b>
<b>TOTAL</b>	<b>7.715.716</b>	<b>6.889.778</b>	<b>TOTAL</b>	<b>14.259.735</b>
<b>TOTAL DA PRODUÇÃO DO HMR1</b>		<b>14.605.494,00</b>	<b>TOTAL DA DESPESA</b>	<b>14.259.735</b>
			<b>SUPERAVIT</b>	<b>345.759</b>

a) Não é possível incluir nos restantes actos médicos

b) Inclui vencimentos da limpeza e enfermagem ( CONCURSOS PÚBLICOS)

Fonte: DGPRM-DSSAS, dez.2011.

## (6) IASFA – subsistema ADM, cuidados primários e apoio a idosos

### Subsistema ADM

Por força do Decreto-lei nº 215/2009, de 4 de setembro, o IASFA é um Instituto Público responsável pelo apoio complementar social à Família Militar e pela gestão do subsistema ADM, o qual concede aos seus beneficiários, em regime de livre escolha, o acesso aos cuidados assistenciais prestados por hospitais e centros de saúde militares, por estruturas de saúde do SNS e por entidades privadas convencionadas, para além de lhes possibilitar o recurso a tratamentos no estrangeiro, desde que previamente autorizados, e a



comparticipação nas despesas com a aquisição de medicamentos (Duarte A, 2009, pp. 9, 10).

Atualmente não há qualquer canal institucionalizado de comunicação e de permuta de informação, bem como de consultadoria entre o IASFA e os hospitais militares (Duarte A, 2009, p.39).

Analisando a distribuição das entidades prestadoras de cuidados de saúde não militares convencionadas com o IASFA por distritos, constata-se que metade (1.909 de um total de 3.679 – 51,3%) se sedia nos distritos de Lisboa (1.003 – 27%), Setúbal (537 – 14,5%), Santarém (192 – 5%) e Leiria (177 – 4,8%)<sup>20</sup>.

A totalidade das despesas tidas com as instituições militares foi, em 2009, de 27,9 milhões de euros e representou cerca de 34,7% do total das despesas relacionadas com cuidados de saúde (não considerando as despesas com medicamentos), tendo-se os restantes 65,3% repartido pelo SNS (38,4 milhões), por outras entidades convencionadas (28,01 milhões de euros) e pelo regime de livre escolha (13,81 milhões de euros) (Rosa, 2011).

### **Cuidados primários e apoio a idosos**

Para além do esforço para assegurar aos seus beneficiários o acesso a cuidados primários, o IASFA tem também procurado cobrir as necessidades de cuidados prolongados e paliativos dos mais idosos com deterioração clínica, dispondo para o efeito de Centros de recuperação com equipas sanitárias, um deles anexo ao Serviço de Apoio Médico (SAMED) do Centro de Apoio Social (CAS) de Oeiras (187 camas), e outro no CAS de Runa.

Contudo, as infraestruturas e equipamentos atualmente disponíveis são insuficientes para suprirem as necessidades e as listas de espera rondam os dois anos (Rosa, 2011).

Na prática, esta insuficiência acaba por se refletir num não despreciable número de admissões hospitalares causadas por problemas sociais e de saúde que transcendem o âmbito dos cuidados secundários para agudos, convalescentes e de média duração.

---

<sup>20</sup> Fonte: DSSAS-DGPRM, 10/2011.



## **b. A RHM de outros países da União Europeia (EU) e da NATO**

A análise comparativa dos hospitais militares da Bélgica, Espanha, França, Itália e Reino Unido, relativamente ao seu grau de autonomia, financiamento e ligação a entidades públicas da saúde, permitiu concluir que, à exceção do Reino Unido, onde os militares são tratados em alas dos hospitais civis cativadas para o efeito, as estruturas hospitalares militares dos restantes países são conjuntas e interagem com os respetivos serviços nacionais de saúde, sendo o seu financiamento feito através das estruturas dos Ministérios da Defesa e complementado com verbas adicionais oriundas da prestação de cuidados de saúde ao setor civil.

Em França, os hospitais militares (Bordéus, Brest, Clamart, Lyon, Marselha, Paris, Saint-Mandé e Toulon) equiparam-se aos universitários; Em Espanha existem um hospital militar central (Gomez Ulla, em Madrid) e dois hospitais militares gerais (em Zaragoza e Cádiz); A Itália dispõe de 4 hospitais gerais (Roma, Milão, Taranto e Bari); A Bélgica tem um Hospital Militar Central (Rainha Astrid), 4 centros médicos operacionais e 4 centros médicos de intervenção especializada que suprem carências do setor civil em determinadas valências tais como o tratamento de queimados, a medicina hiperbárica e as doenças ocupacionais<sup>21</sup>.

Todos eles têm uma atividade assistencial, qualitativa e quantitativamente equiparável à dos hospitais do tipo central ou distrital dos respetivos Serviços Nacionais de Saúde.

## **c. Síntese conclusiva**

Os resultados do estudo de investigação conduzido ao longo deste capítulo viabilizaram a construção de um modelo conceptual, sintetizado e sistematizado na Figura nº 8, que confirma a Hip2 e responde à QD2, na medida em que possibilita a elaboração de um diagnóstico relativo à realidade atual da RHM portuguesa, assim como a comparação entre esta e as de outros países amigos da EU e da NATO:

---

<sup>21</sup> Fontes: DSSAS-DGPRM e sites dos respetivos MDN, 10/2011.



<b>Hip2</b>	<i>A RHM portuguesa diverge da de outros países amigos da EU e da NATO, e evidencia um baixo rendimento para o que poderão contribuir factores como a dispersão de infraestruturas e de recursos humanos e materiais, mas também outros factores, cuja identificação é determinante para o planeamento do futuro HFAR.</i>
<b>Elementos diagnósticos que confirmam a Hip2</b>	<b>Características da RHM portuguesa</b>
	Universo populacional restrito; Recrutamento médico desajustado das necessidades da saúde militar; Ausência de paralelismo entre a qualificação técnica e a progressão na carreira militar (enfermeiros e TDT); Primazia do fator antiguidade nos cargos de chefia do núcleo operacional; Composição desequilibrada, do quadro médico (elevada percentagem de médicos civis e escassez em clínicos gerais); Cerca de 50% dos especialistas militares fora dos hospitais; Multiplicação de infraestruturas hospitalares; Dispersão de recursos humanos e materiais; Rarefação dos médicos militares especializados ao nível dos hospitais; Elevado número de convenções com estruturas de saúde não Militares; Redução da actividade assistencial; Falta de capacidade de resposta às solicitações; Modelo de financiamento desajustado; Deturpação do internamento, por insuficiente cobertura das necessidades em cuidados primários, prolongados e paliativos.
	<b>Características da RHM de Países amigos da EU e da NATO</b>
	Evolução no sentido da concentração das infraestruturas, da racionalização da gestão dos seus recursos humanos e materiais, e da interação com o sector civil.

**Figura nº 8: Realidade atual da RHM portuguesa**

Da sua análise, constata-se que os elementos diagnósticos identificados justificam os seguintes factos (previamente comprovados neste capítulo):

- Diminuição progressiva do peso e volume da atividade assistencial praticada em regime de internamento;
- Redução da procura, por parte dos beneficiários, dos serviços prestados pela RHM;
- Falta de idoneidade formativa reconhecida pelos órgãos colegiais competentes (Ordem dos Médicos, por exemplo) da maioria dos serviços hospitalares;
- Os médicos internos têm que obter a sua diferenciação e especialização através de estágios realizados em hospitais do SNS, fazendo com que os serviços dos hospitais militares fiquem privados do seu contributo durante os períodos das suas formações (4 a 6 anos);
- Crescente recurso aos cuidados de saúde prestados por entidades não militares convencionadas com a ADM (para o qual contribuem factores de proximidade geográfica, e de redução qualitativa e quantitativa da atividade assistencial praticada ao nível dos hospitais militares, com insuficiente resposta face às solicitações);



- Necessidade de reforma da RHM portuguesa, com vista à gestão mais racional dos recursos disponíveis à luz dos critérios de eficiência e de eficácia, obtida através da concentração das infraestruturas, da eliminação de duplicações de valências e de meios, e de uma maior interação com o setor civil (à semelhança do que se passa com as RHM de outros países amigos da EU e da NATO).

Todos estes elementos, para além de confirmarem a Hip2 e de responderem à QD2, contribuem também para a resposta à QC que enforma este trabalho da investigação, na medida em que enriquecem os pressupostos do referencial teórico e contribuem para a construção das linhas de orientação para os trabalhos de racionalização da RHM portuguesa e de edificação do HFAR, a apresentar no próximo capítulo.



### 3. Orientações e critérios propostos para apoio aos trabalhos de racionalização de rede hospitalar militar

Este terceiro e último capítulo é dedicado à construção de um referencial que integra um conjunto de propostas, traduzidas em orientações e critérios, visando colmatar as insuficiências e as lacunas contidas nos modelos até agora propostos, minimizar as vulnerabilidades e maximizar as potencialidades que a RHM evidencia, e promover a atenuação / superação das ameaças, e o aproveitamento das oportunidades identificadas no ambiente em que o HFAR se insere (OE6), proporcionando, desta forma, uma cabal resposta à QD3 (através da verificação da Hip3) e contribuindo para a resposta à QC que enforma o presente trabalho de investigação.

Neste contexto, impõe-se, como ponto de partida, uma sistematização do diagnóstico elaborado nos capítulos anteriores, quer em relação aos fatores que justificam um hospital militar em tempo de paz, quer em relação à realidade atual da RHM portuguesa, quer ainda em relação às ameaças e oportunidades existentes no ambiente em que esta se insere. A matriz SWOT (consultar Apêndice 3) da figura nº 9 procura sintetizar esta intenção e ajudar a projetar algumas propostas de solução (OG):

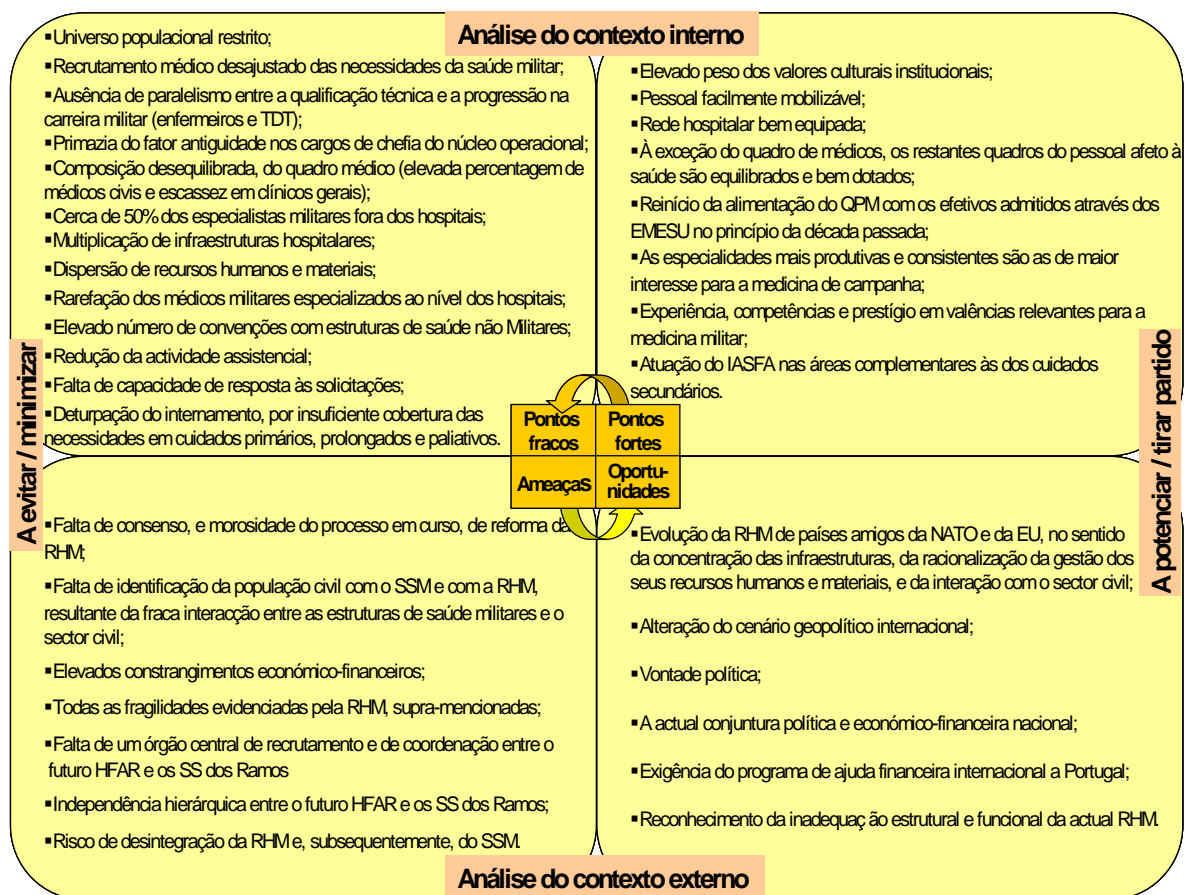


Figura nº 9: Análise SWOT no âmbito de racionalização da RHM



Os pontos fracos identificados justificam a (já anteriormente referida e devidamente explicada) diminuição progressiva do peso e volume da atividade assistencial praticada em regime de internamento.

Para além destes, a análise do contexto externo levou à identificação de ameaças que, a perpetuarem-se, podem vir a pôr em risco a própria existência da RHM portuguesa, pelo que importa tomar medidas com vista à sua atenuação / neutralização.

Foram também identificados pontos fortes e oportunidades que devem ser potenciados e aproveitados.

De entre as oportunidades reconhecidas, são de destacar as seguintes:

- Os ensinamentos retirados das reformas processadas ao nível da RHM da maioria dos países amigos da NATO e da EU analisados neste estudo;

- A atual conjuntura geopolítica e económico-financeira nacional e internacional, a qual, apesar da sua adversidade, se afigura como uma oportunidade, na medida em que, por razões de eficácia e de eficiência, e economicistas, aguça o desejo político da reforma da RHM, baseada na concentração de recursos humanos e materiais, e na sua adequação ao cenário internacional, o que faz deste, o momento ideal para se conceber e edificar um futuro HFAR, baseado numa gestão mais racional, eficaz e eficiente dos seus recursos, e num melhor nível, qualitativo e quantitativo, de atividade assistencial.

Neste contexto, as propostas que se seguem, e que são elaboradas com base no diagnóstico feito, tendentes à melhoria da estruturação orgânica e funcional do futuro HFAR, procuram responder às questões: i) Porquê e para quê reformar a RHM; ii) Que orientações e critérios deverão ser propostos para a melhoria da estruturação orgânica e funcional do futuro HFAR?

#### **a. Porquê reformar a RHM?**

A conceção estrutural e funcional da RHM está desajustada do contexto político e económico-financeiro nacional atual<sup>22</sup> e do cenário geopolítico internacional, caracterizado pela insegurança, e emergência de novos riscos e ameaças, e de um novo tipo de conflitualidade, os quais justificam, mais do que nunca, a existência de um hospital militar

---

<sup>22</sup> Racionalização e concentração dos recursos iniciada com o Programa da Reestruturação da Administração Central do Estado – PRACE, por força da RCM n.º 124/2005, estendida à estrutura superior da Defesa Nacional e às FFAA através da RCM n.º 39/2008, e recentemente reforçada com as diretivas emanadas da LOBOFA e da Lei Orgânica do Estado-Maior General das FFAA relativamente ao HFAR, assim como do Programa do XIX Governo Constitucional, do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central do Estado - PREMAC, e da Lei do Orçamento do Estado para 2012, com vista ao ajuste do peso do Estado aos limites financeiros do País.



e de um SSM ao serviço das FFAA, que se querem eficazes e adaptados aos novos desafios.

#### **b. Para quê reformar a RHM?**

O planeamento estratégico da reforma da RHM persegue os objetivos definidos na RCM nº 39/2008 e implica a otimização da atividade praticada, a racionalização dos recursos e a clara divisão de competências e de atribuições entre o HFAR e as DS dos Ramos.

Assim sendo, a edificação do futuro HFAR deverá ser norteada para otimizar a capacidade de cumprimento da missão que o justifica, para maximizar a atividade assistencial, formativa e de treino, para assegurar uma resposta atempada, coerente e integrada, com prestação de cuidados centrada no utente e para poder assegurar aos seus profissionais condições de formação e de qualificação idênticas às do pessoal do SNS.

Às DS dos Ramos deverá incumbir a direção e a gestão da componente operacional do SSM, territorial e móvel, encarregue da prestação de cuidados de saúde primários.

#### **c. Que orientações e critérios deverão ser propostos para a melhoria da estruturação orgânica e funcional do futuro HFAR?**

Quanto à conceção do futuro HFAR, há que ter em conta que este é um instrumento que contribui para a consecução das políticas de defesa e de segurança e da política externa do Estado português (Alfarroba, 2011).

