

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

Ano Lectivo 2009/2010



TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL

DOCUMENTO DE TRABALHO

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

HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS - CONTRIBUTOS PARA O MODELO

João Nuno da Rocha e Menezes Cordeiro

CMG MN

**INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES
MILITARES**



HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS: CONTRIBUTOS PARA O MODELO

**João Nuno da Rocha e Menezes Cordeiro
Capitão-de-Mar-e-Guerra MN**

Plano de Trabalho de Investigação Individual do CPOG

Pedrouços 9 de Abril de 2010

**INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES
MILITARES**



HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS: CONTRIBUTOS PARA O MODELO

**João Nuno da Rocha e Menezes Cordeiro
Capitão-de-Mar-e-Guerra MN**

Plano de Trabalho de Investigação Individual do CPOG

Orientador: Coronel ADMAER Alves dos Ramos



AGRADECIMENTOS

À Minha Família á qual não pude evitar a ausência
Aos meus Camaradas Colegas e Amigos de percurso
Aos meus Doentes que foram a melhor escola.



ÍNDICE

Agradecimentos	III
Índice	IV
Resumo	VI
Abstract	VII
Palavras chave	VIII
Lista de abreviaturas	IX
.	
1.Introdução	1
<i>a. Contexto Geral</i>	1
<i>b. A Saúde Militar integrada no contexto evolutivo dos conceitos estratégicos</i>	2
<i>c. Processo evolutivo da reforma da saúde Militar em Portugal. Legislação actual</i>	4
<i>d. Objecto do estudo e sua delimitação</i>	10
<i>e. Questão central, questões derivadas e hipóteses</i>	11
<i>f. Metodologia seguida</i>	12
(1). <i>Instrumentos e técnicas</i>	12
(2). <i>Percurso Metodológico</i>	13
2. Modelos de reforma de Serviços de Saúde Militar adoptados noutros países	13
<i>a. Serviço de Saúde Militar Francês</i>	14
<i>b. Serviço de Saúde Militar do Reino Unido</i>	15
<i>c. Serviço de Saúde Militar de Espanha</i>	16
<i>d. Síntese conclusiva</i>	18
3. Desempenho da actual rede hospitalar militar	19
<i>a. Unidades Hospitalares existentes</i>	19
<i>b. Grau de satisfação dos utentes</i>	22
<i>c. Capacidade para responder a planos de contingência</i>	23
<i>d. Eficácia de apoio á operacionalidade militar</i>	23
(1). <i>O Centro de Medicina Hiperbárica e Subaquática</i>	25
(2). <i>O Hospital de Campanha do Exercito</i>	26



(3). O Centro de Medicina Aeronáutica.....	27
<i>e. Desempenho assistencial dos hospitais militares existentes.....</i>	<i>29</i>
<i>f. Síntese Conclusiva.....</i>	<i>30</i>
4. Conjugação de recursos para o Hospital das Forças Armadas	
<i>a Organização interna do Hospital das Forças Armadas.....</i>	<i>30</i>
<i>b Capacidades do Hospital das forças Armadas.....</i>	<i>32</i>
<i>b (1) Pólo Hospitalar de Lisboa.....</i>	<i>32</i>
<i>Unidade de Doentes Agudos.....</i>	<i>33</i>
<i>Unidade de Cuidados Prolongados.....</i>	<i>36</i>
<i>Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependência e Alcoolismo.....</i>	<i>36</i>
<i>b(2) Pólo Hospitalar do Porto.....</i>	<i>37</i>
<i>c. Síntese conclusiva.....</i>	<i>37</i>
5. Estratégia a adoptar para alcançar o modelo desejável de Hospital das Forças Armadas.....	39
<i>a. Síntese conclusiva.....</i>	<i>41</i>
6. Conclusões.....	41
7. Propostas a apresentar (contributos para o modelo).....	42
Glossário de conceitos.....	43
Bibliografia.....	45
Lista de apêndices	
Diagrama de validação.....	Apêndice 1 Pag. A
Entrevista com Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central.....	Apêndice 2 Pag. B
Entrevista com o Economista Gestor Hospitalar Dr. José Manuel Mendes Ribeiro.....	Apêndice 3 Pag. C
Entrevista com o <i>Médecin en Chef Lionel Clerc</i> da Direcção	



Central do Serviço de Saúde Militar Francês.....	Apendice 4	Pag. E
Entrevista com o Major General Bento Charrua		
Director de Saúde da Força Aérea.....	Apendice 5	Pag. H
Estudo de opinião efectuado no Hospital da Marinha em 2009	Apendice 6	Pag. J
Estudo de opinião efectuado no Hospital Militar Principal em 2008.....	Apendice 7	Pag. M



