

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

**2015/2016**



**TII**

**MEDICINA CIVIL E MILITAR—DUAS VERTENTES INSEPARÁVEIS**

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

**Luís Carlos Bronze dos Santos Carvalho**

**CMG MN**



**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR  
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS**

**MEDICINA CIVIL E MILITAR –  
DUAS VERTENTES INSEPARÁVEIS**

**CMG MN Luís Carlos Bronze dos Santos Carvalho**

Trabalho de Investigação Individual do CPOG 2015/2016

Pedrouços 2016



**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR  
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS**

**MEDICINA CIVIL E MILITAR –  
DUAS VERTENTES INSEPARÁVEIS**

**CMG MN Luís Carlos Bronze dos Santos Carvalho**

Trabalho de Investigação Individual do CPOG 2015/2016

Orientador: COR ENGAER Bernardino José Garcia dos Santos

Pedrouços 2016



### **Declaração de compromisso Anti-plágio**

Eu, Luís Carlos Bronze dos Santos Carvalho, declaro por minha honra, que o documento intitulado *Medicina Civil e Militar – duas vertentes inseparáveis* corresponde ao resultado da investigação por mim desenvolvida enquanto auditor do Curso de Promoção a Oficial General, ano letivo de 2015/2016, no Instituto Universitário Militar e que é um trabalho original, em que todos os contributos estão corretamente identificados em citações e nas respetivas referências bibliográficas.

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

Pedrouços, 30 de abril de 2016

Luís Carlos Bronze dos Santos Carvalho



## Agradecimentos

O primeiro reconhecimento vai para o COR Bernardino Santos, pela simpatia, disponibilidade permanente e suporte em todas as situações. Sem ele certamente a viagem teria sido mais solitária, pedregosa e genericamente mais difícil. Para ele exprimo aqui os meus mais sentidos agradecimentos.

Sem o companheirismo dos auditores do CPOG 2015/2016 não teria sido possível “atravessar o Bojador”, que permitiu chegar a este porto de abrigo: o trabalho que agora se apresenta.

Ao Serviço de Informática, na pessoa do incansável Major Vicente Custódio, que muito contribuiu para o esforço que agora se resume.

Agradeço, ainda, a todos aqueles que com a sua disponibilidade, incentivo e contributos me permitiram a realização deste trabalho, com especial apreço ao CMG MN Jesus Silva, CMG FN Humberto Tavares, CMG FN Santos Miranda, CFR MN Gamito Guerreiro, CFR Sameiro Matias, ao CFR AN Calado Marques, ao Major Avelino Fernandes e ao 1º TEN MN Duarte e Silva.

Destaco a colaboração especial do Major General Gouveia Duarte, do Major General Esmeraldo Alfarroba, do Comodoro Lourenço dos Santos, do Brigadeiro General Manuel Domingos e da CMG Fabienne Lagrogne, da Marinha Francesa. Agradeço, também, a todos os médicos militares, de todos os ramos das Forças Armadas, que gentilmente colaboraram no inquérito que é parte integrante do trabalho apresentado.

Ao Pedro, meu filho diferente, agradeço o tempo que não foi dele. À Cristina, minha esposa, pelo apoio firme e discreto. À Marta e à Joana pelo amor.

Agradeço, ainda, a um Deus meu, só meu, que nunca me desamparou e que me permitiu, sempre, ver o que não está presente...com a força do vento em dia de tempestade...

Finalmente, agradeço aos poetas que me assombram. Vozes de almas errantes, tímidas, acessíveis apenas no silêncio das horas pequenas...



## Índice

Introdução.....	1
1. Metodologia e aspetos relevantes para a investigação.....	6
2. As Carreiras Médicas.....	8
2.1. As Carreiras Médicas Cívicas.....	8
2.2. Carreiras Médico-Militares.....	9
2.2.1. A legislação e aspetos específicos da Carreira Médico-Militar.....	9
2.2.2. Ingresso nos Quadros Permanentes e formação específica.....	14
2.2.3. Dificuldades na gestão das carreiras clínicas.....	15
2.3. Gestão das carreiras: inquérito e entrevistas dirigidas.....	16
2.4. Síntese Conclusiva.....	21
3. Complementaridades entre o Sistema Militar e as estruturas de Saúde Cívica.....	22
3.1. As estruturas de Saúde Cívica.....	22
3.1.1. O Serviço Nacional de Saúde.....	22
3.1.2. A Rede Privada de Saúde.....	24
3.1.3. A Cruz Vermelha Portuguesa.....	24
3.2. As estruturas do Sistema de Saúde Militar.....	26
3.3. Interfaces entre o Sistema de Saúde Militar e a Saúde Cívica.....	29
3.3.1. Interfaces com o Serviço Nacional de Saúde.....	29
3.3.1.1. Interfaces com o CMSH.....	30
3.3.1.2. Interfaces com o CMA.....	31
3.3.1.3. Protocolos com a UTITA.....	31
3.3.1.4. Protocolos do HFAR.....	33
3.3.2. Interfaces com a Rede Privada de Saúde.....	33
3.3.3. Interfaces com a Cruz Vermelha Portuguesa.....	35
3.3.4. Outras Interfaces entre as Forças Armadas e a Saúde Cívica.....	36
3.4. Opinião das personalidades do SSM quanto às complementaridades.....	36



3.5. Síntese Conclusiva.....	37
4. Exemplos internacionais da relação Saúde Militar/Saúde Civil.....	39
4.1. Espanha.....	39
4.1.1. Estruturas do Sistema de Saúde Militar Espanhol .....	39
4.1.2. Carreira Médico-Militar Espanhola .....	40
4.2. França .....	41
4.2.1. Estruturas do Sistema de Saúde Militar Francês.....	42
4.2.2. Carreira Médico-Militar Francesa.....	43
4.3. Reino Unido.....	44
4.3.1. Estruturas do Sistema de Saúde Militar Britânico .....	44
4.3.2. Carreira Médico-Militar Britânica .....	46
4.4. Síntese Conclusiva.....	46
Conclusões.....	48
Bibliografia.....	53

### **Índice de Anexos**

Anexo A— Declaração de Suficiência Curricular .....	Anx A-1
Anexo B— Estrutura do Serviço Nacional de Saúde .....	Anx B-1
Anexo C— Hospitais e Camas (SNS) .....	Anx C-1
Anexo D— Centros de Saúde e Camas (SNS) .....	Anx D-1
Anexo E— Despesa total e com o pessoal (SNS) .....	Anx E-1
Anexo F— Despesas do Estado em saúde: execução orçamental.....	Anx F-1
Anexo G— MedMil dos três ramos, referidos a Março de 2016. ....	Anx G-1
Anexo H— Estatística da UTITA .....	Anx H-1
Anexo I— Taxas Moderadoras no SNS: utentes da ADM/ADSE/SNS.....	Anx I-1

### **Índice de Apêndices**

Apêndice A —Mecanismos de ingresso nos QP e formação pré-graduada.....	Apd A-1
--	---------



Apêndice B —Inquérito aos Médicos Militares .....	Apd B-1
Apêndice C —Guião da entrevista a personalidades responsáveis pelo SSM .....	Apd C-1
Apêndice D —Outras Interfaces entre as Forças Armadas e a Saúde Civil.....	Apd D-1

### **Índice de Figuras**

Figura 1 – Objeto de investigação e a sua delimitação.....	3
Figura 2 – Resumo da estratégia metodológica.....	6
Figura 3 – Evolução da investigação e instrumentos metodológicos usados .....	7
Figura 4 – A progressão na CMC.....	9
Figura 5 – Relação CMM/CMC na atualidade.....	14
Figura 6 – Distribuição etária.....	17
Figura 7 – Vantagens da ligação a um centro médico diferenciado.....	17
Figura 8 – Soluções propostas para a manutenção da paridade técnica.....	18
Figura 9 – Motivos para incompatibilidade da MO com a progressão técnica hospitalar ..	19
Figura 10 – Atrativos da carreira médico-militar .....	19
Figura 11 – Os atores da Saúde em Portugal.....	22
Figura 12 – Despesa do SNS: evolução da despesa com o pessoal .....	24
Figura 13 – O Sistema de Saúde Militar .....	26
Figura 14 – Estruturas nacionais do Sistema de Saúde Militar Francês.....	43

### **Índice de Tabelas**

Tabela 1 – Os objetivos da investigação .....	3
Tabela 2 – Questão central e questões derivadas .....	4
Tabela 3 – Hipóteses de investigação .....	4
Tabela 4 – Participação no inquérito por especialidades médicas do HFAR.....	16
Tabela 5 – Atividade da Junta de Saúde Naval .....	29
Tabela 6 – Atividade do Centro de Medicina Hiperbárica e Subaquática.....	31
Tabela 7 – Exames Médicos de Reavaliação ao Pessoal Navegante.....	31
Tabela 8 – UTITA: Residentes Civis .....	32
Tabela 9 – Encargos ADM: as principais instituições beneficiárias .....	35



## **Resumo**

A relação entre a Medicina Militar e a Medicina Civil é histórica e íntima. Neste trabalho, procurámos analisar as carreiras médico-militares de forma a melhor harmonizar a capacidade e satisfação dos profissionais de saúde militares, de acordo com as expectativas dos seus pares civis, bem como identificar as melhores formas de complementaridade entre a saúde militar e a saúde civil. Procedemos, também, à análise dos sistemas de saúde militar de outros países europeus.

Realizámos um inquérito sobre a temática da carreira a todos os médicos que prestam serviço no Hospital das Forças Armadas do Polo de Lisboa, e, bem assim, entrevistas diretas sobre a carreira e sobre complementaridades entre sistemas de saúde, ao Diretor de Saúde Militar, ao Diretor do Hospital das Forças Armadas e aos Diretores de Saúde dos ramos.

Concluímos que a Carreira Médico-Militar tem incongruências geradoras de significativa desmotivação. Verificámos, ainda, que já existem fortes complementaridades entre as capacidades militares e a Medicina Civil, que deverão ser mantidas e incrementadas. Quer quanto às carreiras, quer quanto às interfaces Medicina Militar/Civil, os Sistemas de Saúde Militares estrangeiros têm porfiado por criar uma interpenetração cada vez maior. É precisamente este o modelo que recomendamos.

## **Palavras-chave**

Sistema de Saúde Militar, Serviço Nacional de Saúde, Carreiras Médicas, Carreira Médico – Militar, Rede Privada de Saúde, Cruz Vermelha Portuguesa.



## **Abstract**

*The relationship between Military Medicine and the Civil Medicine is historical and intimate. In this work, we tried to analyze the Portuguese medical officer's careers, as compared to their civilian counterparts, as well as the interfaces between the Portuguese military health system and civilian medicine. We also studied the military health systems of other European countries.*

*We conducted a survey on the career theme, to all the doctors who serve in the Lisbon Campus of the Armed Forces Hospital, and conducted interviews, on career issues and on the complementarities between health systems, to the Portuguese Director of Military Health (Surgeon General), the Director of the Portuguese Armed Forces Hospital and the heads of the health components of the Navy, Army and Air Force.*

*We conclude that the Medical Military Career has structural and technical incongruences, which weigh heavily on motivation. We also found that there are extensive complementarities between the military capabilities and Civil Medicine, which should be maintained and incremented. European Defense Health Systems have evolved to create a growing interpenetration between the military and civil components of society. This is precisely the model that we recommend for Portugal.*

## **Keywords**

*Portuguese Military Health System, Portuguese National Health System, Portuguese Medical Officer's Careers, Portuguese Medical Careers, Portuguese Private Health Network, Portuguese Red Cross.*



### Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ADM	Assistência na Doença aos Militares
ADSE	Assistência na Doença aos Servidores do Estado
AFA	Academia da Força Aérea
AM	Academia Militar
ANAC	Autoridade Nacional da Aviação Civil
AOFA	Associação dos Oficiais das Forças Armadas
APHP	Associação Portuguesa de Hospitalização Privada
AR	Assembleia da República
CEIP	Centro de Epidemiologia e Intervenção Preventiva
CEM	Chefe de Estado-Maior
CEME	Chefe de Estado-Maior do Exército
CEMGFA	Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas
CMA	Centro de Medicina Aeronáutica
CMAN	Centro de Medicina Aeronáutica e Naval
CMC	Carreira Médica Civil
CMM	Carreira Médico-Militar
CMN	Centro de Medicina Naval
CMS	<i>Cuerpo Militar de Sanidad</i>
CMSH	Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica
CODU-Mar	Centro de Orientação de Doentes Urgentes Mar
CR	Conselho da Revolução
CRP	Constituição da República Portuguesa
CursMed	Curso de Medicina
CVP	Cruz Vermelha Portuguesa
DGS	Direção Geral de Saúde
DirHFAR	Diretor do HFAR
DIRSAM	Direção de Saúde Militar
DL	Decreto-Lei
DMS	<i>Defense Medical Services</i>
DPHC	<i>Defense Primary Health Care</i>
DS	Diretores de Saúde
DSM	Diretor de Saúde Militar



ECD	<i>El Confidencial Digital</i>
ED	<i>Estrella Digital</i>
EMFAR	Estatuto dos Militares da Forças Armadas
EN	Escola Naval
ESSM	Escola do Serviço de Saúde Militar
FA	Forças Armadas
FM	<i>Forums Médicaux</i>
GNR	Guarda Nacional Republicana
H	Hipóteses de Investigação
HC	Hospital de Campanha
HCV	Hospital da Cruz Vermelha
HFAR	Hospital das Forças Armadas
HL	Hospital da Luz
HQSG	<i>Headquarters Surgeon General</i>
IASFA	Instituto de Ação Social da Forças Armadas
IGAS	Inspeção-Geral das Atividades em Saúde
INAC	Instituto Nacional de Aviação Civil
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
JFC	<i>Joint Forces Command</i>
JMC	<i>Joint Medical Command</i>
LAFTM	Laboratório de Análises Clínicas e Toxicológicas da Marinha
LBDBE	Laboratório de Bromatologia e Defesa Biológica do Exército
LMPQF	Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos
LTDQE	Laboratório de Toxicologia e Defesa Química do Exército
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MDefensa	<i>Ministerio de Defensa (Es)</i>
MDefense	<i>Ministère de la Defense (Fr)</i>
MDN	Ministério da Defesa Nacional
MEDEVAC	Evacuação aeromédica
MedMil	Médico-militar
MG	Ministério da Guerra
MGF	Medicina Geral e Familiar
MN	Médico Naval



MO	Medicina Operacional
MOPTC	Ministério das Obras Públicas Transportes e Comunicações
MOPTH	Ministério das Obras Públicas Transportes e Habitação
MS	Ministério da Saúde
MSSI	<i>Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Igualdad</i>
NBQ	Nuclear Biológica e Química
NHS	<i>National Health Service</i>
OE	Objetivos específicos
OF	Ordem dos Farmacêuticos
OG	Objetivo Geral
OM	Ordem dos Médicos
OTAN	Organização do Tratado do Atlântico Norte
PCM	Presidência do Conselho de Ministros
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Polo de Lisboa
PP	Polo do Porto
PSP	Polícia de Segurança Pública
QC	Questão central
QD	Questões derivadas
QP	Quadros Permanentes
RED	<i>Revista Española de Defensa</i>
RPS	Rede Privada de Saúde
SM	<i>Sanidad Militar</i>
SNBSA	Sistema Nacional para a Busca e Salvamento Aéreo
SNBSM	Sistema Nacional para a Busca e Salvamento Marítimo
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SS	Serviços de Saúde
SSM	Sistema de Saúde Militar
UMDBQ	Unidade Militar de Defesa Biológica e Química
UMT	Unidade Militar de Toxicologia
UTITA	Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependência e Alcoolismo
WHO	<i>World Health Organization</i>



## **Introdução**

*A única salvação do que é diferente é ser diferente até o fim [...] não ceder a pressões, nem aos afagos, nem às ternuras, nem aos rancores; ser ele; não quebrar as leis eternas, as não-escritas, ante a lei passageira ou os caprichos do momento [...]*

*Agostinho da Silva, in 'Diário de Alceste', 1990.*

### **-Enquadramento**

O presente tema *Medicina Civil e Militar – duas vertentes inseparáveis* é abrangente e importante. A grande abrangência começa logo pela definição de saúde. A saúde, no seu sentido mais alargado, não é apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas um estado de completo bem-estar, que tem vertentes sociais, físicas e mentais (WHO, 2006) – muito para além das estritas capacidades de qualquer sistema de saúde militar (SSM), ou civil. Em última análise, a saúde é multifatorial e requer um planeamento nacional (Imperatori & Giraldes, 1986, p. 5). O acesso aos cuidados de saúde é um direito natural, consubstanciado na Constituição da República Portuguesa (CRP), no seu Artigo 64º, que defende claramente que: “Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover” (AR, 2005).

O SSM tem longa tradição em Portugal, cobrindo todo o território nacional, incluindo as Ilhas Atlânticas, pelo menos desde 1612 (Borges, 2009, p. 53). Cabia no passado a uma ordem religiosa, os Irmãos Hospitaleiros, nos Reais Hospitais Militares, a tarefa de tratar os enfermos, militares e civis, da área geográfica em questão, com um papel social de grande relevância para a população (Borges, 2009, p. 37). O mesmo fenómeno acontecia nas zonas de influência portuguesa de além-mar. Na verdade, sabemos que, em cada instalação militar, existia uma enfermaria (Menezes, 1993, p. 6). O mesmo aconteceu durante a Guerra do Ultramar, em que a saúde, quer preventiva, quer muitas vezes curativa, foi usada junto da população com repercussões positivas na aceitação dos portugueses (Bronze, 2006) e em muitas missões atuais (Gonçalves, 2000), das quais o autor foi testemunha (Bronze, 2000).

Atualmente o SSM passa por um período de forte ajuste, quer do ponto de vista estrutural, quer do ponto de vista das carreiras do pessoal de saúde. Daí a importância que, admitimos, tem a investigação que agora se apresenta.



### **-Justificação do Tema**

Este tema diz respeito à dinâmica gerada pelo processo de fusão do SSM, que tem implicações importantes no enquadramento das suas capacidades e tem relevância para a gestão das carreiras médico-militares (CMM). A gestão dos médicos reveste-se de particular dificuldade, exatamente pela relação, desde sempre íntima, entre a formação médica-militar e a formação médica-civil. Por outro lado, também é difícil o ajuste da complementaridade possível entre as estruturas do SSM com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e com as estruturas de saúde privada, ambas em grande mutação.

Assim, no desenvolvimento deste tema, duas linhas gerais se justificam, no que diz respeito à investigação: (1) a gestão das carreiras técnicas médico-militares que permita a manutenção da valência técnica aos militares médicos das fileiras e (2) a valorização da cooperação das instituições militares com as estruturas de saúde civil e vice-versa. Estas duas vertentes são, compreensivelmente, de grande atualidade e importância para o SSM, sobretudo, agora, com a criação do Hospital das Forças Armadas (HFAR). Esta temática, de resto, sempre interessou ao autor, consubstanciadas por experiência pessoal<sup>1</sup>, e em publicações sobre esta temática (Bronze, 2003).

### **-Objeto da investigação e sua delimitação**

O objeto da investigação é dúplice. Por um lado, vamos debruçar-nos sobre a CMM e, por outro lado, sobre a harmonização do SSM com os restantes atores da saúde em Portugal, públicos e privados, tendo em mente que o desenvolvimento das carreiras médicas está intrinsecamente ligado às capacidades técnicas das estruturas em que o médico labora<sup>2</sup>. O âmbito do trabalho estende-se ao HFAR e ao universo das unidades de saúde militar. Em relação à saúde civil, analisaremos instituições públicas e privadas, quanto a possíveis pontes com o SSM.

A figura 1 pretende relacionar a simbiose de capacidades entre militares e civis, que, por sua vez, se liga à evolução das carreiras. Procurámos, também, analisar a realidade em países estrangeiros.

---

<sup>1</sup> O autor completou a todos os graus da carreira hospitalar, possuindo o Grau de Consultor, obtido em provas públicas. Por outro lado cumpriu, também, todos os graus da carreira académica.

<sup>2</sup> Compreensivelmente se o hospital não tem capacidades técnicas desenvolvidas, os seus médicos não terão essa capacidade.



Figura 1 – Objeto de investigação e a sua delimitação

Fonte: (autor,2016)

### -Objetivos da investigação

O objetivo gerais e específicos (OE) da investigação a que nos propomos resumem-se no quadro seguinte, correspondendo o objetivo geral (OG) ao estudo da articulação dos recursos humanos e materiais, entre o SSM e as estruturas de saúde civil.

Tabela 1 – Os objetivos da investigação

Objetivo Geral	Articulação dos recursos humanos e materiais, entre o SSM e as estruturas de saúde civil.
Objetivos Específicos	<ol style="list-style-type: none"><li>1- Avaliar a relação entre a CMM e a carreira médica civil, valorizando a equivalência técnica dos médicos militares.</li><li>2- Avaliar as complementaridades entre o SSM e as instituições de saúde civil, valorizando as especificidades militares.</li><li>3-Estudar os SSM de países europeus valorizando a interpenetração SSM/medicina civil.</li></ol>

Fonte: (autor,2016)



### -Questões da investigação e hipóteses

No presente trabalho admitimos, em concordância com o OG e procurando exprimir o mais exatamente possível a pergunta de partida (Quivy & Van Campenhould, 2013), que a questão central (QC) deva ser: Será possível harmonizar as carreiras médicas e melhorar a complementaridade entre o SSM e a saúde civil?

A QC e as questões derivadas (QD) levantadas pela investigação resumem-se na tabela 2.

**Tabela 2 – Questão central e questões derivadas**

Questão Central	Será possível harmonizar as carreiras médicas e melhorar a complementaridade entre o SSM e a saúde civil?
Questões Derivadas	1-Será possível adequar a carreira profissional entre os médicos militares e os seus pares civis? 2-Existirão capacidades no SSM que podem complementar a saúde civil? 3-Existirão países com melhor adequação entre as carreiras médicas e melhor complementaridade entre o seu SSM e a saúde civil?

**Fonte:** (autor, 2016)

Tendo em conta as questões identificadas, admitimos as seguintes hipóteses (H) de investigação (vide tabela 3).

**Tabela 3 – Hipóteses de investigação**

Hipóteses de Investigação
H1-Um novo paradigma para as CMM é fundamental para manter a proficiência técnica e a motivação.
H2-As complementaridades entre o SSM e a saúde civil podem ser melhoradas.
H3- Existem modelos internacionais de saúde militar que já articulam carreiras e serviços com a respetiva saúde civil.

**Fonte:** (autor, 2016)



### **-Breve Síntese da Metodologia**

Utilizámos o método hipotético-dedutivo. Usaram-se ferramentas experimentais que incluem um inquérito, entrevistas a personalidades de referência, bem como a análise dos SSM outros países. O tratamento destas fontes científicas, bem como da extensa bibliografia consultada, permitiu atingir resultados e fundamentar conclusões e recomendações.

### **-Organização do Estudo**

O presente trabalho está organizado da seguinte forma:

-O primeiro capítulo detalha o processo metodológico e aspetos relevantes para a estratégia de investigação;

-O segundo capítulo debruça-se sobre a problemática das CMM e das Carreiras Médicas Civis (CMC);

-O terceiro capítulo apresenta o conhecimento atual referente à complexa interface que o SSM tem com a saúde civil;

-O quarto capítulo analisa a saúde militar de três países europeus, Espanha, França e Reino Unido, valorizando, nesses países, as interfaces entre o SSM e a saúde civil, e, bem assim, a relação entre a CMM e CMC.

-O trabalho encerra com o capítulo das conclusões e recomendações.

## 1. Metodologia e aspetos relevantes para a investigação

A metodologia do trabalho procurou acomodar o disposto nas NEP/ACA 010 e NEP/ACA 018. Seguiram-se também as orientações metodológicas propostas em publicação específica (Santos, et al., 2015). Adotámos o método de investigação hipotético-dedutivo, seguindo a metodologia científica proposta por Quivy & Van Campenhoudt (2013).

Procurámos usar uma estratégia de investigação mista (mais segura, pois dependente de ferramentas com vários graus de objetividade)<sup>3</sup>. Utilizaram-se: (1) uma ferramenta quantitativa através de um inquérito versando a CMM, que continha respostas abertas e fechadas – inquérito misto (Santos, et al., 2015) – que aplicámos no universo dos médicos-militares (MedMil) que trabalham no HFAR no seu Polo de Lisboa (PL)<sup>4</sup>; (2) uma ferramenta qualitativa, as entrevistas dirigidas a personalidades conhecedoras da temática em apreço<sup>5</sup>, bem como, (3) a análise de SSM de outros países. Procedemos depois a uma triangulação (Santos, et al., 2015, p. 27), valorizando as várias fontes desta metodologia. A figura 2 resume as ferramentas metodológicas.