O HFAR é, pois, uma questão de Estado e deve estar estruturado de forma a poder garantir o cumprimento cabal da missão que lhe está atribuída (Roque, 2011).

Tal desiderato implica que o futuro HFAR tenha uma elevada atividade assistencial, não só no ambulatório, mas acima de tudo no internamento, sendo esta última a atividade nuclear de qualquer hospital e que justifica a sua existência enquanto tal (Duarte, 2011).

A pressuposição de que o HFAR dispõe dos meios suficientes para a consecução dos objetivos estratégicos e de que para tal bastará apenas a sua concentração numa única estrutura hospitalar é, salvo melhor opinião, indutora de um viés que poderá ter consequências gravosas a médio prazo, pois a capacidade e a qualidade funcional do futuro HFAR dependem também dos seguintes fatores:

- Do universo populacional que o HFAR venha a servir;
- Do tipo de Urgência que o HFAR venha a ter;
- Do grau de interação com a rede hospitalar do SNS;



- Da correção do desequilíbrio entre especialistas de carreira hospitalar / Clínicos Gerais e médicos de Saúde Pública ao nível do QPM;
- Da reavaliação das carreiras dos profissionais de saúde militares, com vista à primazia da qualificação técnica e ao paralelismo entre esta e a progressão na carreira;
- Da correção da metodologia de financiamento do HFAR;
- Da melhoria da articulação funcional com o IASFA;
- Da criação de uma política que conduza à edificação de uma rede de equipamentos de cuidados continuados para a Família Militar.

### **(1) Universo populacional e tipo de urgência**

A definição do universo populacional a captar pelo futuro HFAR é de importância fulcral para a sua dimensão e qualidade assistencial.

Tem-se assumido, de uma forma geral, que a população alvo do HFAR (pólo de Lisboa), será de cerca de 75.000 habitantes, correspondente ao número de beneficiários ADM residentes nos distritos de Lisboa, Setúbal, Santarém e Leiria e que a urgência deverá ser de nível básico (Relatório Final do GT para o PF do HFAR, 2011; PF do HFAR-Pólo de Lisboa, 2011).

Contudo, crê-se que a materialização destes pressupostos poderá acarretar as seguintes consequências nefastas:

- Isolamento do HFAR do setor civil – fator de entropia da própria organização e de dificuldade de compreensão e de aceitação da sua existência, por parte do setor civil; qualquer sistema tem de ser aberto e interagir ativamente com o ambiente que o rodeia, pois só assim promoverá a sua própria melhoria, sob o ponto de vista organizacional e de aquisição de novas experiências e conhecimentos<sup>23</sup>;

- Apetrechamento do HFAR com uma urgência básica, a qual é incapaz de responder perante situações urgentes de moderada a alta complexidade, que terão que continuar a ser drenadas para os hospitais civis, com conseqüente redução das admissões hospitalares por esta via – fator de diminuição da atividade, da diversidade e da gravidade da patologia internada e de descrédito, por parte da população que serve, quanto às reais competências do HFAR;

- Perpetuação da contração da atividade assistencial praticada em internamento, devido ao tipo de urgência e à insuficiência numérica da sua população alvo, agravada pelo

<sup>23</sup> “O fator de produção decisivo para obter lucros e os controlar (...) é o saber” (Drucker, cit. por Teixeira, 2011, p.20); “Nas economias pós-industriais a matéria-prima é a informação, o produto é o conhecimento...” (Teixeira, 2011, p.130).



facto desta recorrer preferencialmente a outros hospitais do SNS e privados sediados nos distritos de Lisboa e do Porto e nos outros distritos vizinhos, com quem o IASFA tenha celebrado protocolos;

Por exemplo, em 2009 o IASFA despendia com os hospitais militares pouco mais de um terço do montante gasto com as outras entidades prestadoras de cuidados de saúde (Rosa, 2011), o que significa que a verdadeira população alvo ADM do HFAR corresponde a menos de metade do seu valor numérico total, ou seja, é igual ou inferior à comunidade demográfica da responsabilidade de um centro de saúde sediado em área metropolitana - 40.000 habitantes (Carta de Equipamentos de Saúde – Município da Amadora, 2002, p. 18); o próprio PF do HFAR – Pólo de Lisboa (2011, pp. 21-37) calcula que, com base nesta população alvo, a atividade assistencial a praticar em 2015 e em 2025 pelo HFAR não difira muito da atualmente desenvolvida pelo conjunto dos hospitais militares de Lisboa;

Estima-se, em consequência, que persista o subaproveitamento das capacidades instaladas ao nível dos vários departamentos e serviços hospitalares;

Esta conjuntura contribuirá para a persistência da falta de idoneidade e de capacidade formativa e de treino da maioria dos serviços.

Segundo Simões (2009, pp. 210, 211), na “*Carta de Equipamentos de Saúde*” emanada pelo Governo em 1998, os hospitais públicos foram classificados em locais, distritais, regionais.

Nesse documento é estipulado o seguinte:

- Que um hospital distrital deverá servir um universo populacional de cerca de 150.000 pessoas e dispor de todas as valências básicas<sup>24</sup> e, eventualmente, de algumas das valências intermédias<sup>25</sup>;

- Que um Hospital regional (nível 3) deverá servir um universo populacional até cerca de 800.000 mil pessoas, disporia de todas as valências básicas e intermédias e poderia manter as valências diferenciadas<sup>26</sup> que a sua área de influência justificasse.

Conclui-se, à luz deste documento, que, à exceção da Pedopsiquiatria, o HFAR (Pólo de Lisboa) disporá de todas as valências básicas e intermédias características de um

<sup>24</sup> Medicina Interna, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Ortopedia, MFR, Imagiologia, Imuno-Hemoterapia, Patologia Clínica, Anatomia Patológica, Estomatologia e Psiquiatria.

<sup>25</sup> Gastreenterologia, Urologia, Cardiologia, Oftalmologia, ORL, Dermatologia, Pneumologia, Infeciologia, Neurologia, Nefrologia, Endocrinologia, Imuno-Alergologia, Oncologia Médica, Pedopsiquiatria e Reumatologia.

<sup>26</sup> Cardiologia de Intervenção, Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Cardio-Torácica, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Vascular, Genética Médica, Hematologia Clínica, Medicina Nuclear, Neurocirurgia, Neurorradiologia, e Radioterapia.



Hospital Distrital contempladas no referido documento, e que, para além destas, estará também provido com algumas das valências diferenciadas (Cirurgias Maxilo-Facial, Plástica e Vascular, Medicina Nuclear, Neurocirurgia e Neurorradiologia), equiparando-se, portanto, a todos os hospitais distritais e a alguns regionais.

Quanto ao serviço de urgência, a análise do Despacho nº 727/2007 do Ministério da Saúde, que define as características da rede dos serviços de urgência e os níveis de resposta que a integram, leva a concluir que o futuro HFAR reúne todas as condições para ter um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC)<sup>27</sup>.

Tem-se argumentado que o HFAR não pode ter um SUMC porque o referido Despacho estipula que os trajetos entre a doença ou o acidente e o hospital não devem exceder 60 minutos (havendo beneficiários ADM potencialmente captáveis pelo HFAR que residem a mais de 60 minutos deste) e que o SUMC não deve distar menos de 60 minutos de outro SUMC ou SU polivalente.

Quanto ao primeiro argumento, mesmo com uma urgência básica, o universo de doentes urgentes ADM captado pelo HFAR será sempre muito inferior ao dos 75.000 indivíduos, porque os residentes a mais de 60 minutos do HFAR (cerca de 33.000) tenderão a recorrer ao hospital da sua área de residência.

Quanto ao segundo argumento, o Despacho em questão menciona expressamente que, nos casos em que a população abrangida por cada hospital seja superior a 200.000 pessoas, é admissível a existência de mais de um SUMC num raio de demora inferior ao estipulado.

Assim conclui-se da vantagem em que sejam encetadas negociações entre os Ministérios da Defesa, da Saúde, da Administração Interna e das Finanças, com vista à definição de um segmento populacional adicional ao dos beneficiários ADM, de cerca de 125.000 habitantes, que passe a ser servido pelo HFAR e também com vista à sua articulação funcional e integração na rede nacional de urgências e de emergência pré-hospitalar.

Obviamente, reconhece-se que este projeto é ambicioso e implica gastos consideráveis para a sua consecução e para a sua orçamentação anual e que poderá confrontar-se com dificuldades de implementação, quer pelos constrangimentos

---

<sup>27</sup> O SUMC disponibiliza: Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Imuno-Hemoterapia, Anestesiologia, Bloco Operatório (24 horas), Imagiologia (radiologia convencional, ecografia, TAC) e Patologia Clínica (deve assegurar todos os exames básicos, 24 h). O apoio em Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia, ORL, Urologia, Nefrologia (com diálise para agudos) e Medicina Intensiva é feito de acordo com o definido nas redes de referência.



económicos impostos atualmente a toda a sociedade portuguesa, quer pela eventualmente já adequada cobertura das necessidades da população da grande Lisboa pelos hospitais do SNS e privados.

Se tal não se afigurar exequível no contexto atual, as alternativas possíveis são:

- Restrição da população alvo aos beneficiários dos subsistemas ADM, ADMG, SAD/PSP, e outro pessoal integrado em subsistemas ou grupos que venham a ser autorizados pelo CEMGFA;

- Edificação do HFAR com menor capacidade de internamento e assistencial (cerca de 200 a 250 camas) e serviço de urgência básico (SUB)<sup>28</sup>, com referenciação dos casos médicos de moderada e elevada gravidade e de todos os casos cirúrgicos para a rede nacional dos SU.

A formação e treino do seu pessoal nas áreas da urgência e da emergência pré-hospitalar deve ser assegurada pela sua integração obrigatória nas equipas de um serviço de urgência polivalente (SUP) do SNS, mediante acordo celebrado entre o MD e o Ministério da Saúde e pela integração dos médicos titulares de algumas especialidades (Internistas, Cardiologistas, Anestesiologistas, Pneumologistas), enfermeiros e socorristas em equipas de emergência médica pré-hospitalar, mediante acordo celebrado entre o MD e o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Em qualquer das circunstâncias, o HFAR deverá manter todas as capacidades instaladas para proporcionar aos seus profissionais, a formação, o treino e o ensino e investigação nas valências de grande especificidade para a Saúde Militar, e para projetar para o teatro operacional as equipas sanitárias necessárias.

Este modelo poderá ser definitivo, ou, de acordo com o princípio da conceção modular e da flexibilidade, evoluir de forma faseada e à medida das possibilidades, para o modelo conceptual primeiramente preconizado.

A terceira alternativa, seria a integração dos médicos de carreira hospitalar do SSM nos hospitais civis, passando estes a garantir o treino e a formação médica e o apoio assistencial à Família Militar.

De entre todas esta é aquela que não se deseja, por retirar ao SSM a sua componente hospitalar, contribuindo para a perda de coerência estrutural e funcional, para

---

<sup>28</sup> O SUB é de cariz médico (não cirúrgico, a não ser pequena cirurgia no SU), abrange uma população superior a 40.000 pessoas, requer, no mínimo, 2 médicos, 2 enfermeiros, TDT em função das necessidades e dos exames exequíveis, 1 AAM e 1 administrativo. Requer o seguinte material: oximetria de pulso, monitor-desfibrilhador automático, marca passo externo, material de via aérea, ECG, material para imobilização e transporte de traumatizado, material para pequena cirurgia, radiologia simples e patologia química.



o afastamento definitivo e aculturação progressiva da massa crítica médica e para a dificuldade acrescida da sua mobilização para as missões.

Quanto ao pólo do Porto, tendo em consideração a sua capacidade assistencial instalada, e o reduzido universo populacional ADM potencialmente captável (20.000 a 21.000 beneficiários), considera-se indispensável, para a manutenção da sua viabilidade, o alargamento da sua esfera de atividade a outros segmentos populacionais.

## **(2) Quadro médico**

Na área civil, o rácio especialistas hospitalares/Clínicos Gerais era, em 2008, de 1/1, isto é, de 1,7 médicos de cada um dos grupos/1.000 habitantes, perfazendo um rácio de 3,4 médicos/1.000 habitantes (Graça, 2008, p18). Em 2009, os rácios número de médicos e de enfermeiros por mil habitantes foram de 3,8 e de 5,6, respetivamente (Anuário Estatístico de Portugal, 2009, p.9).

Em termos globais, o quadro médico do SSM (QPM) tem 660 elementos e evidencia uma composição desequilibrada em especialistas hospitalares (608) e clínicos gerais (52), com um rácio de 10/1 e médias de quatro especialistas hospitalares / 1.000 habitantes e de pouco mais que um clínico geral / 1.000 habitantes<sup>29</sup>.

No que respeita aos enfermeiros, o rácio é de cerca de seis<sup>30</sup>.

Devido à escassez de Clínicos Gerais, dos 608 médicos especialistas ou internos de carreira hospitalar do QPM, apenas 338 estão alocados aos hospitais e de entre estes apenas 116 são militares.

Os restantes 270 estão, em grande parte, colocados nas estruturas sanitárias da componente operacional do SSM, fixa ou móvel, as quais também absorvem 42 dos 52 Clínicos Gerais disponíveis, estando os restantes 10 colocados em hospitais militares (três na UH da Estrela e sete no HMR1). (consultar Anexo D).

O desempenho de tarefas diferentes daquelas para as quais se diferenciaram é duplamente gravoso: gera um real desperdício de capacidades e de competências que deviam estar ao serviço do hospital e causa, a nível individual, perda de proficiência, desmotivação (sentimento de inutilidade enquanto especialistas e de tratamento

<sup>29</sup> Cálculo de 608 especialistas hospitalares para 150.000 beneficiários ADM e de 52 Clínicos Gerais para uma população de 38.592 militares (QP, RC, RV - Anuário Estatístico do MDN, 2009, p.209).

<sup>30</sup> Cálculo de e de 900 enfermeiros para 150.000 beneficiários ADM.



preferencial dado aos civis) e desmobilização, como se comprova pelo número cada vez maior de pedidos de abate aos quadros, entre este grupo de profissionais<sup>31</sup>.

A simples concentração de recursos atenuará, seguramente, a rarefação dos quadros dos serviços hospitalares em meios humanos, mas manterá uma composição desequilibrada, maioritariamente civil, que não se deseja, pelos motivos expostos.

Importa, pois, repensar a composição do QPM, para que este venha rapidamente a dotar-se de um corpo de médicos (Clínicos Gerais e especialistas em Saúde Pública com competências em áreas significativas para as Forças como a Medicina Preventiva e a Saúde Ambiental e Ocupacional) que assegurem a adequada prestação dos cuidados primários ao nível das estruturas sanitárias de apoio à COSF<sup>32</sup>.

Efetivamente, no documento orientador do Coordenador da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), afirma-se que “*Centro de saúde continua a ser o ponto de contacto privilegiado do cidadão e da sua família com o sistema de cuidados de saúde primários*” (Câmara Municipal de Lisboa – Carta de Equipamentos de Saúde – 2009, p. 10).

Esta deverá, também, ser a realidade aplicável à Saúde Militar, no que respeita aos seus Centros de Saúde e demais órgãos sanitários de apoio às Forças, exceto em situação de campanha, devendo aqui o apoio ser assegurado por equipas diferenciadas facultadas pelo HFAR.

Só desta forma os médicos militares especialistas hospitalares poderão ser libertos para os hospitais, local adequado para o seu contributo para a Saúde Militar e para a continuação da sua formação e treino contínuos.

Assim se conclui que os critérios de recrutamento dos médicos militares deverão ter em linha de conta a necessidade do apetrechamento da rede de cuidados primários com Clínicos Gerais e médicos de Saúde Pública e também acautelar a dotação das valências hospitalares de interesse prioritário para a Saúde Militar com especialistas hospitalares militares, assegurando a substituição dos que forem saindo e tendo em consideração os prolongados períodos de formação pré e pós-graduada de tais elementos.

<sup>31</sup> “O maior peso (...) dos médicos civis no SSM tem consequências: não são mobilizáveis (...) e têm um tratamento remuneratório mais favorável que os médicos militares (...)” (Graça, 2008, p.31).

<sup>32</sup> Para um rácio de 3,8 médicos/1.000 habitantes, são necessários mais 100 Clínicos Gerais, para além dos 52 já existentes.



### **(3) Carreiras dos profissionais de saúde militares**

As carreiras pesam na escolha e na fidelização das pessoas às instituições, pelo que se deve perseguir a sua dignificação e o equilíbrio entre a satisfação das expectativas e necessidades individuais e a das institucionais.

Neste contexto, afigura-se desejável que seja dada primazia à qualificação técnica na ocupação de cargos de chefia do núcleo operacional do HFAR e que, para algumas classes profissionais da saúde militar, se proceda à revisão de critérios para que seja estabelecido paralelismo entre a qualificação técnica e a progressão nas respetivas carreiras.