RESUMO

As grandes transformações ocorridas nas últimas décadas tiveram como consequência o desenvolvimento duma nova conjuntura geoestratégica. A necessidade de reorganizar os recursos disponíveis de modo a enfrentar novas ameaças tiveram repercussão nos Serviços de Saúde das Forças Armadas e dentro destes nos Sistemas Hospitalares Militares. Em Portugal particularmente, a missão dos hospitais militares modificou-se consideravelmente com o fim da guerra do ultramar e com o fim do serviço militar obrigatório. A unificação dos hospitais militares portugueses decorreu duma decisão governamental recente e processa-se numa realidade complexa caracterizada pela até agora completa independência dos ramos no domínio da Saúde Militar. Nessa decisão foi determinada a coordenação hospitalar militar por um Conselho, junto do Ministro da Defesa Nacional, e a constituição de dois pólos hospitalares, um em Lisboa, outro no Porto, na dependência do CEMGFA e ainda a necessidade do aprofundamento e do desenvolvimento dos Serviços de Utilização Comuns, do ponto de vista qualitativo e quantitativo.

Neste estudo utilizou-se o método dedutivo com recurso à pesquisa bibliográfica e documental e efectuaram-se entrevistas com o objectivo de obter informação e opinião em diversos domínios, indispensável para a formulação duma linha de raciocínio consistente. Procedeu-se inicialmente a uma análise de idênticas experiências ocorridas em França na Grã Bretanha e em Espanha. Seguidamente efectuou-se um levantamento das estruturas hospitalares disponíveis e do seu desempenho. Idealizou-se a sua conjugação num sistema hospitalar militar consentâneo com as exigências actuais. Por fim conjecturaram-se procedimentos conducentes ao modelo idealizado com base na disponibilidade existente. Esses procedimentos são indicados como contributos. Dentro dos mesmos ressalta a necessidade duma maior abertura ao mundo civil e uma maior articulação entre as unidades existentes. Tem especial ênfase a criação duma unidade de urgência articulada com civis. Os referidos contributos integram uma solução que além de enquadrada na legislação, constitui um seguro ponto de partida para atingir os desígnios preconizados e não acarreta encargos financeiros que inviabilizem a sua concretização



ABSTRACT

Changes in the last decades lead to a new reality. New types of threats emerge and with them the necessity of reorganizing the resources of the military health services and particularly military hospitals. In Portugal the change of the mission of military hospitals was mainly increased in consequence of the end of ultramarine war and the end of the Portuguese fusion of the hospital units resulted from a recent governmental decision and took place under a complex reality in which every branch of the Armed Forces had until now its own health system. In fact legislation was recently published to pre-announce the coordination of military health by a Council attached to the National Defence Ministry and the constitution of two hospital poles, one in Lisbon, the other in Porto, attached to the CEMGFA, military service duty.

In that study we use the deductive method, with recourse to the bibliographical and documental research and interviews addressed to responsible persons. Those proceedings provided enough information and opinions allowing to structured proposals. We started by the analyses of the hospital units net. Then we idealize a model which will be able to respond to the modern military hospital requirements. The procedures to reach that goal using the available resources are presented as contributions. It was considered very important a larger cooperation with the civil health system particularly in the urgency service and also a unified line of conduct allowing a better coordination and profit of the available resources.

Those procedures constitute a solution respecting the new established rules and also possible because not expensive.



LISTA DE ABREVIATURAS

AHM	Assistência Hospitalar Militar
CHCL	Centro Hospitalar de Lisboa Central
CMH	Centro de Medicina Hiperbárica
CMA	Centro de Medicina Aeronáutica
CPFA	Centro de Psicologia da Força Aérea
CMA	Centro de Medicina Aeronáutica
DGP/MDN	Direcção Geral de Pessoal do Ministério da Defesa Nacional
ESSM	Escola de Serviço de Saúde Militar
DCDS(H)	<i>Deputy Chief of Defense Staff – Health</i>
DC	<i>Directeur central</i>
DIGEREM	<i>Director Geral de Recrutamento e Ensino Militar</i>
EPE	Entidades Públicas Empresariais
EMGFA	Estado Maior General das Forças Armadas
EMISAN	<i>. Escuela Militar de Sanidad</i>
FFAA	<i>. Forças Armadas</i>
HFFAA	Hospital das Forças Armadas
HFA.	Hospital da Força Aérea.
HM	Hospital da Marinha
HMs	Hospitais Militares
HMP	Hospital Militar Principal
HMB	Hospital Militar de Belém
HRM1	Hospital da Região Militar nº1
HSSF	Hospital de S.Sebastião da Feira
IDN	Instituto de Defesa Nacional
IGS	<i>Inspeccion General de Sanidad</i>
ISFA	Instituto de saúde da Força Aérea
LOBOFA	Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas
MDM	Ministério da Defesa Nacional
NHS	<i>Nacional Health Service</i>
OTAN	Organização do Tratado Atlântico Norte



SA	Sociedade anónima
SM	Saúde Militar
SMN	Serviço de Medicina Nuclear
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	<i>Statistic program for the social sciences</i>
SSA	<i>Services de Santé des Armées</i>
SSM	<i>Services de Santé Militaires</i>
SSM	Serviço de Saúde Militar
SUC	Serviço de Utilização Comum
UTITA	Unidade de Tratamento Intensivo de Tóxico dependência e Alcoolismo