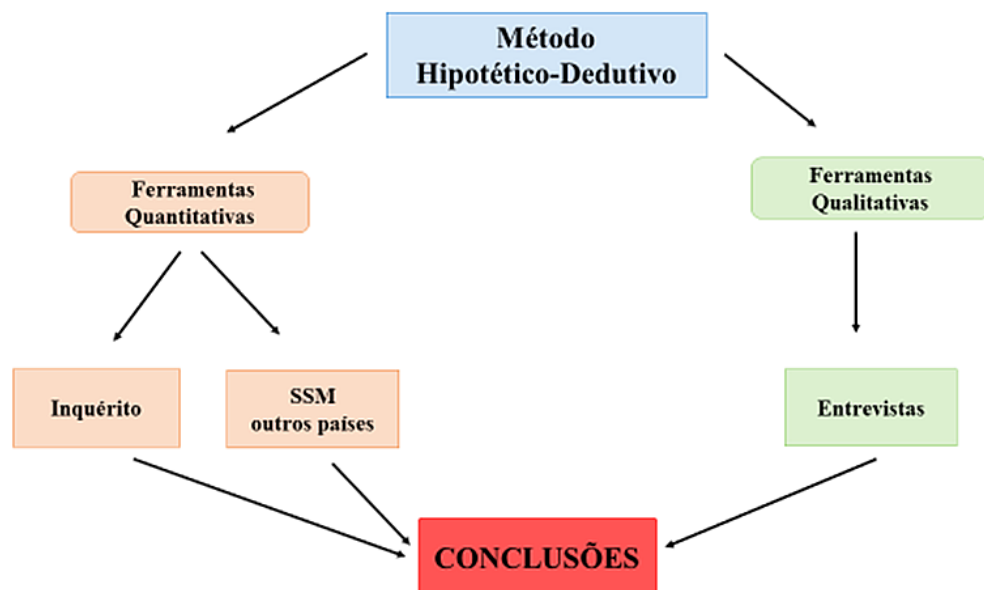


Figura 2 – Resumo da estratégia metodológica

Fonte: (autor, 2016)

<sup>3</sup> Como afirmam Santos e colaboradores nas Orientações Metodológicas do IESM (2015, p. 127): “A combinação de metodologias favorece uma compreensão mais holística, mas sobretudo pode contribuir decisivamente para aumentar a validade dos resultados”.

<sup>4</sup> Que reúne médicos dos três ramos.

<sup>5</sup> O Diretor de Saúde Militar, o Diretor do HFAR e aos Diretores de Saúde dos ramos.

Dada a abrangência do tema proposto e a ausência de investigação recente sobre o assunto, não existem publicações que definam um verdadeiro “estado da arte”, que suportasse ou validasse a presente temática. Neste sentido, o trabalho foi suportado exclusivamente pela metodologia, compreendendo uma fase exploratória, fase analítica e fase conclusiva, que se resumem na figura 3.



Figura 3 – Evolução da investigação e instrumentos metodológicos usados

Fonte: (autor, 2016)

Durante a evolução da investigação, as dificuldades principais foram a colheita de fontes: (1) no caso da CMM e da CMC a legislação é vasta, abrange vários ministérios, estende-se ao longo de muitos anos; (2) no caso das complementaridades entre o SSM e as várias estruturas de saúde civil, foi preciso recorrer muitas vezes a informação indireta<sup>6</sup> e, (3) no caso da análise dos SSM estrangeiros, a extensa busca de informação *online* e, nalguns casos, a informação pessoal de MedMil estrangeiros.

<sup>6</sup> Por exemplo, tomar faturação como sinal de atividade clínica.



## **2. As Carreiras Médicas**

Entre nós, a formação técnica dos MedMil depende, em grande medida, de instituições civis. Do mesmo modo, tem havido uma dependência cada vez maior da medicina civil em determinadas áreas clínicas. Esta dependência, as dificuldades estruturais da fusão da saúde militar e a atividade operacional terão tornado menos atrativa, tecnicamente, a permanência nas fileiras. Verificou-se, assim, a saída de múltiplos MedMil. Será, portanto, sobre esta problemática que nos debruçaremos neste capítulo: a relação técnica entre a CMM e a CMC.

### **2.1. As Carreiras Médicas Civas**

As CMC tem evoluído ao longo do tempo, de certo modo acompanhando a evolução técnica da medicina e também as mudanças políticas que se registaram em Portugal e na Europa, nos últimos anos (Alfarroba, 2008). As áreas da CMC dividem-se, ao presente, no SNS, em quatro áreas específicas: Hospitalar, Medicina Geral e Familiar (MGF), Saúde Pública e Medicina Legal (MS, 2009).

Assim, após o Mestrado Integrado de Medicina, o médico ingressa na formação das especialidades médicas, conhecida como Internato da Especialidade, recentemente regulamentada (MS, 2015a). As especialidades estão definidas por decreto (MS, 2015b) e a abertura das vagas é efetuada por concurso público nacional e regulamentada por portaria (MS, 2015b). Após o internato da especialidade (de 4 a 6 anos), o médico atinge o Grau de Especialista, mediante aprovação em provas públicas, e toma posse como Assistente Hospitalar nas estruturas do SNS. Após 5 anos de trabalho contínuo na especialidade, o médico pode, mediante novas provas públicas, atingir o Grau de Consultor e passa a ser conhecido como Assistente Graduado na sua especialidade.

Por fim, e após mais 3 anos de trabalho com o Grau de Assistente Graduado, o médico, novamente por concurso público, pode ascender ao Grau de Assistente Graduado Sénior. Podendo, então, assumir cargos de chefia/coordenação de serviços (por comissão de serviço de 3 anos). A CMC resume-se na figura 4.

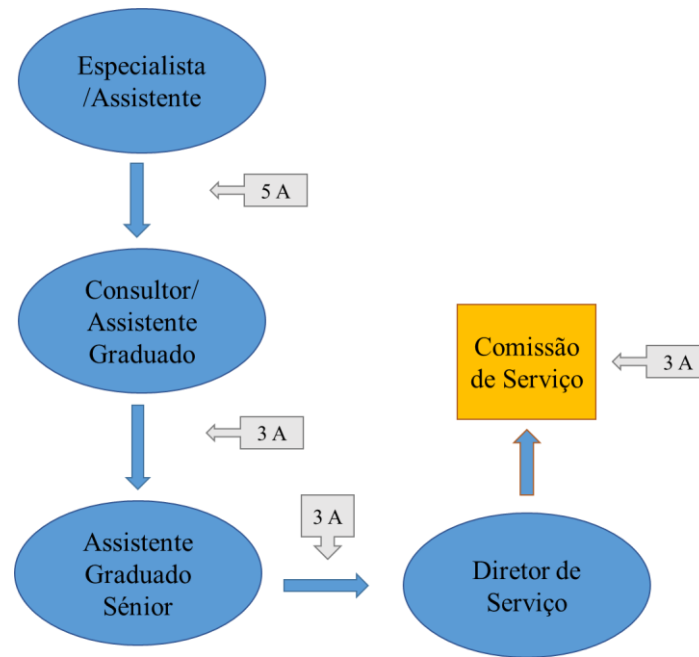


Figura 4 – A progressão na CMC

“A”= anos

Fonte: (MS, 2009)

## 2.2. Carreiras Médico-Militares

### 2.2.1. A legislação e aspetos específicos da Carreira Médico-Militar

Através do Decreto-Lei (DL) n.º 519-B/77, de 17 de dezembro, numa época de reestruturação das Forças Armadas (FA), foi promulgado o “Estatuto da Carreira Médico-Militar”. Este Estatuto visava criar o corpo médico do então designado Serviço de Saúde Militar, o qual nunca foi constituído, e estabelecer um estatuto único para os médicos dos Quadros Permanentes (QP) dos três ramos das FA. Foram, então, determinadas as modalidades de acesso, diferenciação, ascensão na carreira médico-militar, tempo mínimo de serviço, promoções, graduações e valorização profissional (CR, 1977). Esta legislação valorizou, desde logo, a necessidade de equiparação das carreiras dos MedMil às CMC, decorrentes da desejável criação do SNS (CR, 1979b) e do Estatuto do Médico (CR, 1979a). Por outro lado, estava em consonância com o “Estatuto dos Oficiais das Forças Armadas” então em vigor (MDN, 1965).

Definiu-se, ainda, desde logo, que o ingresso de MedMil para os QP, se processaria independentemente de vacatura, para os alunos médicos ingressados através da academia militar ou escola equivalente e que tenham concluído o estágio hospitalar tutelado e mediante vacatura, para os médicos admitidos diretamente por concurso e, bem assim, que, nos termos do artigo 10.º do referido DL n.º 519-B/77, as condições de ingresso seriam reguladas por



Portaria conjunta do Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas (CEMGFA) e dos Chefes dos Estados-Maiores (CEM) dos respectivos ramos (CR, 1977). Formalizando aquele desígnio, foram reguladas as condições de admissão aos concursos para ingresso nos QP dos oficiais médicos, através da Portaria n.º 632/78, de 21 de outubro (MDN, 1978). Esta Portaria define, de forma clara, a existência de concursos ordinários e extraordinários, estabelecendo que dependeriam do aproveitamento em provas teóricas e práticas<sup>7</sup>.

Também ficou regulada a equiparação entre a CMC e a CMM. No seu número 23º, a referida Portaria estabeleceu que os candidatos admitidos provisoriamente, após a realização dos concursos ordinário ou extraordinário, eram graduados no posto de subtenente ou de alferes, caso não possuíssem posto igual ou superior, a fim de frequentarem um tirocínio destinado a completar os conhecimentos técnico-militares. Após a conclusão, com aproveitamento, do mencionado tirocínio, os MedMil ingressavam nos QP, pela ordem de classificação final estabelecida por cada modalidade de concurso e eram promovidos a segundo-tenente ou tenente, consoante o ramo a que se destinavam. A Portaria estabelecia ainda, que os segundos-tenentes ou tenentes que ingressassem nos QP através de concurso extraordinário, ou seja os especialistas, teriam a sua antiguidade antecipada de tantos anos quantos os da duração do internato da especialidade, sendo que, em nenhum caso, poderiam ficar colocados à direita de outros médicos já pertencentes aos QP, à data da abertura do concurso.

Ora nos termos do artigo 5º do DL n.º 519-B/77, que foi posteriormente, ajustado<sup>8</sup> pelo DL n.º 332/86, de 2 de outubro (MDN, 1986), a ascensão ao grau 3 (capitão-tenente/major), da CMM, verificava-se após exame de saída do internato da especialidade, ou seja, após um médico ser considerado especialista (atingindo, portanto, grau de assistente de MGF ou de assistente hospitalar). De importância relevante na nossa investigação (a equiparação das CMC e CMM) é que o artigo 14º do mesmo decreto valoriza tanto a CMC que estatua claramente que: “Os oficiais médicos que se encontrem a frequentar o internato complementar e não obtenham, por três vezes e durante dois anos, consecutivos ou não,

---

<sup>7</sup> Os concursos ordinários destinavam-se a satisfazer as necessidades normais de recrutamento, constituindo a forma normal de ingresso nos QP e constavam de provas teóricas e práticas, sendo necessário que os candidatos possuíssem o internato policlínico (ou equivalente) ou se encontrassem a frequentar o internato da especialidade das carreiras médicas civis; (b) os concursos extraordinários destinavam-se a resolver situações de carência absoluta de pessoal dos quadros, sem prejuízo das legítimas expectativas dos médicos dos QP, e seriam documentais, sendo necessário que os candidatos fossem médicos especialistas das CMC.

<sup>8</sup> Ajustado às alterações que se processaram na CMC, através do Decreto-Lei 332/82 de 3 de agosto, que definia os graus das CMC.



aproveitamento no mesmo estágio passarão à situação de reserva se reunirem as demais condições legais ou serão abatidos aos QP, no caso contrário”. Mais ainda, na mesma legislação impõe-se no n.º 5 do artigo 15º que: “Os graus técnicos das carreiras médicas das forças armadas serão equiparados e darão equivalência aos graus correspondentes da carreira médica nacional [...]”<sup>9</sup>.

Verificamos assim que, numa primeira análise, houve a preocupação de atualizar a CMM adequando-a à legislação civil de então, como sejam o Estatuto do Médico em 1979 (CR, 1979a) e o Regulamento das Carreiras Médicas de 1982 (MS, 1982). Assim, a legislação (artigos 12.º e 13.º do DL n.º 519-B/77, de 17 de dezembro, alterado pelo DL n.º 332/86, de 2 de outubro) estabelece especificamente as condições previstas para a promoção dos oficiais médicos: para primeiro-tenente/capitão – grau de clínica geral<sup>10</sup>, para capitão-tenente/major – Grau de Assistente e para capitão-de-mar-e-guerra – Grau de Consultor ou Chefe de Serviço. Os CEM do respetivo ramo podiam, por despacho fundamentado e num só posto, dispensar qualquer oficial médico da condição especial de promoção, devendo, porém, satisfazê-la logo que terminassem as razões impeditivas de a satisfazer – o que raramente acontecia, sem penalização na progressão militar. Desde então a legislação, no que diz respeito à CMM, não foi regularmente atualizada<sup>11</sup> e o seu cumprimento desvalorizado.

Mais ainda, se nos anos 80 foi possível a muitos MedMil atingirem o Grau de Consultor (até porque muitos ocupavam lugares públicos no SNS), a partir do ano 2000, com o surgimento de hospitais públicos com gestão privada<sup>12</sup> e, posteriormente, muitos hospitais privados onde não se cumpria a CMM, os serviços dependentes do SNS consideraram que era necessário solicitar um pedido de “Suficiência Curricular”<sup>13</sup> (vide Anexo A), de acordo com o n.º 4 e 5º, do artigo 22º, do DL n.º 73/90, de 6 de março, que afirmava: (1) que só ascenderem ao Grau de Consultor médicos providos na CMC (do SNS) e (2) que podiam concorrer médicos “[...] Não integrados na carreira [...] após reconhecimento da equivalência de formação [...]”. Esta era solicitada pelo Ministério da Saúde (MS) aos colégios das várias especialidades, mediante currículo do candidato, em sede da Ordem dos

---

<sup>9</sup> Mediante parecer do Ministro da Defesa Nacional e do Ministro dos Assuntos Sociais, precedendo parecer da comissão a que se refere o n.º 2 do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 107/77, de 24 de março (CR e PCM, 1977).

<sup>10</sup> Na altura atribuído a todos os médicos após o internato geral, ou internato policlínico.

<sup>11</sup> Uma vez que a última atualização data de 1986.

<sup>12</sup> Como foi o caso do Hospital Amadora-Sintra.

<sup>13</sup> Tal foi o caso do autor.



Médicos (OM) (MS, 1990). Atualmente, e nos termos do nº 2, do Artigo 5º, do DL 177/2009, de 4 de agosto a aquisição do Grau de Consultor decorre de: (1) avaliação curricular; (2) prova de verificação de aprofundamento de competências e (3) do simples exercício efetivo, durante cinco anos, de funções na especialidade em causa (MS, 2009). A queda da necessidade de integração na carreira e da “Suficiência Curricular” surgiu da forte pressão dos muitos médicos que migraram para hospitais privados (onde essa diferenciação é reconhecida) e não da instituição militar. De toda a forma, permitiu aos MedMil interessados a realização do concurso de consultor. Mesmo assim, os concursos têm um divórcio completo da instituição militar, já que é o próprio MedMil que decide concorrer e não há qualquer representante MedMil no júri<sup>14</sup>.

Por outro lado, foram introduzidas gritantes discrepâncias na progressão/antiguidade militar entre os ramos. Assim, logo no Estatuto dos Militares das Forças Armadas (EMFAR) de 1990 (MDN, 1990), no artigo 261º (aplicável ao Exército) encontramos a razão daquela discrepância no texto que se apresenta: “A antiguidade de alferes dos alunos [...] é referida a 1 de outubro do ano em que concluíram, com aproveitamento, a licenciatura ou antecipada de tantos anos quantos os que a organização escolar do respetivo curso exceder cinco anos”. No artigo 262º concretiza-se para os MedMil: “A antiguidade de alferes [...] é referida a 1 de outubro do ano em que concluíram o tirocínio, antecipada ou retardada de tantos anos quantos os que a organização escolar da respetiva licenciatura, somada à correspondente preparação militar e ao tempo do internato geral e complementar, caso dos licenciados em Medicina, exceder ou for inferior a cinco anos”. Já os artigos 269ª e 271ª plasmam para o Exército o entendimento quanto à CMM, obrigando ao grau de assistente para a promoção a major e para os tenentes-coronéis médicos a obtenção do Grau de Consultor ou Chefe de Serviço. A Força Aérea adota, no essencial, a mesma legislação quanto à antiguidade e quanto às condições de promoção nos artigos 280º e 289º.

No mesmo EMFAR de 1990, a Marinha não subscreve qualquer das condições dos outros ramos, nem quanto à antiguidade dos médicos, nem quanto às condições de promoção. Assim no artigo 263º apenas se afirma que o ingresso nas classes de médicos navais (MN) é efetuado por promoção a segundo-tenente, após a frequência, com aproveitamento, dos cursos de formação militar. Reforça-se, ainda, que os candidatos admitidos aos cursos de formação, referidos no número anterior, são aumentados ao efetivo da Marinha e graduados em subtenente, logo sem qualquer referência a antiguidades

---

<sup>14</sup> Mesmo aqueles já com o Grau de Consultor, que para isso estariam habilitados.



relativas a outros oficiais de outras classes, com outras formações, mais curtas. Este facto impôs, compreensivelmente, uma antiguidade relativa sempre inferior aos MedMil daquele ramo (em regra pelo menos dois anos). Deste modo depois da reorganização do SSM, é possível a um MN ser mais diferenciado tecnicamente, possuir mais tempo de serviço militar e, mesmo assim, ser comandado por um MedMil de outro ramo, mais antigo, mas menos diferenciado. Este desiderato é fonte de desmotivação entre os MN e contribui para o grau de insatisfação que tem atingido especialmente este ramo<sup>15</sup>.

No EMFAR de 1999 (MDN, 1999) o regime dos quadros especiais de saúde é remetido para diploma próprio (artigo 166º), contudo o princípio da justiça para a antiguidade relativa passou a estar vertido na parte comum, que interessa a todos os ramos (artigo 213º), em que: “A antiguidade dos oficiais [...] reporta-se, em regra, a 1 de Outubro do ano em que concluem o respetivo curso, tirocínio ou estágio, sendo, porém, antecipada de tantos anos quantos os que a organização escolar dos respetivos cursos, somada à duração do respetivo estágio, tirocínio ou curso, exceder cinco anos, para licenciatura ou equivalente [...]”. Esta regra nunca se materializou efetivamente na Marinha. Já no EMFAR pós-processo de fusão do SSM, onde se admitiria que a diferente visão de carreira seria “normalizada”, também se afirma que “[...] O regime dos quadros especiais das áreas de saúde é fixado em legislação especial” (artigo 168º) e no artigo 196º confirma-se o exposto no EMFAR anterior em relação ao ingresso na categoria de oficiais (MDN, 2015a).

Curiosamente, no EMFAR de 2015, ao contrário, mantém-se a distinção entre os ramos, vertida nos anexos III (Exército) e IV (Força Aérea) no que se refere ao artigo 63ª reforçando a necessidade de, na promoção a tenente-coronel (Exército) e coronel (Força Aérea), ser necessário o Grau de Consultor. Na promoção a major médico, mantém-se a necessidade do grau profissional de Especialista (MDN, 2015a). Concluímos, por fim, que a Marinha, contrariamente aos outros ramos nos EMFAR de 1990, 1999 e de 2015, não prevê qualquer grau da carreira médica, para efeitos de promoção na CMM. A atual relação CMM/CMC apresenta-se na figura 5.

---

<sup>15</sup> Desde 2012 e até 2015 saíram da Marinha, por abate aos QP, 25 médicos navais.

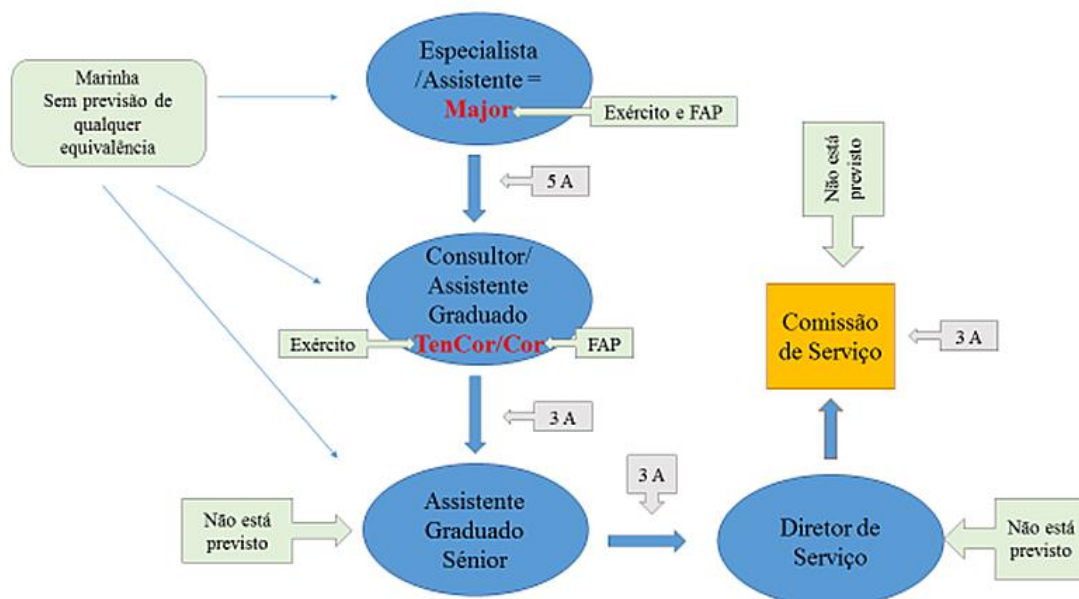


Figura 5 – Relação CMM/CMC na atualidade

“A”= anos

Fonte: (MS, 2009) e (MDN, 2015a)

Outros se debruçaram sobre as CMM, mas geralmente sobre aspetos intangíveis. Sousa (2012) define os MedMil do seguinte modo, “[...] Possuindo um conjunto de deveres deontológicos, que os tornam facilmente mobilizáveis, para além dos inerentes à prática de cuidados sanitários, que os distinguem dos profissionais civis [...]”. Outro autor, no mesmo sentido, enfatiza a forte necessidade de desenvolver os valores inerentes à profissão militar nos MedMil, como a disponibilidade permanente (Guerra, 2013). Todos os autores que podemos ler, e de acordo com a doutrina da Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN), referem que os cuidados médicos aos combatentes, em todas as fases, devem corresponder à prática médica mais atual, reforçando, a necessidade de manter a proficiência técnica dos prestadores (OTAN, 2015). Na verdade, aos MedMil muito pode ser exigido, sendo este facto raramente merecedor de valorização externa.

### 2.2.2. Ingresso nos Quadros Permanentes e formação específica

O ingresso nos QP e a formação militar específica, que são importantes para o conhecimento mais profundo da temática em questão, mas estão fora do âmbito deste trabalho, apresentam-se, contudo, no Apêndice 1<sup>16</sup>.

<sup>16</sup> Consideramos que este conhecimento pode ser útil para a compreensão total das carreiras, para um leitor não-médico.



### 2.2.3. Dificuldades na gestão das carreiras clínicas

A gestão das carreiras médicas entre a atividade clínica (assistencial) versus atividade operacional, tem sido difícil. Como afirmava Charrua (2008): “[...] Não obstante os esforços das Direções de Saúde, não tem sido possível achar um equilíbrio que preserve a programação das carreiras clínicas dos oficiais médicos”. A abordagem mais tradicional de quem se dedicou ao tema das CMM é a separação por carreiras. Assim, Charrua propõe a criação de três carreiras para os MedMil da Força Aérea. A saber: (1) carreira clínica de Medicina Hospitalar; (2) carreira clínica de Medicina Aeronáutica e, por fim, (3) uma carreira de Gestão Médica. As carreiras referidas em (1) e (2) teriam efetivos próprios, funções bem definidas e uma evolução, muito bem delimitada, com o conhecimento das ações de formação a realizar, das atividades a desenvolver e dos possíveis cargos a desempenhar ao longo da carreira (Charrua, 2008). A carreira de gestão dependeria da frequência de um curso de gestão médica no posto de tenente-coronel. Passados três anos de funções, como coronel, poderia ser promovido a major-general, desde que oriundo da carreira de Gestão Médica e cumpridas as outras condições necessárias (Charrua, 2008). O mesmo autor considera indispensável a realização do Grau de Consultor em concurso nacional. Curiosamente, este autor propõe, ainda, que a Carreira de Medicina Aeronáutica deva ser vocacionada para médicos de MGF.

Outra questão importante na gestão dos MedMil é a remuneratória. O DL nº 519/77 previa um equilíbrio remuneratório (conhecido como o “diferencial de carreira”), quando a remuneração na CMC fosse superior que à da CMM, para a mesma diferenciação técnica (CR, 1977). Aquele desiderato foi, em tempos, cumprido pelos ramos<sup>17</sup>, tendo sido descontinuado. De forma compreensível, este fator teve sempre peso na desmotivação dos MedMil.

Da mesma maneira, nas dificuldades da CMM inclui-se o constante desajuste entre as necessidades do SSM e as especialidades presentes. Na verdade, ao longo do tempo, a escolha da especialidade foi subordinada às preferências individuais e não tem sido, como diz Sousa (2012), “[...] Acautelada a carência de Médicos de Medicina Geral e Familiar, nem de Médicos de Saúde Pública [...]”, especialidades essenciais ao bom desempenho das estruturas de apoio sanitário. A ausência daquelas especialidades obriga a recorrer a MedMil da carreira hospitalar, com menor apetência e igual desmotivação.

---

<sup>17</sup> De acordo com o Major General Gouveia Duarte, a Força Aérea cumpriu o decreto enquanto ele próprio possuía o posto de Tenente Médico.



Finalmente, e não menos importante, os MedMil também poderiam ser motivados para a participação na Medicina Operacional (MO) como afirma Mendes (2013), “[...] Privilegiando o desempenho por objetivos potenciadores na aquisição de créditos, que influenciariam o acesso à promoção por escolha na carreira militar”. Na realidade, existe um sentimento intrínseco aos MedMil, que, salvo raras exceções, a atividade operacional não é convenientemente tida em conta na promoção. Este sentimento persiste apesar da Marinha, por exemplo, consagrar o embarque como condição de promoção (MDN, 2015a).