### **(4) Modelo de financiamento**

Outro fator, não menos importante, é o que respeita ao modelo de financiamento do HFAR.

Atualmente, o financiamento dos hospitais militares é feito através de verbas gerais (40% da dotação orçamental) e por verbas próprias (60% da dotação orçamental), resultantes da cobrança da faturação de serviços prestados a subsistemas de saúde, ou a outras entidades, públicas ou privadas (Lameiras, 2011).

O principal financiador é o IASFA, que disponibilizou em 2010, para o conjunto dos hospitais militares, montantes de cerca de 22,5 milhões de euros/ano (Rosa, 2011).

Por atrasos de pagamento das faturas relativas à prestação de serviços, as receitas geradas situam-se quase invariavelmente aquém do previsto, e por isso os hospitais sofrem de suborçamentação crónica (Lameiras, 2011).

O financiamento dos hospitais civis é atualmente feito através da celebração de contratos-programa com a ACSS, através da ARS da respetiva região, e contempla um montante que é pago em duodécimos e que constitui uma contrapartida pela produção contratada para o ano seguinte, calculada com base na análise retrospectiva da produção efetuada durante o ano transato.

Uma breve análise de alguns destes contractos, permitiu aferir os seguintes montantes anuais atribuídos: H.D. da Figueira da Foz, EPE (159 camas) – 25,45 milhões de euros; H.D. de Santarém, EPE (380 camas) – 58,45 milhões de euros; C.H. de Setúbal, EPE (363 camas) – 71,45 milhões de euros, o que corresponde a uma média de 176,3 mil euros/cama/ano, para uma taxa anual média de ocupação de camas de cerca de 90%<sup>33</sup>.

<sup>33</sup> Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/>, [consult. 20 out.2011].



A título de exemplo, a UH da Estrela (175 camas) tem uma dotação orçamental que é de 14,0 milhões de euros/ano (Lameiras, 2011), o que corresponde a uma média de 160,0 mil euros/ano/cama, se tivermos em conta que a taxa média anual de ocupação de camas rondou os 50%.

A dotação orçamental atribuída à UH da Estrela é inferior à praticada para a média dos hospitais do SNS aqui considerados em cerca de 16,3 mil euros/cama/ano, mas na prática a diferença é maior, devido aos atrasos nos pagamentos de serviços prestados.

Crê-se, por isso, que deve ser revisto o modelo de financiamento do futuro HFAR e que este deverá ser feito através da celebração de contrato-programa, nos mesmos moldes dos que estão em vigor para os Hospitais EPE e SPA do SNS, o que obviaria os atrasos sistemáticos de pagamentos e corrigiria a suborçamentação.

Para além disso, ao premiar a produtividade e a qualidade, constitui estímulo para o incremento da atividade.

#### **(5) Articulação com o IASFA e implementação de rede de cuidados continuados**

Afigura-se igualmente de grande utilidade, para a efetiva captação dos beneficiários ADM, a criação dos meios necessários a uma perfeita articulação funcional, interação e permuta de informação com o IASFA, para que a celebração de protocolos assistenciais entre este Instituto e os hospitais privados sediados na área de influência do futuro HFAR, se restrinja às valências não disponibilizadas pelo HFAR e aquelas cuja capacidade não permita resposta atempada e adequada às necessidades dos utentes.

Por fim, é também importante a implementação faseada de uma rede de cuidados continuados (RCC) que garanta a cobertura das necessidades previstas da população ADM com mais de 65 anos de idade (60% numa primeira fase e 100% numa fase ulterior, caso se justifique), de forma a complementar os cuidados que já são providenciados nesta área por iniciativa do IASFA.

Calcula-se que, numa primeira fase, para cuidados de longa duração e manutenção sejam necessárias 165 camas para Lisboa e 56 camas para o Porto, e para cuidados paliativos sejam precisas 20 camas para Lisboa e 6 camas para o Porto<sup>34</sup>.

<sup>34</sup> Respeitando os critérios definidos pela então Coordenação Nacional para a RCC, cit. por CML – Carta de Equipamentos de Saúde, 2009, p. 36.



Os critérios de admissão devem ser clínicos e sociais, pelo que se julga pertinente a designação de comissão médica, coadjuvada por equipa de assistência social, para, em conjugação com comissão técnica do IASFA, apreciar as candidaturas.

A implementação da RCC contribuirá para a melhoria do apoio prestado à Família Militar e também da atividade do HFAR, aliviando-o desta pressão.

#### **(6) Estrutura organizacional do HFAR**

O HFAR deverá constituir-se como um centro hospitalar de natureza conjunta, na dependência direta do CEMGFA, com sede em Lisboa e organizado em dois pólos hospitalares, um em Lisboa e outro no Porto, e deverá respeitar os princípios da modularidade, da funcionalidade, da flexibilidade e da polivalência dos espaços, de forma a adaptar-se às necessidades e a constituir reserva estratégica em caso de catástrofe ou de conflitos

O HFAR (pólo de Lisboa) deverá estruturar-se organizacionalmente de acordo com o esquematizado na Tabela nº 15:



Tabela nº 15: Estrutura organizacional do HFAR (Pólo de Lisboa)

Gestão de topo	Diretor do HFAR e órgãos de apoio	Responsável pelo planeamento estratégico, definindo a missão, os objetivos e as formas de os alcançar.
Gestão Intermédia	Diretor Clínico	Responsáveis pelo desdobramento do plano estratégico em planos táticos destinados a orientar os planeamentos operacionais
	Diretor Administrativo e Financeiro	
	Diretor do Ensino, Formação, Treino e Investigação	
	Diretores dos Departamentos do HFAR	
	Enfermeiro-Diretor	
Gestão operacional	Chefes dos serviços e das unidades médicas	Incumbida do estudo, preparação, e planeamento operacional, isto é, da delineação, coordenação e articulação do conjunto de tarefas e operações realizadas a nível operacional
	Chefes de enfermagem	
	Chefes dos TDT	
	Responsáveis das unidades de apoio logístico ao HFAR	
	Responsáveis das unidades de apoio logístico direto aos departamentos hospitalares	
Núcleo operacional	Médicos	Encarregue da operacionalização das tarefas com vista à consecução dos objetivos definidos superiormente
	Enfermeiros	
	TDT	
	Auxiliares de ação médica	
	Elementos dos órgãos de apoio logístico	
Órgãos de consultadoria e de apoio técnico do HFAR	Comissão de Ética para a Saúde	Incumbidos da supervisão da operacionalização dos planeamentos estratégicos e táticos previamente definidos para as áreas das suas competências e da elaboração de normas e de regras com vista à correção de desajustes ou detetados
	Comissão de farmácia e Terapêutica	
	Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar	
	Comissão de de Qualidade e Segurança do doente	
	Comissão de Coordenação Oncológica	

O diretor deverá ser um médico, Contra-almirante ou Major-general, nomeado por despacho do Ministro da Defesa Nacional, rotativamente por cada um dos ramos das Forças Armadas, sob proposta do CEMGFA, ouvido o Conselho de Chefes de Estado-Maior, após indigitação do respetivo Chefe do Estado-Maior (CEM).

Os restantes diretores deverão ser Capitães-de-mar-e-guerra ou Coronéis das especialidades adequadas às respetivas funções, oriundos dos três Ramos, nomeados por despacho do CEMGFA, após indigitação do respetivo CEM, ouvido o Diretor do HFAR.

Os chefes dos órgãos do núcleo operacional deverão ser nomeados por despacho do CEMGFA, após seleção por concurso organizado pelo HFAR para provimento do cargo.

O núcleo operacional do HFAR (pólo de Lisboa) deverá organizar-se em quatro departamentos principais, conforme esquematizado na Figura nº 10:

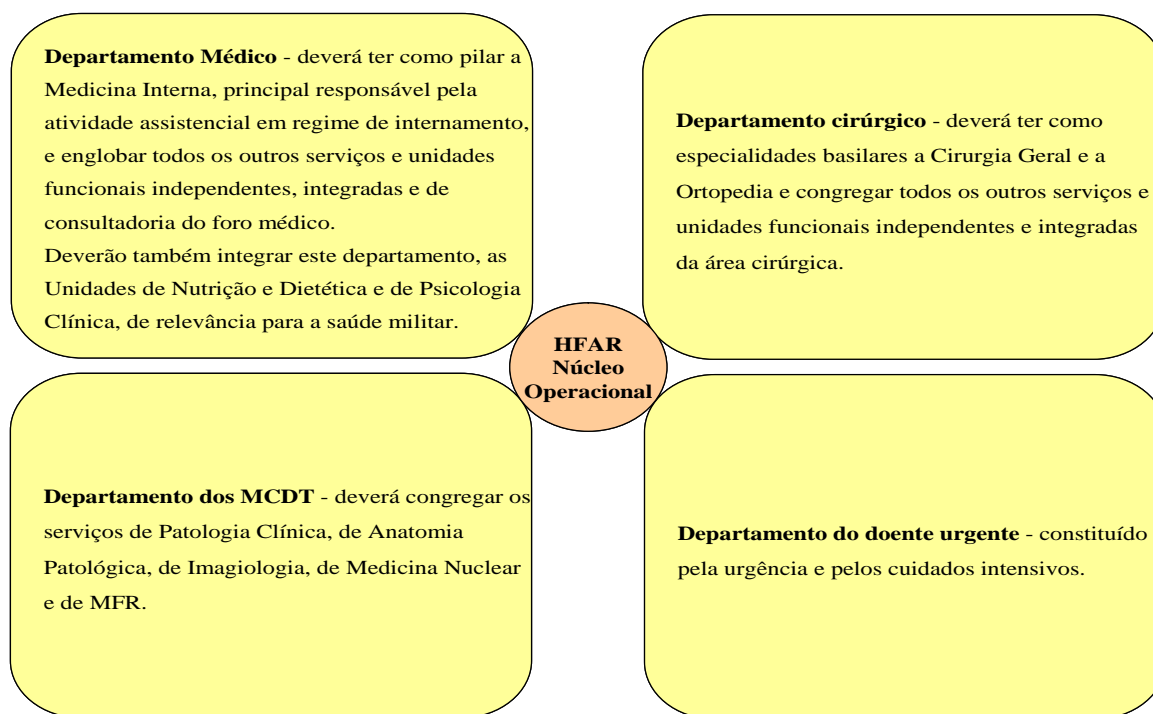


Figura nº 10: Estrutura orgânica do núcleo operacional do HFAR (Pólo de Lisboa)

Conforme esquematizado na Tabela nº 16, os departamentos do núcleo operacional do HFAR (Pólo de Lisboa) deverão estruturar-se em torno de valências com equipas médicas bem dotadas, com atividade assistencial mais consistente e de maior interesse para a medicina operacional e de campanha, sendo que, de entre estas, as mais relevantes devem organizar-se em Serviços:



Tabela nº 16: Estruturação do núcleo operacional do HFAR em Serviços e Unidades

Especialidades relevantes para a medicina operacional / de campanha e com forte atividade assistencial		
Cirurgia Geral	Medicina Interna	Patologia Clínica
Oftalmologia	Cardiologia	Anatomia Patológica
Ortopedia	Neurologia	
Urologia	Psiquiatria	Imagiologia
ORL	Pneumologia	Medicina Física e de Reabilitação
Ginecologia	Gastrenterologia	
Estomatologia / Medicina Dentária	Anestesiologia	Medicina Nuclear
<b>Serviços</b> - maioritariamente guarnecidos por pessoal militar e pugnar pela idoneidade formativa, preferencialmente completa, reconhecida pela Ordem dos Médicos		
Especialidades com atividade relevante, bem dotadas em pessoal, de médio interesse para a medicina operacional, mas que complementam as valências de interesse prioritário e dão consistência à atividade assistencial desenvolvida pelo HFAR		
Neurocirurgia	Endocrinologia	
	Nefrologia	
<b>Unidades funcionais independentes</b> - guarnecidas com pessoal militar e civil e pugnar pela obtenção de idoneidade formativa, se não total, pelo menos parcial		
Especialidades pouco dotadas em pessoal, mas relevantes para apoio complementar à medicina operacional		
Cirurgia Vascular	Cuidados Intensivos	
Cirurgia Maxilo-Facial	Infeciologia	
<b>Unidades funcionais independentes</b> - guarnecidas com pessoal militar e civil e pugnar pela obtenção de idoneidade formativa, se não total, pelo menos parcial		
Especialidades irrelevantes para a medicina operacional, mas importantes para a atividade assistencial a prestar à Família Militar		
Oncologia		<b>Unidades funcionais</b> (independente no primeiro caso, integrada no segundo) - pela sua especificidade e pela importância epidemiológica da patologia oncológica
Hematologia		
Dermatologia		<b>Unidade funcional independente</b> - pela atividade significativa
Pediatria		<b>Unidades de consultadoria</b> - dada a sua irrelevância operacional e fraca expressividade assistencial
Imuno-Alergologia		
Reumatologia		

O HFAR (Pólo de Lisboa) deverá, também, contemplar espaços para tratamentos de dia (para doentes insuficientes renais e para doentes oncológicos) e para hemoterapia.

Deverá possuir infraestruturas adequadas às necessidades de formação, treino e ensino do seu pessoal (biblioteca central, bibliotecas por grupos de serviços com meios informáticos, salas de reuniões para grupos de serviços, auditório, e salas de formação).

A isto acrescem as infraestruturas para os diferentes órgãos de gestão do HFAR, de topo, intermédia e operacional, para todos os Departamentos, Serviços, Estruturas e Subestruturas deles dependentes, para os Órgãos de apoio técnico, para as Juntas Médicas de Saúde Militar e para apoio aos profissionais, utentes e pessoal em trânsito (refeitório, alojamentos, vestiários, por exemplo).

Deverá ter estacionamento suscetível de ser convertido em zona de descontaminação, heliporto na proximidade da urgência e espaço para cerimónias militares.



Importa salientar que se calcula desejável que o hospital tenha um rácio de, pelo menos, 2,5 camas de agudos/1.000 habitantes<sup>35</sup>.

Crê-se que o número de camas previsto nunca será de mais, dado que a média nacional é de cerca de 3,5 camas/1.000 habitantes (cerca de 6,0/1.000 habitantes, na grande Lisboa)<sup>36</sup>, embora com tendência para a sua diminuição<sup>37</sup>.

Julga-se, também, conveniente que o HFAR fique articulado funcionalmente e potencie a capacidade de atuação das unidades de saúde militares especializadas na prestação de cuidados assistenciais (medicina subaquática e hiperbárica, medicina aeronáutica, medicina preventiva e tropical, prevenção, tratamento e reabilitação do alcoolismo, toxicodependência e tabagismo) no treino e na formação em valências específicas da medicina militar (emergência pré-hospitalar, NBQR, medicina do ambiente e das catástrofes, telemedicina), na seleção, acompanhamento e investigação psicológica, no ensino e na formação complementar pós-graduada dos profissionais de saúde.

É consensual que a proximidade física aumenta a interação e a coordenação (Cushway B et al., 1998, p. 136), pelo que o ideal seria mesmo que as infraestruturas de tais unidades passassem a estar sediadas em contiguidade ao HFAR, o que criaria sinergias funcionais, evitando a dispersão dos profissionais de saúde.

O mesmo deverá acontecer com as unidades especializadas de apoio nas áreas da gestão de medicamentos e de outros produtos e equipamentos sanitários, da medicina veterinária, da Bromatologia e da manipulação Biológica.

O HFAR (pólo do Porto) deverá proceder a um ajustamento da sua estrutura orgânica e funcional, de acordo com as orientações e critérios supramencionados que sejam aplicáveis à sua dimensão e capacidades instaladas, considerando-se indispensável o alargamento da sua esfera de atividade a outros segmentos populacionais (para além daqueles que já serve), com vista à manutenção de uma atividade assistencial hospitalar consistente e diversificada, requerida para o melhor aproveitamento da sua capacidade assistencial instalada, para a sua sustentabilidade económico-financeira, e para a adequada formação e treino dos seus profissionais de saúde.

Para atendimento das urgências, o pólo do Porto, dada a sua menor dimensão e abrangência, deverá estar apetrechado com um Serviço de Atendimento Permanente (SAP), ou, quando muito, com um SUB.

<sup>35</sup> Despacho da Ministra da Saúde n.º 23/86, de 16 de julho;

<sup>36</sup> Relatório do Estado do Ordenamento do Território (RP) DMPU – CML, 2009, P. 221/503.

<sup>37</sup> Anuário Estatístico de Portugal, 2009, Edição de 2010, p.9.



A manutenção do “status quo” atual, implica um subaproveitamento da sua capacidade instalada, que não é admissível na conjuntura económico-financeira do País.