PALAVRAS-CHAVE

Hospital Militar

Hospital das Forças Armadas

Médico Militar

Serviço de utilização comum

Sistema de Saúde Militar



1. Introdução

a. Contexto Geral

No âmbito geral da problemática militar e da realidade presentemente vigente, todos os assuntos passíveis de uma investigação útil esclarecedora, potenciadora de criatividade e implicitamente de soluções a propor, são de importância inequívoca. As soluções cada vez mais urgentes, não sendo a passividade admissível no contexto de exigência e transformação rápida em que nos integramos. O termo "perder a oportunidade" mais do que nunca tem actualidade. A exigência da qualidade de resultados e a necessidade de contínuo aperfeiçoamento de desempenho numa organização, num determinado ramo de actividade, são uma realidade que não pode ser mitigada. Alternativas externas rapidamente se perfilam quando a capacidade de uma instituição claudica e põem em causa o valor e o prestígio da organização que se deixou atrasar. No entanto, a competência e a bondade que soluções externas ostentam, nunca irão preencher cabalmente os objectivos que se idealizam atingir e que só um percurso inteligente e realista intra organizacional permite alcançar. A saúde é uma realidade muito complexa e vasta. O hospital dentro da saúde é o elemento que porventura mais congrega conflituosidade no sentido positivo do termo. Lida em contacto directo com um valor inigualável. Tecnologia em múltiplas vertentes, qualidade de exercício profissional, qualidade de cobertura assistencial social, direito, financiamento, estratégia decisão etc., e todos os sub capítulos que cada uma destas valências pressupõe, estão presentes na realidade do hospital e têm necessidade de se integrar, conectar e interagir no quotidiano da sua actividade. Deste modo, um tema que versa Hospital das Forças Armadas (HFA) sem pretender ter mais relevância que outros não é seguramente de importância secundária nomeadamente no contexto evolutivo actual. As actividades da Saúde Militar (SM) são entre outras, a selecção de pessoal, a Medicina Preventiva e Ambiental, o acompanhamento do treino físico, o exercício de cuidados às Forças Nacionais Destacadas e o apoio assistencial a nível hospitalar. O conceito de Hospital Militar integra-se assim no conceito de Saúde Militar. A missão da Saúde Militar, pressupondo uma participação mais ou menos directa hospitalar, consiste no apoio sanitário aos efectivos militares em qualquer situação, e em especial no apoio directo às forças em operações ou em campanha. Toda a orgânica e treino específico são orientados para essa finalidade.

Os cuidados de saúde prestados a nível hospitalar são fundamentais, não só pela importância da sua prestação a militares, reformados e deficientes e aos seus agregados



familiares, mas também por ser local privilegiado como escola e treino para os diversos profissionais de saúde. Nesta dinâmica não são despiciendas outras capacidades, como a de se constituir como uma reserva estratégica para situações de calamidade ou acções de terrorismo, integrando, se necessário, Planos Nacionais de Contingência e a Autoridade Nacional de Protecção Civil, bem como a possibilidade de envolvimento em missões de cooperação técnico-militar com os países da comunidade lusófona. (Alfarroba 2007: 2)

b. A Saúde Militar integrada no contexto evolutivo dos conceitos estratégicos

Iremos considerar a evolução ocorrida nos últimos vinte anos após o fim da época caracterizada por um conflito a nível mundial entre dois blocos. Esse período foi designado por “Guerra Fria”, não obstante já ter sido referido como “Paz Fria”, por se considerar não ter havido concretização da ameaça de conflito em larga escala existente nesse período. Verificou-se em seguida um progressivo desenvolvimento internacional da circulação e do acesso á informação elementos determinantes para o aparecimento da globalização que caracteriza a nossa época. A nova realidade veio a criar factores de instabilidade e de imprevisto. A desintegração de Estados, a disputa pelos recursos e a proliferação de armas de destruição maciça indiciam a continuidade da conflituosidade regional, que reclamaram da comunidade internacional acções de manutenção e ou imposição da paz e de auxílio humanitário. Emergiram novas ameaças tendo á cabeça o terrorismo transnacional actuando em múltiplos cenários e com múltiplos meios. As repercussões desse fenómeno na economia, na segurança e na estabilidade dos Estados obrigaram estes a repensar e adequar os conceitos e os instrumentos de segurança e defesa ao novo ambiente político estratégico. Tal numa perspectiva de minimização de riscos e de garantia da possibilidade de resposta, não apenas aos novos desafios já conhecidos como a outros que venham a revelar-se. Uma tónica nova no conceito de segurança é o facto de esta já não estar circunscrita ao território mas passar a desenrolar-se na cena internacional. Portugal é um país com uma inequívoca multiplicidade de “fronteiras” decorrente dos contextos em que está integrado. O nosso contexto cultural é lusófono e europeu, o nosso contexto político e económico é principalmente europeu e o nosso contexto de segurança é europeu e principalmente atlântico. Neste período, a OTAN alterou profundamente o seu conceito estratégico em 1999 que irá novamente ser revisto em Lisboa no decurso deste ano. A doutrina do sistema de saúde operacional das FFAA, como função logística, é baseada nessa doutrina. O documento do Comité Militar da OTAN 319/1 (MC 319/1) é aquele que formula os princípios e políticas para a logística na OTAN. A sua doutrina está consignada