### 2.3. Gestão das carreiras: inquérito e entrevistas dirigidas

Depois do contexto legal já apresentado, explicitamos agora os resultados de um inquérito (Apêndice 2), enviado a todos os médicos do HFAR, cujos resultados se apresentam nos quadros e figuras seguintes. Obtivemos 78 respostas de um universo de cerca de 100 MedMil, que colaboram no HFAR/PL. A distribuição por ramo foi a seguinte: Marinha 29 médicos (37,18%); Exército 29 Médicos (37,18%) e Força Aérea 20 médicos (25,64%). A distribuição por especialidades apresenta-se na tabela 4.

**Tabela 4 – Participação no inquérito por especialidades médicas do HFAR**

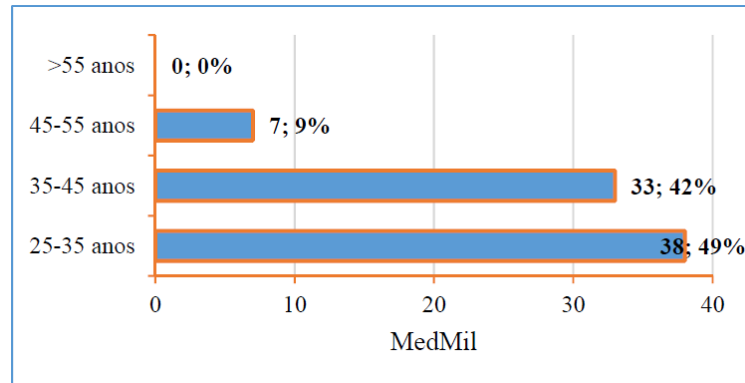
Especialidade	Nº de médicos	%
Anestesiologia	5	6,4
Cardiologia	5	6,4
Cirurgia Geral	9	11,5
Cirurgia Plástica	2	2,6
Cirurgia Vascular	2	2,6
Dermatologia	2	2,6
Endocrinologia	0	0,0
Fisiatria	2	2,6
Gastrenterologia	1	1,3
Ginecologia e Obstetria	7	8,9
Hematologia	1	1,3
Infeciologia	1	1,3
Imunohemoterapia	0	0,0
Imunoalergologia	0	0,0
Medicina Geral e Familiar	2	2,6
Medicina Interna	2	2,6
Nefrologia	1	1,3
Neurocirurgia	1	1,3
Neurologia	4	5,1
Oncologia	1	1,3
ORL	7	8,9
Ortopedia	6	7,6
Pneumologia	2	2,6
Psiquiatra	6	7,6
Radiologia	2	2,6
Reumatologia	0	0,0
Urologia	2	2,6
Outras	5	6,4
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

**Fonte:** (autor, 2016)

A maior parte dos médicos que responderam ao inquérito é do sexo masculino (47 MedMil=60%), contudo os MedMil são das classes com mais militares femininas (31



MedMil=40%). A distribuição por idades também é representativa e está expressa no gráfico seguinte.

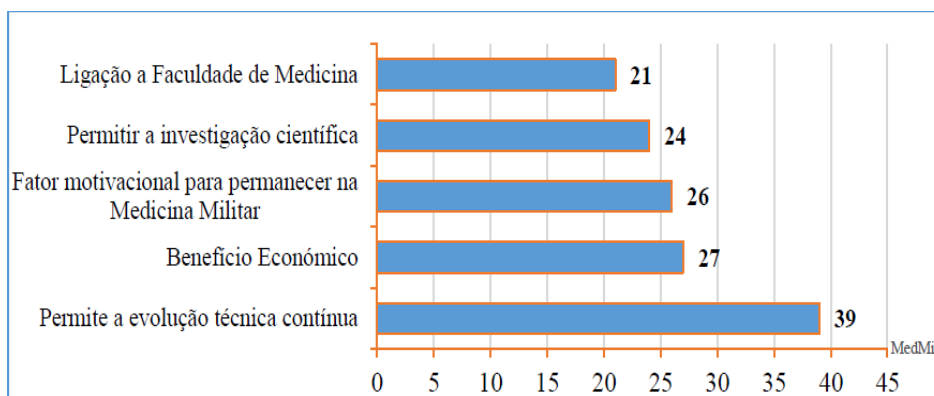


**Figura 6 – Distribuição etária**

**Fonte:** (autor, 2016)

Quando a questão foca a importância da paridade CMM/CMC apenas uma resposta foi negativa. Por outras palavras, cerca de 99% da amostra admite que a paridade é fundamental. Em concordância, 50% dos MedMil inquiridos confirmam que já tiveram funções clínicas remuneradas num hospital público, para lá do internato da especialidade. Na mesma linha, todos os MedMil admitem que manter a ligação com um hospital (público ou privado), mais diferenciado tecnicamente, é uma mais-valia na motivação, investigação científica, ligação a faculdade médica, evolução técnica e benefício económico (vide figura 7).

**Figura 7 – Vantagens da ligação a um centro médico diferenciado**



**Fonte:** (autor, 2016)<sup>18</sup>

Quando a pergunta é colocada de outro modo e questionamos diretamente se a diferença de oportunidades técnicas promove a saída das fileiras, a tendência mantém-se: e

<sup>18</sup> Resposta múltipla possível.



apenas sete MedMil acreditam que a questão técnica não influencia a saída dos QP. Do mesmo modo, apenas um médico não admite que o SSM deveria porfiar pela manutenção da paridade entre as carreiras. As soluções propostas para manter essa paridade apresentam-se na figura 8.

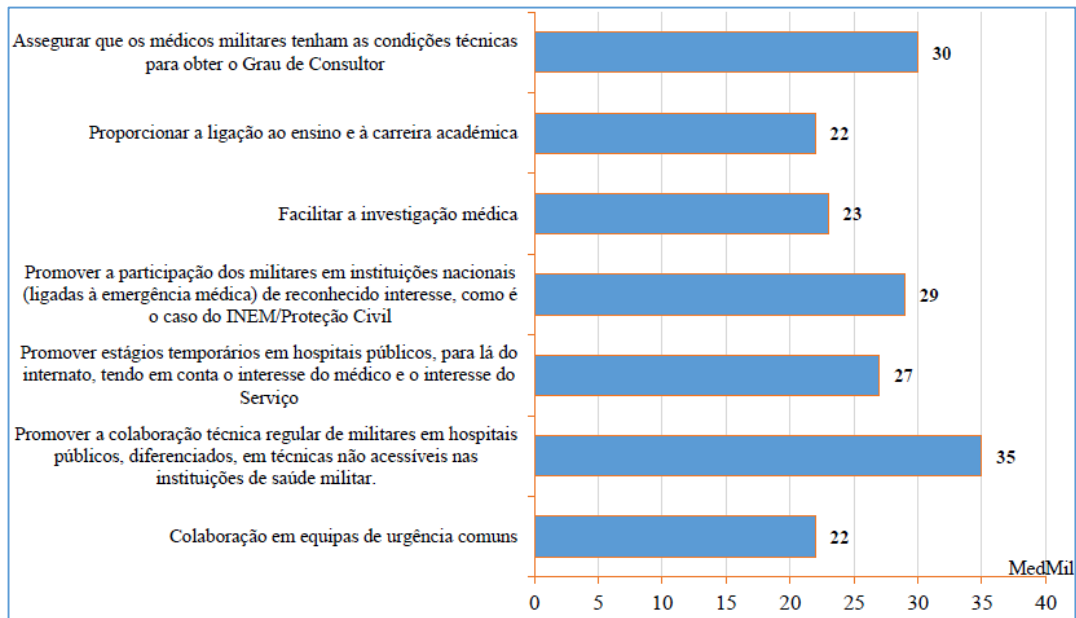


Figura 8 – Soluções propostas para a manutenção da paridade técnica

Fonte: (autor, 2016)<sup>19</sup>

Nas perguntas abertas sobre o tema em apreço foram reforçados os seguintes contributos: (1) a manutenção do MedMil na sua área exclusiva de especialidade clínica; (2) favorecer a contratação/incorporação de médicos de MGF nas unidades; (3) abertura do HFAR à população civil, facto que induziria uma evolução técnica no HFAR; (4) remuneração em moldes semelhantes aos médicos civis, com o cumprimento do artigo 18º do DL 519/77, que postula o pagamento de uma remuneração adicional (o referido “diferencial de carreira”) e, por fim, a (5) criação de áreas de excelência, abertas à população civil.

No que importa à MO, cerca de 58% dos médicos afirma que a atividade operacional é um obstáculo à progressão técnica. As razões escolhidas para isso apresentam-se na figura 9.

<sup>19</sup> Resposta múltipla possível.

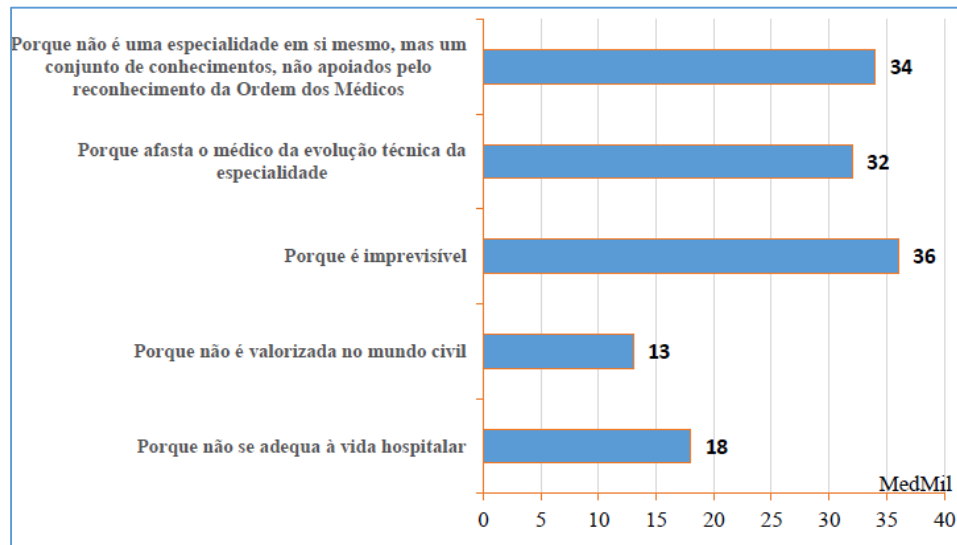


Figura 9 – Motivos para incompatibilidade da MO com a progressão técnica hospitalar

Fonte: (autor, 2016)<sup>20</sup>

A pergunta final questiona o entrevistado sobre qual o atrativo atual da CMM. As respostas fornecidas são bastante negativas, no capítulo do reconhecimento da sociedade, no reconhecimento percebido pela instituição militar e, especialmente, em relação à compensação económica. Ver figura 10.



Figura 10 – Atrativos da carreira médico-militar

Fonte: (autor, 2016)<sup>21</sup>

<sup>20</sup> Resposta múltipla possível.

<sup>21</sup> Resposta múltipla possível.



Foram também efetuadas entrevistas, cujo guião se expõe no Apêndice C, ao Diretor de Saúde Militar (DSM), ao Diretor do HFAR (dirHFAR) e aos Diretores de Saúde (DS) dos ramos (Duarte, 2016) (Sousa, 2016) (Alfarroba, 2016) (Santos, 2016) (Domingos, 2016). Todos os diretores reconhecem as dificuldades da CMM atual.

Todas as personalidades entrevistadas concordam com a necessidade de fomentar a paridade técnica entre a CMC e a CMM, especialmente facilitada agora pelo HFAR (cujas capacidades clínicas se pretendem incrementadas pela capacidade técnica dos MedMil). Todos admitem que uma forte formação técnica, após o ingresso na CMM, é uma condição fundamental para o sucesso do SSM e para a satisfação dos MedMil.

Não existe concordância quanto à resolução do desequilíbrio entre as especialidades médicas presentes nos ramos e as necessidades operacionais. Neste particular, a Marinha prevê a incorporação imediata de MGF, por concurso extraordinário para os QP. Este processo, não é consensual, nem está tão avançado nos outros ramos. Um dos entrevistados afirma mesmo que a presente situação não deve ser vista como “[...] Uma ameaça, mas como uma oportunidade [...]”, valorizando especialmente o facto de ser este o momento para corrigir desequilíbrios na matriz técnica dos MedMil.

A abertura do HFAR ao exterior é vista como um importante fator estimulador da CMM. Nenhuma das personalidades entrevistadas admite que os MedMil devam ter impedimentos à sua prática médica, em ambiente civil, nem à mais-valia remuneratória que daí pode advir. Admite-se que o “diferencial de carreira” poderia ser pago, alertando para que os militares de outras classes terão sempre dificuldade em aceitar esta realidade, se bem que – avisa um dos entrevistados – “[...] As outras classes também têm subsídios remuneratórios que refletem a sua diferenciação técnica”<sup>22</sup>.

Finalmente, entre os entrevistados foi valorizado o papel que o HFAR poderia ter na formação pré-graduada e pós-graduada dos MedMil, pois já tem protocolos com duas faculdades de medicina, em Lisboa<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> Pilotos, submarinistas, entre outros.

<sup>23</sup> Esta vertente está para além do âmbito deste trabalho, mas o autor sabe que os alunos valorizam muito o ambiente médico-militar, em termos de ensino. Por outro lado, se o conceito for desenvolvido, o HFAR poderia acreditar-se como hospital universitário.



#### 2.4. Síntese Conclusiva

A CMM está em crise profunda. É uma crise antiga, agravada por múltiplas razões: (1) a legislação está desatualizada e não é cumprida, nem nos aspetos técnicos, nem nos aspetos económicos, nem mesmo nos aspetos relacionados com a estrita progressão militar<sup>24</sup>; (2) a evolução técnica da medicina é exponencial e a carreira médica, especialmente por limitações institucionais, ou por impedimentos operacionais, choca com a atividade hospitalar; (3) existe uma desadequação das especialidades às necessidades dos ramos, especialmente quanto a MedMil de MGF, em número residual; (4) o ponto anterior obriga, conseqüentemente, ao afastamento do MedMil da sua área de especialidade e (5), excetuando a segurança no trabalho, os MedMil não encontram qualquer benefício na permanência nas fileiras. Por todas estas razões a desmotivação é a palavra de ordem.

Os MedMil e os diretores concordam na necessidade de manter a paridade técnica entre a CMM e CMC, não existindo unanimidade na futura incorporação de MedMil para MGF, prestes a acontecer na Marinha. A abertura do SSM a estruturas da medicina civil é um dos caminhos apontados para manter a evolução técnica.

Conseqüentemente, por tudo o que foi documentado, consideramos ter validado a H1, respondido à QD1 e atingido o OE1.

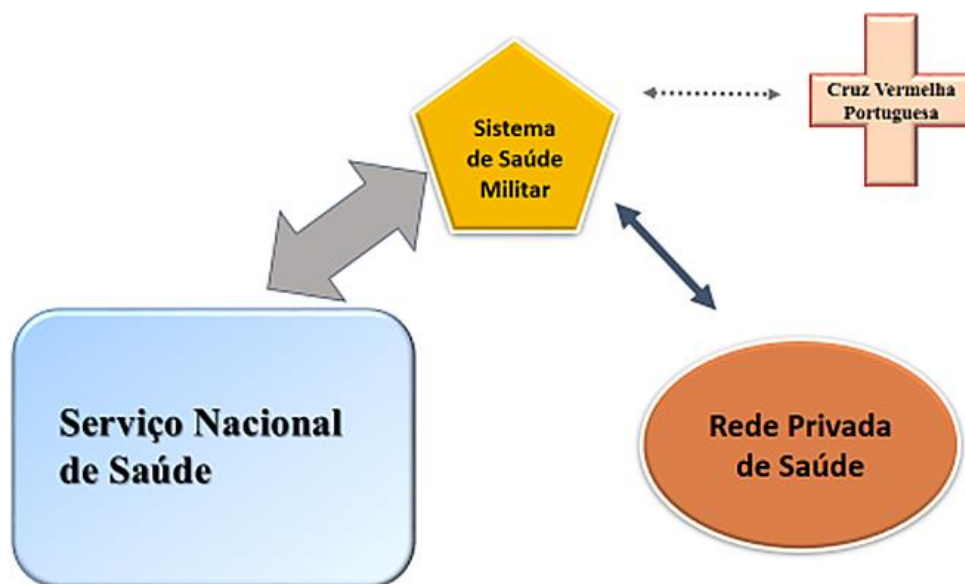
---

<sup>24</sup> Por exemplo no que diz respeito à antiguidade dos MedMil entre os ramos.



### 3. Complementaridades entre o Sistema Militar e as estruturas de Saúde Civil

O enquadramento civil da saúde está em rápida mutação. Assim, houve no SNS um grande incremento da construção de hospitais, melhoria do equipamento técnico e, fenómeno de grande relevância, o surgimento de uma rede eficaz de Saúde Privada, que cobre todo o país. No meio militar, fruto do processo de fusão do SSM, surgiu o HFAR que, presentemente, está em processo de maximização das suas capacidades. Deste modo importa explicitar o contexto funcional atual com que se tem que relacionar o SSM: o SNS, a Rede de Privada de Saúde (RPS) e a Cruz Vermelha Portuguesa (CVP) – vide figura 11.



**Figura 11 – Os atores da Saúde em Portugal.**

A espessura das setas pretende realçar a intensidade do intercâmbio entre atores.

**Fonte:** (autor,2016)

#### 3.1. As estruturas de Saúde Civil

##### 3.1.1. O Serviço Nacional de Saúde

O SNS está organizado de forma ascendente e em rede. O cidadão inscreve-se no Centro de Saúde da sua área de residência e tem direito a um médico de família. Esse médico pertence à carreira de MGF. Cabe ao MGF, a referência ao hospital, para a eventual especialidade médica necessária ao bom encaminhamento do paciente. A rede hospitalar é nacional, dividindo-se entre os hospitais distritais e os hospitais centrais. Estes últimos têm um maior número de especialidades e urgências diferenciadas tecnicamente.

A emergência médica está a cargo de uma instituição pública: o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). O INEM é acionado através de número nacional (o 112) e



inclui meios regionais e nacionais. O INEM tem também por missão prestar aconselhamento médico a situações de emergência que se verifiquem a bordo de embarcações (INEM, 2013), através do Centro de Orientação de Doentes Urgentes Mar (CODU-Mar). O CODU-Mar é constituído por uma equipa de médicos que garantem apoio 24 horas por dia, com a cooperação das estações Radionavais, Centros Navais de Busca e Salvamento e com a Autoridade Marítima Local (capitanias dos portos), enquadrados de acordo com o Sistema Nacional para a Busca e Salvamento Marítimo (SNBSM), de acordo com o DL n.º 15/94, de 22 de janeiro (MDN, 1994). As estatísticas do INEM revelam que, em 2012, este serviço coordenou a assistência a 101 emergências médicas a bordo de embarcações, envolvendo vítimas de 21 nacionalidades diferentes (INEM, 2013)

Estruturalmente, o SNS é das maiores organizações públicas portuguesas, cuja complexa organização compreende uma implantação em todo o território nacional, incluindo hospitais, centros de saúde e instituições dedicadas à investigação em saúde pública, como o Instituto Ricardo George (SNS, 2016a), que se explicita no Anexo B. Materializando aquela universalidade, de acordo com os dados mais recentes (PORDATA, 2016), existem 225 estabelecimentos hospitalares em Portugal, com uma capacidade instalada para 34 522 camas (vide Anexo C). Os números, no que respeita aos centros de saúde, correspondem a 338 unidades, que compreendem 1119 extensões (vide anexo D).

O peso económico do SNS corresponde a cerca de 9 mil milhões de euros, incluindo despesas com o pessoal de cerca de 3,5 mil milhões de euros<sup>25</sup> (vide Anexo E). Proporcionalmente, as despesas com o pessoal têm sofrido sempre um incremento relativo (vide figura 12). Estes valores correspondiam, nas últimas estatísticas disponíveis, a 5% do total do Produto Interno Bruto (PIB) – ver Anexo F.

---

<sup>25</sup> A despesa com o pessoal corresponde assim a cerca de 39% do orçamento da saúde, em Portugal.

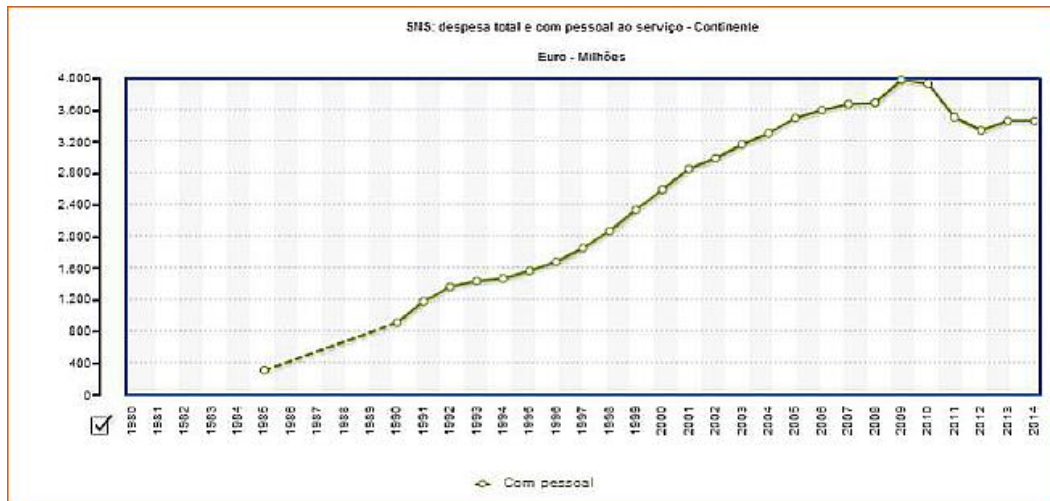


Figura 12 – Despesa do SNS: evolução da despesa com o pessoal

Fonte: (PORDATA, 2016)

### 3.1.2. A Rede Privada de Saúde

A partir dos últimos 8 anos (HL, 2007) surgiu uma rede organizada de hospitais privados, que já cobre o país. Depois de algumas dificuldades iniciais, solidificou-se nos últimos anos, graças aos seguros de saúde, com cada vez mais associados e, ainda, com abertura a extensas convenções, incluindo a Assistência na Doença aos Militares (ADM). Tornaram-se, assim, prestadores de serviço aos militares, mesmo no ativo. A RPS inclui, ao presente, 91 hospitais de várias tipologias, responsáveis pela faturação em 2015 de 1855 milhões de euros, com a realização de 8,6 milhões de urgências e consultas e 257 329 cirurgias, muito graças às convenções com a Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE)<sup>26</sup>, cuja despesa média por utente subiu 46% em cinco anos (Mendes, 2016). Existem cada vez mais interfaces entre o SNS e a RPS, propondo o Ministério da Saúde, em 2016, que em determinadas patologias (como o cancro), as cirurgias com tempo de espera elevada, possam migrar para a RPS (Mendes, 2016), situação conhecida e recorrente. Recentemente, foi criada a Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (APHP), que irá publicar o primeiro anuário estatístico público da RPS, no ano de 2016 (APHP, 2016), de acordo com a dinâmica deste setor, em franco crescimento.

### 3.1.3. A Cruz Vermelha Portuguesa

O Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho é a maior rede humanitária do mundo, com presença e atividades em quase todos os países, regendo-

<sup>26</sup> Agora conhecida por “Direcção Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública”, embora a sigla ADSE não tenha sido alterada.



se por sete princípios fundamentais: Humanidade, Imparcialidade, Neutralidade, Independência, Voluntariado, Unidade e Universalidade (CVP, 2016).

A CVP tem instalações por todo o país, com atividades que se dividem entre a prestação de cuidados de saúde primários, cuidados continuados, apoio à infância e à terceira idade, colaboração em situações de catástrofe e um hospital – o Hospital da Cruz Vermelha (HCV) – capaz de cuidados muito diferenciados, nomeadamente nas áreas da cardiologia, cirurgia cardiotorácica, ortopedia e oftalmologia, com um corpo clínico de 149 médicos e com capacidade de 150 camas, incluindo uma unidade de cuidados intensivos polivalentes (HCV, 2016). Para além da atividade humanitária e assistencial, a CVP tem ensino nas áreas da saúde, inclusive de nível superior (CVP, 2016).

O HCV detido em 45% pela Parpública<sup>27</sup> e em 55% pela CVP (Campos, 2012), que tem tutela do MDN praticamente desde a sua fundação, materializada pelo DL 36:612<sup>28</sup> de 24 de novembro de 1946, que detalha os estatutos da CVP (MG, 1947), reforçada bastante mais tarde pelo DL n.º 164/91, de 7 de maio (sobre os direitos e deveres entre a CVP e o Estado), que no seu artigo 1.º informa da natureza jurídica da CVP: “A Cruz Vermelha Portuguesa [...] é uma instituição humanitária não-governamental de carácter voluntário e de interesse público, que desenvolve a sua actividade devidamente apoiada pelo Estado”. No mesmo decreto, no seu artigo 8.º, detalha-se ainda: “O apoio do Estado em relação à CVP é assegurado pelo Ministério da Defesa Nacional (MDN)”. Finalmente, o artigo 9.º detalha as competências do MDN: “No exercício dos poderes de tutela, compete ao Ministro da Defesa Nacional exercer a superintendência da CVP na administração dos seus recursos e velar pela correta execução da legislação [...]” (MDN, 1991).