Neste contexto, caso não seja possível o aumento da sua atividade através da celebração de protocolos de prestação de serviços com outros setores da população residente nos distritos abrangidos pela sua esfera de influência, poderá aproveitar-se a sua capacidade sobrança em prol dos cuidados continuados e paliativos, suprindo, desta forma, algumas das significativas carências existentes nestes setores, que afetam a Família Militar residente na zona norte do País.

#### **d. Síntese conclusiva**

Este capítulo constituiu um corolário, onde se recuperou o diagnóstico elaborado nos capítulos anteriores e se procedeu à construção de orientações gerais e de natureza técnico-gestionária para apoio aos trabalhos em curso de reestruturação da RHM e de edificação do HFAR.

Neste contexto, foram apresentadas propostas para a melhoria dos seguintes aspetos (OG):

- Universo populacional servido pelo HFAR e tipo de SU;
- Quadro médico;
- Carreiras dos profissionais de saúde militares;
- Modelo de financiamento;
- Articulação funcional com as outras estruturas relacionadas com a saúde militar e com o SNS;
- Estrutura organizacional do HFAR.

No que ficou expresso neste capítulo, o desenvolvimento da investigação reforça a ideia de que a reestruturação da RHM deverá ser encarada como uma oportunidade de mudança e conduzida a partir de uma perspetiva holística, suportada em orientações e critérios previamente negociados com a Tutela e claramente assumidos pela organização militar, que vise otimizar a capacidade de cumprimento da missão que a justifica.

Todos estas linhas de orientação para os trabalhos de racionalização da RHM portuguesa e de edificação do HFAR, para além de confirmarem a Hip3 e de responderem à QD3, contribuem também para a resposta à QC que enforma este trabalho de investigação, na medida em que enriquecem os pressupostos do referencial teórico que deverá presidir ao modelo de gestão a aplicar ao HFAR.



## Conclusões e recomendações

Nesta última parte do trabalho, são apresentadas:

- A visão retrospectiva do procedimento metodológico adotado nesta investigação enformada pelo conceito central “*Contributo para a melhoria do modelo de gestão a aplicar ao futuro HFAR*”;
- A comparação dos resultados obtidos com os enunciados nas hipóteses formuladas associadas às questões levantadas;
- As contribuições para o conhecimento, traduzidas na identificação das principais linhas de força e em algumas aplicações de ordem prática para os trabalhos de reforma da RHM.

### **- Retrospectiva sobre o procedimento metodológico**

O procedimento metodológico, de onde se destacam a QC, as QD e as Hip (Introdução, p.17), apoiou-se no método hipotético-dedutivo e baseou-se em quatro fases fundamentais (Introdução, p.18).

A obtenção dos dados apoiou-se na pesquisa e análise de livros, revistas científicas, documentação jurídica e normativa, notas e despachos administrativos disponíveis, na consulta de endereços internet nacionais e internacionais relacionados com a saúde em geral e com a saúde militar em particular, em trabalhos de investigação e outros estudos já realizados sobre este assunto, e também em entrevistas exploratórias realizadas a personalidades de reconhecido mérito e experiência nos domínios abrangidos pelo estudo em causa.

### **- Do processo de resposta às questões e validação das hipóteses, salientamos o seguinte:**

No Capítulo 1 – Validou-se a Hip1 e respondeu-se à QD1, através da: i) definição do papel do HFAR no seio do SSM, com base na caracterização da estrutura e missão deste subsistema (OE1); ii) especificação dos aspectos que diferenciam os hospitais militares dos civis, e que justificam a sua existência, mesmo em tempo de paz (OE2); iii) identificação de métodos e atributos positivos hospitalares do SNS (modelos de gestão e de financiamento e interoperabilidade com as outras estruturas do SNS), alguns dos quais deverão ser aproveitados para a melhoria do modelo de gestão a aplicar ao HFAR (OE3).

No Capítulo 2 – Validou-se a Hip2 e respondeu-se à QD2, através da elaboração de um diagnóstico fundamentado na análise SWOT da RHM portuguesa (OE4) e na breve



avaliação da RHM de alguns países amigos (OE5), o qual permitiu identificar e sistematizar um conjunto de debilidades estruturais, organizacionais e de gestão, que revelam que a RHM portuguesa diverge das de outros países amigos e que explicam os seus baixos níveis de eficácia e de eficiência (Capítulo 2, pp. 45-46).

No Capítulo 3 – Validou-se a Hip3 e respondeu-se cabalmente à QD3 e à QC “*Como melhorar o modelo de gestão a aplicar ao futuro HFAR?*” que enformou o presente estudo, através da elaboração de um quadro conceptual baseado na sistematização e integração dos elementos diagnósticos elaborados nos capítulos anteriores (OE6) (Figura nº 9, p. 47), o qual possibilitou a projecção de uma solução holística, materializada num conjunto de propostas traduzidas em orientações gerais e de natureza técnico-gestionária que deverão presidir aos trabalhos de reestruturação da RHM com vista à sua melhoria estrutural e organizacional (OG) (Capítulo 3, pp. 49-63).

**- Como contributos para o conhecimento, e considerações gerais de ordem prática resultantes do presente trabalho:**

Tem-se em linha de conta que a instabilidade económico-financeira que o País atravessa, e a pressão dos critérios que enformam o cumprimento do compromisso internacional económico-financeiro assumido recentemente por Portugal, fazem com que, devido à celeridade com que ocorrem as mudanças neste domínio, a informação quantitativa se desactualize rapidamente e as propostas contidas neste trabalho tenham uma validade temporal mais limitada e, conseqüentemente, uma eficácia mais reduzida.

No entanto, considera-se que a revisão efetuada e a metodologia adotada contribuíram para a aquisição de conhecimento, na medida em que seguindo uma lógica sistémica, centrada na obtenção de uma visão holística baseada na identificação e na integração das principais questões em torno da problemática em estudo, viabilizaram a construção de um modelo conceptual, o qual permitiu:

- Acrescentar sistematização e clareza à análise que foi conduzida nesta investigação;

- Aperfeiçoar o diagnóstico da situação actual da RHM (sintetizado na figura nº 9, p.47);

- Melhorar a percepção sobre as principais linhas de força em torno da reestruturação da RHM e aperfeiçoar os trabalhos em curso da reforma da RHM, contribuindo para que tivessem sido formuladas um conjunto de recomendações e de orientações de natureza técnico-gestionária (consultar pp. 49-63 do Capítulo 3), as quais incidiram particularmente



sobre os aspectos seguintes: i) edificação e disposição de meios; ii) dimensão e capacidade funcional do HFAR; iii) minimização das vulnerabilidades da RHM; iv) interação entre o HFAR e os SS dos Ramos e restantes estruturas do SSM.

Assim, quanto à edificação e disposição de meios, recomendou-se:

- A concentração das infraestruturas, equipamentos e recursos humanos (Capítulo 2, pp. 31-37), no Centro Hospitalar Conjunto das FFAA (HFAR) constituído por dois Pólos, um em Lisboa e outro no Porto;

- A manutenção do Pólo do Porto nas instalações do HMR1, procedendo-se à aplicação das medidas necessárias para a sua melhoria funcional;

- A concentração do Pólo de Lisboa numa única estrutura, baseada na modularidade, funcionalidade, flexibilidade e polivalência dos espaços, generalista, e estruturada em quatro departamentos principais (médico, cirúrgico, MCDT e doente urgente), edificados em torno das valências de maior importância para a medicina militar, e deverá pugnar pela melhoria da articulação funcional com as unidades que prestam serviços específicos na área da saúde militar (ensino, medicina do mergulho, medicina hiperbárica, medicina aeronáutica, por exemplo) e que contribuem para a diferenciação e reforço da atividade do HFAR, devendo as mesmas, em circunstâncias ideais, ficar sediadas em contiguidade com o HFAR.

Quanto à dimensão e capacidade funcional do HFAR, recomendaram-se dois modelos alternativos:

- Um baseado no alargamento da população alvo (cerca de 200.000 pessoas, entre militares e civis), com SUMC e integração na rede nacional de SU e de emergência médica;

- Outro com população alvo mais restrita (cerca de 75.000 a 100.000 pessoas, entre militares, militarizados e respetivos familiares e outros segmentos populacionais), com SUB, com referenciação da maioria dos doentes urgentes para a rede de SU do SNS, e com treino obrigatório do seu quadro médico em SU Polivalente e/ou em emergência médica pré-hospitalar, mediante celebração de protocolos com as entidades nacionais competentes.

Recomendou-se a adoção do primeiro modelo, por propiciar a abertura do subsistema SSM e a sua interação com o SNS, reforçar a sua imagem perante a sociedade, revitalizar a atividade assistencial, melhorar a capacidade de formação e de treino dos seus profissionais e proporcionar condições para a atribuição de idoneidade formativa aos seus serviços (fator de captação dos médicos internos, militares e civis).



Contudo, a consciência das dificuldades económicas com que a sociedade portuguesa se debate, levou a admitir que tais constrangimentos pudessem, para já, inviabilizar este modelo conceptual, pelo que se preconizou, em alternativa, o segundo, tendo-se salientado que seria desejável que este fosse implementado de forma a poder evoluir subseqüentemente para o primeiro.

Quanto à minimização das outras vulnerabilidades identificadas no seio da RHM, recomendou-se:

- O reequilíbrio da composição do quadro médico do SSM, através da adequação dos critérios de recrutamento às necessidades da saúde militar;
- A primazia da qualificação técnica para a ocupação de cargos de chefia do setor operacional;
- A reposição do paralelismo entre a qualificação técnica e a progressão na carreira para certas classes profissionais da saúde militar;
- A reformulação do modelo de financiamento (celebração de contratos-programa com a entidade pagadora);
- A melhoria da articulação funcional com o IASFA, para revisão das convenções celebradas com hospitais sediados na área de influência do HFAR e para facilitação da implementação da RCC.

Quanto à interação entre o HFAR e os SS dos Ramos e restantes estruturas do SSM, recomendou-se:

- A clara divisão de tarefas entre o HFAR e os SS dos Ramos: i) o HFAR deve ser concebido para, além de todas as outras tarefas inerentes à sua missão (elencadas nas páginas 20, 25, 26 e sistematizadas na Figura nº 7 – Capítulo 1), garantir a alimentação da cadeia logística sanitária do SSM, nomeadamente através da formação adequada e da projeção das equipas sanitárias para os diversos teatros operacionais; ii) os SS dos Ramos devem estar estruturados de forma a estudar, preparar, planear, gerir e acompanhar a execução das estratégias da componente operacional do SSM, territorial e móvel, fundamentalmente incumbida da prestação de cuidados de saúde primários;
- A melhoria da interoperabilidade (obtida, entre outros fatores, pela maior proximidade ou contigüidade física) com as unidades de saúde militares especializadas: i) na prestação de cuidados médicos, no treino e na formação em valências de maior interesse para a medicina militar; ii) na seleção, acompanhamento e investigação psicológica, ensino e formação pós-graduada dos profissionais de saúde; iii) na gestão de medicamentos e de outros produtos e equipamentos sanitários.



Finalmente, quanto à previsível dificuldade de interação coordenada e sinérgica entre o HFAR e os SS dos ramos e demais estruturas do SSM (quer pela sua autonomia e ausência de unidade de comando, quer pelos potenciais conflitos de interesses gerados entre ambos), o conhecimento adquirido nesta investigação permite formular algumas recomendações que se julgam úteis para a sua minimização, a saber:

Que à semelhança do modelo proposto por Veiga Simão (2011, pp. 33-38, 100-107) para o ensino universitário militar, seja criado um órgão que superintenda e harmonize os interesses e as atividades das diversas componentes do SSM, e que promova a sua interação com todas as outras entidades relacionadas com a saúde militar.

Tal órgão, para o qual se propõe a designação de Direção Geral da Saúde Militar (DGSM) deverá estar organicamente inserido no MDN, paralelamente aos outros Órgãos de Suporte à Gestão de Recursos, funcionar na dependência do Ministro da Defesa Nacional, constituir o seu órgão de consulta para os assuntos da saúde militar e substituir o COSM, a DGPRM e a DSSAS, nas funções especificamente relacionadas com a saúde militar atribuídas legalmente a estes organismos, de entre as quais se destacam:

- Definição e acompanhamento da execução das políticas de saúde militar, assim como das políticas de formação do pessoal e de investigação no âmbito da saúde militar;
- Coordenação da representação nacional da saúde militar na NATO e outras organizações internacionais, e estabelecimento de relações com entidades congéneres de outros países no âmbito da saúde militar;
- Acompanhamento do desenvolvimento da doutrina da NATO relativa à saúde militar, com vista ao aperfeiçoamento do SSM, designadamente no domínio da formação do pessoal de saúde;
- Acompanhamento da aplicação do Protocolo que estabelece as regras de acesso e frequência do internato médico pelos médicos militares;
- Realização, em coordenação com o IASFA, dos estudos e planeamento da rede de cuidados continuados e acompanhar a sua execução e funcionamento;
- Elaboração, em articulação com o HFAR e com os SS dos ramos, de: i) estudos e planeamentos de racionalização dos serviços e otimização das infraestruturas e equipamentos de saúde militar; ii) ações de apoio médico sanitário às forças nacionais destacadas; iii) Encontros de Saúde Militar da CPLP e ações de cooperação técnico-militar em colaboração com os demais organismos competentes; iv) estudos e medidas de prevenção da doença (incluindo as infecciosas) e acidentes, e de promoção da saúde, e



planos de acompanhamento da respetiva execução; v) proposta dos critérios que deverão presidir ao recrutamento dos médicos para o QPM.

A DGSM deverá ter como estrutura nuclear de apoio a DSM e articular-se funcionalmente com as demais estruturas do SSM e com todas as entidades, militares ou civis, com interesses em relação à saúde militar.

Caso esta política integradora prossiga, assume-se como provável que o SSM se venha a autonomizar, com inserção orgânica de todos os seus órgãos de cúpula na DGSM, passando a constituir o subsistema de apoio logístico sanitário às FFAA e a interagir com o EMGFA e com as chefias dos Ramos nas áreas que lhes são específicas.



## Bibliografia

AJP 4.10.1 – Allied Joint Doctrine for Medical Planning. [Em linha] Disponível em: [http://www.google.pt/#hl=pt-PT&q=AJP+4.10.1+%E2%80%93+Allied+Joint+Medical+Planning&oq=AJP+4.10.1+%E2%80%93+Allied+Joint+Medical+Planning&aq=f&aqi=&aql=&gs\\_sm=3&gs\\_upl=136218113804710114068711111010101140114010.11110&gs\\_l=serp.3...13621811380471011406871111010101140114010j11110&bav=on.2,or.r\\_gc.r\\_pw.,cf.osb&fp=3d01fa140d34b43f&biw=1280&bih=698](http://www.google.pt/#hl=pt-PT&q=AJP+4.10.1+%E2%80%93+Allied+Joint+Medical+Planning&oq=AJP+4.10.1+%E2%80%93+Allied+Joint+Medical+Planning&aq=f&aqi=&aql=&gs_sm=3&gs_upl=136218113804710114068711111010101140114010.11110&gs_l=serp.3...13621811380471011406871111010101140114010j11110&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.,cf.osb&fp=3d01fa140d34b43f&biw=1280&bih=698), [Consult. 20 nov. 2011].

Alfarroba ECS, 2008. A reforma em curso do Serviço Nacional de Saúde e as suas repercussões no Sistema de Saúde Militar. *TILT do CPOG 2007/2008*, Lisboa, IESM.

Alfarroba, MAJ-GEN (diretor do SS do Exército), 2011. *A saúde militar, perspectivas futuras*. Entrevistado por CMG Albuquerque e Sousa. Lisboa, 05 out. 2011.

Assembleia da República, 2005. *Determina no nº 6 do seu Artigo 275º que as Forças Armadas podem ser incumbidas, nos termos A da lei, de colaborar em missões de proteção civil, em tarefas relacionadas com a satisfação de necessidades básicas e a melhoria da qualidade de vida das populações, e em ações de cooperação técnico-militar no âmbito da política nacional de cooperação* (Lei Constitucional nº 1/2005, de 12 de agosto). Lisboa: Diário da República.

Assembleia da República, 2009. *Aprova a Lei da Defesa Nacional* (Lei Orgânica nº 1-B/2009, de 7 de julho). Lisboa: Diário da República.

Assembleia da República, 2009. *Aprova a Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas* (Lei Orgânica nº 1-A/2009, de 7 de julho). Lisboa: Diário da República.

Assembleia da República, 2009. *No âmbito da definição dos modelos organizacionais dos serviços que integram o Ministério da Defesa Nacional, veio criar o Conselho da Saúde Militar, órgão colegial na dependência direta do Ministro da Defesa Nacional, com responsabilidades na conceção, coordenação e acompanhamento das políticas de saúde no contexto militar e pela articulação com outros organismos congéneres do Estado* (Lei Orgânica do Ministério da Defesa Nacional, aprovada pelo Decreto -Lei n.º 154 - /2009, de 6 de julho). Lisboa: Diário da República.