no AJP-4 (A), documento que foi ratificado por Portugal e no qual estão especificados os princípios e as políticas logísticas, aplicáveis ao nível operacional e perspectivando o entendimento recíproco e cooperativo do planeamento destas matérias entre as diversas autoridades OTAN, as suas diversas agências e as Nações. A missão de participação médica nas operações militares consiste em apoiá-las através da conservação do estado de prontidão do pessoal, da preservação da vida e da minimização dos efeitos físicos e mentais indesejáveis. Um apoio médico apropriado constitui contribuição acrescida para a protecção da força e para a moral. Baseia-se na prevenção da doença, na evacuação rápida, no tratamento dos doentes, feridos ou molestados, devolvendo ao cumprimento das suas tarefas, no mais curto espaço de tempo, o máximo de indivíduos possível. Para tal, são necessárias várias capacidades, as quais deverão compreender as seguintes áreas funcionais: sistema de comando, controlo e informação que inclua “informações” médicas, programa preventivo, tratamento integrado e sistema de evacuação suportado por um apoio logístico médico.

Os recursos profissionais, equipamentos e infra-estruturas, de acordo com as disposições já referidas no (AJP-4) (A), são distribuídos em quatro “níveis de cuidados” numa base de progressiva complexidade e sofisticação, de modo a permitir o tratamento, a recuperação e a evacuação de feridos. Pela interacção que têm com o desempenho hospitalar e nomeadamente pela forte relação com o treino dos recursos humanos intervenientes, e pela grande proximidade que Portugal tem da doutrina estratégica da OTAN, tem neste documento toda a oportunidade a sua breve descrição

O nível de apoio sanitário 1 “*Role 1*” Integra ou apoio a uma pequena unidade e representa o nível mais básico de cuidados. É a primeira linha de intervenção do Sistema de Saúde em qualquer tipo de actuação. Inclui capacidades para promover primeiros socorros especializados e a triagem a reanimação e a estabilização dos feridos (medidas imediatas de suporte de vida). Adicionalmente, contribui para a promoção da saúde e bem-estar dos efectivos, através de orientação na prevenção de doenças, de ferimentos não relacionados com o combate, e de *stress operacional*.

O nível de apoio sanitário 2 “*Role 2*” destina-se normalmente a uma unidade de maiores dimensões, habitualmente uma brigada. Subdivide-se em dois grupos:

Role 2 LM-Light Manouvre: Garante apoio cirúrgico de controlo de danos.”*Damage Control Surgery*” Tem apoio básico em meios complementares. É utilizado como primeira resposta a situações de crise ou de destacamento de forças para áreas de elevado confronto.



Role 2E-Enhanced: É um pequeno hospital de campanha utilizado em alternativa ao escalão 3 nas situações em que se pretende mobilidade ou em missões de risco acentuado e/ou com muitos efectivos. Tem capacidade cirúrgica de urgência, duas equipas cirúrgicas com competência geral e ortopédica, exames complementares essenciais, cuidados pós operatórios imediatos e cuidados intensivos, banco de sangue e enfermaria. Deve ter meios para situações clínicas decorrentes de Guerra química e bacteriológica. Pode dispor de telemedicina. Devem ainda efectuar tratamento dentário de urgência. Em meio naval este nível de apoio está disponível em terra ou a bordo de navios combatentes de grande porte ou navios logísticos

O nível de apoio sanitário 3 “*Role 3*” destina-se a uma força de nível divisão ou superior. Inclui capacidades suplementares, incluindo meios auxiliares de diagnóstico, recursos cirúrgicos e médicos, medicina preventiva, inspecção de alimentos, medicina dentária e possibilidade de lidar com o problema do stress operacional. Classicamente, este tipo de cuidados é prestado em hospitais de campanha. Concentra a sua intervenção no âmbito da medicina de emergência, podendo alargá-la à cirurgia máxilo-facial, ao tratamento de queimados e à neurocirurgia quando estas valências forem consideradas necessárias para o tipo de missão. A capacidade de evacuação por meio aéreo deve estar assegurada. Em meio naval este nível de apoio está disponível em terra ou a bordo de navios anfíbios de grande porte ou de navios hospital

O nível de apoio sanitário 4 “*Role 4*”, promove o tratamento definitivo dos doentes que requerem um maior período de internamento, ou quando as possibilidades do “*role 3*” foram ultrapassadas. Envolve normalmente cuidados cirúrgicos e médicos especializados, cirurgia reconstrutiva e reabilitação, sendo a última linha de tratamento, o que pressupõe recursos consideráveis, pelo que é suportado no país de origem. Só em circunstâncias muito particulares está disponível no teatro de operações.