A derradeira peça legislativa, no que à CVP diz respeito, procurou a atualização do regime jurídico à legislação mais atual e à prática, eminentemente privada, de instituições como o HCV, alteração vertida no artigo 3.º do DL n.º 281/2007, de 7 de agosto, onde se detalha que: “A CVP é uma pessoa colectiva de direito privado e de utilidade pública administrativa, sem fins lucrativos [...]”, não alterando de forma alguma os deveres de tutela do MDN, conforme anteriormente determinados (MDN, 2007). Na verdade, o HCV apresenta gestão privada e tem beneficiado de protocolos com o SNS (nomeadamente na

---

<sup>27</sup> A Parpública – Participações Públicas, SGPS, SA é uma Sociedade Gestora de Participações Sociais de capitais exclusivamente públicos.

<sup>28</sup> A designação da legislação incluía o formato apresentado (: ) e não a forma atual (/), introduzida mais tarde.



resolução de listas de espera cirúrgicas). Estes protocolos já foram suspensos nalgumas áreas, com renovações temporárias noutras (Campos, 2012).

### 3.2. As estruturas do Sistema de Saúde Militar

Neste trabalho vamos focar-nos apenas na conjuntura atual (pós-fusão da Saúde Militar), uma vez que outros investigadores já detalharam, pormenorizadamente, a problemática levantada pela fusão (Sousa, 2012). Vamos suportar grande parte da nossa argumentação com base no Despacho n.º 2943/2014, de 21 de fevereiro (MDN, 2014a), que determina organicamente o SSM e no DL n.º 84/2014, de 27 de maio (MDN, 2014b), que cria o HFAR. O SSM está esquematizado na figura 13.

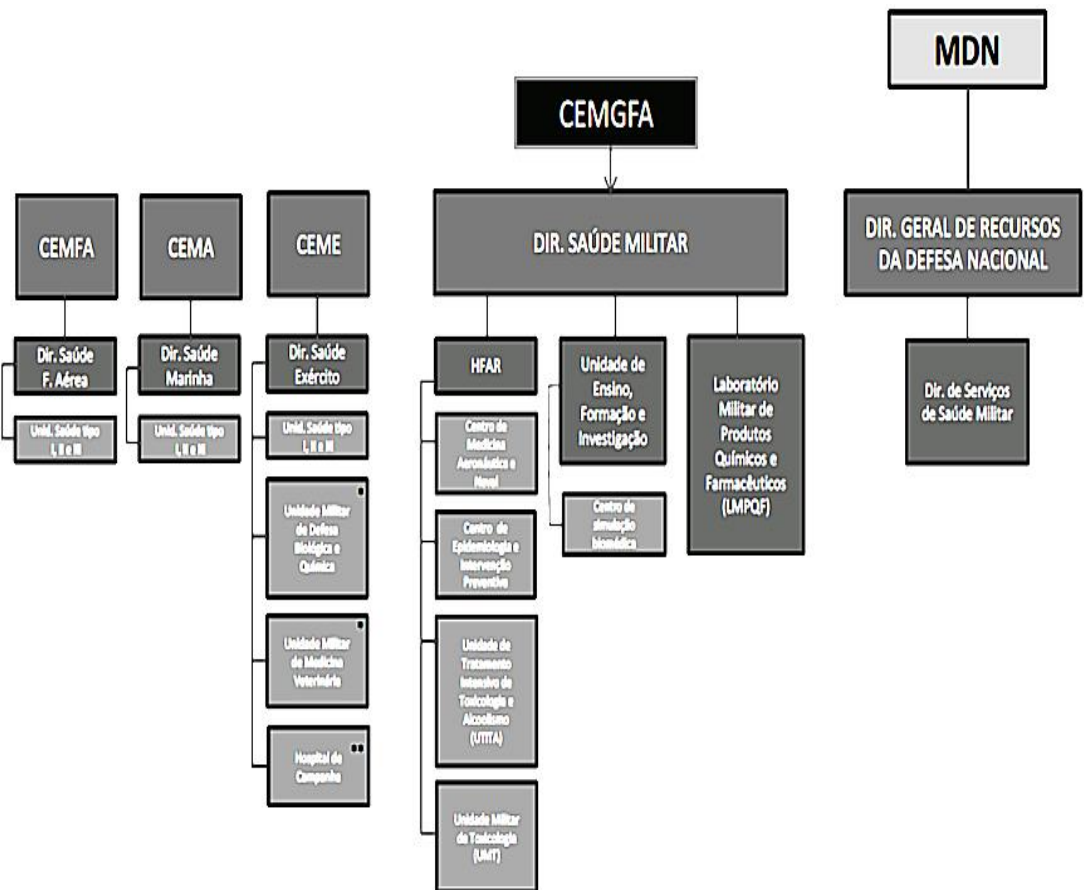


Figura 13 – O Sistema de Saúde Militar

Fonte: (MDN, 2014a)

Na legislação atual (MDN, 2014a), os Serviços de Saúde (SS) das Unidades Militares são hierarquizados como: Unidades de Saúde do Tipo I (que preveem cuidados básicos, ao nível da enfermagem), Unidades de Saúde do Tipo II (que devem incluir apoio médico de



MGF e capacidade básica para receber trauma) e as Unidades de Saúde do tipo III<sup>29</sup>, presentes em estruturas militares de maiores dimensões (estas preveem para além dos cuidados de MGF, medicina dentária e especialidades como Fisiatria, Radiologia Básica e Análises Clínicas).

Determinou-se (MDN, 2014b) que o HFAR tem dois polos, o referido PL e um no Porto (PP), que constituem, naturalmente, o vértice da pirâmide de referência dos pacientes militares. No recente Decreto-Regulamentar nº 2/2015, de 20 de fevereiro de 2015, foi estabelecida a sua estrutura orgânica e funcional (MDN, 2015b). Recorrem ao SSM, também os militares da Guarda Nacional Republicana (GNR), bem como os agentes da Polícia de Segurança Pública (PSP)<sup>30</sup> e respetivos familiares.

No SSM estão previstos ainda: um Centro de Epidemiologia e Intervenção Preventiva (CEIP), a Unidade Militar de Toxicologia (UMT)<sup>31</sup> e a Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodpendência e Alcoolismo (UTITA). Outra estrutura, prevista era o Centro de Medicina Aeronáutica e Naval (CMAN)<sup>32</sup>, resultante da fusão entre o Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica (CMSH) e o Centro de Medicina Aeronáutica (CMA) que, até ao presente, não se materializou. Ao contrário, foi determinado que o CMSH permanecesse como um “Órgão prestador de serviços” na dependência orgânica da Marinha (MDN, 2014c), embora, de acordo com, o Decreto-Regulamentar de 2/2015, de fevereiro, na “Dependência funcional do diretor do HFAR [...] ficando, tal como o CMA, [...] integrados no respetivo ramo” (MDN, 2015b). O diretor do HFAR fica, ainda, responsável pelos: CEIP, a UMT e pela UTITA.

O HFAR/PL, pensado para uma população de 75 000 pessoas (Sousa, 2012, p. 50), tem, ao presente, uma lotação de 93 camas (HFAR/PL, 2016). Quer o PL, quer o PP estão em processo de expansão/melhoramento das infraestruturas (EMGFA, 2015a).

Está também previsto um Centro de Simulação Biomédica e um Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos (LMPQF) na direta dependência do DSM. Dependente do Chefe de Estado-Maior do Exército (CEME), existe um Hospital de Campanha (HC), a ativar quando a situação operacional o exija, cujos quadros médicos

---

<sup>29</sup> Como é o caso do Centro de Medicina Naval (CMN), situado na Base Naval de Lisboa.

<sup>30</sup> Não contribuem médicos do GNR ou da PSP no HFAR- A GNR tem Sistema de Saúde Autónomo, com quadro médico próprio.

<sup>31</sup> Resultante das fusões do Laboratórios de toxicologia da Marinha e do Exército, que ainda não aconteceu.

<sup>32</sup> Este último também não se materializou, por razões a detalhar mais extensamente.



dependem do HFAR<sup>33</sup>, estipulando-se que “[...] Os quadros técnicos de cuidados diferenciados dos módulos cirúrgicos, de farmácia e de cuidados intensivos necessários ao funcionamento do Hospital de Campanha [...] prestam serviço em permanência no HFAR, mantendo -se em Ordem de Batalha do HC, para efeitos de treino, exercícios e emprego operacional [...]”. (MDN, 2015b). Compreensivelmente, este desiderato constitui um peso acrescido na gestão do pessoal médico no HFAR.

O SSM tem dificuldades, desde logo pela escassez de recursos médicos com as diferenciações requeridas – nomeadamente em MGF, a que se aludiu atrás, e pela escassez dos MedMil necessários para guarnecer, simultaneamente, as necessidades do HFAR e as necessidades operacionais dos ramos. Mesmo o corpo clínico do HFAR, que um observador desatento poderia acreditar estar bem guarnecido (uma vez que a quase totalidade dos MedMil são especialistas hospitalares) tem, de acordo com o próprio HFAR, apenas 57 MedMil<sup>34</sup> no seu quadro atual (entendendo-se médicos exclusivamente dedicados ao HFAR). A Direção de Saúde Militar (DIRSAM) refere que 126<sup>35</sup> MedMil (incluindo MedMil na reserva), trabalham no HFAR, de um total de 294 MedMil (270 ativo e 24 na reserva)<sup>36</sup>. A disparidade do número provém precisamente das necessidades operacionais de cada ramo e do empenho parcial de MedMil no HFAR, bem como da retirada frequente de MedMil para a MO, por estrita necessidade de serviço (vide Anexo G). Esta dificuldade<sup>37</sup>, todavia, está fora do âmbito da presente investigação.

Em termos orçamentais, o HFAR/PL, contou, em 2015, com uma dotação de 13 528 069,15 euros. Aquele valor correspondeu a uma atividade clínica de 2926 doentes internados, 131 839 consultas médicas<sup>38</sup>, 2963 cirurgias<sup>39</sup> e 800 097 meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) (HFAR/PL, 2016)<sup>40</sup>. A atividade clínica dos ramos também é relevante e constitui parte importante da produção em saúde das FA. Como exemplo, na Marinha, o SSM produziu, no ano de 2015, 25 047 consultas e 22 609 inspeções<sup>41</sup>. Aliás, a atividade inspetiva, na avaliação da aptidão, é um componente

---

<sup>33</sup> Admitindo-se, pertencendo aos três ramos, mediante a necessidade operacional.

<sup>34</sup> Número obtido por cortesia do HFAR, referidos a janeiro de 2016 e sempre em mutação.

<sup>35</sup> Cortesia da secretaria da DIRSAM, números referidos a Março de 2016.

<sup>36</sup> De acordo com dados oficiais de 2013, publicados em 2015 (Almanac, p. 163), existiriam em Portugal 286 MedMil a trabalhar no SSM dos três ramos.

<sup>37</sup> O emprego dos MedMil entre a atividade assistencial e a atividade operacional.

<sup>38</sup> Das quais 31 466 primeiras consultas.

<sup>39</sup> Das quais 1231, cirurgias de ambulatório.

<sup>40</sup> A atividade descrita pelo PP. Em 2015 foi de: 2169 doentes internados, 62 062 consultas, 1954 cirurgias e 35 320 MCDTs (HFAR/PP, 2016). Não foi possível obter o valor do orçamento em 2015, para o PP.

<sup>41</sup> Cortesia da Direção de Saúde da Marinha.



importante do SSM. Do mesmo modo, a atividade das Juntas de Saúde é muito importante, na avaliação da incapacidade. Em baixo o exemplo da Junta de Saúde Naval (atividade em 2015).

**Tabela 5 – Atividade da Junta de Saúde Naval**

Incapacidades Atribuídas	Total de dias de dispensa		
	Oficiais	Sargentos	Praças
Homens	1380	2978	10 141
Mulheres	1016	1826	1658
<b>TOTAL</b>	<b>2396</b>	<b>4804</b>	<b>11 799</b>

**Fonte:** (Marinha, 2016)

### 3.3. Interfaces entre o Sistema de Saúde Militar e a Saúde Civil

#### 3.3.1. Interfaces com o Serviço Nacional de Saúde

A relação entre o SSM e o SNS tem sido marcadamente desequilibrada a favor do SNS. Assim, na atualidade, o HFAR necessita de valências complementares, no SNS, das quais se destacam toda a Cardiologia Invasiva, a Cirurgia Cardíaca e métodos de diagnóstico diferenciados como a Ressonância Magnética ou a Tomografia de Emissão de Positrões (ambas em grande expansão), só para citar alguns casos em que é necessário recorrer ao SNS. Admitimos que o reconhecimento da necessidade de complementaridade SSM e SNS está prevista na filosofia do Despacho 2943/2014, definidor do SSM, que afirma no seu preâmbulo: “Importa sublinhar que o modelo do SSM proposto potencia, ainda, a complementaridade com o Serviço Nacional de Saúde [...], posicionando-o como um pilar relevante do Sistema de Saúde Português [...]” (MDN, 2014a). Aquele objetivo de interpenetração foi reforçado no DL n.º 84/2014 (MDN, 2014b), que no seu artigo 4º, alínea g, reforça que o HFAR deve: “[...] Promover a cooperação e articulação com o Serviço Nacional de Saúde [...]”. Contudo, de acordo com a referida legislação a intenção seria dotar o HFAR de “[...] Áreas de excelência, com capacidade para suprir algumas lacunas do SNS [...]” e não a dependência contrária que já explicitámos.

Se dúvidas houvessem sobre o sentido da dependência, basta pensar que qualquer militar depende do SNS em urgência/emergência (mesmo que a lesão tenha sido obtida na estrita atividade operacional), uma vez que o HFAR apresenta apenas uma urgência básica.



Ao contrário, as áreas de excelência da Medicina Militar são muito específicas e têm sido clonadas – por replicação daquelas técnicas pelo país, em hospitais públicos, fora de Lisboa, ou, nalguns casos, como oportunidade económica para grupos privados. De entre estas, destacamos a medicina hiperbárica e a medicina aeronáutica, as duas admitidas como competências da OM, a última apenas com comissão instaladora constituída (OM, 2016). Já existem centros civis com capacidade para certificação aeronáutica (ANAC, 2016) e já existem centros de medicina hiperbárica fora de Lisboa (SNS, 2016b), não sendo de excluir a sua criação na própria área da capital, fora do âmbito das FA.

Devemos, por fim, esclarecer que, no entendimento atual do MDN, para a interface entre a Saúde Civil/Militar se incluem, para além dos supracitados centros diferenciadores (as capacidade intrínsecas do SSM), as capacidades militares mais alargadas (como a busca e salvamento, ou o apoio dos laboratórios militares (EMGFA, 2015b). Aceitamos aquele entendimento, embora remetendo para apêndice as complementaridades que não se relacionam especificamente com a atividade do SSM.

#### 3.3.1.1. Interfaces com o CMSH

O CMSH tem por missão contribuir para o eficaz desempenho das atividades militares navais em meio subaquático e hiperbárico, disponibilizando para o efeito todo o apoio terapêutico adequado e assegurando, ainda, o desenvolvimento de ações nas áreas da investigação, do ensino, da formação e do treino dos militares envolvidos em atividades operacionais. O CMSH tem pois uma dupla vertente militar/operacional e clínica, a que se associa ainda um vetor de ensino, formação e investigação (EMGFA, 2015b).

No momento presente, sem outra alternativa no Sul do País, os doentes provenientes do SNS representam cerca de 91% de todos os doentes tratados no CMSH – vide tabela 6, que apresenta a estatística do CMSH. Houve uma redução no número de doentes tratados em 2015, consequência do processo de transferência e construção das novas instalações no PL (CMSH, 2016). Não existe nenhum protocolo com o SNS, ou com qualquer outro subsistema. Todos os doentes não-militares foram tratados através de termos de responsabilidade<sup>42</sup>.

---

<sup>42</sup>Ainda que estejam em estudo protocolos com a entidade seguradora MEDIS e, do ponto de vista do atual diretor, sejam desejáveis.



**Tabela 6 – Atividade do Centro de Medicina Hiperbárica e Subaquática**

Atividade clínica	Total		SNS		Outros Sistemas	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
<b>Consultas</b>	1682	1674	1451	1468	231	188
<b>Tratamentos de O2 hiperbárico</b>	11 212	9331	1021	8366	1001	965

**Fonte:** (CMSH, 2016)

### 3.3.1.2. Interfaces com o CMA

O CMA, que não tem atividade assistencial, presta serviços inspetivos para os quais está credenciado pela Autoridade Nacional da Aviação Civil (ANAC), de acordo com a certificação atribuída pelo Instituto Nacional de Aviação Civil (INAC), a autoridade nacional que atribui a certificação (MOPTH, 2003) de acordo com a legislação internacional (JOUN, 2012). A certificação do CMA, como referência na Medicina Aeronáutica está estabelecida pelo DL nº 1624/93, de 13 de dezembro (MDN e MOPTC, 1993). Ao presente, qualquer piloto civil que necessite da certificação em medicina aeronáutica, pode recorrer aquela instituição, tal como a outros centros certificados de Norte a Sul do país (ANAC, 2016), particularmente em centros da RPS. A estatística do CMA, no ano de 2015, apresenta-se na tabela 7.

**Tabela 7 – Exames Médicos de Reavaliação ao Pessoal Navegante**

EXAMES	Força Aérea	Exército	Marinha	INAC	Outros	TOTAL
AVALIAÇÃO PERIÓDICA	1372	213	58		16	1659
CLASSE I				175		175
CLASSE II				29		29
CLASSE III				12		12
<b>TOTAL</b>	<b>1372</b>	<b>213</b>	<b>58</b>	<b>216</b>	<b>16</b>	<b>1875</b>

**Fonte:** (CMA, 2016)

Legenda: classe I=pilotos de linha aérea comercial; classes II=pilotos particulares; classe III=pessoal de cabina.

### 3.3.1.3. Protocolos com a UTITA

A UTITA que, é uma unidade especializada no tratamento e reabilitação psicossocial de alcoolismo e toxicodependências, integrada no Programa para a Prevenção e Combate à



Droga e ao Alcoolismo nas Forças Armadas, desenvolve atividades de formação, de prevenção e atividades terapêuticas, quer em regime ambulatorio, quer em regime residencial. Tinha também, até há bem pouco tempo, e desde 2001, protocolos assinados no capítulo da adição, com o SNS, permitindo que pacientes civis fizessem parte de programas de reabilitação, numa área em que o SNS era claramente deficitário (Marinha, 2001a).

Esta Unidade possuía, ainda, protocolos com muitas outras unidades do domínio público e privado, como a empresa Pactogest/Fernave (Marinha, 2000), a empresa de medicina do trabalho *Ergonomics* (Marinha, 2001b), o Arsenal do Alfeite (Marinha, 2002), e com a empresa Portucel (Marinha, 2009).

Com a migração da UTITA para o HFAR, as instituições em causa foram informadas da mudança de titular e da intenção de manter os protocolos (HFAR, 2014a), na sequência de inspeção anterior pelo SNS (IGAS, 2013).

A UTITA também recebe agentes da GNR e PSP, através do HFAR. Do mesmo modo, no contexto do HFAR, os serviços da UTITA vão continuar a ser disponibilizados, a título particular, mediante decisão superior, a pacientes civis fora do SNS, tal como antes acontecia (Marinha, 2008).

A estatística da UTITA no ano de 2015 apresenta-se na tabela 8 (exclusiva para o programa residencial) e no Anexo H (toda a atividade).

**Tabela 8 – UTITA: Residentes Civis**

<b>ANO</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>TOTAL</b>
2009	27	10	37
2010	31	3	34
2011	32	9	41
2012	13	2	15
2013	8	3	11
2014	6	4	10
2015	8	2	10
<b>TOTAL</b>	<b>117</b>	<b>31</b>	<b>148</b>

**Fonte:** (EMGFA, 2015b, p. 247) e (UTITA, 2016) <sup>43</sup>

<sup>43</sup> Nota: A diminuição do número de utentes admitidos está relacionada com as alterações no processo de admissão: anteriormente pedido do termo de responsabilidade era feito diretamente pela UTITA e atualmente este tem de ser elaborado pelos Centros de Atendimento Toxicodependências (CAT)/Equipas terapêuticas (ET).



#### 3.3.1.4. Protocolos do HFAR

Ao presente, o HFAR tem dificuldades estruturais, fruto do processo de reestruturação e reequipamento, necessários após a fusão (EMGFA, 2015a) e, conforme já se explicou atrás, tem que referenciar os doentes para o SNS em múltiplas situações clínicas, começando por aquelas que envolvem a urgência.

Por outro lado, tem, atualmente, dois protocolos importantes, no sentido de suprir as suas necessidades imediatas: (1) um protocolo com a Fundação Champalimaud (HFAR, 2014b), que prevê “[...] O apoio do Centro Clínico Champalimaud, em todas as áreas que este possa providenciar [...]”. Aquele protocolo prevê que sempre que o curso clínico do paciente obrigue a uma transferência, esta deve ser efetuada para o HCV, com custas suportadas pelo Instituto de Ação Social da Forças Armadas (IASFA) e (2) um protocolo com uma instituição particular<sup>44</sup> para suprir a falta de enfermaria psiquiátrica atualmente em construção (EMGFA, 2015a). Existem outros protocolos diretamente com o HCV, que serão detalhados em capítulo próprio.

Todos os outros protocolos são com o LMPQF, a propósito de dispositivos de reabilitação oral (HFAR, 2014c), para os medicamentos hospitalares (HFAR, 2014d) e, finalmente, para produtos e dispositivos médicos de apoio (HFAR, 2014e).

Não existe nenhum protocolo com um serviço de urgência do SNS, da zona metropolitana de Lisboa, para recurso em caso de emergência<sup>45</sup>.

#### 3.3.2. Interfaces com a Rede Privada de Saúde

A RPS e apesar de que “[...] O HFAR tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados aos militares das Forças Armadas, bem como à família militar e aos deficientes militares [...]”, de acordo com o DL n.º 84/2014 (MDN, 2014b), tem sido a grande beneficiária das insuficiências do SSM. Atentemos então ao facto de que o número total de beneficiários do IASFA ser de 135 028, destes 69 737 são beneficiários titulares, sendo 65 291 familiares (IASFA, 2015). Por outro lado, há que referir que estes beneficiários se estendem por todo o território nacional, de modo que cerca de 30% reside no Distrito de Lisboa, percentagem que aumenta para 50%, quando se juntam os distritos de Leiria, Santarém e Setúbal (IASFA, 2015). Pelo que, do total de potenciais utentes do HFAR, há a

---

<sup>44</sup> Não havendo atualmente capacidade para internamento em Psiquiatria, este é disponibilizado através de protocolo com a Clínica Psiquiátrica de S. José, na proximidade do HFAR/PL (EMGFA, 2016).

<sup>45</sup> De acordo com o Chefe do Departamento de Administração e Finanças do HFAR, chegaram a existir negociações com o Centro Hospitalar de Lisboa Norte, que tem o Serviço de Urgência no Hospital de Santa Maria, bastante próximo portanto do HFAR/PL.



referir que muitos vivem longe, o que anula o fator proximidade e se constitui como motivo de afastamento desta população do seu hospital. Esse facto acentuou-se nos últimos anos, acreditamos que pelas dificuldades que a reorganização do SSM acarretou e pelo aumento da oferta privada organizada e bem publicitada. Acresce, ainda, que o valor da taxa moderadora, para familiares, é menor na RPS do que no HFAR.

Esta última constatação é bem patente no documento público de um utente, descrito deste modo: “[...] A minha esposa, beneficiária da ADM [...] foi a uma consulta de dermatologia. A esta consulta [...], no HFAR, correspondeu uma taxa moderadora [...] que corresponde ao dobro do que teria de pagar [...], numa das muitas clínicas protocoladas [...]”. Este documento, de autor anónimo, acessível na página da internet da Associação dos Oficiais das Forças Armadas (AOFA) (AOFA, 2014), termina deste modo: “[...] A intenção parece ser, claramente a de, desviando os doentes dos hospitais militares [...] transferir verbas do sistema de saúde dos militares para o sector privado [...]”. Na verdade é difícil perceber o porquê da diferença de valor, que também ocorre com utentes da ADSE, nos hospitais públicos. Ora no acordo IASFA/HFAR, na sua Cláusula 3<sup>a</sup>, estipula-se que os preços, para não-titulares, a praticar no HFAR são equiparados aos preços que os doentes da ADSE pagariam nos hospitais do SNS (IASFA, 2013), com descontos exceto para as consultas. O mesmo princípio está vertido no DL n.º 167/2005, de 23 de setembro, que determinou a fusão dos três subsistemas (dos ramos) e a sua convergência com as regalias/obrigações da ADSE<sup>46</sup>. Daí decorre que os preços em vigor, no regime convencionado, são os mesmos que para aquele subsistema<sup>47</sup> (MS, 2016), mais baratos do que nos hospitais públicos.

Em baixo apresentam-se os centros mais beneficiados pelas convenções do IASFA no ano de 2014 (os últimos valores disponíveis).

---

<sup>46</sup> Nomeadamente o desconto obrigatório para o subsistema.

<sup>47</sup> Atualmente 3,49 euros (clínica geral) e 3,99 euros (especialidades), como copagamento pela consulta na RPS (ADM, 2016) e de 7,5 euros propostos para a consulta de especialidade nos hospitais públicos (Visão, 2012). Este último valor tem atualização anual, sendo que o valor em vigor da taxa moderadora em 2015 foi de 7,75 euros (MS, 2016) – vide Anexo I.