Câmara Municipal de Lisboa, 2009. *Carta de Equipamentos de Saúde de Lisboa*. [Em linha] Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa. Disponível em: <http://www.google.pt/#hl=pt->



[PT&q=carta+de+equipamentos+de+sa%C3%BAde&oq=carta+de+equipamentos+de+sa%C3%BAde&aq=f&aqi=&aql=1&gs\\_sm=e&gs\\_upl=6946672169570321216958032130129101191191112651223410.2.811010&bav=on.2.or.r\\_gc.r\\_pw.,cf.osb&fp=16588a5fc76d3d3f&biw=1280&bih=698](http://www.revistamilitar.pt/modules/articles/article.php?id=110), [Consult. 26 out. 2011].

Coelho AR, 2006. Reforma da Saúde Militar – Uma Intenção muitas vezes adiada. *Revista Militar*. [Em linha] Disponível em: <http://www.revistamilitar.pt/modules/articles/article.php?id=110>, [Consult. 18 out. 2011].

Conselho de Ministros, 2006. *Aprova a Lei Orgânica do Exército* (Decreto-Lei n.º 61/2006, de 21 de março). Lisboa: Diário da República.

Conselho de Ministros, 2009. *Ajustamento, redimensionamento e reestruturação do IASFA, I. P., dotando -o dos recursos e dos instrumentos de gestão necessários à prossecução dos seus fins* (Decreto-Lei n.º 215/2009, de 4 de setembro). Lisboa: Diário da República.

Conselho de Ministros, 2009. *Aprova a Lei Orgânica da Marinha* (Decreto-Lei n.º 233/2009, de 15 de setembro). Lisboa: Diário da República.

Conselho de Ministros, 2009. *Aprova a Lei Orgânica do EMGFA - Atribuição de novas competências ao Chefe do Estado -Maior-General das Forças Armadas, bem como a revisão de outras já existentes* (Decreto-Lei n.º 234/2009, de 15 de setembro). Lisboa: Diário da República.

Conselho de Ministros, 2009. *Define a missão da DGPRM, suas atribuições e o tipo de organização interna* (Decreto Regulamentar n.º 21/2009, de 04 de setembro de 2009). Lisboa: Diário da República.

Cordeiro JNRM, 2010. Hospital das Forças Armadas – contributos para o modelo. *TILT do CPOG 2009/2010*, Lisboa, IESM.

Cushway B et al., 1998. *Organizações, Planeamento e Comportamento*. Lisboa: Clássica Editora.

Défense Belge. *Missions d’ACOS WB*. [Em linha] Défense Belge 2002 - 2012. Disponível em: <http://www.mil.be/wb/subject/Index.asp?LAN=fr&ID=1264>, [Consult. 14 nov. 2011].

Défense Belge. *Missions des Divisions de WB. La Division Santé*. [Em linha] Défense Belge 2002 – 2012. Disponível em:



<http://www.mil.be/wb/subject/index.asp?LAN=fr&ID=137&page=1>, [Consult. 14 nov. 2011].

Duarte JLA, 2009. Política Social para as Forças Armadas. *TILT do CPOG 2008/2009*, Lisboa, IESM.

Duarte JMG, 2009. Apoio Sanitário Conjunto às Forças Nacionais Destacadas. Contributos para um modelo conceptual. *TILT do CPOG 2008/2009*, Lisboa, IESM.

Duarte, MAJ-GEN (diretor do SS da Força Aérea), 2011. *A saúde militar, perspectivas futuras*. Entrevistado por CMG Albuquerque e Sousa. Lisboa, 03 out. 2011.

Estado-Maior-General das Forças Armadas. *Reforma da Saúde Militar*. [Em linha] © EMGFA 2009. Disponível em: <http://www.emgfa.pt/pt/noticias/181>, [Consult. 20 dez. 2011].

Ferreira JJB, 2007. O Serviço de Saúde Militar no Princípio Do Século XXI em Portugal. In: *O Serviço de Saúde Militar na Comemoração do IV Centenário dos Irmãos Hospitaleiros de São João de Deus em Portugal*. Lisboa: Comissão Portuguesa de História Militar, Volume I, 133-219.

Gomes FAA, 2006. O Apoio Sanitário no Teatro de Operações – evolução do conceito à luz dos novos cenários. *Revista Militar*. [Em linha] Disponível em: <http://www.revistamilitar.pt/modules/articles/article.php?id=121>, [Consult. 15 out. 2011].

Graça AMNS, 2008. O regime dos Quadros Especiais da área da saúde das Forças Armadas. *TILT do CPOG 2007/2008*, Lisboa, IESM.

Instituto Nacional de Estatística, 2009. *Anuário Estatístico de Portugal*. [Em linha] Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, Edição 2010. Disponível em: <http://www.slideshare.net/dukah/anurio-estatstico-de-portugal2009>, [Consult. 27 out. 2011].

Lameiras, TEN-COR (administrador da UH da Estrela), 2011. *A saúde militar, perspectivas futuras*. Entrevistado por CMG Albuquerque e Sousa. Lisboa, 30 set. 2011.

Lopes CMPV, 2007. Como estruturar a relação da ADM com o sistema de saúde das Forças Armadas. *TILT do CPOG 2006/2007*, Lisboa, IESM.



Marques JCN, 2006. Organização dos Serviços de Saúde Militares: uma visão atual. *Revista Militar*. [Em linha] Disponível em: <http://www.revistamilitar.pt/modules/articles/article.php?id=115>, [Consult. 25 out. 2011].

Martins, CALM (ex-diretor do SS da Marinha), 2012. *A saúde militar, perspectivas futuras*. Entrevistado por CMG Albuquerque e Sousa. Lisboa, 08 jan. 2012.

Martins JM, 2010. *Estratégia Organizacional Dinâmica*. Lisboa: Manuel Robalo.

MC0326/3, 2011. *NATO Principles and Policies of Medical Support*. NATO unclassified, IMSM-0508-2011.

Medical Support to Joint Operations. Joint Doctrine Publication 4-03 Second Edition (JPD 4-03 2<sup>nd</sup> edition), Chapter 2.

Ministère de la Defense, 2012. *Service de santé des armées*. [Em linha] Copyright Ministère de la Defense, 2012. Disponível em: <http://www.defense.gouv.fr/sante>, [Consult. 15 jan. 2012].

Ministério da Defesa Nacional, 2007. *Alterações adicionais na Estrutura de Comando e na Estrutura Base do Exército, decorrentes do processo de reorganização da estrutura superior da defesa nacional e das Forças Armadas* (Decreto Regulamentar n.º 75/2007, de 03 de julho). Lisboa: Diário da República.

Ministério da Defesa Nacional, 2009. *Anuário Estatístico da Defesa Nacional*. [Em linha] Lisboa: Ministério da Defesa Nacional, Edição 2010. Disponível em: <http://www.mdn.gov.pt/mdn/pt/Defesa/Publicacoes/>, [Consult. 25 out. 2011].

Ministério da Defesa Nacional, 2010. *Cria o grupo de trabalho incumbido de apresentar, até ao fim do ano de 2010, a proposta do programa funcional para o Hospital das Forças Armadas, assente numa unidade hospitalar única, incluindo o tipo e a dimensão do serviço de urgência a implementar* (Despacho n.º 10825/2010, de 16 de junho). Lisboa: Diário da República.

Ministério da Defesa Nacional, 2010. *Criação da Divisão de Saúde Militar (DSM), inserida na Direção de Serviços de Saúde e Assuntos Sociais (DSSAS)* (Despacho n.º 2591/2010 da Direção-Geral de Pessoal e Recrutamento Militar). Lisboa: Diário da República.



Ministério da Defesa Nacional, 2010. *Criação de serviços hospitalares militares conjuntos, incluindo o serviço de urgência* (Despacho n.º 10826/2010, de 16 de junho). Lisboa: Diário da República.

Ministério da Defesa Nacional, 2010. *Diretiva ministerial para a implementação da reforma das Forças Armadas e da estrutura superior da Defesa Nacional. No âmbito da saúde militar determina a constituição do Conselho de Saúde Militar e do Hospital das Forças Armadas, o qual deverá organizar-se em dois pólos, um no Porto (mantendo e valorizando o HMRI) e o outro em Lisboa (constituindo-se de forma faseada, através do racionamento e concentração de valências, primeiro pela formação de serviços conjuntos, depois pela formação do pólo hospitalar único)* (Despacho n.º 7770/2010, de 16 de abril). Lisboa: Diário da República.

Ministério da Defesa Nacional, 2010. *Estabelece as normas que regulam a composição e as atribuições do Conselho da Saúde Militar* (Decreto-Lei n.º 58/2010, de 7 de junho). Lisboa: Diário da República.

Ministério da Defesa Nacional, 2010. *Relatório do Grupo de Trabalho criado pelo Despacho de 11 de fevereiro de 2010 do Ministro da Defesa Nacional para a Racionalização da Rede Hospitalar Militar*. Lisboa: MDN.

Ministério da Defesa Nacional, 2010. *Relatório do Grupo de Trabalho criado pelo Despacho de 11 de fevereiro de 2010 do Ministro da Defesa Nacional para a Racionalização da Rede Hospitalar Militar, em cumprimento do Despacho do MDN de 28 de maio de 2010, Lisboa, 17 de junho de 2010*. Lisboa: MDN.

Ministério da Defesa Nacional, 2010. *Relatório do Grupo de Trabalho criado pelo Despacho do Ministro da Defesa Nacional n.º 10825/2010, de 16 de junho, para a Elaboração do Programa Funcional do Hospital das Forças Armadas, Lisboa*. Lisboa: MDN.

Ministério da Defesa Nacional, 2011. *Criação de uma equipa técnica incumbida de apresentar uma proposta de modelo integrado de organização e gestão do Sistema de Saúde Militar* (Despacho n.º 15302/2011, de 27 de outubro). Lisboa: Diário da República.

Ministério da Defesa Nacional, 2011. *Determina que o pólo de Lisboa do HFAR fica sediado no espaço físico ocupado pela Unidade Hospitalar do Lumiar e que no processo da sua instalação deverão ser observadas as propostas de alteração introduzidas pela*



*equipa técnica criada por Despacho do MDN de 24 de agosto de 2011* (Despacho n° 16437/2011, de 4 de novembro). Lisboa: Diário da República.

Ministério da Defesa Nacional, 2011. *Inventariação dos dispositivos médicos afetos aos serviços de saúde dos três ramos das FFAA, e sujeição da aquisição de novos dispositivos, serviços e obras à prévia aprovação por parte do Secretário de Estado Adjunto da Defesa Nacional* (Despacho n° 123/2011, de 16 de dezembro). Lisboa: Diário da República.

Ministério da Defesa Nacional, 2011. *Programa Funcional do Hospital das Forças Armadas – Atividade e funcionamento*. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional e Ministério da Saúde: Antares consulting, SUCH - Serviço de Utilização Comum dos Hospitais.

Ministério da Defesa Nacional, 2011. *Programa Funcional do Hospital das Forças Armadas – Perfil assistencial*. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional e Ministério da Saúde: Antares consulting, SUCH - Serviço de Utilização Comum dos Hospitais.

Ministério da Defesa Nacional, 2011. *Programa Funcional do Hospital das Forças Armadas (Pólo de Lisboa) – Plano funcional*. Ministério da Defesa Nacional e Ministério da Saúde, março 2011: Antares consulting, SUCH - Serviço de Utilização Comum dos Hospitais.

Ministério da Defesa Nacional, 2011. *Reforma do Sistema de Saúde Militar – Reestruturação Hospitalar*. [Em linha] © MDN 2011. Disponível em: [http://www.mdn.gov.pt/mdn/pt/mdn/Serviços+Centrais+de+Suporte/dgprm/saude/DGPRM\\_Reforma\\_SistSaudeMilitar.htm](http://www.mdn.gov.pt/mdn/pt/mdn/Serviços+Centrais+de+Suporte/dgprm/saude/DGPRM_Reforma_SistSaudeMilitar.htm), [Consult. 20 set. 2011].

Ministério da Defesa Nacional, 2011. *Relatório Final da Equipa Técnica criada por Despacho n° 52/MDN/2011, de 24 de agosto, entregue em 30 de setembro de 2011*. Lisboa: MDN.

Ministério da Saúde, 2006. *Definição das características da rede de serviços de urgência* (Despacho n° 727/2007, de 18 de dezembro). Lisboa: Diário da República.

Ministério da Saúde, 2010. *História do Serviço Nacional de Saúde*. [Em linha] © Ministério da Saúde 2010. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>, [Consult. 26 set. 2011].

Ministério da Saúde, 2012. *Portal da Saúde*. [Em linha] © ACSS 2012. <http://www.acss.min-saude.pt/> [Consult. 26 fev. 2012].



Ministério de Defesa de España, 2009. *Cuerpo Militar de Sanidad*. [Em linha] Ministério de Defesa de España - 2009. Disponível em: [http://buscador.060.es/search?q=cache:MNrSpFigfxcJ:www.defensa.gob.es/FormacionMilitar/CentrosEnsenanza/GrupoEscuelas/Sanidad/Cuerpo/+sanidad+militar&output=xml\\_no\\_dtd&client=mde&num=10&ie=utf-8&proxystylesheet=mde&site=DEF\\_ES&access=p&oe=UTF-8&lg\\_i=](http://buscador.060.es/search?q=cache:MNrSpFigfxcJ:www.defensa.gob.es/FormacionMilitar/CentrosEnsenanza/GrupoEscuelas/Sanidad/Cuerpo/+sanidad+militar&output=xml_no_dtd&client=mde&num=10&ie=utf-8&proxystylesheet=mde&site=DEF_ES&access=p&oe=UTF-8&lg_i=), [Consult. 16 nov. 2011].

Ministério de Defesa de España, 2011. [Em linha] Ministério de Defesa de España. Disponível em: <http://www.defensa.gob.es/>, [Consult. 16 nov. 2011].

Ministério dos Assuntos Sociais - Secretaria de Estado da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado, 1983. *Estabelece o regulamento dos centros de saúde* (Despacho Normativo nº97/83, de 22 de abril). Lisboa: Diário da República.

Ministérios da Defesa Nacional e da Educação, 2001. *Cria o curso de licenciatura em Enfermagem na Escola do Serviço de Saúde Militar* (Portaria nº 853/2001, de 27 de julho). Lisboa: Diário da República.

Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Defesa Nacional, 2006. *Cria um grupo de trabalho com o objetivo de estudar a reforma do sistema de saúde militar, ao qual incumbe propor um modelo de gestão e organização de saúde militar funcionando a partir de um órgão coordenador, integrado na estrutura central do Ministério da Defesa Nacional, responsável pelo estudo, planeamento, orientação técnica, coordenação geral e avaliação da execução das políticas de saúde militar, designadamente nas áreas assistencial, operacional, do pessoal, da formação e do material* (Despacho conjunto nº 393/2006, de 15 de maio). Lisboa: Diário da República.

Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Defesa Nacional, 2007. *Prorroga até ao dia 31 de dezembro o prazo para entrega do relatório final do grupo de trabalho criado com o objetivo de estudar a reforma do sistema de saúde militar, ao Ministro da Defesa Nacional* (Despacho conjunto nº 221/2007). Lisboa: Diário da República.

Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Defesa Nacional, 2009. *Estabelece a estrutura nuclear da Direção-Geral de Pessoal e Recrutamento Militar e as competências das respetivas unidades orgânicas, incluindo a Direção de Serviços de*



Saúde e Assuntos Sociais (DSSAS) (Portaria n.º 1273/2009, de 19 de outubro). Lisboa: Diário da República.

Ministero della Difesa, 2003. *Direzione Generale della Sanità Militare (DIFESAN)*. [Em linha] © 2003 Ministero della Difesa (Página publicada il 08-03-2011). Disponível em : <http://www.difesa.it/Segretario-SGD-DNA/DG/DIFESAN/Pagine/default.aspx>, [Consult. 15 dez. 2011].

Ministry of Defence, 2011. *Defence for the service community*. [Em linha] Directgov. Disponível em: <http://www.mod.uk/DefenceInternet/DefenceFor/ServiceCommunity/Health/>, [Consult. 15 dez. 2011].

Ministry of Defence, 2011. *Defence Medical Services*. [Em linha] Directgov. Disponível em: <http://www.mos.uk/DefenceInternet/MicroSite/DMS/WhatWeDo>, [Consult. 15 dez. 2011].

Ministry of Defence, 2011. *Mental Health and Wellbeing for Armed Forces Personnel, their Families and Veterans*. [Em linha] Directgov. Disponível em: <http://www.mod.uk/DefenceInternet/AboutDefence/WhatWeDo/Personnel/Welfare/MentalHealth/>, [Consult. 15 dez. 2011].