c. Processo evolutivo da reforma da saúde Militar em Portugal. Legislação actual

Conforme já referido, quando se aborda o tema Hospital das Forças Armadas (HFA) tem que, obrigatoriamente, ser feita a sua integração no sistema de saúde militar com quem ele interage e onde, inquestionavelmente, se insere. A evolução dos hospitais militares requer actualmente, uma mudança, que tem subjacente a situação interna, nomeadamente o crescimento que se verificou orientado no sentido da auto suficiência, e que teve como



consequência o sub aproveitamento dos meios existentes e o planeamento desajustado das especialidades médicas. Verificou-se também uma diminuição do número de utilizadores motivado pela extinção do serviço militar obrigatório, e a já referida, situação internacional em evolução no espaço geo-estratégico em que Portugal está inserido, e que obriga à existência duma relação adequada com o sistema de forças que tiver de apoiar (Calixto 2006 1-2). Estas são questões incontornáveis a ter em consideração no planeamento da reorganização da saúde militar onde se inclui a reestruturação hospitalar.

O processo de discussão da reestruturação do Sistema de Saúde Militar (SSM) e implicitamente da Assistência Hospitalar Militar (AHM) tem um histórico considerável com clara dificuldade em materializar um rumo definido. Tal deve-se não à inoperância das entidades que nele procuraram intervir, mas à complexidade intrínseca do tema e à variação sempre constante da realidade que é fundamental conjugar. Neste domínio, a prudência e não a ousadia tem sido a tônica dominante. Isso justifica-se pois os erros, mesmo que cometidos com boa intenção, têm nesta área uma repercussão negativa muito marcada no componente humano das Forças Armadas, que são o seu maior valor. Na evolução do processo de reforma de Saúde Militar tem sido preocupação dominante uma maior interacção entre os sistemas de saúde independentes dos três ramos com modelos de maior ou menor integração. A finalidade foi sempre a de obter uma melhor gestão de recursos e proporcionar um melhor desempenho ao sistema. É também importante salientar que pela análise da experiência de outros países não resultaram paradigmas estimados por ideais. Existem sim diversos modelos de funcionamento que resultaram de evoluções de realidades distintas. Quase podemos dizer que cada país tem procurado o seu caminho numa preocupação contínua de aperfeiçoamento em nenhum caso ainda alcançado. Vamos considerar a evolução deste processo entre nós desde o 25 de Abril de 1974 de forma obrigatoriamente sucinta mas importante para inserir a problemática que de seguida se vai apresentar. A primeira reforma ocorrida em 1979 ainda no tempo do Conselho da Revolução foi a criação da Escola do Serviço de Saúde Militar (ESSM). A mesma resultou da fusão entre a Escola dos Serviços de Saúde do Exército e a Escola de Enfermagem da Marinha ficando na altura na dependência do CEMGFA e posteriormente do Exército. Assumiu a função de formar os militares da Marinha, do Exército e da Força Aérea nas áreas da enfermagem e das tecnologias de saúde. Seguiu-se a criação do Serviço de Hemodiálise do Hospital Militar Principal que veio a constituir um Serviço de Utilização



Comum (SUC).¹Em 1993 ²idealizou-se um modelo em que existiria um órgão central de coordenação e definição de políticas, na dependência do MDM e que teria atribuições no âmbito de classificação e selecção de pessoal, formação, saúde ocupacional e investigação. Nesta sequência dois despachos posteriores ³enunciaram princípios orientadores com prioridade para a implementação de Serviços de Utilização Comum. Entre outras orientações enunciava a criação de oito serviços de Utilização Comum. Na dependência do Exército, o Serviço de Hemodiálise, o Serviço de Imuno-hemoterapia e o Serviço de Infeciologia. Na dependência da Marinha o Centro de Medicina Hiperbárica (CMH), a Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependência e Alcoolismo (UTITA) e o Laboratório de Hemodinâmica, que não teve concretização. Na dependência da Força Aérea o Centro de Medicina Aeronáutica (CMA) e o Serviço de Medicina Nuclear (SMN). O despacho nº188/MDM/95 determinava ainda a criação dum Serviço de Urgência de Utilização Comum. Para esse efeito foi criado um grupo de trabalho. O relatório que este elaborou concluiu no entanto não ser possível no contexto vigente, a sua viabilização, dada a inexistência de recursos humanos suficientes para lhe assegurar um desempenho eficaz. Em 1996 ⁴foi criado o Conselho Consultivo da Saúde Militar que pretendia favorecer soluções expeditas e operativas entre a direcção Geral de Pessoal e os Serviços de Saúde dos Ramos. Neste âmbito decorreu no nos dias 2 e 3 de Julho de 1997 no Instituto de Defesa Nacional (IDN) um encontro de reflexão sobre a reestruturação da Saúde Militar. Neste foram debatidos entre outras a proposta apresentada pela DGP/MDM, para a implementação de dois subsistemas de Serviço de Saúde Militar: a Saúde Operacional e a Prestação de Cuidados de Saúde. Foram também debatidas a maximização dos recursos e a articulação e uma maior interacção com o Serviço Nacional de Saúde. Tal debate foi considerado potenciador de sinergismos entre os sistemas militar e civil. Em 2001 planeou-se a instalação de uma Direcção de Saúde Militar. Esta teria como linhas de acção a definição duma estrutura central de coordenação, a criação de uma estrutura hospitalar integrada, com desenvolvimento dos SUCs e a articulação com o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este projecto foi posto em causa pela capacidade que conferia a essa