Tabela 9 – Encargos ADM: as principais instituições beneficiárias

POSIÇÃO	ENCARGOS DO REGIME CONVENCIONADO	VALOR
ENTIDADES QUE MAIS FATURARAM À ADM EM 2014		
1º	HOSPITAL DA LUZ, SA	3 860 720,25 €
2º	HOSPOR, HOSPITAIS PORTUGUESES, SA	2 975 365,17 €
3º	HOSPITAIS PRIVADOS DE PORTUGAL - HPP CENTRO SA	2 935 988,14 €
4º	CVP - SOCIEDADE DE GESTÃO HOSPITALAR, S A (a)	2 154 058,21 €
5º	CENTRO CLÍNICO CHAMPALIMAUD	1 761 441,81 €
6º	CLISA - CLINICA DE SANTO ANTONIO	1 141 666,78 €
7º	HOSPITAL DA ARRÁBIDA-GAIA	1 107 606,00 €
8º	HOSPITAL DA LUZ - CLÍNICA DE OEIRAS	1 017 583,82 €
9º	INSTITUTO DAS IRMÃS HOSPITALEIRAS DO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS (b)	949 041,29 €
10º	HOSPITAL PARTICULAR DO ALGARVE, SA	759 746,48 €
11º	HOSPITAL CUF INFANTE SANTO	754 668,32 €
12º	HOSPITAL CUF DESCOBERTAS	705 950,25 €
13º	HOSPITAL DA ORDEM TERCEIRA	563 606,47 €
14º	HOSPITAL PRIVADO DE BRAGA	544 821,96 €
15º	HOSPITAL CUF TORRES VEDRAS, S A	511 945,62 €
16º	HPA - HOSPITAL PARTICULAR DE ALMADA	501 862,36 €
17º	CLIRIA-HOSPITAL PRIVADO DE AVEIRO	467 845,36 €
18º	LINDE SAÚDE, LDA	455 702,01 €
19º	HOSPITAL CUF CASCAIS, S A	414 093,76 €
20º	CENTRO HOSPITALAR S FRANCISCO, SA	411 598,17 €

a) Acordo baseado na Tabela de Preços do Serviço Nacional de Saúde até 30 de junho de 2014;  
b) Acordo em vigor das ex-ADM's.

**Fonte:** (IASFA, 2015)

Assim, a RPS constitui-se atualmente como um parceiro fundamental na saúde dos militares e da sua família. Neste particular, é interessante salientar que outros autores, sobre o mesmo tema no passado, propunham exatamente um fluxo de sentido oposto, com a abertura do HFAR a outros subsistemas de saúde, inclusive à ADSE de forma a “[...] Criar por um lado a dimensão necessária, e por outro, a otimizar os recursos, físicos, humanos, e técnico-científicos [...]” (Silveira, 2013).

### 3.3.3. Interfaces com a Cruz Vermelha Portuguesa

Está prevista legalmente (MDN, 2014a) a colaboração sinérgica entre o complexo do HFAR e a CVP, nomeadamente a nível hospitalar, em todas as complementaridades vistas como “benefícios mútuos”. Aquele desiderato já foi materializado nalguns protocolos. Num deles, diretamente com o HCV, o HFAR/PL tenta suprir as suas limitações orgânicas em



relação aos deficientes militares (HFAR, 2015). Outro protocolo médico importante é o protocolo tripartido HFAR/CVP/IASFA. Este assenta num acordo de “complementaridade clínica” entre o HFAR e o HCV no sentido de limitar as insuficiências criadas pela reorganização do SSM (MDN, 2014d). Através daquele protocolo, todos os beneficiários da ADM, titulares, estão isentos de copagamentos, quer em ambulatório, quer no internamento. Os beneficiários não titulares estão apenas isentos do copagamento no internamento. No espírito do acordo está “[...] A necessidade de definir e normalizar o tipo de encargos a suportar pelos beneficiários da ADM que recorram ao HFAR e possam vir a ser encaminhados, por referência clínica, em regime de complementaridade, para o Hospital da Cruz Vermelha [...]”. Conclui-se, daquele modo, que o HCV tem recursos sobrantes e está disposto a partilhar com o SSM.

Também existem protocolos semelhantes com a CVP noutras zonas do país, como em Braga (MDN, 2014e) e em Ponta Delgada (MDN, 2014f), que podem incluir cuidados continuados (MDN, 2014a).

#### 3.3.4. Outras Interfaces entre as Forças Armadas e a Saúde Civil

Estas interfaces referem-se a atividade não diretamente relacionada com a prática médica (clínica), ou dependente de estruturas exclusivamente da área médica assistencial. Contudo, porque consideramos este conhecimento importante, apresentamo-lo detalhadamente no Apêndice G.

#### 3.4. Opinião das personalidades do SSM quanto às complementaridades

As opiniões dos entrevistados (Duarte, 2016) (Sousa, 2016) (Alfarroba, 2016) (Santos, 2016) (Domingos, 2016) quanto à temática das complementaridades convergem na preocupação quanto às dificuldades estruturais do HFAR. Propõem que as complementaridades devem ser implementadas através de centros de excelência, em determinadas áreas clínicas, que seriam disponibilizadas ao SNS. Entre estas, salientam, o Serviço de Cirurgia Plástica do HFAR. No mesmo sentido, admite-se que o HFAR poderia constituir-se como um centro de excelência no tratamento do trauma.

Ao presente, aqueles responsáveis, exprimem uma forte preocupação quanto ao “esvaziamento” das competências clínicas do HFAR (com risco deste se tornar um hospital “exíguo”), já que, como reforçaram várias personalidades, “[...] Não recolheu as competências existentes antes da reestruturação do SSM”. Uma das razões para esta situação prende-se com as grandes dificuldades materiais e em pessoal que atingem o HFAR, cuja



resolução se espera pronta. Mais se afirma, que, no respeitante à alocação de recursos, o entendimento terá que começar nos ramos.

Em relação ao incremento de protocolos com o SNS, nenhum dos entrevistados está em desacordo, numa perspectiva mutuamente benéfica. Coloca-se mesmo a ênfase nas potencialidades da formação clínica dos MedMil, através desses protocolos. Um destes poderia materializar-se, desde já, através da participação num Serviço de Urgência Central. Aquele desiderato permitiria aos utentes militares um recurso em emergência com maiores capacidades e facilitaria os aspetos clínicos e administrativos<sup>48</sup>. Por outro lado, existiriam potencialidades para o HC, se integrado no dispositivo de Proteção Civil.

Finalmente, em relação à CVP, todos os entrevistados aceitam a colaboração com esta instituição, especialmente em contexto humanitário. Admite-se até, que uma maior interpenetração com o HCV poderia reproduzir: “[...] Um grande grupo hospitalar, que seria um ator importante na saúde nacional, podendo ombrear com os grandes grupos privados [...]”. Contudo enfatiza-se que os protocolos com o HCV, no modelo atual, correm o risco de esvaziar o HFAR/PL. Aceita-se, ainda assim, que uma integração parcial do HCV – uma instituição privada – no SSM, noutra contexto jurídico (sob jurisdição pública ou militar), permitiria verdadeiramente um incremento técnico ao SSM<sup>49</sup>. As convenções/protocolos com o HCV e com a RPS, acentuam, devem ser transitórios, dentro do “estritamente necessário”.

Reforçou-se, finalmente, que o HFAR deveria ter capacidade sobranante, a disponibilizar em caso de catástrofe.

### 3.5. Síntese Conclusiva

As interfaces entre o SSM e as estruturas de saúde civis são múltiplas e multifacetadas, nem sempre dependentes exclusivamente do SSM, uma vez que a componente operacional dos ramos também interage com a saúde civil.

O SSM contribui com unidades de excelência, antes únicas na sua prestação, tais como o CMSH e o CMA, que continuam muito importantes na sua relação com a medicina civil, mas foram clonadas e, conseqüentemente, têm menor importância relativa. Neste sentido, alguns dos responsáveis do SSM acreditam que deveriam ser criados mais centros de excelência.

---

<sup>48</sup> Por exemplo através de uma equipa médica exclusivamente militar entrar na rotação geral, das equipas de serviço.

<sup>49</sup> Ainda que os entrevistados não acreditem que a CVP aceitasse aquele enquadramento.



O HFAR está em remodelação/ampliação e tem dificuldades em suprir as necessidades dos militares e da família militar. Estas necessidades têm sido complementadas por protocolos (de forma direta, ou indireta pela ADM) com outras instituições, particularmente com a RPS e CVP. O HCV possui um protocolo muito abrangente com o HFAR. Estes protocolos são inegavelmente benéficos para os utentes. Todavia, a extensão destes protocolos pode fazer com que diminuam as capacidades técnicas do HFAR – que já são inferiores às capacidades do SSM pré-reorganização.

A colaboração com o SNS pode tomar outras formas, de entre estas, a colaboração num serviço de urgência, que seria mutuamente benéfica. Genericamente, admite-se que a abertura ao exterior do SSM, em geral, e do HFAR, em particular, é um fator de progresso e sustentação técnica e deveria ser porfiada.

Podemos assim, de acordo com informação elencada, validar a H2, permitindo responder à QD2, tendo sido atingido o OE2.



#### 4. Exemplos internacionais da relação Saúde Militar/Saúde Civil

O objetivo deste capítulo é de analisar as soluções que outros países apresentam na relação Saúde Militar/Saúde Civil. Consequentemente, iremos estudar os sistemas de saúde de alguns países da OTAN, que foram eleitos por apresentarem experiências recentes de reestruturação e apresentarem objetivos estratégicos semelhantes.

Pretende-se que este capítulo seja sintético e sempre evidenciando as eventuais ligações entre os SSM existentes e o mundo médico civil, do país em questão. O enfoque centra-se quer na ligação entre as estruturas de Saúde Militar/Saúde Civil, quer na relação entre as CMM e as CMC.

##### 4.1. Espanha

Em Espanha, os Sistemas de Saúde do Exército, Marinha e Força Aérea foram integrados, em 1989, num serviço de saúde conjunto do Ministério da Defesa, chamado *Cuerpo Militar de Sanidad* (CMS). Este Corpo Militar de Saúde compreende um conjunto de oficiais médicos veterinários, farmacêuticos, médicos dentistas, psicólogos e enfermeiros. (Charrua, 2008, p. 76). O CMS está enquadrado na *Subsecretaría da Defensa*, e depende do *Jefe del Estado Mayor de la Defensa*. Tem a missão de prestar apoio clínico, preventivo e pericial às FA Espanholas. O CMS é descrito como: “[...] *El Cuerpo es, intrínsecamente, tan militar como sanitario*[...]”, reforçando o carácter único dos SSM, em qualquer país. A *Inspeccion General de Sanidad* é a autoridade máxima no CMS e o *Inspetor General de Sanidad* é a autoridade máxima da saúde militar espanhola (o *Surgeon General*, da tradição anglo-saxónica), ao presente um major-general médico. Os SS dos ramos, mantêm contudo, a sua própria organização e comando para o apoio direto às suas forças na MO, dependentes do General *Inspetor de Sanidad* (Almanac, 2015, p. 181).

##### 4.1.1. Estruturas do Sistema de Saúde Militar Espanhol

O SSM espanhol inclui: um diretório de medicina curativa; um diretório de medicina preventiva; um centro para a recolha de sangue e derivados; um centro para medicina aeroespacial; um centro farmacêutico militar e um centro veterinário militar. Existem três hospitais militares (Madrid-700 camas; Saragoça-300 camas e Cádiz-300 camas) e, ainda, clínicas ambulatórias em Ceuta; Melilla; Valência; El Ferrol e Cartagena (Almanac, 2015, p. 182).



Em termos operacionais, o SSM espanhol inclui no Exército: capacidade de projeção de *Role 1* a *Role 3*<sup>50</sup>; na Marinha uma capacidade embarcada até *Role 2*; na Força Aérea a capacidade de transportar uma unidade com capacidade *Role 2* (Almanac, 2015, p. 182).

Como exemplo da capacidade clínica do SSM espanhol, verificamos que o Hospital Central da Defesa de Madrid (*Hospital Gómez Ulla*), equipado com heliporto, é muito diferenciado. Está acreditado para a extração e transplante de órgãos, particularmente do foro hematopoiético e da córnea. É ainda uma referência nacional para casos de contaminação Nuclear Biológica e Química (NBQ) e para as pandemias (SM, 2015, pp. 3-8).

Em termos académicos, aquele Hospital tem um protocolo com a Universidade de Alcalá, para que seja utilizado para fins docentes em ciências biossanitárias, estando, portanto, também acreditado como Hospital Universitário (MDefensa, 2007). Em termos de interpenetração civil, o *Hospital Gómez Ulla* está integrado na rede sanitária de Madrid há cerca de cinco anos (20 minutos, 2010). Recebe doentes de dois “distritos” de Madrid: Latina e Carabanchel (MSSI, 2016). Esta integração inclui o apoio a situações emergentes para pacientes civis. O Hospital continua em evolução e, em 2015, abriu uma nova unidade de isolamento para fazer frente aos acontecimentos e adaptações que resultaram da pandemia por Ébola (SM, 2015, pp. 3-8). Finalmente, existem médicos civis contratados nos hospitais militares, suprimindo as carências criadas pelo número insuficiente de MedMil, particularmente para guardas médicas<sup>51</sup> (ECD, 2013).

#### 4.1.2. Carreira Médico-Militar Espanhola

O SSM espanhol tinha em 2015, 816 médicos (Almanac, 2015, p. 181) das várias especialidades, incluindo MGF. Contudo experimentou uma grande crise no preenchimento das vagas para médicos, por várias razões: (1) os MedMil espanhóis auferiam pelo posto militar e não pela sua diferenciação clínica, que seria substancialmente maior pelo padrão civil daquele país; (2) a vida militar espanhola obriga a mudar de residência frequentemente; (3) a carreira do médico-militar tornou-se menos atraente do ponto de vista clínico, pelo encerramento de hospitais e pelo facto de muitos militares serem encorajados a contratar

---

<sup>50</sup> Role corresponde a capacidade médica para tratamento. Role 1=cuidados de saúde primários, suporte básico de vida inclui abordagem inicial de trauma; Role 2=Suporte avançado de vida; cirurgia “life-saving”; Rol 3=pode incluir cuidados intensivos; Cirurgia Geral e Ortopédica; Role 4=todos os meios diagnósticos e terapêuticos disponíveis, geralmente um centro médico de referência, afastado da linha da frente (JP4-02, 2012).

<sup>51</sup> As guardas médicas são melhor pagas aos médicos civis do que aos médicos militares, o que tem causado muita polémica.



seguros de saúde com entidades civis, quando antes eram maioritariamente tratados em hospitais militares, reduzindo efetivamente o interesse clínico da prática militar e, por fim, (4) a condição militar impõe incompatibilidades aos médicos, bastante mais estritas do que a medicina civil espanhola, o que na prática limita a acumulação com a atividade privada<sup>52</sup>.

Assim, face à não-admissão e também à crescente saída de médicos para a vida civil/reserva, procurando melhores condições, a Defesa espanhola, em 2006, produziu um plano que buscava incrementar a entrada de médicos nas fileiras e fomentar a retenção<sup>53</sup>. Este plano previa a aceitação de médicos estrangeiros nas fileiras (fundamentalmente recrutados na América do Sul) e abrir vagas para especialidades, a candidatos médicos civis espanhóis, dispensando-os do exame de seriação necessário para entrar nas especialidades médicas em Espanha. A admissão nestas condições implicava um maior compromisso de permanência. Estes incentivos foram ainda reforçados com um complemento salarial previsto de 600 euros para os MedMil<sup>54</sup>. Finalmente, a saída precoce de médicos das fileiras terá sido parcialmente contida pela crise económica dos últimos anos, que também atingiu Espanha (MedMir, 2012).

Desde 2012, as academias militares abriram vagas para candidatos ao curso de medicina (CursMed), que estudam na Academia Médica Militar de Madrid, ligada ao Hospital Universitário Gómez Ulla (RED, 2015). Estes candidatos irão cumprir os tirocínios próprios do CursMed, e os tirocínios próprios da carreira militar (ED, 2015). Espera-se que assim o grau de retenção aumente. Procura-se, também, que os MedMil mantenham uma carreira com todas as certificações civis, inclusive as do ensino, encorajando-se os doutoramentos em medicina (SM, 2015, p. 16).

#### 4.2. França

O *Service de Santé des Armées* apresenta, tal como em Espanha, um sistema integrado de Saúde Militar, criado em 1968 e reforçado em 2000. O *Surgeon General* é um tenente-general médico, que é responsável pela *Direction Centrale du Service de Santé des Armées*, por sua vez dependente do CEMGFA francês. O *Surgeon General* também se coordena com o componente do SSM dos ramos, necessário aos cuidados de saúde primários aos militares de cada ramo. O lema do SSM francês é fornecer suporte médico para as FA “Em todo o

---

<sup>52</sup> Informação prestada por MedMil espanhol, que solicitou o anonimato.

<sup>53</sup> Inquestionavelmente, o recrutamento e a retenção são questões complexas, não havendo uma solução única., procurando-se alternativas às abordagens tradicionais de recrutamento e retenção de pessoal (Lobo, 2012)

<sup>54</sup> Mesma fonte anónima.



lado, sempre e em quaisquer circunstâncias operacionais” e é considerado de grande importância estratégica para as FA francesas (Godart, 2007). O SSM francês assume uma vertente de contribuição para a segurança do território nacional (nomeadamente biológica e NBQ). Afirma-se claramente a colaboração no SNS francês em circunstâncias normais, bem como, participando na defesa estratégica de ameaças à população civil, no próprio território, em crises como as pandémicas (Almanac, 2015, p. 78) .

O pessoal médico do SSM francês é constituído por 1800 MedMil, 4700 enfermeiros, 2700<sup>55</sup> técnicos de saúde (incluindo paramédicos) e 5100 civis cuja diferenciação inclui médicos (1200), enfermeiros e outros técnicos de saúde. Cerca de 60% de todo o pessoal médico é do sexo feminino (Garrabe, 2010).

O SSM Francês está organizado em cinco componentes:

(1) Centros de Saúde [55 em território europeu e 18 no resto do mundo (figura 14)];  
(2) Hospitais Militares muito diferenciados e também espalhados estrategicamente pelo país (figura 14);

(3) O Instituto de Defesa Biomédica, em Paris, leva a cabo investigação contra armas convencionais, riscos biológicos naturais ou provocados; ameaças NBQ, adaptação humana a ambientes extremos e a sua integração nos diversos sistemas de armas;

(4) Componente de Educação médica - o ensino em saúde é proporcionado por três instituições: a *École du Val-de Grâce*, em Paris, para enfermagem, a Faculdade de Medicina Militar, em Lyon, e a Escola de Pessoal Paramédico, em Toulon. Em colaboração com universidades civis locais, todos os licenciados militares têm credenciação nacional válida nas suas áreas. Ao mesmo tempo, todo o pessoal de saúde tem formação militar paralela, para preparação para a MO;

(5) O Directorado de Logística Médica é a instituição responsável por toda a logística médica (fármacos, apósitos, etc), no território francês e por todo o mundo (Almanac, 2015, pp. 79-80).

#### 4.2.1. Estruturas do Sistema de Saúde Militar Francês

De acordo com Garrabe (2010), os nove hospitais do SSM têm no seu conjunto 2722 camas, extensíveis para 3144 camas em tempo de crise (de 230 a 380 camas por hospital). Os hospitais procuram desenvolver especializações com uma orientação operacional: (1) Medicina Hiperbárica em Toulon, Paris e Metz; (2) agressão radionuclear (Toulon, Clamart,

---

<sup>55</sup> Outra fonte, (MDefense, 2010), afirma que inclui ainda 5100 paramédicos militares (nas unidades) constituindo a base do SSM.



Metz; Brest, Lyon, Bordeaux); (3) Tratamento de agressão química (Clamart, Paris, St, Maude, Lyon, Marselha); (4) Tratamento de queimados (Clamart) e, por fim, (5) agressão biológica (todos, exceto Lyon).

Todos os hospitais partilham uma dupla missão. A primeira dita soberana de apoio às FA francesas e a segunda missão é a de um hospital público, integrado no SNS francês. A primeira missão inclui duas facetas: (1) a participação orgânica na preparação de forças (aptidão, exercício, prevenção) e (2) a projeção de equipas médico-cirúrgicas para os vários teatros operacionais. Esta é a missão principal dos hospitais militares, correspondendo a uma média de 92 médicos presentes ao longo do ano, no conjunto dos teatros operacionais (Garrabe, 2010).

No apoio à MO, as capacidades do SSM militar francês são totalmente abrangentes tendo sempre, e por vários meios, capacidade de projeção de “Role 3”, sendo que os Hospitais Militares Franceses têm todos capacidade ao nível do Role 4 (Almanac, 2015, p. 80).

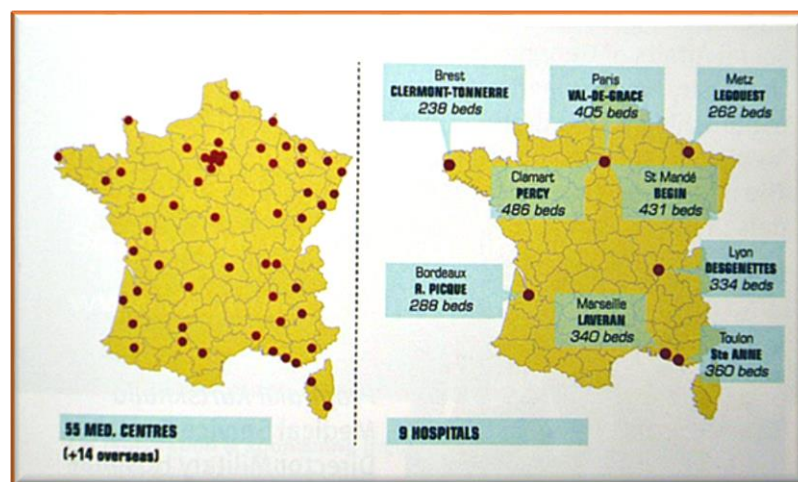


Figura 14 – Estruturas nacionais do Sistema de Saúde Militar Francês

Fonte: (Almanac, 2015, p. 79)

#### 4.2.2. Carreira Médico-Militar Francesa

A CMM inclui especialistas hospitalares e médicos de MGF, que constituem, tal como no sistema de saúde público francês, a base da do atendimento médico. A MO está a cargo de MedMil de MGF, como é o caso dos navios<sup>56</sup>. Existem diferenças económicas entre a CMM e a CMC daquele país (FM, 2004), embora esta pesquisa seja sensível e difícil, verificámos, todavia, que a carreira militar é prestigiada em França. As formações são

<sup>56</sup> Por exemplo no navio de apoio logístico TCD Siroco, que tem um hospital embarcado, onde o autor esteve, durante uma semana, em junho de 2015.



facilitadas pelo SSM e, em tudo, existe equivalência com a vida civil<sup>57</sup>. Excepcionalmente, são recrutados especialistas, mas apenas em situações de carência, por passagens precoces à situação de reserva.

#### 4.3. Reino Unido

Os *Defence Medical Services* (DMS) são o órgão de Saúde das FA britânicas. O DMS é uma estrutura conjunta, sob o *Surgeon General*, um Oficial general médico de três estrelas: o *Headquarters Surgeon General* (HQSG). O DMS compreende ainda o *Joint Medical Command* (JMC), *Defence Primary Healthcare* (DPHC) e os SS dos ramos (Marinha, Exército e Força Aérea). Naturalmente o HQSG está na dependência do EMGFA britânico, o *Joint Forces Command* (JFC) (Almanac, 2015, p. 98).

O lema do DMS é “*Fit for task*”, aludindo à missão principal do DMS: assegurar a capacidade física e mental dos militares, no território do Reino Unido e em todo o mundo, dependendo da missão. O DMS tenta ser abrangente e inclui cuidados de saúde primários, medicina dentária, hospitalização, apoio psicológico e acesso a especialidades médicas. É, desde logo, assumida a componente civil do DMS. Assim, no DMS, encontramos os militares do próprio DMS e do serviço nacional de saúde britânico – *National Health Service* (NHS) e, nalguns casos, estruturas de saúde próprias das regiões com autonomia, instituições sociais (semelhantes à Misericórdia Portuguesa) e outras organizações privadas de suporte social. O DMS na verdade tem uma componente civil desenvolvida, contando ainda assim com 9100<sup>58</sup> militares, 6900 no ativo e 2200 reservistas (DMS, 2016), que trabalham lado a lado com funcionários públicos de saúde, para atingir os objetivos propostos (DMS, 2016). Na verdade a permanência no serviço pode ser temporária, nomeadamente para adquirir uma valência técnica (Health Careers, 2015).

##### 4.3.1. Estruturas do Sistema de Saúde Militar Britânico

O HQSG é o órgão estratégico de topo do SSM britânico: (1) define os objetivos estratégicos para a Defesa; (2) define os objetivos de saúde primária, para os militares e (3) coordena os destacamentos médicos com os SS dos ramos. Outras funções são o desenvolvimento da ciência médica militar, a avaliação técnica da performance do pessoal médico e a manutenção da infraestrutura do DMS (2009).

O JMC é o órgão de nível tático do SSM britânico. Tem pessoal dos três ramos do SSM britânico. Nas suas responsabilidades incluem-se o treino para atingir “*operational*

---

<sup>57</sup> Informação por cortesia da CMG Fabienne Lagrogne, médica chefe do TCD Siroco.

<sup>58</sup> Em 2012 haviam 2465 civis (Richardson, 2012).