Município da Amadora, 2002. *Carta de Equipamentos de Saúde*. [Em linha] Lisboa: Município da Amadora. Disponível em: [http://www.google.pt/#hl=pt-PT&source=hp&q=Carta+de+Equipamentos+de+Sa%C3%BAde+%E2%80%93+Munic%C3%ADpio+da+Amadora%2C+2002%2C+&oq=Carta+de+Equipamentos+de+Sa%C3%BAde+%E2%80%93+Munic%C3%ADpio+da+Amadora%2C+2002%2C+&aq=f&aqi=&aql=1&gs\\_sm=e&gs\\_upl=95001139221011550012121010101109120311.11210&bav=on.2,or.r\\_g\\_c.r\\_pw.,cf.osb&fp=1&biw=1280&bih=698](http://www.google.pt/#hl=pt-PT&source=hp&q=Carta+de+Equipamentos+de+Sa%C3%BAde+%E2%80%93+Munic%C3%ADpio+da+Amadora%2C+2002%2C+&oq=Carta+de+Equipamentos+de+Sa%C3%BAde+%E2%80%93+Munic%C3%ADpio+da+Amadora%2C+2002%2C+&aq=f&aqi=&aql=1&gs_sm=e&gs_upl=95001139221011550012121010101109120311.11210&bav=on.2,or.r_g_c.r_pw.,cf.osb&fp=1&biw=1280&bih=698), [Consult. 20 out. 2011].

NATO/OTAN, 2002. AJP-4.10 Allied Joint Medical Support Doctrine. COMEDS approved ratification draft. NATO/PFP Unclassified.

NATO/OTAN, 2006. AJP-4.10 (A) Allied Joint Medical Support Doctrine. COMEDS approved ratification draft. NATO/PFP Unclassified.

NATO/OTAN, 2011. NATO Logistics Handbook. [Em linha] Disponível em: <http://www.google.pt/#hl=pt-PT&q=nato+logistics+handbook&oq=NATO+Logistics+Handbook&aq=0L&aqi=g->



[L2&aql=&gs\\_sm=1&gs\\_upl=303114797101828111110101010178178111110&gs\\_l=serp.1.0.0i1912.303114797101828111110101010178178111110&bav=on.2.or.r\\_gc.r\\_pw.,cf.osb&fp=3d01fa140d34b43f&biw=1280&bih=698](http://www.google.pt/#q=AJP+4.10+(A)+Allied+Joint+Medical+Support+Doctrine.&hl=pt-PT&prmd=imvns&ei=HoCoTtG2N8GV8QPLsqy4Dw&start=10&sa=N&bav=on.2.or.r_gc.r_pw.,cf.osb&fp=3d01fa140d34b43f&biw=1280&bih=698), [Consult. 20 nov. 2011].

Neves MCP et al., 2008. *Bioética Simples*. Lisboa: Editorial Verbo.

Oliveira AJ, 2011. *Resolução de Conflitos*. Lisboa: Esfera do Caos Editores.

Presidência do Conselho de Ministros, 2003. *Conceito Estratégico de Defesa Nacional* (Resolução do Conselho de Ministros nº 6/2003, de 20 de dezembro de 2002). Lisboa: Diário da República.

Presidência do Conselho de Ministros, 2008. *Reorganização da estrutura superior da defesa nacional e das Forças Armadas* (Resolução do Conselho de Ministros nº 39/2008, de 28 de fevereiro). Lisboa: Diário da República.

Rego A, 2010. *Reformas no Setor da Saúde. A equidade em Cuidados Intensivos*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Ribeiro AS, 2009. *Teoria Geral da Estratégia. O essencial ao processo estratégico*. Coimbra: Edições Almedina, SA.

Roque AFS, 2009. *Medicina Militar: componente operacional. TILT do CPOG 2008/2009*, Lisboa, IESM.

Roque, CALM (diretor da ESSM), 2011. *A saúde militar, perspectivas futuras*. Entrevistado por CMG Albuquerque e Sousa. Lisboa, 08 out. 2011.

Rosa, TEN-GEN (presidente do IASFA), 2011. *A saúde militar, perspectivas futuras*. Entrevistado por CMG Albuquerque e Sousa. Lisboa, 25 set. 2011.

Sándor Vásárhelyi-Tóth, Ferenc Orosz, 2010. The medical evacuation of the soldier suffering stroke in mission. *AARMS*. [Em linha] Disponível em: [http://www.google.pt/#q=AJP+4.10+\(A\)+Allied+Joint+Medical+Support+Doctrine.&hl=pt-PT&prmd=imvns&ei=HoCoTtG2N8GV8QPLsqy4Dw&start=10&sa=N&bav=on.2.or.r\\_gc.r\\_pw.,cf.osb&fp=16588a5fc76d3d3f&biw=1280&bih=698](http://www.google.pt/#q=AJP+4.10+(A)+Allied+Joint+Medical+Support+Doctrine.&hl=pt-PT&prmd=imvns&ei=HoCoTtG2N8GV8QPLsqy4Dw&start=10&sa=N&bav=on.2.or.r_gc.r_pw.,cf.osb&fp=16588a5fc76d3d3f&biw=1280&bih=698), [Consult. 25 out. 2011].

Silva AS, 2010. A Reforma da Saúde Militar. *Revista da ASMIR*, Supl. agosto 2010. [Em linha] Disponível em : <http://www.google.pt/#hl=pt-PT&source=hp&q=a+reforma+da+sa%C3%BAde+militar+asmir+augusto+santos+silva&>



---

[oq=a+reforma+da+sa%C3%BAde+militar+asmir+augusto+santos+silva&aq=f&aqi=&aql=1&gs\\_sm=e&gs\\_upl=315711882810119110153153101421421113281192110.2.3.31810&fp=1&biw=1280&bih=698&bav=on.2.or.r\\_gc.r\\_pw.,cf.osb&cad=b](http://www.aip.pt/irj/go/km/docs/aip/documentos/estudos%20publicacoes/revista/revista/AIPInfo_201104.pdf), [Consult. 26 out. 2011].

Simão JV, 2011. Qualificação dos Militares - Soberania do Conhecimento (Parte II) - A UNIVERSIDADE FEDERATIVA DAS FORÇAS ARMADAS. *AIP informação*. [Em linha] Disponível em: [http://www.aip.pt/irj/go/km/docs/aip/documentos/estudos%20publicacoes/revista/revista/AIPInfo\\_201104.pdf](http://www.aip.pt/irj/go/km/docs/aip/documentos/estudos%20publicacoes/revista/revista/AIPInfo_201104.pdf), [Consult. 25 out. 2011].

Simão JV, 2011. Qualificação dos Militares - Soberania do Conhecimento (Parte I) - A UNIVERSIDADE FEDERATIVA DAS FORÇAS ARMADAS. *AIP informação*. [Em linha] Disponível em: [http://www.aip.pt/irj/go/km/docs/aip/documentos/estudos%20publicacoes/revista/revista/AIPInfo\\_201012.pdf](http://www.aip.pt/irj/go/km/docs/aip/documentos/estudos%20publicacoes/revista/revista/AIPInfo_201012.pdf), [Consult. 25 out. 2011].

Simões J, 2009. *Retrato Político da Saúde*. Coimbra: Edições Almedina, AS.

Teixeira S, 2011. *Gestão das Organizações*. Lisboa: Verlag Dashofer Edições Profissionais Sociedade Unipessoal, Lda.

Tomé AA, 2011. *Relações Internacionais. Geopolítica e Geoestratégia. O estudo e a problemática*. Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.

**Anexo A – Níveis de atuação da cadeia de evacuação sanitária militar****Tabela: Níveis de atuação da cadeia de evacuação sanitária militar**

Níveis	Evacuação terrestre e aérea
(1) Role 1	Integra ou apoia uma pequena Unidade. Providencia cuidados primários de saúde, cuidados de primeiros socorros diferenciados, triagem, reanimação e estabilização. De uma forma geral as possibilidades do <i>Role 1</i> são: apoio técnico à cadeia de comando, consultas de rotina, gestão de doentes e pessoal ferido para o retomo imediato ao serviço, bem como a recolha da vítima no local do acidente e preparação das baixas para evacuação para a <i>Medical Treatment Facility</i> (MTF) seguinte. De acordo com a missão, o <i>Role 1</i> pode incluir as seguintes capacidades: capacidade mínima de internamento, cuidados primários de medicina dentária, testes laboratoriais básicos e gestão de stress.
(2) Role 2	Geralmente em apoio a Unidades do tipo Brigada ou maiores. Providencia capacidade intermédia de receção e triagem de vítimas, bem como capacidade para efetuar a reanimação e tratamento de choque a um nível técnico superior daquele que é disponibilizado no <i>Role 1</i> . Abrange <i>Damage Control Surgery</i> (DCS), podendo incluir uma capacidade limitada de internamento de curta duração de vítimas, até elas poderem voltar ao serviço ou serem evacuadas. O <i>Role 2</i> também pode incluir medicina dentária, Saúde Ambiental e Psiquiatria ou Psicologia. O <i>Role 2</i> divide-se em <i>Role 2 Light Manoeuvre</i> ( <i>Role 2 LM</i> ) e <i>Role 2 Enhanced</i> ( <i>Role 2E</i> ).
(a) Role 2 LM	MTF ligeira, altamente móvel, destinada a apoiar unidades numa fase inicial de crise ou conflito. É o ponto central para as MTF <i>Role 1</i> , podendo ser ultrapassado se a situação e os recursos o exigirem. Providencia triagem capacidade de procedimentos de reanimação até DCS 2. Normalmente procede à evacuação dos casos pós-operatórios para <i>Role 3</i> (ou <i>Role 2E</i> ) para estabilização e cuidados primários de cirurgia antes da sua evacuação para <i>Role 4</i> . Inclui as seguintes capacidades: receção e triagem de baixas, reanimação e tratamento inicial de vítimas críticas, DCS com cuidados pós-operatórios, laboratório de campo, recursos básicos em imagiologia, regulação e evacuação de doentes e capacidade limitada de internamento.
(b) Role 2 E	Corresponde a um pequeno hospital de campanha. Providencia cuidados de saúde secundários básicos, apoiados em cuidados primários de cirurgia, unidade de cuidados intensivos e internamento monitorizado. Possui recursos humanos e materiais, necessários e suficientes, para efetuar a estabilização pós-operatória para evacuação para <i>Role 4</i> sem a necessidade de passar pelo <i>Role 3</i> . Possui as seguintes capacidades: cuidados primários de cirurgia, cuidados intensivos (médicos e cirúrgicos), camas para internamento monitorizado, laboratório de campo avançado com provisão de sangue, unidade de descontaminação biológica e química, para indisponíveis. Adicionalmente pode também incluir cuidados de medicina preventiva, cuidados primários de medicina dentária, gestão do stress, psiquiatria e psicologia, telemedicina e coordenação da evacuação de doentes.
(3) Role 3	Presta apoio sanitário a nível de divisão ou superior. É desenhado para providenciar cuidados secundários dentro das restrições do regime de evacuação estabelecido para o teatro em que se encontra. O <i>Role 3</i> consiste em capacidade de hospitalização implantada no teatro com todos os elementos de apoio necessários para e sustentar. Esta capacidade inclui uma variedade de especialidades clínicas desenhadas de acordo com a missão, incluindo cuidados primários de cirurgia e apoio ao diagnóstico. Inclui as seguintes capacidades: cirurgia especializada (neurocirurgia, cirurgia maxilo-facial, etc), especialista e capacidades avançadas de diagnóstico, principais especialidades médicas e de enfermagem (medicina interna, neurologia, cuidados intensivos, oftalmologia, etc.).
(4) Role 4	Providencia o espectro completo de cuidados médicos definitivos que não podem ser projetados ou que a sua realização no teatro é demorada; inclui a prestação de cuidados cirúrgicos e médicos especializados, cirurgia reconstrutiva e reabilitação. Normalmente será disponibilizado no país de origem ou noutro país membro da Aliança.
Níveis	Evacuação em meio naval
Role/Echelon 2	Equivale ao <i>Role 2E</i> , tem capacidade para cirurgia de urgência, mas a prestação de cuidados pós-operatórios é limitada. Encontra-se disponível a bordo de navios combatentes de grande porte, de navios de apoio logístico, ou em terra.
Role/Echelon 3	Dispõe de equipas cirúrgicas, médicas e de tratamento dentários, de meios de diagnóstico especializados e apetrecha navio-hospital ou navio anfíbio de grande porte, ou encontra-se sediada em terra.

Fonte: AJP 4.10 (A) *Allied Joint Medical Support Doctrine*, Mar 1, 2006.



## Anexo B – Estrutura organizacional do Sistema de Saúde Militar e descrição da sua componente operacional

Tabela: Estrutura organizacional do sistema de saúde militar

Ministério da Defesa Nacional	Órgão consultivo	Conselho de Saúde Militar (COSM) - Órgão colegial consultivo do MDN, que tem por missão contribuir para a conceção, definição, coordenação e acompanhamento das políticas de saúde, racionalizar a RHM, definir o seu modelo de gestão e promover a articulação entre o EMGFA e as estruturas de saúde dos ramos das FFAA, e com o SNS ( <i>Lei Orgânica do Ministério da Defesa Nacional, aprovada por Decreto-Lei n.º 154-A/2009, de 6 de Julho</i> )
	Suporte à gestão de recursos	A Direção-Geral de Pessoal e Recrutamento Militar (DGPRM), a Direção de Serviços de Saúde e Assuntos Sociais (DSSAS) unidade orgânica nuclear da DGPRM e a Divisão de Saúde Militar (DSM) integrada na DSSAS - incumbindo-lhes, entre outras tarefas, participar na definição da política de saúde militar e apoio sanitário, em articulação com o Conselho de Saúde Militar (COSM), e acompanhar o desenvolvimento da doutrina da NATO relativa à saúde militar ( <i>Decreto Regulamentar n.º 21/2009, de 4 de setembro; Portaria n.º 1273/2009 de 19 de outubro; Despacho n.º 2591/2010 da DGPRM</i> )
	Serviços operacionais	Estado-Maior General das Forças Armadas - sob cuja dependência funcionará o futuro HFAR ( <i>Artigo 43º da Lei Orgânica do EMGFA, aprovada por Decreto-Lei n.º 234/2009, de 15 de setembro</i> )
		Marinha - a Direção do Serviço de Saúde (DSS) depende da Superintendência do Serviço de Pessoal ( <i>DL n.º 233/2009, de 15 de setembro</i> )
Exército - a Direção do Serviço de Saúde (DSS) está subordinada ao Comando de Logística ( <i>DL n.º 231/2009, de 15 de setembro</i> )		
	Força Aérea - a Direção do Serviço de Saúde (DSS) reporta ao Comando do Pessoal da Força Aérea ( <i>DL n.º 232/2009, de 15 de setembro</i> )	

A sua componente operacional, dispõe, para além das unidades hospitalares, das seguintes infraestruturas:

- **Centros de Saúde** (Marinha – 1; Exército – 3; Força Aérea – 6) – vocacionados para o apoio assistencial nas áreas dos cuidados primários, da saúde pública, da atividade inspetiva, em consultas de algumas especialidades, e para o apoio operacional às missões.

- **Postos médicos e de Socorros** – dispersos por várias unidades militares dos três Ramos das FFAA.

- **Unidades de saúde especializadas** – na formação, treino e apoio assistencial nas áreas da medicina do mergulho e da medicina hiperbárica (Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica – CMSH – Marinha), da medicina aeronáutica e aeroespacial (Centro de Medicina Aeronáutica – CMA – Força Aérea), da prevenção, tratamento e reabilitação das toxicodependências, do alcoolismo e do tabagismo (Unidade de Tratamento Intensivo das Toxicodependências e Alcoolismo – UTITA - Marinha), da medicina de emergência e de catástrofe, do treino da evacuação médica e da medicina NBQR (Centros de Simulação Médica da Marinha e do Exército), da seleção, acompanhamento e investigação psicológica (Centro de Psicologia da Força Aérea – CPSIFA), (Centro Militar de Medicina Preventiva – CMMP - Exército);

- **Unidades especializadas de apoio** – nas áreas da gestão de medicamentos e de outros produtos e equipamentos sanitários (Centro de Abastecimento Sanitário - Marinha, e Laboratório de Produtos Químicos e Farmacêuticos – LPQF – Exército, este último com atividade na toxicologia), da prevenção e do controlo do consumo de drogas e de estupefacientes (Laboratório de Análises Fármaco-Toxicológicas – LAFT - Marinha), da medicina veterinária, da Bromatologia e da manipulação Biológica (Centro Militar de Medicina Veterinária – CMMV - Exército).

- **Órgãos de Apoio a mais do que um Ramo (OAC)** – Centro Militar de Medicina Preventiva (CMMP), com competências nas áreas da vacinação, da medicina do viajante e da medicina tropical, e a Escola de Serviço de Saúde Militar (ESSM), a qual é um estabelecimento de ensino superior politécnico, que tem como missão, dar formação superior aos quadros permanentes de saúde dos três ramos das Forças Armadas.