¹ Esta concepção de “ serviço de utilização comum” era e passou a ser entendida como entidade especializada que tem por missão a prestação de cuidados da sua diferenciação a todos os militares das Forças Armadas e ainda disponibilizar a sua capacidade sobranete para o serviço de outros utentes a definir. Veio a ser conceptualizada no Despacho nº188/MDM/95 de 31 de Julho - *Criação dos serviços de utilização Comum*

² Despacho nº15/MDM/93

³ Respectivamente nº182/MDM/94, de 29 de Dezembro e nº188/MDM/95 de 31 de Julho (já referido),

⁴ Despacho nº21/MDM96



Direcção de Saúde Militar de comando, controlo e execução de serviços que colidia com o princípio da unidade de comando nos ramos. Dos vários estudos elaborados sobre o sistema de saúde militar realizados no MDN resultou a conclusão inequívoca que existia todo o interesse em criar um novo modelo de gestão hospitalar abrangendo um conjunto de recursos, nomeadamente humanos, materiais, financeiros e de infra estruturas dos hospitais militares dos três ramos. Com essa finalidade ⁵foi criado em 2006 um grupo de trabalho a fim de apresentar uma proposta de reforma da Saúde Militar, com os seguintes objectivos:

- Definir um modelo de gestão flexível, centrada na obtenção de uma máxima eficiência, eficácia e qualidade.

- Definir o órgão coordenador responsável pelo estudo, planeamento, orientação técnica, coordenação geral e avaliação da execução das políticas de saúde militar integrado na estrutura central do Ministério da Defesa Nacional.

- Apresentar um estudo sobre a reestruturação e racionalização das instalações hospitalares militares, tendo em conta uma gestão eficiente e eficaz destas e a rentabilização dos recursos.

- Analisar a implementação de uma estrutura hospitalar única, tendo em vista a eliminação da duplicação de valências existentes nos hospitais dos três ramos das Forças Armadas e a melhoria da qualidade e da prontidão de resposta do sistema de saúde militar, nos diferentes cenários de actuação previsíveis.

O grupo de trabalho, após analisar diversos factores, ter procedido a diversos contactos e ter efectuado múltiplas visitas, caracterizou a realidade existente da Saúde Militar e elaborou quatro possíveis cenários alternativos (Reforma da Saúde Militar. Relatório final. Fevereiro 2007). Esses cenários constituem modelos diferentes de integração hospitalar pelo que é importante aqui a sua referência. Caracterizou o cenário actual, de todos conhecido, pela autonomia dos Serviços de Saúde de cada Ramo em todo o tipo de cuidados, complementada pela existência de um número reduzido de Serviços de Utilização Comum e de Serviços de Apoio a mais de um Ramo

No cenário de alternativa 1 criava-se na dependência do CEMGFA um lugar de Adjunto, ocupado por Oficial General médico (Contra Almirante ou Major-General) com comando completo sobre a estrutura hospitalar, a medicina preventiva e a Escola dos Serviços de Saúde Militar. Criava-se também um órgão coordenador dos serviços de saúde, constituído

⁵ Despacho conjunto nº393/2006 de 15 de Maio de 2006, dos Ministérios das Finanças e da Administração Pública a da Defesa Nacional



pelos Directores dos Serviços de Saúde dos três ramos e pelo Oficial General Médico Adjunto do CEMGFA, que o presidia. Todos os outros serviços ficavam na dependência dos Ramos.

No cenário de alternativa 2, criava-se, na dependência do Ministério da Defesa Nacional, uma Direcção Geral cujo Director deveria ser um Oficial General Médico (Contra-Almirante ou Major-General) com funções de coordenação, planeamento e supervisão da estrutura hospitalar. Criava-se também um órgão coordenador constituído pelos Directores dos Serviços de Saúde dos ramos e pelo Director Geral. Todos os outros serviços ficariam na dependência dos Ramos.

No cenário de alternativa 3, criava-se, na estrutura do Ministério da Defesa Nacional, um Serviço de Saúde Militar, cuja direcção seria ocupada por um Oficial General Médico (Vice Almirante ou Tenente General), com comando completo sobre toda a estrutura de saúde militar, com excepção das áreas operacionais específicas de cada Ramo.

No cenário de alternativa 4, criava-se, na estrutura do Ministério da Defesa Nacional, um serviço de Saúde Militar, cuja direcção seria ocupada por um Oficial General Médico (Vice Almirante ou Tenente General) com comando completo sobre toda a estrutura da Saúde Militar.