*requirements and medical excellence*” e, muito importante, assegura o Role 4, com estruturas de saúde civis. Finalmente é o JMC que coordena o contrato de especialistas médicos para trabalhar no DMS. O JMC tem quatro localizações: (1) DMS (W) suporta as unidades do oeste do Reino Unido e coordena uma biblioteca médica especializada na defesa; (2) *Royal Centre for Defence Medicine*, baseado num hospital público em Birmingham; (3) *Defence Medical Rehabilitation Centre*, em Surrey é um centro de reabilitação, muito abrangente e, por fim, quatro *Ministry of Defence Hospital Units*, integradas em hospitais NHS: Plymouth, Frimley Park (Surrey), South Tees and Portsmouth. (Almanac, 2015, p. 99)

O DPHC é responsável pelos cuidados de saúde primários (incluindo tratamento dentário) a todo o pessoal militar. Constitui-se como a pedra angular do DMS (2016).

Os ramos têm (1) *The Royal Naval Medical Services* cuja responsabilidade é prover os navios de pessoal médico, embarcado, enfatizando o treino para a projeção operacional a partir do meio naval; (2) *The Army Medical Services* responsáveis pelo apoio operacional ao exército inglês. Estes serviços são responsáveis pela projeção da maioria dos *Field Hospitals* britânicos<sup>59</sup>. Para tanto dividem-se em *Royal Army Medical Corps*, *Royal Army Veterinary Corps*; *Royal Army Dental Corps* e *Queen Alexandra's Royal Army Nursing Corps* e, por fim, (3) *The Royal Air Force Medical Services*, que tem como base um quadro de especialistas médicos, enfermeiros e técnicos, na Reserva, com treino em evacuação aeromédica (MEDEVAC). De notar que a grande maioria destes, são quadros do NHS, que são ativados quando é operacionalmente necessário. Esta estrutura é também a autoridade em medicina aeronáutica militar do país (DMS, 2016).

A filosofia do SSM britânico é a de assegurar, com o menor gasto económico, a melhor qualidade de cuidados. Assim, o *Queen Elisabeth Hospital*, em Birmingham, é o hospital que recebe mais militares feridos no Reino Unido. Este hospital de excelência tem a unidade de cuidados intensivos maior do mundo, num só piso, com 100 camas. É um hospital universitário e tem capacidade para receber MEDEVAC de todo o mundo (Almanac, 2015, p. 100).

Em termos de meios para projeção de forças, o DMS conta principalmente com o Navio *RFA Argus*, que tem 100 camas embarcadas e capacidade de Role 3: incluindo 10 camas de terapia intensiva; 20 camas de “grande dependência” e 70 camas gerais. A

---

<sup>59</sup> Hospitais de campanha, que constituem a base do apoio sanitário, no terreno, em operações militares.



guarnição médica do navio provém dos três ramos, mas são predominantes os médicos especialistas, reservistas<sup>60</sup> ou civis sob contrato, que laboram habitualmente nas alas militares do DMS nos hospitais do NHS (Almanac, 2015, p. 101) .

Existe um centro para a coordenação da MEDEVAC (*RAF Brize Norton*), que tem uma área médica tática específica, capaz de reunir as especialidades importantes para cada MEDEVAC, de abrangência mundial. Em termos práticos, em operações de guerra, os feridos são evacuados de helicóptero para um *Field Hospital* (dependente do exército), com capacidade Role 2. Aí o doente é avaliado, quanto à capacidade para viajar. Assim, poderá ser, imediatamente, enviado para o Reino Unido ou ser enviado para o *RFA Argus*, para posterior estabilização. Este sistema tem sido usado com sucesso em múltiplos cenários de guerra, incluindo as duas guerras do golfo pérsico (Almanac, 2015, p. 101).

#### 4.3.2. Carreira Médico-Militar Britânica

Pelo exposto, é fácil perceber que existe uma quase perfeita interpenetração entre a CMM/CMC britânicas, já que quase todos os médicos especialistas (reservistas ou não) exercem a sua profissão em contexto hospitalar civil. O sistema aliás, em tempo de paz, assenta na prestação de médicos generalistas, mais próximos do militar do ativo. Por outro lado, os médicos civis podem fazer, através do patrocínio do DMS, formações em especialidades médicas, sendo posteriormente admitidos e com níveis relativamente baixos de abandono, cerca de 10% (DMS, 2015).

De resto, a filosofia do Ministério da Defesa Britânico está bem clara no que às remunerações diz respeito: “[...] *We believe that DMS pay should be broadly comparable with that in the NHS [...] to continue to recruit, retain and motivate sufficient numbers of Medical and Dental Officers [...]*”<sup>61</sup>, valorizando-se, desta forma, a retenção do pessoal medico mais diferenciado (Steele, 2014). Na verdade, muitos médicos consideram uma comissão nos DMS como uma experiência valiosa e gratificante nas suas carreiras (Silva, 2014).

#### 4.4. Síntese Conclusiva

Este capítulo estudou três SSM europeus de países aliados do nosso. Têm em comum com o nosso SSM, e entre si, o facto de o SSM apresentar uma estrutura de comando e controlo integrada, mantendo a componente operacional dos ramos, com especificidades

---

<sup>60</sup> Entende-se por reservista neste contexto, um médico que deixou o ativo, mas o DMS solicita a sua prestação, em caso de necessidade operacional (Health Careers, 2015).

<sup>61</sup> Trata-se de manter o salário igual para idêntica diferenciação, entre profissionais militares ou civis. O objetivo proposto pelo aludido “diferencial de carreira”.



próprias do interesse estratégico da cada país. De notar que, em todos estes países, o SSM não se esgota nas funções estritamente clínicas, mas inclui centros de conhecimento e investigação ao nível do desenvolvimento da ciência médica, especialmente naquela com interesse militar: adaptação a meios extremos, medicina aeronáutica, defesa biológica e contenção pandémica – só para citar alguns.

Em relação às estruturas do SSM, verificamos que, em Espanha, a integração no mundo civil é limitada e recente, em França os hospitais (em número elevado) estão integrados no dispositivo nacional do SNS francês, e, no Reino Unido, a integração vai mais longe e os centros hospitalares militares estão integrados em estruturas hospitalares pertencentes ao SNS britânico.

A CMM, nos países estudados, reflete a maior ou menor integração no sistema público, com o sistema britânico a promover a integração perfeita da CMM/CMC, fomentando a tríade que valida a retenção: (1) a integração das carreiras, (2) a consequente satisfação técnica e (3) a remuneração equivalente. Esse desiderato também é atingido dentro da estrutura militar, no caso francês. Já a CMM espanhola, tem tido sérios problemas no recrutamento e retenção, precisamente porque o sistema está menos integrado na medicina civil, cuja experiência é recente e num só hospital. Em Espanha, precisamente, foram necessárias medidas adicionais para incrementar o ingresso de médicos nas fileiras, que passam por incentivos monetários e o ingresso direto para o CursMed, em vez do recrutamento de médicos já formados – tal como aconteceu entre nós.

Estamos, desta forma, em condições de validar a H3, respondendo à QD3 e cumprindo o OE3.



## **Conclusões**

### **-Procedimento metodológico seguido**

Neste trabalho, que procurámos exaustivo e consistente, usámos de acordo com a metodologia proposta no IUM, uma modelo hipotético-dedutivo. Assim, combinámos metodologia quantitativa (materializada num inquérito a todos os médicos do HFAR e na análise dos SSM estrangeiros), bem como metodologia qualitativa (as entrevistas a personalidades de referência, no tema em apreço). As conclusões serão suportadas pela triangulação da informação obtida.

### **-Avaliação dos resultados obtidos**

No capítulo 2 foi possível concluir que a CMM é regida por legislação antiga e não inteiramente cumprida pelos ramos. A Marinha é o ramo que está mais distante da realidade civil, uma vez que não apresenta qualquer provisão para a adequação da promoção militar, aos graus de progressão técnica da carreira. A desadequação clínica das carreiras tem ainda uma expressão económica.

A atribuição de funções operacionais a especialistas hospitalares, dada a quase total ausência de médicos de MGF, é um dos principais problemas da gestão da CMM.

Estamos, pelo exposto, capazes de confirmar a H1, a necessidade de implementar um novo paradigma para as CMM, e respondemos à QD1.

No capítulo 3, elencaram-se as várias capacidades do SSM, que inclui centros que já colaboram, em grande medida, com a saúde civil. Nestes incluem-se o CMSH, CMA e a UTITA. Acredita-se, contudo, que os protocolos do HFAR com instituições como a CVP e os protocolos da ADM com a RPS correm o risco de limitar o desenvolvimento técnico do HFAR. Admite-se que, ao contrário, deve ser o HFAR a facilitar a entrada a pacientes civis. No mesmo sentido, a criação de outros centros clínicos de excelência, poderia, potenciar o desenvolvimento e sustentação do HFAR.

Estamos, portanto, em condições de confirmar a H2, uma vez que as complementaridades do SSM com a saúde civil podem ser melhoradas, e respondemos à QD2.

No capítulo 4, analisámos os SSM de três países Espanha, França e o Reino Unido. Nesses três países existe sempre alguma forma de interpenetração entre o SSM e o SNS. O Reino Unido prescindiu mesmo dos hospitais militares e usa estruturas do SNS britânico. A CMM beneficiou com aquele desiderato, na equivalência técnica e na motivação.



No desenvolvimento deste capítulo facilmente se torna claro que quanto maior for a interpenetração/complementaridade das estruturas, maior é a equivalência entre as CMM e as CMC. Podemos, deste modo, confirmar a H3, uma vez que existem modelos internacionais de SSM que já articulam com vantagem carreiras e serviços com a respetiva saúde civil, e respondemos à QD3.

#### **-Contributos para o conhecimento**

Neste trabalho, admitimos ter contribuído para o conhecimento da forma que seguidamente apresentamos:

(1) Quanto à CMM, verificamos que existe um grande descontentamento dos MedMil. Esse descontentamento assenta em vários pilares:

- A não equiparação das carreiras;
- A não valorização pelos próprios da atividade operacional e o sentimento de que esta não é importante para a promoção;
- A diferença de progressão na carreira entre os ramos, exposta agora pela fusão das estruturas médicas;
- A diferença de remuneração MedMil versus médicos civis;
- A interface técnica com a medicina civil é vista como benéfica, mas tem que ser melhorada;
- O paradigma internacional é o da equivalência técnica das carreiras.

(2) Nas complementaridades entre a Medicina Militar e a Medicina Civil, verificámos

- Que existem, já no presente, múltiplas pontes entre a medicina militar e a medicina civil;
- Que essas pontes dependem de centros de excelência, que nasceram do conhecimento e especificidades militares, que alguns centros civis já possuem;
- Que o HFAR, tem dificuldades orgânicas que obrigaram à criação de protocolos com instituições da medicina privada;
- Que a RPS é um grande prestador de serviços clínicos aos militares através de convenções promovidas pelo IASFA, aliás favorecidas pela taxa moderadora/copagamento;
- Que a CVP, uma instituição de direito privado e tutela militar, tem suprido algumas das carências do HFAR. Contudo, não está integrada no SSM.



-Registámos que o fluxo de saída de doentes para outras instituições do domínio público ou privado, pode, a breve trecho, tornar o HFAR um hospital “exíguo” em termos clínicos;

-Finalmente, médicos e peritos, reconhecem que uma maior abertura do SSM ao privado, em termos clínicos, promoveria benefícios tangíveis e intangíveis da maior importância, nomeadamente na imagem do SSM e na motivação dos MedMil.

(3) Em relação aos SSM estrangeiros, foi possível verificar:

-Que a centralização do SSM num órgão de comando dependente do EMGFA é o modelo de referência;

-Que existem modelos com grande abertura e interpenetração entre o SSM e o Serviço Público de Saúde;

-Que quanto maior a interpenetração, maior tem sido a eficácia do sistema, bem como a satisfação/retenção dos MedMil;

-Finalmente, verificámos, que as mais-valias do SSM estrangeiros assentam nas especificidades da prática médica-militar e, nos exemplos estudados, a rede hospitalar é sempre acompanhada por centros de investigação de referência nacional e internacional;

-Por fim, verificámos que a abertura à medicina civil é o caminho seguido nos países estrangeiros estudados.

Estamos, conseqüentemente, em condições de responder afirmativamente à QC, uma vez que é possível, por tudo o que foi explícito, harmonizar as carreiras médicas e melhorar as complementaridades entre o SSM e as várias vertentes da saúde civil, tendo sido atingido o OG. Tal desiderato pode materializar-se de acordo com as recomendações que se seguem.

#### **-Recomendações**

As nossas recomendações também se dividem em três grupos:

(1) Em relação à CMM:

-Recomendamos que exista harmonização entre os ramos, quanto às condições de promoção, antiguidades na admissão e em toda a legislação que promova a evolução técnica;

-Pensamos, tal como acontece nos exemplos de países aliados, que a base do SSM deva assentar em médicos de MGF, logo a sua admissão é imperiosa;



-O cumprimento do desiderato anterior permitiria uma melhor gestão de recursos clínicos e limitar o fenómeno da plurivalência do MedMil especialista hospitalar, altamente desmotivadora.

(2) Em relação às interfaces entre o CMM/Medicina Civil:

-Parece-nos ser imperativo manter as áreas de excelência que já possuímos, favorecendo as capacidades técnicas e a diferenciação nos médicos que lá trabalham. Consideramos que os MedMil portugueses deveriam estar na primeira linha da produção de investigação naquelas áreas;

-Percebemos a bondade dos protocolos/convenções do IASFA com instituições privadas de grande desenvolvimento técnico e agressividade comercial, mas essa tendência não deve fazer reduzir o investimento em estruturas, em investigação e nas condições gerais de funcionamento do SSM.

-Aceitamos que os protocolos com a CVP estão protegidos pela legislação enquadrante do SSM. Admitimos que a integração com a CVP poderia ser maior, aproveitando e tutela partilhada, particularmente no apoio social e humanitário;

-Consideramos, em relação ao HCV, que poderia ter uma utilização dual, isto é, permitir aos MedMil desenvolverem a sua prática clínica quotidiana naquela estrutura diferenciada. Pensamos que aquele modelo aumentaria a satisfação clínica dos profissionais e tornaria o conjunto dos serviços HFAR-PL/ HCV num centro tecnicamente diferenciado, sob um enquadramento jurídico distinto.

(3) Em relação a novos modelos para o SSM, elencamos as seguintes recomendações:

-Os modelos mais eficazes são precisamente aqueles com maior abertura ao exterior, nomeadamente ao SNS.

-A excessiva racionalização das estruturas do SSM pode fomentar a exiguidade dos serviços, com consequências perniciosas, nomeadamente na motivação negativa dos MedMil e na sua saída precoce. O mesmo facto leva os doentes a procurarem estruturas privadas, mais eficazes e acessíveis.

-Dos dois parágrafos anteriores se deduz que o esforço de racionalização do HFAR deve ter aqueles dados em mente e que o futuro está na abertura ao exterior, não na sua restrição.

-Consideramos que o mesmo princípio se aplica a todo o SSM, que, mesmo na sua utilização mais estrita (operacional), deve manter uma atitude claramente



dúplice: servir os interesses operacionais e o interesse público, sem nunca descurar a vertente militar.

-Acreditamos, finalmente, que aquela ação estratégica facilitaria o reconhecimento público do SSM. Este fator intangível constituiria certamente um fator motivador, importante no recrutamento e retenção de MedMil.

#### **-Limitações da investigação**

O tema em apreço é vasto, existindo algumas vertentes da CMM, bem como das potencialidades das parcerias/complementaridades, que poderiam ter sido mais detalhadas, não fossem as limitações do tempo e da forma, impostas ao presente formato de investigação. Do mesmo modo, a investigação dos SSM estrangeiros teve que se restringir a três países, que, procurámos, constituíssem exemplos significativas para a temática em apreço.

Dada a abrangência do trabalho, a recolha de fontes foi extensa, muitas vezes, dependente de boas vontades e amizades pessoais, que, procurámos ativamente, não prejudicassem a imparcialidade e a justeza dos factos e conclusões apresentadas.

Desejamos, por fim, que este tema possa levantar uma dinâmica de mudança, que deverá ser seguida por futuro acompanhamento do tema, neste ou noutros contextos.



## Bibliografia

- 20minutos, 2010. *Los madrileños podrán utilizar el hospital Gómez Ulla desde el mes de octubre.* [Em linha] Madrid: 20 minutos. Disponível em: <http://www.20minutos.es/noticia/752277/0/hospital/gomez/ulla/> [Acedido em 22 março 2016].
- Alfarroba, E., 2008. *A reforma em curso no Serviço Nacional de Saúde e as suas repercussões no Sistema de Saúde Militar.* Trabalho de Investigação Individual. IESM.
- Alfarroba, E., 2016. Paridade das Carreiras Médico-Militares e Complementaridades entre o Sistema de Saúde Militar e a Saúde Civil [Entrevista]. Lisboa (29 janeiro 2016).
- Almanac, M. M. C. W., 2015. *Military Medical Corps Worldwide.* Bona: Beta Publishing Group.
- Assembleia da República, 2005. *Constituição da República Portuguesa* (Artigo 64º da VII Revisão Constitucional, 2005). Lisboa: Assembleia da República.
- Assistência na Doença aos Militares, 2016. *Tabelas de Participação do Regime convencionado.* [Em linha] Lisboa: ADM. Disponível em: <http://adm.defesa.pt/tabelas-de-competicacao-rc.aspx> [Acedido em 4 de Abril 2016].
- Associação dos Oficiais das Forças Armadas, 2014. *Taxas moderadores: partilha de uma experiência no HFAR.* [Em linha]. Disponível em: [http://www.aofa.pt/rimp/fim\\_anunciado\\_do\\_hfar.pdf](http://www.aofa.pt/rimp/fim_anunciado_do_hfar.pdf) [Acedido em 10 de março 2016].
- Associação Portuguesa de Hospitalização Privada, 2016. *Associação Portuguesa de Hospitalização Privada.* [Em linha] Lisboa: APHP. Disponível em: <http://www.aphp-pt.org/> [Acedido em 10 março 2016].
- Autoridade Nacional da Aviação Civil, 2016. *Certificação de Centros de Medicina Aeronáutica. Autoridade Nacional da Aviação Civil.* [Em linha] Lisboa: ANAC. Disponível em: <http://www.anac.pt/> [Acedido em 9 Março 2016].
- Borges, A. M., 2009. *Reais Hospitais Militares em Portugal (1640-1834).* Coimbra: Comissão Portuguesa de História Militar.
- Bronze, L., 2000. Coisas do Coração - A propósito de Timor. *Revista da Armada*, Junho, pp. 32-33.



- Bronze, L., 2003. Doutores e Militares - in Tribuna de Opinião. *Anais do Clube Militar Naval*, Julho-Setembro, pp. 553-556.
- Bronze, L., 2006. *A Medicina Militar Naval - a transição da guerra colonial para os conflitos do século XXI*. Em: Actas do XVI Colóquio de História Militar - O Serviço de Saúde Militar na comemoração do IV centenário dos Irmãos Hospitaleiros de São João de Deus em Portugal. Coimbra: Comissão Portuguesa de História, pp. 837-849.
- Bronze, L., 2012. *Currículo para procedimento académico na Faculdade de Ciências Médicas* (Currículo: 29 de Julho 2012). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Campos, A., 2012. *Cruz Vermelha oferece consultas e urgências low cost*. [Em linha] Lisboa: Jornal Público. Disponível em: <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/cruz-vermelha-oferece-consultas-e-urgencias-low-cost-1573209> [Acedido em 9 março 2016].
- Centro de Medicina Aeronáutica, 2016. *Estatística do Centro de Medicina Aeronáutica*. (Relatório estatístico: 14 de março 2016). Lisboa: CMA.
- Centro de Medicina Hiperbárica e Subaquática, 2016. *Estatística do Centro de Medicina Hiperbárica e Subaquática* (Relatório estatístico: 14 de Março 2016). Lisboa: CMSH.
- Charrua, B., 2008. *Restruturação das carreiras médico-militares na Força Aérea*. Trabalho de Investigação Individual. IESM.
- Conselho da Revolução e Presidência do Conselho de Ministros, 1977. *Define a colaboração entre os Serviços de Saúde das Forças Armadas e o Sistema Nacional de Saúde* (Decreto-Lei nº 107/77 de 24 de março). Lisboa: Diário da República.
- Conselho da Revolução, 1977. *Define a carreira médico-militar* (Decreto Lei nº 519/1977 de 17 de dezembro). Lisboa: Diário da República.
- Conselho da Revolução, 1979a. *Aprova o Estatuto do Médico* (Decreto-Lei nº 373/79 de 8 de setembro). Lisboa: Diário da República.
- Conselho da Revolução, 1979b. *Cria o Serviço Nacional de Saúde* (Lei nº 56/79 de 15 de setembro). Lisboa: Diário da República.
- Cruz Vermelha Portuguesa, 2016. *Cruz Vermelha Portuguesa: ensino superior*. [Em linha] Lisboa: CVP. Disponível em: <http://www.cruzvermelha.pt/actividades/ensino-superior-saude.html> [Acedido em 20 Fevereiro 2016].
- Defence Medical Services, 2009. *A review of the clinical governance of the Defence Medical Services*. [Em linha] Londres: Health Care Commission. Disponível em:



[http://www.nhs.uk/Defencemedicine/Documents/Defence Medical Services review %5B1%5D.pdf](http://www.nhs.uk/Defencemedicine/Documents/Defence_Medical_Services_review%5B1%5D.pdf) [Acedido em 11 de Março 2016]

Defence Medical Services, 2015. *DMS Program - 2015 Credential Success Rate*. [Em linha] Londres: Ministry of Defense. Disponível em [https://www.nvcc.edu/medical/files/DMS Outcomes2014-15.pdf](https://www.nvcc.edu/medical/files/DMS_Outcomes2014-15.pdf) [Acedido em 12 de março 2016].

Defence Medical Services, 2016. *Defence Medical Services*. [Em linha] Londres: Gov.UK. Disponível em: [www.gov.uk/government/groups/defence-medical-services](http://www.gov.uk/government/groups/defence-medical-services) [Acedido em 12 de março 2016].

Direção de Saúde Militar, 2016. *Médicos Militares: atividade operacional vs atividade assistencial* (Relatório estatístico: 31 de março 2016). Lisboa: Direção de Saúde Militar.

Domingos, M., 2016. Paridade das Carreiras Médico-Militares e Complementaridades entre o Sistema de Saúde Militar e a Saúde Civil [Entrevista]. Lisboa (5 fevereiro 2016).

Duarte, G., 2016. Paridade das Carreiras Médico-Militares e Complementaridades entre o Sistema de Saúde Militar e a Saúde Civil [Entrevista]. Lisboa (28 Março 2016).

El Confidencial Digital, 2013. *Los médicos militares huyen del hospital Gómez Ulla*. [Em linha] Madrid, ECD. Disponível em: [http://www.elconfidencialdigital.com/defensa/medicos-militares-hospital-Gomez-Ulla\\_0\\_2138186166.html](http://www.elconfidencialdigital.com/defensa/medicos-militares-hospital-Gomez-Ulla_0_2138186166.html) [Acedido em 18 março 2016].

Estado-Maior General das Forças Armadas, 2014. *Programa Funcional da Unidade Militar de Toxicologia (UMT)* (Documento estruturante: 1 de julho 2014). Lisboa: EMGFA.

Estado-Maior General das Forças Armadas, 2015a. *Reequipamento do Hospital das Forças Armadas*. [Em linha] Lisboa: EMGFA. Disponível em: <http://www.emgfa.pt/documents/wtgk4fcr8pvn.pdf> [Acedido em 14 Abril 2016].

Estado-Maior General das Forças Armadas, 2015b. *A Defesa de Portugal 2015*. [Livro eletrónico] Lisboa: EMGFA. Disponível em <http://www.defesa.pt/ebook/#/1/> [Acedido em 14 Abril 2016]

Estado-Maior General das Forças Armadas, 2016. *Organização do Hospital das Forças Armadas/Polo de Lisboa*. [Em linha] Lisboa: EMGFA. Disponível em: <http://www.emgfa.pt/pt/organizacao/hospitalFA/hfarlisboa> [Acedido em 14 Abril 2016].



- Estrella Digital, 2015. *Las Fuerzas Armadas necesitan médicos y pagan la carrera*. [Em linha] Madrid: ED. Disponível em <http://www.estrelladigital.es/articulo/espanha/fuerzas-armadas-necesitan-medicos-y-pagan-carrera/20150526105425240832.html> [Acedido em 18 março 2016].
- Forums Médicaux, 2004. *Remuneration des medecins militaires. Forums Medicaux ESA*. [Em linha] Paris: FM. Disponível em: [http://forums.remede.org/esa/sujet\\_21921.html](http://forums.remede.org/esa/sujet_21921.html) [Acedido em 23 março 2016].
- Godart, P., 2007. Peut-on parler de stratégie opérationnelle du soutien santé? *Médecine et Armées*, dezembro, pp. 397-404.
- Gonçalves, A., 2000. A Fragata "Vasco da Gama" em Timor-Leste. *Revista da Armada*, Fevereiro, pp. 10-12.
- Guerra, J. S., 2013. *Formação pós-graduada em medicina e enfermagem na Escola do Serviço de Saúde Militar*. Trabalho de Investigação Individual. IESM.
- Health Careers, 2015. *Defence Medical Services. Health careers*. [Em linha]. Londres: NHS. Disponível em: <https://www.healthcareers.nhs.uk/i-am/working-health/information-doctors/alternative-roles-doctors/defence-medical-services> [Acedido em 30 de março 2016].
- Hospital da Cruz Vermelha, 2016. *Hospital da Cruz Vermelha*. [Em linha]. Lisboa: HCV. Disponível em: <http://www.hospitalcruzvermelha.pt/> [Acedido em 9 março 2016].
- Hospital da Luz, 2007. *Hospital da Luz*. [Em linha] Lisboa: HL. Disponível em: <http://www.hospitaldaluz.pt/> [Acedido em 9 de novembro 2015].
- Hospital das Forças Armadas, 2014a. *Pedido de alteração de titular fiscal para os protocolos da Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo* (Ofício: 17 de maio 2014). Lisboa: HFAR.
- Hospital das Forças Armadas, 2014b. *Protocolo com a Fundação Champalimaud* (Protocolo: 17 de dezembro 2014): Lisboa: HFAR.
- Hospital das Forças Armadas, 2014c. *Protocolo entre o Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos e o Hospital das Forças Armadas para dispositivos de reabilitação oral* (Protocolo: 23 de dezembro 2014). Lisboa: HFAR.
- Hospital das Forças Armadas, 2014d. *Protocolo entre o HFAR, o Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos e o Instituto de Ação Social das Forças Armadas para os medicamentos hospitalares* (Protocolo: 1 de outubro 2014). Lisboa: HFAR.