As capacidades do SSM, de projeção para o teatro de operações e de acionamento da cadeia de evacuação médica, são asseguradas por vários meios disponibilizados pelos três Ramos:

- **Marinha** – providencia câmara hiperbárica móvel, contentorizada, colocada em navio de apoio às ações operacionais empreendidas em meio subaquático ou disbárico e disponibiliza navios submetidos, no Reino Unido, ao “Operational Sea Training”, que inclui também a avaliação do grau de treino e de prontidão das equipas de saúde, as quais, uma vez aprovadas, são certificadas com o nível Role 1 pelo “Flag Officers Sea Training” da Royal Navy (ROQUE F, 2009, p.8). Os navios estão apetrechados com helicóptero Westland Super Navy Lynx MK 95 que pode participar em missões de busca e salvamento e proceder a evacuação aero-sanitária em teatro operacional.

O Navio Polivalente Logístico (NPL), com uma lotação médica prevista de 16 médicos, proporcionará à Saúde Naval uma capacidade de atuação no terreno de nível Role 2 (ROQUE, 2009, p. 8).

- **Exército** – providencia o Hospital de Campanha, apetrechado com duas salas operatórias e unidade de cuidados intensivos, constituindo uma “Role 2 Medical Treatment Facility” (MTF), cujo nível de atuação varia consoante a dotação em pessoal especializado (lotação variando entre 42 e 167 elementos, com um número de médicos variando entre 4 e 20) e em equipamento sanitário específico (ROQUE, 2009, p. 8).

- **Força Aérea** – disponibiliza meios aéreos (helicópteros, aviocar) com equipa sanitária para evacuações aeromédicas estratégicas (AIRMEDVAC) e para os Mercy Flight (Hércules C 130 e Falcon 50).

### Bibliografia

Ministério da Defesa Nacional, 2010. Relatório do Grupo de Trabalho nomeado para a elaboração do Programa Funcional do HFAR (Despacho nº 10825/2010 do MDN). Lisboa: Diário da República.

Ministérios da Defesa Nacional e da Educação, 1994. *Aprova o estatuto da Escola do Serviço de Saúde Militar* (Decreto Regulamentar n.º 4/94, de 18 de fevereiro). Lisboa: Diário da República.

Ministérios da Defesa Nacional e da Educação, 2001. *Cria o curso de licenciatura em Enfermagem da Escola do Serviço de Saúde Militar* (Portaria nº 853/2001, de 27 de julho). Lisboa: Diário da República.

Ministérios das Finanças da Administração Pública e da Defesa Nacional, 2006. Reforma da Saúde Militar, Relatório final do Grupo de Trabalho (Despacho conjunto nº 393/2006, de 15 de maio). Lisboa: Diário da República.

Roque AFS, 2009. Medicina Militar: componente operacional. TILT do CPOG 2008/2009, Lisboa, IESM.



### Anexo C – SNS e regime jurídico dos seus hospitais (revisão sinóptica)

O serviço nacional de saúde (SNS) foi criado pela Lei nº 56/79, de 15 de setembro – Lei do Serviço Nacional de Saúde de 1979, materializando o direito à proteção da saúde a todo o cidadão, conforme estipulado no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa aprovada em 1976.

Do ponto de vista jurídico, até ao final do ano de 2002, todos os hospitais do SNS eram pessoas coletivas de direito públicas, dotadas de autonomia administrativa e financeira, com uma gestão de caráter tendencialmente empresarial (Simões J, 2009, p. 78).

Como órgãos de gestão, dispunham de administração (conselho de administração, presidente do conselho de administração ou diretor e administrador delegado), de direção técnica (diretor clínico e enfermeiro-diretor de serviço de enfermagem), de órgãos de apoio técnico (conselho técnico e comissões médica, de enfermagem e de farmácia e terapêutica) e de participação e consulta (conselho geral) (Simões J, 2009, pp. 78,79).

A Lei nº 27/2002, de 8 de novembro definiu o novo regime jurídico da gestão dos hospitais do SNS, determinando no seu artigo 2º que os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde passam a poder revestir uma das seguintes figuras jurídicas (Simões J, 2009, p. 82):

**Tabela: Regime jurídico de gestão dos hospitais do SNS**

Tipo de hospital	Figurino jurídico	Modelo de gestão
Hospitais do setor público administrativo (SPA)	Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial	Gestão assente na responsabilização dos gestores de nível intermédio (diretores de serviço e de departamento), na elaboração de planos anuais e plurianuais, no financiamento mediante a celebração de contratos-programa com as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e na implementação de sistemas de incentivos
Hospitais entidades públicas empresariais (EPE)	Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial; tutela a ser exercida pelos ministros das finanças e da saúde; prestação de contas sujeita a parecer por parte da Inspeção-Geral das Finanças, antes de ser remetida para os ministérios da tutela; falência por motivos económicos inviabilizada	A gestão tem a incumbência de elaborar planos financeiros plurianuais com contratos-programa desdobrados em orçamentos anuais de investimento e de financiamento a aprovar pela ARS. O hospital é financiado em função da sua produção, podendo receber dotações para financiamento de investimento de substituição e de inovação; os contratos de trabalho, submetem-se, por via de regra, à disciplina do direito administrativo
Hospitais SA	Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos, regidas para além da legislação própria, pelo regime jurídico do Setor Empresarial do Estado e pelo direito comercial; certificação de contas efetuada por revisores oficiais de contas; falência pode ocorrer nos termos do Código das Sociedades Comerciais;	Estas unidades estavam sujeitas a responsabilização da sua gestão intermédia, eram financiadas em função dos serviços prestados e contemplavam incentivos para o seu cumprimento; no modelo empresarial societário, o estatuto do pessoal corresponde ao regime do contrato individual de trabalho em vigor
Estabelecimentos privados	Com ou sem fins lucrativos, gestão sujeita a fiscalização por parte das entidades estatais	Financiados através de contratos celebrados nos mesmos moldes dos hospitais SPA, EPE e AS



Pouco depois, por Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, complementado por Decreto Regulamentar n.º 10/200338, de 28 de abril, viria a ser criado um outro modelo de gestão que é a Parceria Público-Privada (PPP).

A partir de agosto de 2003, a estrutura orgânica dos Hospitais do setor público-administrativo viria a sofrer alterações, passando a compreender um órgão de administração (o conselho de administração), órgãos de apoio técnico (comissões de ética, de humanização e de qualidade de serviços, de infeção hospitalar, de farmácia e de terapêutica), um órgão de fiscalização (o fiscal único) e um órgão de consulta (conselho consultivo).

Os hospitais SA de capitais públicos tiveram um ciclo de vida curto, tendo sido transformados em 2006, em Entidades Públicas Empresariais (EPE).

Na atualidade, o sistema de saúde português é constituído por uma rede de serviços integrados que integra os centros de saúde, responsáveis pela prestação de cuidados primários, os quais incluem a medicina geral e familiar – cuidados primários personalizados a indivíduos ou famílias na sua comunidade, e a saúde pública – prevenção, diagnóstico e atuação sobre os fatores que possam afetar a saúde das populações (Simões J, 2009, pp 75,76), e os hospitais públicos com diferentes modelos de gestão, pública ou privada, do tipo empresarial, especialmente vocacionados para a assistência médica curativa e de reabilitação, cabendo-lhes ainda colaborar na prevenção, no ensino e na investigação científica (Simões J, 2009, p. 78) e recorre, para colmatar as suas insuficiências, a uma gama de serviços contratados a hospitais privados, farmácias, centros de exames complementares de diagnóstico e terapêutica e a centros de tratamento estomatológico (Moissalos e Le Grand, 1999, cit. por Simões J, 2009, p. 39).

Em conformidade com o artigo 14.º de Estatuto do SNS foram também criadas unidades de saúde (agrupamentos de hospitais e de centros de saúde), tendo este modelo evoluído posteriormente para o dos sistemas locais de saúde (SLS), constituídos por centros de saúde, hospitais e por serviços e instituições, públicas ou privadas, com ou sem caráter lucrativo, com o intuito de assegurarem a continuidade da prestação de cuidados e de promoverem uma gestão mais parcimoniosa dos recursos (Simões J, 2009, pp. 83, 84).

### Bibliografia

Conselho de Ministros, 2002. *Define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamento privados* (Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto). Lisboa: Diário da República.

Conselho de Ministros, 2005. *Instituiu o novo regime de gestão - substituição dos hospitais AS em EPE* (Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho). Lisboa: Diário da República.

Conselho de Ministros, 2005. *Concretizou, a partir de 1 de janeiro de 2006, a transformação dos 31 hospitais SA em EPE* (Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro). Lisboa: Diário da República.

Ministério da Saúde, 2003. *Aprova procedimentos prévios à celebração dos contratos de gestão para o estabelecimento de parcerias em saúde* (Decreto Regulamentar n.º 10/2003). Lisboa: Diário da República.

Organización Mundial de la Salud. Dados estadísticos. Portugal. 2012 [Em linha] Lisboa: OMS. Disponível em: <http://www.who.int/countries/prt/es/>, [Consult. 8 jan. 2011].

Rego A, 2010. *Reformas no Setor da Saúde*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Rego G, Nunes R, 2009. *Hospital Fundação Estatal*. Porto: Unidade de Administração Hospitalar. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Simões J, 2009. *Retrato Político da Saúde*. Coimbra: Edições Almedina, SA.





## Anexo D: Quadro dos médicos do SSM por especialidade e colocação

Médicos SSM	Rede Hospitalar					Centros de Saúde/Unidades específicas						O U T R O S	T O T A L
	Estre- la	Lu- miar	Stª Clara	Lisboa	Porto	C M N	C M S H	CS Évora	CS Coim- bra	CS Tancos	C M A		
Alerg	-	01	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	01
An Pat	04	-	-	04	-	-	-	-	-	-	-	-	04
Anest	16	06	01	23	07	03	-	-	-	-	-	03	36
Card	10	-	-	10	4	03	-	-	04	-	03	16	40
C Ger	11	05	01	17	09	04	-	02	01	-	-	08	41
CMF	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	02	03
CPR	02	05	-	07	05	-	01	-	01	-	-	02	16
CV	02	-	-	02	01	01	-	01	-	-	-	01	06
Cod	03	-	-	03	-	-	-	-	-	-	-	-	03
Derm	03	01	-	04	03	01	01	-	02	-	01	03	15
End	05	-	01	06	01	01	-	-	-	-	-	-	08
GE	04	02	-	06	03	04	-	-	01	-	-	08	22
Gin	04	02	-	06	04	03	-	01	-	-	-	04	18
Imag	13	04	-	17	04	04	-	01	01	-	-	05	32
Inf	02	-	-	02	-	01	-	-	-	-	-	-	03
I-Hem	02	-	-	02	01	-	-	-	-	-	-	-	03
M Dent	06	-	-	06	07	01	-	02	03	03	06	24	52
MFR	06	03	-	09	-	03	-	01	01	-	-	06	20
MI	16	01	03	20	08	-	-	-	04	-	01	11	44
M Trab	-	-	-	-	-	02	-	-	-	-	-	01	03
Nefr	05	-	-	05	02	-	-	-	-	01	-	01	09
N-Cir	04	-	-	04	02	-	-	-	-	-	-	01	07
Neur	04	01	01	06	03	02	-	-	02	-	02	04	19
Oft	05	-	-	05	06	02	02	01	01	-	05	10	32
Onc	03	01	-	04	-	-	01	-	-	-	-	-	05
Ort	15	01	02	18	07	04	-	02	03	02	-	12	48
ORL	05	01	02	08	06	01	02	-	01	-	05	02	24
P Clin	05	01	-	06	02	-	-	-	-	-	-	-	08
Ped	01	-	01	02	-	-	-	01	-	-	-	03	06
Pneum	05	02	-	07	02	-	02	-	01	-	-	03	15
Psiqu	09	-	02	11	04	02	-	-	03	-	02	08	31
Reum	02	-	-	02	01	-	-	01	-	-	-	02	06
Urg	06	-	-	06	-	-	-	-	-	-	-	-	06
Urol	12	-	01	13	04	-	-	-	01	-	-	04	22
Subtotal	190	37	15	242	96	43	09	13	30	06	25	144	608
MGF	02	01	-	03	07	02	-	01	02	-	-	37	52
Total	192	38	15	245	103	45	09	14	32	06	25	181	660

Fonte dos dados para a construção da tabela- DGPRM-DSSAS, out.2011.

**Legenda:** Alerg – Alergologia; An Pat – Anatomia Patológica; Anest – Anestesiologia; Card – Cardiologia; C Ger – Cirurgia Geral; CMF – Cirurgia Maxilo-Facial; CPR – Cirurgia Plástica e Reconstrutiva; CV – Cirurgia Vascular; Cod – Codificador; Derm – Dermatologia; End – Endocrinologia; GE – Gastroenterologia; Gin – Ginecologia; Imag – Imagiologia; Inf – Infecologia; I-Hem – Imuno-Hemoterapia; M Dent – Medicina Dentária; MFR – Medicina Física e de Reabilitação; MI – Medicina Interna; M Trab – Medicina do Trabalho; Nefr – Nefrologia; N-Cir – Neurocirurgia; Neur – Neurologia; Oft – Oftalmologia; Onc – Oncologia; Ort – Ortopedia; ORL – Otorrinolaringologia; P Clin – Patologia Clínica; Ped – Pediatria; Pneum – Pneumologia; Psiqu – Psiquiatria; Reum – Reumatologia; Urg – Urgência; Urol – Urologia; MGF – Medicina Geral e Familiar.



## Apêndice 1 – TII - Plano Geral de Investigação

QUESTÃO CENTRAL (QC)	
<i>Como melhorar o modelo de gestão a aplicar ao futuro HFAR?</i>	
QUESTÕES DERIVADAS (QD)	HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO (Hip)
<b>QD1:</b> O que justifica um hospital militar em tempo de paz?	<b>Hip1:</b> Os hospitais militares têm aspetos estruturais inerentes à sua missão que os distinguem dos hospitais civis, os quais justificam a sua existência como unidades autónomas do Serviço Nacional de Saúde e constituem a matriz nuclear em torno da qual deverá ser estruturado o futuro HFAR.
<b>QD2:</b> Qual é a realidade atual da rede hospitalar militar portuguesa?	<b>Hip2:</b> A RHM portuguesa, diverge da de outros países amigos da EU e da NATO, e evidencia um baixo rendimento para o que poderão contribuir fatores como a dispersão de infraestruturas e de recursos humanos e materiais, mas também outros fatores, cuja identificação é determinante para o planeamento do futuro HFAR.
<b>QD3:</b> Que orientações e critérios deverão ser propostos para a melhoria da estruturação orgânica e funcional do HFAR?	<b>Hip3:</b> A estruturação do futuro HFAR deve colmatar as omissões e as insuficiências identificadas no modelo funcional proposto para o HFAR, tirar proveito das potencialidades identificadas ao nível dos hospitais do SNS e dos SSM de outros países amigos, minimizar as vulnerabilidades e maximizar as potencialidades que a RHM evidencia, e proporcionar a atenuação/superação das ameaças, bem como proporcionar o aproveitamento das oportunidades no ambiente em que o HFAR se insere.
OBJETIVO GERAL (OG)	
<i>Definir as medidas a implementar para a otimização do modelo de gestão do futuro HFAR</i>	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS (OE)	
<b>OE1:</b> Caracterizar a estrutura e a missão do SSM, para definir melhor o papel do HFAR no seio deste subsistema.	
<b>OE2:</b> Caracterizar o HFAR em termos organizacionais e identificar os aspetos (ambiente envolvente, população alvo, missão, estrutura organizacional e modelos de gestão) que diferenciam os hospitais militares dos hospitais civis.	
<b>OE3:</b> Identificar as potencialidades dos hospitais do SNS e tirar partido daquelas que sejam conciliáveis com a realidade militar, para a otimização do modelo a aplicar ao HFAR.	
<b>OE4:</b> Proceder ao diagnóstico da situação atual da RHM portuguesa, para daí se extraírem ensinamentos úteis para a melhoria do modelo de gestão do futuro HFAR.	
<b>OE5:</b> Proceder a uma breve análise da situação atual da RHM de outros países amigos da EU e da NATO, e extrair daí alguns ensinamentos úteis à edificação do futuro HFAR.	
<b>OE6:</b> Proceder à análise SWOT da RHM portuguesa, com vista ao melhor planeamento do HFAR.	