Os terceiro e quarto cenários pressupõem, respectivamente, uma integração parcial e total dos serviços de saúde militares. Este relatório com as propostas dos respectivos cenários apresentados como alternativa ao sistema vigente, foi entregue pela Comissão em 27 de Fevereiro de 2007. Uma posterior resolução do Conselho de Ministros ⁶ com a finalidade de proceder à reforma do modelo de organização da Defesa e das Forças Armadas, definiu diversas orientações constituindo-se como linhas estruturantes da organização da estrutura superior da Defesa Nacional e das Forças Armadas. Procedeu à aprovação das orientações relativas à preparação de diversos processos legislativos. No respeitante à saúde militar são referidos os seguintes artigos:

12º- No âmbito da saúde militar, as medidas a desenvolver devem atender aos seguintes parâmetros:

a) Garantir, em matéria de saúde operacional e com base na doutrina da Aliança Atlântica, a prontidão das forças, a recuperação rápida de militares e o apoio às operações;

⁶ Resolução nº39/2008 de 28 de Fevereiro



b) Prestar um serviço assistencial através dum reforço de valências actualmente deficitárias, da eliminação de duplicações existentes e do eventual levantamento de novas valências julgadas necessárias;

c) Manter no mínimo uma capacidade de resposta idêntica á actual em termos de universo de utentes, número da camas, realização de consultas e exames médicos, considerando a disponibilização de capacidade hospitalar sobrante para o atendimento de utentes oriundos de entidades do sector público com os quais estejam firmados acordos, sem prejuízo do apoio médico aos militares e á família militar.

13º- Ainda no âmbito da Saúde Militar, proceder á criação dum órgão, na dependência do Ministro da Defesa Nacional, responsável pela concepção, coordenação e acompanhamento das politicas de saúde a desenvolver no âmbito militar e de articulação com outros organismos congêneres do Estado. Neste órgão estarão representados o ministro da defesa nacional, as Chefias Militares e entidades relevantes com responsabilidades em matéria de Saúde a nível nacional

14º- Criar um Hospital das Forças Armadas, na dependência do Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas, organizado em dois pólos hospitalares, um em Lisboa e outro no Porto, observando as seguintes directrizes:

a) Manutenção e valorização do Hospital Militar Regional 1 (Porto);

b) Encerramento do Hospital Militar Regional 2 (Coimbra)

c) Redimensionamento da estrutura hospitalar militar existente na área de Lisboa, através da racionalização e concentração de valências, constituindo como objectivo o pólo hospitalar das forças Armadas em Lisboa, atendendo ao seguinte faseamento:

i) No curto prazo, proceder á racionalização e concentração de valências médicas e capacidades, constituindo serviços de utilização comum, guarnecidos por pessoal militar e civil dos três ramos das forças Armadas; Para esse efeito foi nomeada por despacho do Ministro da Defesa de 11.02.2010 uma comissão com a incumbência de apresentar no prazo de 60 dias um relatório com conclusões do trabalho desenvolvido. Na constituição dessa comissão foi designado um Coordenador, e representantes do Ministério da Defesa, do EMGFA, do Estado Maior da Armada, do Estado Maior do Exército, do Estado Maior da Força Aérea e da Direcção Geral do Pessoal e do Recrutamento Militar

ii) No médio prazo, redimensionar a estrutura hospitalar militar, através da sua concentração.



15º- No desenvolvimento do Hospital das forças Armadas, considerar a possibilidade duma articulação na utilização de serviços e instalações com outras entidades, designadamente o Serviço Nacional de Saúde.

16º- O órgão referido em 13, terá como atribuição inicial o estudo da racionalização da rede hospitalar militar, bem como a proposta do respectivo modelo de gestão.

A opção legislativa feita vem a ser explanada na Lei Orgânica nº1-A/2009 de 7 de Julho da Assembleia da República que aprova a Lei de Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas (LOBOFA) e posteriormente nos Decretos Lei Regulamentares dos três Ramos de 15 de Setembro. Estes três Decretos-lei Regulamentares consagram os lugares de Directores de Saúde integrados nas estruturas hierárquicas respectivas, colocando ainda na dependência dos três ramos os estabelecimentos de saúde já aí existentes com excepção dos hospitais. Estes, apenas transitoriamente e até á implementação do Hospital das Forças Armadas, permanecem nos ramos em que até agora estavam integrados. A Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas por sua vez no seu Capitulo II referente á Organização das Forças Armadas, Secção I, que respeita ao Estado-Maior-General das Forças Armadas, Artigo 9º, que cita a organização do EMGFA refere no paragrafo 2 “ No âmbito do EMGFA inserem-se ainda como Órgãos na dependência directa do Chefe de Estado-Maior-General das Forças Armadas e regulados por legislação própria: b) O Hospital das Forças Armadas. No mesmo diploma na Secção II, respeitante ao Chefe de Estado-Maior-General das Forças Armadas, Artigo 11, respeitante às suas competências, refere no paragrafo 1, alínea p, “ Dirigir a assistência hospitalar prestada pelo Hospital das Forças Armadas em articulação com os Chefes do Estado-Maior dos ramos, em observância das políticas de saúde no âmbito militar aprovadas pelo Ministro da Defesa Nacional” e no paragrafo 2, alínea g, “ Propor ao Ministro da Defesa Nacional a nomeação e a exoneração dos comandos operacionais, dos directores do Instituto de Estudos Superiores Militares e Hospital das Forças Armadas e do chefe do Centro de Informações e Segurança Militares”.