- Hospital das Forças Armadas, 2014e. *Protocolo de Colaboração entre o Hospital das Forças Armadas, o Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos e o Instituto de Ação Social das Forças Armadas para produtos e dispositivos médicos de apoio* (Protocolo: 1 de outubro 2014). Lisboa: HFAR.
- Hospital das Forças Armadas, 2015. *Protocolo de cooperação entre o Hospital das Forças Armadas, a Cruz Vermelha Portuguesa e o Instituto de Ação Social das Forças Armadas para o apoio aos deficientes militares* (Protocolo: 12 de maio 2015). Lisboa: HFAR.
- Hospital das Forças Armadas/Polo de Lisboa, 2016. *Relatório e Produção de Rácios de Referência-2015* (Relatório: 15 de Março 2016). Lisboa: HFAR/PL.
- Hospital das Forças Armadas/Polo do Porto, 2016. *Relatório de atividades clínicas: consultas, urgências e MCDTs* (Relatório: 1 de fevereiro 2016). Porto: HFAR/PP.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. D. R., 1986. *Metodologia do Planeamento da Saúde*. 2ª ed. Lisboa: Obras Avulsas.
- Inspecção-Geral das Atividades em Saúde, 2013. *Relatório da ação de fiscalização às unidades de prestação de cuidados de saúde do setor privado e social, no domínio das dependências e comportamentos aditivos* (Relatório: 27 de setembro de 2013). Lisboa: IGAS/MS.
- Instituto de Ação Social das Forças Armadas, 2013. *Define o preço e as condições de faturação a que se obriga o Hospital das Forças Armadas em relação aos utentes da Assistência na Doença aos Militares* (Protocolo: 1 de janeiro 2013). Lisboa: IASFA.
- Instituto de Apoio Social das Forças Armadas, 2015. *Relatório de atividades do ano de 2014 do Instituto de Ação Social das Forças Armadas*. [Em linha] Lisboa: IASFA. Disponível em: [http://www.iasfa.pt/pdf/Documentos/RA\\_2014.pdf](http://www.iasfa.pt/pdf/Documentos/RA_2014.pdf) [Acedido em 12 de março 2016].
- Instituto Nacional de Emergência Médica, 2013. *Centro de Orientação de Doentes Urgentes Mar (CODU-mar)*. [Em linha] Lisboa: INEM. Disponível em: [http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_PaginaId=28809&noticiaId=48211&paStaNoticiasReqId=41587](http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=28809&noticiaId=48211&paStaNoticiasReqId=41587)[Acedido em 5 de novembro 2015].
- Jornal Oficial da União Europeia, 2012. *Estabelece os requisitos técnicos e os procedimentos administrativos para as tripulações da aviação civil* (Regulamento UE nº 290/2012, de 30 de março de 2012). Bruxelas: JOUN.



- JP4-02, 2012. *Doctrine for the planning, preparation, and execution of health service support*. [Em linha] Washington, DC: Joint Chiefs of Staff. Disponível em: [http://www.dtic.mil/doctrine/new\\_pubs/jp4\\_02.pdf](http://www.dtic.mil/doctrine/new_pubs/jp4_02.pdf) [Acedido em 5 de março 2015].
- Lobo, E. P., 2012. *A formação profissional nas Forças Armadas*. Trabalho de Investigação Individual. IESM.
- Marinha, 1994. *Define a atribuição de licença para valorização profissional a médicos* (Despacho do SSP de 16 de dezembro 1994). Lisboa: Ordem da Armada.
- Marinha, 2000. *Protocolo de cooperação entre a Marinha/UTITA e a Pacotgest/Fernave para a Medicina da Adição* (Protocolo: 19 de Julho 2000). Alfeite: Marinha.
- Marinha, 2001a. *Define o protocolo de colaboração entre o Ministério da Defesa Nacional (Marinha/UTITA) e o Ministério da Saúde Serviço Nacional de Saúde (Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência)* (Protocolo: 24 de outubro 2001). Alfeite: Marinha.
- Marinha, 2001b. *Protocolo de cooperação para a medicina da adição entre a Marinha/UTITA e a Ergonomics - Prevenção e Medicina do Trabalho, Lda*. (Protocolo: 12 de março 2001). Alfeite: Marinha
- Marinha, 2002. *Protocolo entre a Marinha e o Arsenal do Alfeite no domínio das doenças aditivas* (Protocolo: 22 de maio 2002). Alfeite: Marinha.
- Marinha, 2008. *Tabela de Preços a Aplicar nos Serviços a Prestar no Hospital da Marinha e na Unidade de Tratamento Intensivo de Alcoolismo e Toxicodependência* (Despacho do Almirante Chefe do Estado-Maior da Armada, n.º 32/08 de 26 de setembro). Lisboa: Ordem da Armada -1; nº 41.
- Marinha, 2009. *Protocolo de cooperação entre a Marinha e a Portucel no âmbito das doenças aditivas* (Protocolo: 9 de março de 2009). Alfeite: Marinha.
- Marinha, 2016. *Superintendência do Pessoal. Atividade da Junta de Saúde Naval em 2015* (Relatório de atividades: 30 de Janeiro 2016). Lisboa: Marinha.
- Medicos Internos Residentes, 2012. *En la Sanidad Militar hay falta de personal y en particular para las misiones*. [Em linha] Madrid: MedMir. Disponível em: <http://www.medicosmir.com/en-la-sanidad-militar-hay-falta-de-personal-y-en-articular-para-las-misiones/> [Acedido em 21 de março de 2016].
- Mendes, D., 2016. Mais de um milhão de consultas e urgências em 2015. *Diário de Notícias*, Nº 53561 (Edição de 10 de março de 2016), p. 20.



- Mendes, N. C., 2013. A medicina operacional e a prontidão operacional do sistema de forças. Trabalho de Investigação Individual. IESM.
- Menezes, V., 1993. *Hospitais no Além Mar Época dos Descobrimentos*. 1ª ed. Lisboa: Academia de Marinha.
- Ministere de la Defense , 2010. *Key figures. Military Health Service*. [Em linha] Paris: MDefense. Disponível em: <http://www.defense.gouv.fr/english/sante/introduction/key-figures/key-figures> [Acedido em 21 março 2016].
- Ministério da Defesa Nacional e Ministério das Obras Públicas Transportes e Comunicações, 1993. *Cria uma junta médica com competência em medicina aeronáutica* (Portaria nº 1264/93, de 13 de dezembro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 1965. *Estatuto dos Oficiais das Forças Armadas* (Decreto nº 46960, de 19 de novembro de 1965). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 1978. *Condições de admissão aos concursos para ingresso nos quadros permanentes para oficiais médicos* (Portaria nº 632/78 de 21 de outubro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 1986. *Atualização da Carreira Médico Militar* (Decreto-Lei nº 332/86, de 2 de outubro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 1990. *Estatuto dos Militares das Forças Armadas* (Decreto-Lei nº 34-A, de 24 de janeiro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 1991. *Define as regras e princípios que devem tutelar a relação entre o Estado e a Cruz Vermelha Portuguesa* (Decreto-Lei nº 164/91 de 7 de maio). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 1994. *Define o Sistema Nacional de Busca e Salvamento Marítimo* (Decreto Lei nº 15/94, de 22 de janeiro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 1999. *Autoriza a Escola Naval, a Academia Militar e a Academia da Força Aérea a conferir diplomas de formação militar complementar de licenciaturas na área da Saúde* (Portaria 162/99 de 10 de março). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 1999. *Define o Estatuto dos Militares das Forças Armadas* (Decreto-Lei 236/99 de 25 de junho). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2000. *Define a transição do regime de prestação militar do regime de conscrição para um regime de voluntariado* (Decreto-Lei nº 289/2000 de 14 de novembro). Lisboa: Diário da República.



- Ministério da Defesa Nacional, 2007. *Define o novo regime jurídico da Cruz Vermelha Portuguesa* (Decreto-Lei nº 281/2007 de 7 de agosto). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2008. *Define a estrutura do ensino superior público militar* (Decreto-Lei nº 37/2008 de 5 de Março). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2014a. *Define o Sistema de Saúde Militar* (Despacho nº 2943/2014, de 21 de fevereiro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2014b. *Cria o Hospital das Forças Armadas* (Decreto-Lei n.º 84/2014, de 27 de maio). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2014c. *Estabelece a Lei Orgânica da Marinha* (Decreto-Lei n.º 185/2014 de 29 de dezembro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2014d. *Acordo entre o IASFA e a CVP para a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários da ADM no HCV* (Circular 1/2014, de 1 de outubro). Lisboa: IASFA.
- Ministério da Defesa Nacional, 2014e. *Assinatura do protocolo entre Exército, IASFA e a Cruz Vermelha Portuguesa* (Protocolo: 23 de abril de 2014). Braga: MDN.
- Ministério da Defesa Nacional, 2014f. *Assinatura de Protocolo entre IASFA, Liga dos Combatentes e Cruz Vermelha Portuguesa para a prestação de cuidados médicos a beneficiários do ADM em Ponta Delgada* (Protocolo: 17 de Outubro 2014). Ponta Delgada: MDN.
- Ministério da Defesa Nacional, 2015a. *Aprova o Estatuto dos Militares das Forças Armadas* (Decreto-Lei n.º 90/2015 de 29 de maio). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2015b. *Define a estrutura orgânica do Hospital das Forças Armadas* (Decreto Regulamentar nº 2/2015, de 20 de fevereiro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Guerra, 1947. *Estatuto da Cruz Vermelha Portuguesa* (Decreto-Lei nº36:212 de 24 de novembro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Saúde, 1982. *Regula as Carreiras Médicas* (Decreto-Lei nº 310/82, de 3 de agosto). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Saúde, 1990. *Reformula o Regime Legal das Carreiras Médicas* (Decreto-Lei nº73/90, de 6 de março). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Saúde, 2004. *Define o regime jurídico da formação médica* (Decreto-Lei n.º 203/2004 de 18 de agosto). Lisboa: Diário da República.



- Ministério da Saúde, 2009. *Estabelece o regime da carreira especial médica, bem como os respetivos requisitos para habilitação profissional* (Decreto-Lei n.º 177/09 de 4 de agosto). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Saúde, 2015a. *Define o regime jurídico da formação médica especializada com vista à obtenção do grau de especialista e estabelece os princípios gerais a que deve obedecer o respetivo processo* (Decreto-Lei n.º 86/2015 de 21 de maio). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Saúde, 2015b. *Aprova o regulamento do internato médico* (Portaria n.º 224-B/2015 de 29 de julho). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Saúde, 2016. *Atualização do valor de taxas moderadoras no SNS de acordo com índice de inflação* (Circular Normativa: 1 de março 2016). Lisboa: MS.
- Ministério das Obras Públicas Transportes e Habitação, 2003. *Estabelece o regime de certificação médica para aptidão do pessoal aeronáutico civil* (Decreto-Lei n.º 250/2003 de 11 de outubro de 2003). Lisboa: Diário da República.
- Ministerio de Defensa, 2007. *El 'Gómez ulla' será hospital universitario de la universidad de Alcalá*. [Em linha] Madrid: Mdefensa. Disponível em: [http://www.defensa.gob.es/gabinete/notasPrensa/2007/10/notaPrensa\\_11529.html](http://www.defensa.gob.es/gabinete/notasPrensa/2007/10/notaPrensa_11529.html) [Acedido em 8 Março 2016].
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Igualdad, 2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Ciudadanos - Sistema Nacional de Salud - Hospitales - Catálogo Nacional de Hospitales. [Em linha] Madrid: MSSSI. Disponível em: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/introduccion.htm> [Acedido em 8 março 2016].
- Mora, D., 2015. *Incongruências. A Extinção do Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos*. [Em Linha]. Lisboa: AOFA. Disponível em: [http://www.aofa.pt/artigos/Cor\\_Damas\\_Mora\\_Incongruencias.pdf](http://www.aofa.pt/artigos/Cor_Damas_Mora_Incongruencias.pdf) [Acedido em 22 Março 2016].
- Ordem dos Farmacêuticos, 2015. *Presidente da República não promulgou diploma de extinção do LMPQF*. [Em Linha] Lisboa: OF. Disponível em: <file:///H:/Ordem%20dos%20Farmacêuticos.html> [Acedido em 22 março 2016].
- Ordem dos Médicos, 2016. *Portal Oficial da Ordem dos Médicos. Lista das Competências*. [Em linha] Lisboa: OM. Disponível em:



<https://www.ordemosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=42a0e188f5033bc65bf8d78622277c4e> [Acedido em 9 Março 2016].

Organização do Tratado do Atlântico Norte, 2015. *Allied Joint Doctrine for Medical Support* (Allied Joint Publication- 4.10 de maio de 2015). Bruxelas, Bélgica: OTAN Standarditazion Office.

Pires, J., 2015. *Laboratório Militar Faz Falta ao País*. [Em linha]. Lisboa: Jornal Avante. Disponível em: <file:///H:/Jornal%20«Avante!»%20-%20Argumentos%20-%20Laboratório%20Militar%20faz%20falta%20ao%20País.html> [Acedido em 22 março 2016].

PORDATA, 2016. *PORDATA, Base de Dados de Portugal Contemporâneo, Fundação Manuel dos Santos*. [Em Linha] Lisboa: PORDATA. Disponível em: <http://www.pordata.pt/> [Acedido em 10 Março 2016].

Quivy, R. & Van Campenhould, L., 2013. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 6ª ed. Lisboa: Gradiva.

Revista Española de Defensa, 2015. Médicos y militares. *Revista Española de Defensa*, Maio, pp. 30-33.

Richardson, K., 2012. *The uk military health system: a system built on collaboration*. [Em Linha] Londres: DMC. Disponível em: [www.health.mil/.../The-United-Kingdom-Military-H.pdf](http://www.health.mil/.../The-United-Kingdom-Military-H.pdf) [Acedido em 10 Março 2016].

Sanidad Militar, 2015. *Boletín Informativo de Sanidad Militar*. [Em Linha] Madrid: SM. Disponível em: <http://publicaciones.defensa.gob.es/docs/.../bsm25.pdf> [Acedido em 11 Março 2016].

Santos, L. B. et al., 2015. *Orientações metodológicas para a elaboração de trabalhos de investigação*. Pedrouços: IESM.

Santos, L., 2014. *A medicina de catástrofe na Marinha. Resposta da medicina naval em caso de catástrofe*. Trabalho de Investigação Individual. IESM.

Santos, L., 2016. Paridade das Carreiras Médico-Militares e Complementaridades entre o Sistema de Saúde Militar e a Saúde Civil [Entrevista]. Lisboa (20 janeiro 2016).

Serviço Nacional de Saúde, 2016a. *Portal do SNS*. [Em linha] Lisboa: SNS. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/> [Acedido em 22 fevereiro 2016].

Serviço Nacional de Saúde, 2016b. *Unidade de Medicina Hiperbárica. ULS Matosinhos, EPE. Serviço Nacional de Saúde*. [Em linha] Lisboa: SNS. Disponível em:



<http://www.ulsm.min-saude.pt/servicecontent.aspx?menuid=680> [Acedido em 15 março 2016].

Silva, J., 2014. *A Medicina Militar e os desafios da unificação*. Trabalho de Investigação Individual: IESM.

Silva, N. P., 2010. *As carreiras dos Oficiais das Forças Armadas e a articulação com o sistema de formação complementar*. Trabalho de Investigação Individual. IESM.

Silveira, S. R., 2013. *Criação do Campus de Saúde Militar. Um projeto para o futuro*. Trabalho de Investigação Individual. IESM.

Sousa, A., 2012. *A Saúde militar, perspetivas futuras*. Trabalho de Investigação Individual. IESM.

Sousa, A., 2016. Paridade das Carreiras Médico-Militares e Complementaridades entre o Sistema de Saúde Militar e a Saúde Civil [Entrevista]. Lisboa (6 fevereiro 2016).

Steele, J., 2014. *Armed Forces' Pay Review Body: Service Medical and Dental Officers*. [Em linha] Londres: Ministry of Defence. Disponível em: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/308383/AFPRB\\_DMS\\_Report\\_Final\\_Web.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/308383/AFPRB_DMS_Report_Final_Web.pdf) [Acedido em 22 fevereiro 2016].

UTITA, 2016. *Relatório de Atividades de 2015* (Relatório: 28 de Janeiro 2016). Lisboa: HFAR.

Visão, 2012. *Como a ADSE está a 'matar' os hospitais públicos*. [Em linha] Lisboa: Semanário Visão. Disponível em: <http://visao.sapo.pt/actualidade/portugal/como-a-adse-esta-a-matar-os-hospitais-publicos=f670168> [Acedido em 2 de Abril 2016].

World Health Organization, 2006. *Constitution of the World Health Organization*. [Em linha] Nova Iorque: WHO. Disponível em: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) [Acedido em 18 de Outubro 2015]



## Anexo A— Declaração de Suficiência Curricular

DOCUMENTOS – assistente hospitalar



### CERTIDÃO

----- Albertina Pinheiro Pina de Castro, Coordenadora do Gabinete Jurídico da Direção-Geral da Saúde.-----

----- Certifico que, por despacho de 18.02.2005, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, no uso de competência delegada, foi reconhecida ao Dr. Luis Carlos Bronze dos Santos Carvalho, suficiência curricular para efeitos de candidatura a concurso de habilitação ao grau de consultor de Cardiologia, da Carreira Médica Hospitalar, ao abrigo do n.º 6 do artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de Março, na redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 114/92, de 4 de Junho.-----

----- Por ser verdade e assim constar, mando passar a presente certidão que assino e mando autenticar com o selo branco em uso nesta Direção-Geral.-----

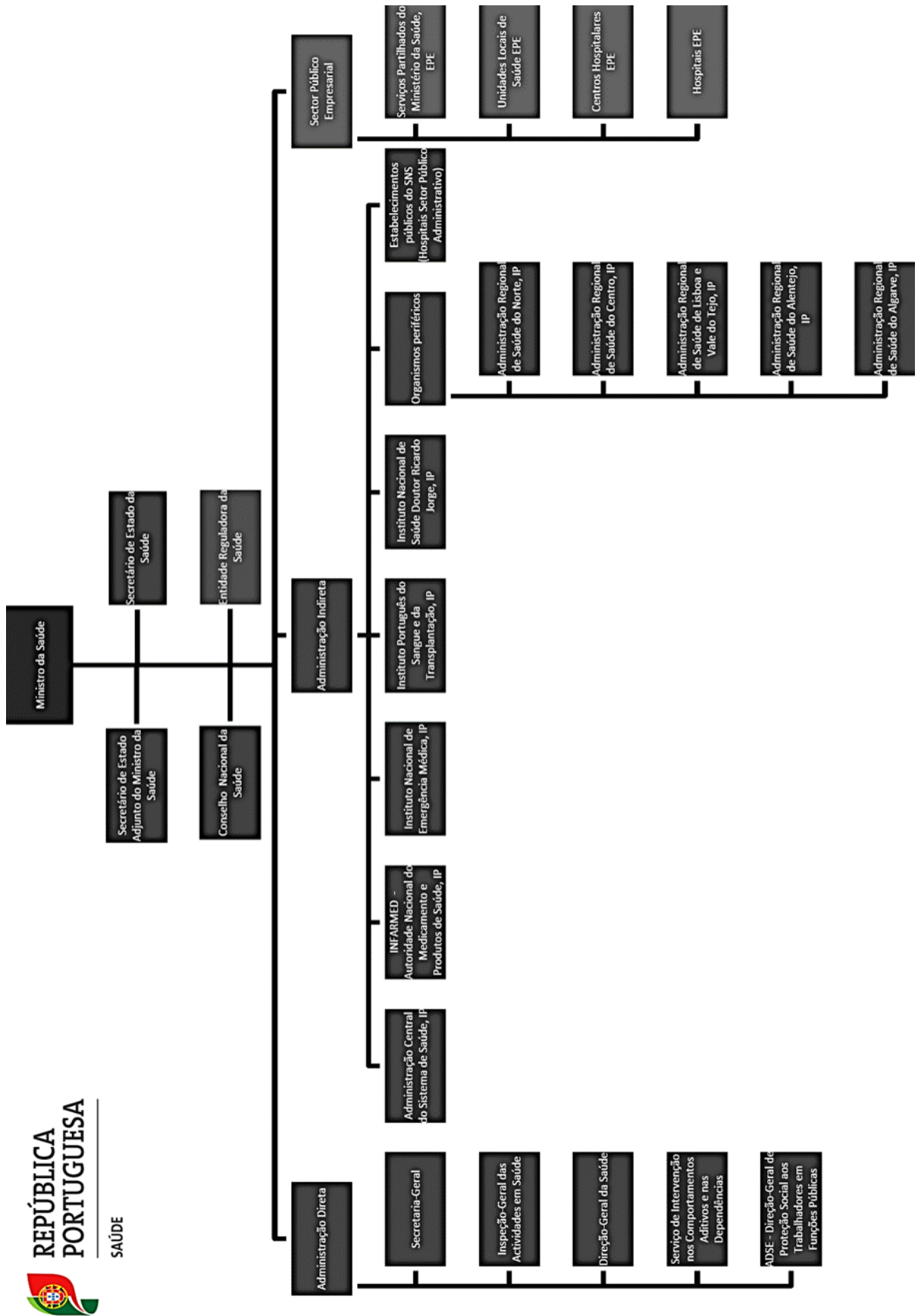
----- Lisboa, Direção-Geral da Saúde, 3 de Março de 2005.-----

A Coordenadora do Gabinete Jurídico

Albertina Pinheiro Pina de Castro



### Anexo B— Estrutura do Serviço Nacional de Saúde



Fonte: (SNS, 2016a)



## Anexo C— Hospitais e Camas (SNS)

### Hospitais: número e camas

(A) Estabelecimento de saúde (B) Cama

Anos	Hospitais (A)	Camas (B)
1961	559	48.821
1965	630	53.669
1970	634	54.514
1975	548	52.268
1980	493	51.524
1985	↓232	↓39.291
1990	240	39.690
1991	237	39.120
1992	215	39.142
1993	207	38.654
1994	202	38.450
1995	200	38.471
1996	211	39.212
1997	215	38.818
1998	215	38.221
1999	218	38.262
2000	219	38.165
2001	217	37.809
2002	213	37.162
2003	204	37.459
2004	209	37.628
2005	204	37.372
2006	200	36.605
2007	198	36.220
2008	189	35.803
2009	186	35.635
2010	↓229	↓35.646
2011	226	35.601
2012	229	35.815
2013	226	35.478
2014	Pro225	Pro34.522

Fontes/Entidades: INE | DGS/MS, PORDATA

Última actualização: 2015-12-02

Última actualização: 2015-12-02

#### Simbologia

⊥ Quebra de série	Pro Valor provisório	Pre Valor preliminar
... Confidencial	x Valor não disponível	e Dado inferior a metade do módulo da unidade utilizada
// Não aplicável	f Valor previsto	§ Dado com coeficiente de variação elevado
- Ausência de valor	Rv Valor revisto	(R) Dados rectificadcs pela entidade responsável

**Fonte:** (PORDATA, 2016)



## Anexo D— Centros de Saúde e Camas (SNS)

### Centros de saúde: número, extensões e camas (R)

(A) Estabelecimento de saúde (B) Cama

Anos	Centros de saúde (A)	Centros de saúde - Extensões (A)	Camas (B)
1961	x	1.812	x
1965	x	2.427	x
1970	x	2.405	x
1975	206	2.874	x
1980	265	2.759	x
1985	↓355	↓1.988	↓4.824
1990	382	2.031	3.230
1991	384	2.014	2.949
1992	384	2.017	2.672
1993	383	2.080	2.382
1994	388	2.052	2.212
1995	383	2.014	2.077
1996	382	2.042	1.902
1997	386	2.076	1.918
1998	388	2.016	1.715
1999	390	1.966	1.548
2000	393	1.962	1.418
2001	392	1.953	1.279
2002	391	1.941	1.217
2003	393	1.945	1.161
2004	377	1.940	1.102
2005	379	1.930	996
2006	378	1.916	893
2007	377	1.874	675
2008	377	1.778	583
2009	375	1.318	484
2010	376	1.225	(R)379
2011	388	1.199	331
2012	Pro387	x	Pro310

Fontes/Entidades: INE | DGS/MS, PORDATA

Última actualização: 2015-06-26

Dados rectificad~~os~~ pela entidade responsável para 2010 (2014-07-22)