## Apêndice 2 - Diagrama de validação das hipóteses

Tema	Questão Central	Questões Derivadas	Hipóteses	Validação das Hipóteses	Resposta à Questão Central
Saúde militar, perspectivas futuras	Como melhorar o modelo de gestão a aplicar ao futuro HFAR?	QD1 - O que justifica um hospital militar em tempo de paz?	<b>Hip1</b> - Os hospitais militares têm aspetos estruturais inerentes à sua missão que os distinguem dos hospitais civis, os quais justificam a sua existência como unidades autónomas do SSM, e constituem a matriz nuclear em torno da qual deverá ser estruturado o futuro HFAR.	<b>Capítulo 1</b> (pp. 25-27)	O futuro HFAR deve ser concebido com base em: <ul style="list-style-type: none"><li>•Concentração dos recursos em dois Pólos, um em Lisboa e outro no Porto;</li><li>•Estruturação em quatro departamentos (médico, cirúrgico, dos MCDT e do doente urgente) edificados em torno de valências de interesse para a medicina militar;</li><li>•Melhoria da articulação com as outras estruturas da saúde militar, com o SNS, com o INEM e com a Proteção Civil;</li><li>•Adequação dos quadros de pessoal de saúde e da sua formação e treino à missão do SSM;</li><li>•Adequação dos modelos de gestão e de financiamento;</li><li>•Adequação das carreiras profissionais;</li><li>•Alargamento do universo populacional e apetrechamento com SUMC, ou, em caso de impossibilidade, celebração de protocolos para a formação e treino dos seus profissionais em SUC e/ou no INEM.</li></ul>
		QD2 - Qual é a realidade atual da rede hospitalar militar portuguesa?	<b>Hip 2</b> - A RHM portuguesa diverge das de outros países amigos da EU e da NATO, e evidencia um baixo rendimento resultante de diversos fatores, tais como a dispersão de infraestruturas e de recursos humanos e materiais, e outros, cuja identificação é determinante para o planeamento do futuro HFAR.	<b>Capítulo 2</b> (pp. 44-46)	
		QD3 - Que orientações e critérios deverão ser propostos para a melhoria da estruturação orgânica e funcional do futuro HFAR?	<b>Hip 3</b> - A estruturação do futuro HFAR deverá colmatar as omissões e as insuficiências identificadas no modelo funcional proposto para o HFAR, minimizar as vulnerabilidades e maximizar as potencialidades que a RHM evidencia, e proporcionar a atenuação/superação das ameaças, bem como proporcionar o aproveitamento das oportunidades no ambiente em que o HFAR se insere.	<b>Capítulo 3</b> (p. 47, 49-63) <b>Conclusões e recomendações</b> (pp. 64-69)	



### Apêndice 3 – Glossário de termos

**Organizações** – são unidades sociais (ou grupos humanos) intencionalmente constituídas e reconstruídas a fim de atingir objetivos específicos; (Etzioni, 1974, cit. por REGO, 2010, p. 56); Uma organização nunca constitui uma unidade pronta e acabada, mas um organismo social vivo e sujeito a mudanças (Teixeira, 2011, p. 24).

**Organização burocrática** – supervisão direta e subordinação e uma unidade de comando; atribuição de áreas específicas de atuação e responsabilidades com base na competência e capacidades; balizamento das tarefas através de registos de procedimentos e documentos relativos a regras e a regulamentos (Teixeira, 2011, p. 14).

**Estrutura organizacional** – pode traduzir-se por um organograma que atribui tarefas em função de capacidades e de competências e que define a posição de cada um na cadeia hierárquica, estabelecendo a forma como as diversas unidades funcionais se coordenam e interagem entre si com vista à materialização dos objetivos estratégicos definidos pela gestão de topo (Rego, 2010, pp. 56, 57).

**Cultura** – conjunto de suposições tácitas partilhadas pelos indivíduos, que determinam as sua perceções, pensamentos, sentimentos e, em parte, o seu comportamento (Martins, 2010, p. 26).

**Gestão** – é o processo de se obter resultados com o esforço dos outros (Teixeira, 2011, p. 3).

**Planeamento estratégico** – enuncia os propósitos (missão), os objetivos e a forma de os alcançar (Teixeira, 2011, p.44); pode definir-se como a ciência e a arte de edificar, dispor e empregar os meios disponíveis, no meio e no tempo, com vista à consecução dos objetivos fixados, superando problemas e explorando eventualidades em ambiente de desacordo (Ribeiro, 2009, p.237).

**Organização** – processo de estabelecimento de relações formais entre as pessoas e entre estas e os recursos, com vista à materialização dos objetivos propostos (Teixeira, 2011, p. 4).

**Direção** – é o processo de condicionar ou influenciar o comportamento dos outros; envolve **motivação** (reforço da vontade), **liderança** (capacidade de conseguir que os outros façam aquilo que se quer) e **comunicação** (transferência de informações, ideias e conceitos ou sentimentos) (Teixeira, 2011, pp. 4, 5).

**Controlo** – comparação do desempenho atual com standards previamente estabelecidos (Teixeira, 2011, p. 5).

As **estratégias** desdobram-se em **planos** que se traduzem em **políticas** (orientações gerais) que dão origem a **regras** (orientações específicas) e a **procedimentos** (passos a seguir para a realização de um projeto) (Teixeira, 2011, p.27).

**Recursos** – são os meios (humanos, materiais e logísticos) de que a organização se serve para realizar as tarefas e atingir os seus objetivos (Teixeira, 2011, p. 28).

**Procedimentos** – são planos que estabelecem uma série de passos para se alcançar um objetivo específico (Teixeira, 2011, p. 43).

**Regulamentos** – são guias de ação específicos e detalhados que balizam as atuações das pessoas de uma forma mais apertada (Teixeira, 2011, p. 43).

**Programas** – são planos que relacionam duas variáveis: atividades e tempo.

**Eficácia** – é a medida em que os “*outputs*” produzidos pelo processo se aproximam dos objetivos propostos (Teixeira, 2011, p. 8).

**Eficiência** – é a relação proporcional entre a quantidade e a qualidade de “*inputs*” e a quantidade e a qualidade dos “*outputs*” produzidos (Teixeira, 2011, p. 8).

**Defesa** – é a aplicação integrada e coordenada de um conjunto de medidas militares, políticas, diplomáticas, psicossociais e culturais, que desenvolvidas de forma



global ou sectorial, reforçam os potenciais da Nação e atenuam as suas vulnerabilidades, tornando-a mais apta a fazer face às ameaças, internas ou externas, que possam vir a pôr em causa a segurança nacional (Oliveira, 2011, p.22; Ribeiro, 2009, p.55).

**Segurança** – condição de uma Nação que se traduz pela garantia permanente da sua sobrevivência em paz e liberdade, da sua soberania, independência e unidade, da integridade territorial, da salvaguarda coletiva de pessoas e bens e dos valores espirituais, da normal execução das tarefas do Estado, do regular funcionamento das instituições democráticas e da liberdade de ação política dos órgãos de soberania dentro do quadro constitucional (Oliveira, 2011, p. 25).

**Estado-Maior** – estuda, prepara, planeia e acompanha a operacionalização das decisões (Ribeiro, 2009, pp. 78, 79).

**Estado-Maior General das Forças Armadas (EMFA)** – Órgão de estado-maior do Ministro da Defesa Nacional para a estratégia da defesa militar (Ribeiro, 2009, p. 80).

**Chefe do Estado-Maior General das Forças Armadas (CEMGFA)** – é conselheiro do Governo para a definição da estratégia geral militar e é o responsável pela estratégia operacional da defesa militar, sendo apoiado pelos Chefes Militares dos três Ramos das FFAA (Ribeiro, 2009, p. 114).

**Chefes Militares de cada Ramo das Forças Armadas** – estão incumbidos das estratégias particulares e da realização das ações sectoriais a cargo de cada um. Reportam ao Ministro da Defesa Nacional nas matérias de natureza administrativa e ao CEMGFA para assuntos de natureza operacional (Ribeiro, 2009, p. 114, 115).

**Organização do Tratado do Atlântico Norte (NATO)** – é uma organização supranacional de cooperação militar que tem como finalidade predominante a manutenção da paz e da segurança dentro de uma determinada área geográfica (Atlântico Norte) (Ribeiro, 2009, p. 203).

**Organização das Nações Unidas (ONU)** – é uma organização internacional de cooperação política, destina a promover as relações políticas entre os Estados e a promover a sua cooperação (Ribeiro, 2009, p. 203).

**União Europeia (EU)** – é uma organização supranacional que promove relações de integração económica obrigatórias para os Estados-membros com perda das prerrogativas nos setores de atividade abrangidos pelo processo de integração em que os Estados estão inseridos (Ribeiro, 2009, pp. 204, 205).

**Organização Mundial da Saúde (OMS)** – é uma organização internacional de cooperação social e humanitária, que visa a proteção do indivíduo ou de grupos sociais e dos seus direitos (Ribeiro, 2009, p. 203).

**Saúde** - define-se como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade*” (Organização Mundial da Saúde - OMS).

**Sistema de saúde** – compreende “todas as atividades que têm como finalidade essencial a promoção, a recuperação ou a manutenção da saúde” (OMS, 2000).

**Centro de Saúde** – é uma unidade integrada, polivalente e dinâmica que presta cuidados de saúde primários, visa a promoção e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença e se dirige ao indivíduo à família e à comunidade (Despacho Normativo nº97/83, de 23 de abril).

**Cuidados de saúde primários** – são o primeiro nível de contacto dos indivíduos e das famílias com os serviços de saúde e incluem atividades de medicina geral e familiar e de saúde pública (Simões, 2009, P. 75).

**Medicina geral e familiar** – é a prestação de cuidados personalizados, primários e continuados, a um conjunto de indivíduos e famílias no seu próprio ambiente e comunidade (Simões, 2009, P. 75).



**Saúde pública** – consiste no diagnóstico, tratamento e intervenção sobre fatores que condicionam a saúde das populações (Simões, 2009, p. 76).

**Hospitais públicos** – são serviços de interesse público, instituídos, organizados e administrados com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação e compete-lhes, também, colaborar na prevenção da doença, do ensino e da investigação (Decreto nº 48.358, de 27 de abril de 1968).

**Cuidados secundários** – são cuidados assistenciais praticados nos hospitais (Câmara Municipal de Lisboa – Carta de Equipamentos de Saúde, 2009, p. 48).

**Sistema de saúde militar** é o conjunto de entidades que interagem para a realização dos objetivos da saúde militar (Roque, 2009, TII, p. 41).

**Evacuação médica** – é o transporte do doente para a estrutura de saúde adequada com monitorização médica permanente e manutenção da continuidade do tratamento (Sándor, p. 28)

**“Golden hour”** – preparação e treino das equipas sanitárias para prestarem apoio direto no teatro operacional dentro dos primeiros 10 minutos após a lesão (AJP-4.10, 2002; MC0326/3, 2011).

**“Responsiveness”** – prestação de cuidados sanitários no teatro operacional eficazes e eficientes (AJP-4.10, 2002).

**Serviço de Utilização Comum** – é o órgão e/ou serviço especializado, localizado em estabelecimento de saúde de um dos Ramos (...) funciona com os recursos humanos e materiais próprios do Ramo onde está sediado e proporciona atendimento aos utentes dos três Ramos das FFAA (Roque, 2009, TII, p. 41).

**Órgão de Apoio a mais de um Ramo** – é um órgão que inserido na estrutura de um determinado Ramo, tem por missão assegurar um apoio integrado, dispondo, por isso, de recursos dos Ramos apoiados (Roque, 2009, p. 41).

**Serviço conjunto** – é um serviço do SSM que presta cuidados numa determinada especialidade médica, e que resulta da concentração numa única infraestrutura dos recursos dos três Ramos (humanos, materiais, logísticos e de equipamento) afetos à especialidade em causa (Relatório do Grupo de Trabalho criado pelo Despacho de 11 de fevereiro de 2010 do Ministro da Defesa Nacional para a Racionalização da Rede Hospitalar Militar. Lisboa: MDN).

**Carreira hospitalar** – é o conjunto hierarquizado de postos e de correspondentes funções e responsabilidades dentro do quadro de médicos especialistas hospitalares (Graça, 2008, TII, Apêndice “I”, I-1).

**Quadro permanente** – é a situação dos cidadãos que tendo ingressado voluntariamente na carreira militar, adquirem vínculo definitivo às FFAA (Graça, 2008, TII, Apêndice, I-1).

**Regime de contrato** – “compreende a prestação de serviço militar (...) durante um período de tempo limitado, com vista à satisfação das necessidades das FFAA ou ao seu eventual ingresso nos quadros permanentes” (Graça, 2008, TII, Apêndice, I-2).

**Regime de voluntariado** – “compreende a prestação de serviço militar voluntário (...) por um período de doze meses, com vista à satisfação das necessidades das FFAA, ao ingresso no regime de contrato ou ao eventual recrutamento para os QP” (Graça, 2008, TII, Apêndice, I-2).

## Bibliografia

Câmara Municipal de Lisboa, 2009. *Carta de Equipamentos de Saúde de Lisboa*. [Em linha] Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa. Disponível em: <http://www.google.pt/#hl=pt-PT&q=carta+de+equipamentos+de+sa%C3%BAde&oq=carta+de+equipamentos+de+s>



[a%C3%BAde&aq=f&aqi=&aql=1&gs\\_sm=e&gs\\_upl=6946672169570321216958032130129101191191112651223410.2.811010&bav=on.2.or.r\\_gc.r\\_pw.,cf.osb&fp=16588a5fc76d3d3f&biw=1280&bih=698](http://www.google.pt/#q=AJP+4.10+(A)+Allied+Joint+Medical+Support+Doctrine.&hl=pt-PT&prmd=imvns&ei=HoCoTtG2N8GV8QPLsqy4Dw&start=10&sa=N&bav=on.2.or.r_gc.r_pw.,cf.osb&fp=16588a5fc76d3d3f&biw=1280&bih=698), [Consult. 26 out. 2011].

Graça AMNS, 2008. O regime dos Quadros Especiais da área da saúde das Forças Armadas. *TILT do CPOG 2007/2008*, Lisboa, IESM.

Martins JM, 2010. *Estratégia Organizacional Dinâmica*. Lisboa: Manuel Robalo.

Ministério dos Assuntos Sociais - Secretaria de Estado da Saúde, 1983. *Aprova o regulamento dos centros de saúde* (Despacho Normativo nº97/83, de 22 de abril). Lisboa: Diário da República.

Ministério da Defesa Nacional, 2010. *Relatório do Grupo de Trabalho criado pelo Despacho de 11 de fevereiro de 2010 do Ministro da Defesa Nacional para a Racionalização da Rede Hospitalar Militar*. Lisboa: MDN.

Ministério da Saúde, 1968. *Aprova o Regulamento Geral dos Hospitais* (Decreto-Lei nº 48358, de 27 de abril). Lisboa: Diário da República.

NATO/OTAN - MC0326/3, 2011. *NATO Principles and Policies of Medical Support*. NATO unclassified, IMSM-0508-2011.

NATO/OTAN, 2002. AJP-4.10 Allied Joint Medical Support Doctrine. COMEDS approved ratification draft. NATO/PFP Unclassified.

Oliveira AJ, 2011. *Resolução de Conflitos*. Lisboa: Esfera do Caos Editores.

Rego A, 2010. *Reformas no Setor da Saúde. A equidade em Cuidados Intensivos*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Ribeiro AS, 2009. *Teoria Geral da Estratégia. O essencial ao processo estratégico*. Coimbra: Edições Almedina, SA.

Roque AFS, 2009. *Medicina Militar: componente operacional. TILT do CPOG 2008/2009*, Lisboa, IESM.

Sándor Vásárhelyi-Tóth, Ferenc Orosz, 2010. The medical evacuation of the soldier suffering stroke in mission. *AARMS*. [Em linha] Disponível em: [http://www.google.pt/#q=AJP+4.10+\(A\)+Allied+Joint+Medical+Support+Doctrine.&hl=pt-](http://www.google.pt/#q=AJP+4.10+(A)+Allied+Joint+Medical+Support+Doctrine.&hl=pt-PT&prmd=imvns&ei=HoCoTtG2N8GV8QPLsqy4Dw&start=10&sa=N&bav=on.2.or.r_gc.r_pw.,cf.osb&fp=16588a5fc76d3d3f&biw=1280&bih=698)

[PT&prmd=imvns&ei=HoCoTtG2N8GV8QPLsqy4Dw&start=10&sa=N&bav=on.2.or.r\\_gc.r\\_pw.,cf.osb&fp=16588a5fc76d3d3f&biw=1280&bih=698](http://www.google.pt/#q=AJP+4.10+(A)+Allied+Joint+Medical+Support+Doctrine.&hl=pt-PT&prmd=imvns&ei=HoCoTtG2N8GV8QPLsqy4Dw&start=10&sa=N&bav=on.2.or.r_gc.r_pw.,cf.osb&fp=16588a5fc76d3d3f&biw=1280&bih=698), [Consult. 25 out. 2011].

Simões J, 2009. *Retrato Político da Saúde*. Coimbra: Edições Almedina, AS.

Teixeira S, 2011. *Gestão das Organizações*. Lisboa: Verlag Dashofer Edições Profissionais Sociedade Unipessoal, Lda.