Última actualização: 2015-06-26

### Simbologia

↓ Quebra de série	Pro Valor provisório	Pre Valor preliminar
... Confidencial	x Valor não disponível	e Dado inferior a metade do módulo da unidade utilizada
// Não aplicável	f Valor previsto	§ Dado com coeficiente de variação elevado
- Ausência de valor	Rv Valor revisto	(R) Dados rectificad <del>os</del> pela entidade responsável

**Fonte:** (PORDATA, 2016)



## Anexo E— Despesa total e com o pessoal (SNS)

### SNS: despesa total e com pessoal ao serviço - Continente

Euro - Milhões

Anos	Despesa do SNS	
	Total	Com pessoal
1980	219,1	x
1981	288,1	x
1982	321,7	x
1983	401,1	x
1984	494,2	x
1985	648,3	308,3
1986	793,4	x
1987	954,0	x
1988	1.163,3	x
1989	1.362,9	x
1990	1.721,6	911,6
1991	2.208,2	1.181,6
1992	2.564,2	1.366,0
1993	2.883,7	1.437,2
1994	3.100,9	1.468,6
1995	3.397,9	1.568,0
1996	3.777,4	1.683,3
1997	4.208,6	1.852,8
1998	4.704,4	2.069,9
1999	5.340,6	2.342,2
2000	5.977,7	2.596,1
2001	6.585,5	2.860,1
2002	7.067,2	2.991,4
2003	7.704,7	3.169,2
2004	8.554,3	3.308,9
2005	9.267,4	3.503,5
2006	9.018,8	3.600,3
2007	9.111,8	3.679,2
2008	9.296,7	3.693,8
2009	9.852,4	3.983,1
2010	10.271,2	3.935,0
2011	9.590,7	3.507,9
2012	8.947,7	3.345,8
2013	8.906,2	3.467,0
2014	9.022,5	3.465,1

Fontes/Entidades: ACSS/MS, PORDATA

Última actualização: 2016-02-04

Última actualização: 2016-02-04

#### Simbologia

⊥ Quebra de série

... Confidencial

// Não aplicável

- Ausência de valor

Pro Valor provisório

x Valor não disponível

f Valor previsto

Rv Valor revisto

Pre Valor preliminar

e Dado inferior a metade do módulo da unidade utilizada

§ Dado com coeficiente de variação elevado

(R) Dados rectificadados pela entidade responsável

**Fonte:** (PORDATA, 2016)



## Anexo F— Despesas do Estado em saúde: execução orçamental

### Despesas do Estado em saúde: execução orçamental em % do PIB

Rácio - %	Despesas do Estado em saúde em % PIB
Anos	
1972	0,2
1973	0,3
1974	0,3
1975	0,4
1976	0,3
1977	1,5
1978	2,7
1979	3,0
1980	2,8
1981	3,0
1982	2,8
1983	2,6
1984	2,7
1985	3,0
1986	2,9
1987	2,8
1988	3,1
1989	3,1
1990	3,1
1991	3,4
1992	3,6
1993	3,9
1994	3,9
1995	3,4
1996	4,0
1997	3,9
1998	3,9
1999	4,1
2000	4,1
2001	4,3
2002	5,7
2003	4,3
2004	5,5
2005	5,9
2006	5,4
2007	5,2
2008	5,2
2009	5,5
2010	5,4
2011	5,2
2012	6,2
2013	5,0

Fontes/Entidades: DGO/MEF, INE | BP, PORDATA  
Última actualização: 2016-02-20  
Última actualização: 2016-02-29

#### Simbologia

- ⊥ Quebra de série
- ... Confidencial
- // Não aplicável
- Ausência de valor
- Pro Valor provisório
- x Valor não disponível
- f Valor previsto
- Rv Valor revisto
- Pre Valor preliminar
- e Dado inferior a metade do módulo da unidade utilizada
- § Dado com coeficiente de variação elevado
- (R) Dados rectificad os pela entidade responsável

**Fonte:** (PORDATA, 2016)



**Anexo G— MedMil dos três ramos, referidos a Março de 2016.**

	MARINHA	EXÉRCITO	FORÇA AÉREA	TOTAL
<b>MÉDICOS MILITARES</b>	<b>ACTIVO</b>			
	69	123	78	270
	<b>RESERVA</b>			
	7	10	7	24
	<b>TOTAL</b>			
	<b>76</b>	<b>133</b>	<b>85</b>	<b>294</b>
<b>No ramo (S. OPERACIONAL)</b>	57	62	49	168
<b>No HFAR (S. ASSISTENCIAL)</b>	19	71	36	126
<b>% de médicos no HFAR</b>	<b>25%</b>	<b>53%</b>	<b>42%</b>	<b>43%</b>

**Fonte:** (DIRSAM, 2016)

**Anexo H— Estatística da UTITA**

Consultas	Origem	Álcool	Outras	Tabaco	Psic	Psiq	Totais	
			Drogas					
Psiquiatria	Militar	85	38	5	-	16	144	201
	Civil	24	31	0	-	2	57	
Tabaco Médica	Militar	-	-	117	-	-	117	123
	Civil	-	-	6	-	-	6	
Tabaco Psicologia	Militar	-	-	77	-	-	77	84
	Civil	-	-	7	-	-	7	
Medicina	Militar	31	13	-	-	-	44	66
	Civil	10	12	-	-	-	22	
Admissão	Militar	17	8	31	-	-	56	69
Enfermagem	Civil	6	6	-	-	1	13	
Avaliação Psicológica	Militar	11	4	-	-	-	15	27
	Civil	8	4	-	-	-	12	
Aconselhamento Em Adição	Militar	51	28	-	-	-	79	105
	Civil	16	10	-	-	-	26	
Psicoterapia	Militar	40	22	-	11	-	73	90
Individual e Familiar	Civil	1	4	-	12	-	17	
Reunião de Famílias	Militar	27	5	-	-	-	32	52
	Civil	11	9	-	-	-	20	
Reunião Pré-Programa	Militar	13	4	-	-	-	17	27
Enfermagem	Civil	3	7	-	-	-	10	
Reunião Op. Prevenção	Militar	11	5	-	-	-	16	17
	Civil	1	0	-	-	-	1	
Prevenção de Recaída	Militar	421	147	-	-	-	568	741
	Civil	100	73	-	-	-	173	
Psicoterapia de Grupo	Militar	1045	240	-	-	-	1285	1975
	Civil	240	450	-	-	-	690	
Total Parcial	Militar	1752	514	230	11	16	2523	3577
	Civil	421	603	15	12	3	1054	
Total Geral		2172	1120	243	23	19	3575	

Fonte: (UTITA, 2016)

**Anexo I— Taxas Moderadoras no SNS: utentes da ADM/ADSE/SNS**

Designação	Taxa Moderadora Cobrada em 2013	Taxa Moderadora cobrada em 2014	Taxa Moderadora 2015	
			Valor resultante da aplicação da taxa de inflação	Valor da Taxa Moderadora a cobrar em 2015 (valor arredondado))
<b>Consultas</b>				
Consulta de medicina geral e familiar ou outra consulta médica que não a de especialidade	5,00 €	5,00 €	5,00 €	5,00 €
Consulta de enfermagem ou de outros profissionais de saúde realizada no âmbito dos cuidados de saúde Primários	4,00 €	4,00 €	4,00 €	4,00 €
Consulta de enfermagem ou de outros profissionais de saúde realizada no âmbito hospitalar	5,15 €	5,20 €	5,18 €	5,15 €
Consulta de especialidade	7,75 €	7,75 €	7,73 €	7,75 €
Consulta de domicílio*	10,30 €	10,35 €	10,32 €	10,30 €
Consulta médica sem a presença do utente*	3,10 €	3,10 €	3,09 €	3,10€
<b>Atendimento em Urgência (a)</b>				
Serviço de Urgência Polivalente	20,60 €	20,65 €	20,59 €	20,60 €
Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica	18,00 €	18,05 €	18,00 €	18,00 €
Serviço de Urgência Básica	15,45 €	15,50 €	15,45 €	15,45 €
<b>Sessão de Hospital de Dia (b)</b>				

\*No âmbito dos cuidados de saúde primários, o montante de taxas moderadoras a cobrar pela realização de consulta de domicílio e consulta médica sem a presença do utente é de 10,00 € e 3,00 €, respetivamente.

**Fonte:** (MS, 2016)



## Apêndice A — Mecanismos de ingresso nos QP e formação pré-graduada.

O ingresso nos QP dos ramos evoluiu ao longo dos anos. Durante a Guerra do Ultramar, e até o ano 2000, existia serviço militar obrigatório (MDN, 2000). Os candidatos a MedMil, por norma, tomavam contacto com a instituição militar naquela ocasião das suas vidas. Habitualmente, ingressavam no ramo em que prestavam serviço efetivo normal. Sem aquele contacto, complementado pela escassez de médicos, potenciada por um apertado *numerus clausus* para o CursMed e pela desvalorização genérica dos carreiras militares entre nós, o ingresso nos QP reduziu drasticamente. Como resultado, no ano de 1999, foi decidido o ingresso de cadetes para o CursMed nas Academias, Escola Naval (EN), Academia Militar (AM) e Academia da Força Aérea (AFA) (MDN, 1999)

O ingresso exige o 12º ano de escolaridade e pressupõe um concurso com requisitos académicos semelhantes aos exigidos para o acesso ao Ensino Superior Público Universitário. Para além das provas específicas exigidas nas unidades curriculares, os candidatos são submetidos a pré-requisitos de provas médicas, psicológicas, físicas e de aptidão militar. A incorporação decorria em função das notas obtidas pelos candidatos e das vagas existentes, exatamente como acontece nos concursos civis. Esta foi uma porta que se abriu a muitos estudantes, que de outra forma não seriam hoje médicos.

Nos vários ramos, a componente científica encontra-se protocolada por acordos de cooperação celebrados pelo MDN com a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, para os alunos da EN e AFA, e com a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, para os alunos da AM (MDN, 1999). Todas as unidades curriculares científicas do ensino e formação médica básica assim como os respetivos graus académicos são conferidos por aquelas instituições, de acordo com o plano de estudos do curso do Mestrado Integrado em Medicina. Como consequência destes planos de curso integrados, aos alunos de medicina é-lhes conferido o grau académico de mestre, ao fim de seis anos após o seu ingresso nas academias. Em Portugal, foi definido que os três ciclos de estudos corresponderiam aos graus de licenciatura, mestrado e doutoramento, respetivamente (Silva, 2010).

Atualmente, e de acordo com a legislação exposta, todos os médicos militares fazem formação numa das especialidades médicas. As especialidades médicas disponíveis serão definidas no fim de cada curso, tendo em consideração as necessidades dos ramos de acordo com propostas das respetivas Direções de Saúde e, ultimamente, de acordo com as especialidades que se encontram em maior necessidade no HFAR<sup>62</sup>. A seriação para a realização da especialidade tem sido efetuada através da prestação de prova de conhecimentos científicos a nível nacional, comum com os médicos civis, logo exatamente com o mesmo grau de dificuldade (MS, 2015b). A frequência do internato da especialidade depende também de protocolos com o Ministério da Saúde (MS, 2004), em vários hospitais.

A formação do médico deve ser contínua. Esse desiderato deve ser preocupação primária do próprio médico, mas também da instituição castrense onde está inserido (Guerra, 2013). A premência da formação distingue a medicina de muitas outras profissões em que a imperiosa necessidade de formação não atinge estes contornos. Ora, na CMM nem sempre é possível assegurar esta formação, visto que, se por um lado, as necessidades do serviço nem sempre o permitem e raramente existir dotação para assegurar a formação. Os ramos preveem então 12 dias úteis para a formação (Marinha, 1994) e o médico, ou um patrocinador<sup>63</sup> terão que suportar a despesa.

<sup>62</sup> Em reunião com os representantes da Direção de Saúde de cada ramo, na qual o autor já participou.

<sup>63</sup> O mesmo acontece no SNS. Só a RPS e os centros académicos de medicina têm bolsas para formação pós-graduada. Muitas vezes, a indústria farmacêutica, a nível mundial, suporta a formação indiretamente, organizando cursos e congressos, através de associações científicas (como por exemplo a



A formação militar específica tem sido completada na Escola do Serviço de Saúde Militar (ESSM), e nos próprios ramos<sup>64</sup>, com cursos de emergência médica pré-hospitalar/socorrismo (Guerra, 2013). São cursos certificados pelo INEM cujo objetivo visa capacitar o formando com as competências necessárias para efetuar uma correta abordagem das medidas necessárias ao suporte básico de vida. Estes cursos visam habilitar os médicos, de todas as especialidades, para a atuação em urgência, fundamental, por exemplo para os destacamentos sanitários das Forças Nacionais Destacadas (Guerra, 2013)

Com a fusão da saúde militar, perspectivava-se um percurso no sentido da criação de uma saúde militar com ganhos de sinergia, também na formação transversal aos três ramos das FA e com a criação de um modelo de apoio sanitário conjunto (Guerra, 2013). Tal desiderato está ainda longe da sua efetivação e, admitimos, ser um objetivo da recém-criada DIRSAM. Ao longo dos anos, contudo, os ramos continuaram a privilegiar as suas especificidades. A Marinha privilegiou a formação em Medicina Hiperbárica, enquanto a Força Aérea privilegiou, naturalmente, a formação em Medicina Aeronáutica (Charrua, 2008).

---

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, a Sociedade Europeia de Hipertensão Arterial, etc.), que, por sua vez, convidam os médicos, ou solicitam à indústria que proceda diretamente aos convites. Mesmo este último mecanismo está em risco pela presente crise económica.

<sup>64</sup> Como exemplo na Marinha, mais precisamente na Escola de Tecnologias Navais, ministram-se os seguintes cursos: ASS27 Curso Básico de Socorrismo, ASS28 Curso Complementar de Socorrismo, ASS29 Curso de Suporte Avançado de Vida, ASS30 Curso de Emergência em Combate.



## Apêndice B — Inquérito aos Médicos Militares

### Medicina Militar vs Medicina Civil

Mode: Anonymous

**\*)Answers are required to starred questions.**

Ramo a que pertence\*

- Marinha
- Exército
- Força Aérea

Qual a sua especialidade\*

- Anestesiologia
- Cardiologia
- Cirurgia Geral
- Cirurgia Plástica
- Cirurgia Vascul
- Dermatologia
- Medicina Geral e Familiar
- Ortopedia
- Oncologia
- ORL
- Fisiatria
- Cirurgia vascular
- Cirurgia geral
- Cirurgia Plástica
- Endocrinologia
- Nefrologia
- Urologia
- Medicina Interna
- Endocrinologia
- Neurologia
- Pneumologia
- Psiquiatria
- Radiologia (Imagiologia)
- Neuroradiologia
- Hematologia
- Gastrentrologia
- Infeciologia
- Imunoalergologia
- Ginecologia e Obstetrícia
- Imuno-hemoterapia
- Neurocirurgia
- Reumatologia
- Medicina do Trabalho
- Outras

Grupo etário\*

- 25-35 anos
- 35-45 anos
- 45-55 anos
- >55 anos

Género\*

- Feminino
- Masculino

Acha que ao longo da carreira médico-militar, deveria ser assegurada a paridade técnica com a carreira médica-civil?\*

- Sim
- Não



## Medicina Civil e Militar – duas vertentes inseparáveis

-Durante a sua carreira, após o internato da especialidade, trabalhou, ou exerceu qualquer outra função num hospital público ou qualquer outra instituição pública pertencente ao Ministério da Saúde?

- SIM
- NÃO

Acha que haverá vantagem em manter a ligação a um Hospital – PÚBLICO OU PRIVADO – tecnicamente mais diferenciado do que as instituições de saúde militares existentes (como o HFAAR)?

- SIM
- NÃO

Se respondeu sim, explicita a vantagem (pode escolher mais do que uma)?

- Permite a evolução técnica contínua
- Benefício Económico
- Fator motivacional para permanecer na Medicina Militar
- Permitir a investigação científica
- Ligação a Faculdade de Medicina

Considera que a diferença de oportunidades técnicas (na área da medicina – militar) é um fator que promove a saída das fileiras, para o mundo civil?

- Sim
- Não

Admite que, OFICIALMENTE, as instituições militares deveriam porfiar pela manutenção da carreira técnica entre os médicos militares e os civis?

- SIM
- NÃO

Se respondeu sim, que soluções proporia para tal (pode escolher mais do que uma)?\*

- Colaboração em equipas de urgência comuns
- Promover a colaboração técnica de militares em hospitais públicos, diferenciados, em técnicas não acessíveis nas instituições de saúde militar
- Promover estágios regulares em hospitais públicos, para lá do internato, tendo em conta o interesse do médico e o interesse do Serviço
- Promover a participação dos militares em instituições nacionais de reconhecido interesse, como é o caso do INEM/Proteção Civil

Que outra solução promoveria, para assegurar a paridade técnica medicina militar/medicina civil (resposta até 200 caracteres)?

Acha que a atividade operacional é um obstáculo à progressão técnica?\*

- SIM
- NÃO

Se respondeu sim, escolhe uma ou várias das seguintes?\*

- Porque não se adequa à vida hospitalar
- Porque não é valorizada no mundo civil
- Porque é imprevisível
- Porque afasta o médico da evolução técnica da especialidade
- Porque não é uma especialidade em si mesmo, mas um conjunto de conhecimentos, não apoiados por qualquer enquadramento (como uma valência/especialidade reconhecida pela OM)



Medicina Militar vs Medicina Civil

Qual o principal atrativo ATUAL da carreira militar: pode escolher várias...

- Económico
- Acesso a determinada especialidade
- Reconhecimento pela sociedade
- Reconhecimento pelas chefias militares
- Segurança no emprego
- Nenhum atrativo especial

Submit your answers

Cancel

Moodle Docs for this page

You are logged in as CMG Bronze Carvalho (Logout)

[Home](#)



## Apêndice C — Guião da entrevista a personalidades responsáveis pelo SSM

---

1. Que problemas consegue identificar na carreira médico-militar atual, quer na vertente técnica, quer na vertente militar?

---

2. Que complementaridades poderia identificar entre o Sistema de Saúde Militar e o Ministério da Saúde?

---

3. Que complementaridades poderiam existir entre a Cruz Vermelha Portuguesa e o Sistema de Saúde Militar, nomeadamente com o HFAR?

(à luz do Despacho nº 2943/2014, que prevê tais complementaridades)

---

4. Que sugestões tem para acelerar as complementaridades

---

5. Em ordem à manutenção das carreiras técnicas dos médicos militares, admite que deveriam implementar-se, diretamente, a colaboração de médicos militares em urgências, ou em serviços hospitalares que permitam incremento/manutenção da capacidade técnica?

---

6. Que sugestões tem para melhorar a carreira médico-militar

---

7. Outras (planos para o futuro) em ordem a harmonizar a carreira médico-militar com a carreira médica – civil, ou incrementar as complementaridades entre as capacidades do Sistema de Saúde Militar e outras estruturas civis?

---



## Apêndice D — Outras Interfaces entre as Forças Armadas e a Saúde Civil

### **-Reserva para situações de catástrofe**

As capacidades de apoio sanitário das FA constituem uma reserva para situações de catástrofe e calamidade e outras ameaças não-convencionais à saúde pública. Assim, o emprego do HC assegurou, em teoria, ao Exército uma capacidade operacional móvel única no País, com valências cirúrgicas e de cuidados intensivos, disponível para operar no território nacional, quer em apoio de operações das FA, quer em apoio das autoridades sanitárias e da proteção civil (EMGFA, 2015b).

### **-Os laboratórios no apoio à população civil**

No que respeita aos laboratórios, o SSM apresenta dois laboratórios de toxicologia e um laboratório de bromatologia, defesa biológica e química. Estes laboratórios são importantes na pesquisa de substâncias ilícitas e em aspetos de deteção e identificação de agentes biológicos e químicos, mas também no âmbito das metodologias de proteção individual e de descontaminação. No Exército estão o Laboratório de Bromatologia e Defesa Biológica (LBDBE) e o Laboratório de Toxicologia e Defesa Química do Exército (LTDQE). A Marinha tem o Laboratório de Análises Fármaco-Toxicológicas (LAFTM).

O LTDQE e o LAFTM encontram-se equipados com meios técnicos de referência na área da toxicologia, internacionalmente reconhecidos como os mais adequados para a triagem e a confirmação do uso de drogas ilícitas. Ambos têm colaborado ativamente com o Ministério da Saúde na área da prevenção e combate à droga e ao alcoolismo (EMGFA, 2015b). O LAFTM tem protocolos com várias instituições civis como a Faculdade de Farmácia de Lisboa, Portucel/Soporcel, Carris, *TAP Airportugal*, entre outros, como Força Aérea, a GNR e o próprio HFAR. Participa em três programas externos de avaliação da qualidade internacionais, na deteção de drogas ilícitas e álcool em meios biológicos. Finalmente, fornece e verifica o equipamento necessário para o controlo de alcoolémia (EMGFA, 2014).

O LBDBE tem disponibilizado as suas capacidades em apoio do SNS, designadamente na resposta a ameaça biológica ou química, quer esta seja de origem natural, acidental ou intencional. Este laboratório colaborou ativamente com as autoridades sanitárias na área da biossegurança e na elaboração das Orientações Técnicas da Direção Geral de Saúde (DGS), sobre o vírus Ébola relativas a proteção individual, descontaminação e segurança laboratorial e na disponibilização das suas equipas avançadas, em apoio da DGS, no caso de surgimento de doença por vírus Ébola no território nacional (EMGFA, 2015b).

De notar que está prevista (MDN, 2014a) a fusão LAFTM/LTDQE, sob a dependência do HFAR na UMT, que ainda não se verificou<sup>65</sup>. A mesma legislação prevê a criação da Unidade Militar de Defesa Biológica e Química (UMDBQ), na dependência do CEME, que recebe a componente química do LTDQE e as restantes componentes do LBDBE, a extinguir (vide figura 12).

Finalmente, no LMPQF tem havido uma acrescida vertente pública. Na verdade tem-se verificado um aumento do número de pedidos de produção de diversos medicamentos para os quais não existe outro fornecedor em Portugal, e muitos deles imprescindíveis, essenciais na prática clínica em determinadas patologias raras. Estes chamados “medicamentos órfãos”<sup>66</sup> são produtos farmacêuticos destinados à prevenção, diagnóstico ou tratamento de doenças muito graves, raras, que afetam um pequeno número de doentes (EMGFA, 2015b). Este laboratório também teve extinção prevista (Mora, 2015) e registos

<sup>65</sup> Informação do diretor do LAFTM, por razões que não são do âmbito do presente trabalho.

<sup>66</sup> Pois a indústria farmacêutica tem pouco interesse na sua produção e comércio.



mediáticos envolvidos em polémica (Pires, 2015), mas cujo novo quadro legal não foi, ao melhor do nosso conhecimento presente, promulgado (OF, 2015)<sup>67</sup>.

#### **-O serviço de busca e salvamento**

Outro serviço importante das FA é a busca e salvamento em prol do apoio à população civil. Todos os ramos colaboram com o SNS e com a Autoridade Nacional de Proteção Civil em situações excepcionais, como a catástrofe e a calamidade pública. A Marinha, como já se referiu, tem a seu cargo a coordenação do SNBSM (MDN, 1994), para o qual conta com a Força Aérea que tem meios aéreos em elevado estado de prontidão para dar resposta em casos de MEDEVAC. Os meios aéreos permitem, para além da busca e salvamento, evacuações dentro e fora do território nacional e transporte especial, incluindo o transporte de órgãos para transplante. A utilização de meios aéreos no apoio sanitário ganha especial importância nas regiões autónomas dos Açores e da Madeira.

Para os casos específicos, como as MEDEVAC em situações de contexto epidemiológico adverso (de zona com epidemia), estes são da exclusiva responsabilidade de meios da Força Aérea e previstas, formalmente, apenas para militares doentes. No entanto, se tal for superiormente determinado, poderão ser efetuados repatriamentos de civis doentes. No âmbito do surto de Ébola em 2014, foi desenvolvida nas FA a capacidade de MEDEVAC de pacientes com elevados riscos biológicos (que permite o apoio a militares e civis fora do território nacional). Estas equipas integram médicos e enfermeiros dos três ramos, incluindo profissionais do HFAR (EMGFA, 2015b).

O Sistema Nacional para a Busca e Salvamento Aéreo (SNBSA) é responsável pela salvaguarda da vida humana dentro das regiões de informação de voo (*Flight Information Region*) internacionalmente estabelecidas e reconhecidas pelo Estado Português no âmbito da Organização da Aviação Civil Internacional (*International Civil Aviation Organization*) em caso de acidente ocorrido com aeronaves ou de situações de emergência destas. O SNBSA compreende os procedimentos de apoio às aeronaves em situação de emergência, de busca das aeronaves acidentadas, bem como da prestação de socorro imediato as mesmas, e do salvamento dos passageiros e das tripulações, até ao momento em que a Autoridade Nacional de Proteção Civil assuma o controlo das operações, em terra.

As missões de evacuação sanitária da Força Aérea no ano de 2014 apresentam-se no quadro seguinte:

#### **ATIVIDADE OPERACIONAL DA FORÇA AÉREA NA MISSÃO DE BUSCA E SALVAMENTO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS.**

2010-2014					
ESQ.	AERONAVE	Nº MISSÕES	HORAS de VOO	PAX	DOE
401	C-212	14	25:05	2	0
501	C-130	3	22:30	0	0
502	C-295	151	707:20	58	8
552	ALIII	59	186:10	2	1
601	P-3P/C	24	162:55	1	0
751	EH-101	258	821:45	291	168
752	SA-330 PUMA	7	25:25	6	1
TOTAL		516	1951:10	360	178

**Fonte:** (EMGFA, 2015b)

<sup>67</sup> Situação que também cai fora do âmbito desta investigação.