São pois estes documentos legais que enquadram a criação do Hospital das Forças Armadas e dentro de cujo âmbito devem ser consideradas propostas sob forma de contributos.

d. Objecto do estudo e sua delimitação

A pesquisa vai incidir na análise da realidade hospitalar militar actualmente existente e na sua transformação com vista a atingir a estrutura hospitalar de elevado desempenho que



responda aos desígnios actuais das Forças Armadas Portuguesas e da sua missão. Irá estar presente a doutrina que orientou a legislação produzida. As orientações consideradas mais válidas nesse processo de transformação irão constituir recomendações a apresentar conforme acima foi referido. Torna-se aqui necessário tecer algumas considerações prévias e nomeadamente enunciar alguns requisitos particulares que deverá preencher um Hospital das Forças Armadas por força do contexto específico militar em que se enquadra. A Constituição da República Portuguesa,⁷ refere o direito à protecção da saúde e o direito de a defender e promover, realizado através de uma entidade, que foi materializada em 1979 com a criação do Serviço Nacional de Saúde,⁸. Um hospital militar deve associar á sua missão, conjugável com este serviço, o facto de ser uma entidade com um grau de prontidão mais elevado, com maior capacidade para responder a planos de contingência e ainda com capacidade efectiva para apoiar a operacionalidade militar. Esta última vertente reveste-se de particular importância e nela estão plasmadas especificidades próprias para cada ramo. Essa realidade torna a sua descrição indispensável nesta apresentação, mesmo que de forma resumida

Também é fundamental ter sempre presente que qualquer organização depende em grande parte do potencial dos seus recursos humanos, sendo prioritário investir na valorização humana e profissional, de modo a dotar os profissionais com competências adequadas para um desempenho de qualidade. É esta pluridisciplinaridade que é necessário coordenar, maximizando a sua rentabilização.

Considerando aquilo que se pretende quanto ao objecto e a sua delimitação, a investigação tem por meta definir propostas de conteúdo e organização a considerar na elaboração do modelo de Hospital das Forças Armadas para que este tenha condições para o desempenho competente expectável.

e. Questão central, questões derivadas e hipóteses

Considera-se no presente contexto ser pertinente o seguinte enunciado da questão central:

“ Que orientações devem ser adoptadas de modo a garantir que o desempenho do Hospital das Forças Armadas constitua um valor acrescentado relativamente à realidade hospitalar militar existente”.

As questões derivadas que dela resultam são as seguintes:

⁷ Constituição da república Portuguesa, art.º64 n.º1

⁸ Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro que institui uma rede de órgãos e serviços prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população, através da qual o Estado salvaguarda o direito á protecção da saúde



QD1: Que contributos poderão ser recolhidos de experiências registadas noutros países?

QD2: Qual o balanço actual do desempenho da rede hospitalar militar?

QD3: Quais as lacunas de capacidades verificadas no actual sistema hospitalar militar?

QD4: Quais as sinergias a desenvolver para alcançar o desejável modelo hospitalar militar?

Para resposta adequada á questão central e considerando as questões derivadas elaboram-se as seguintes hipóteses que para uma boa clarificação da sistematização do trabalho irão constituir capítulos separados.

H1: Existem noutros países experiências de reforma de hospitais militares que podem constituir informação importante para a resolução do caso nacional.

H2: A actual rede hospitalar militar, tem cumprido com eficácia e com eficiência a missão que lhe está a cometida quer na vertente de apoio á operacionalidade militar, quer na vertente assistencial hospitalar.

H3: O nível de ambição da missão atribuída ao Hospital das Forças Armadas deve ser superior ao actualmente existente para a totalidade da rede hospitalar militar.

H4: No Hospital das Forças Armadas a melhor relação custo eficácia é alcançável através do incremento da articulação entre unidades militares entre si e entre estas e unidades civis e também através da criação duma interface eficiente entre a responsabilidade assistencial e a responsabilidade operacional em cada unidade hospitalar militar

f. Metodologia seguida

(1) Instrumentos e técnicas

O trabalho foi executado de acordo com a Metodologia Padrão de Abordagem Científica, constante na NEP nº de 218 e respectivos anexos, complementada com outras normas adicionais facultadas durante o curso. Na investigação efectuada foram seguidos conjugadamente os métodos indutivo e dedutivo com recurso ainda á pesquisa documental e complementada por entrevistas

Para além da pesquisa bibliográfica, de documentos e na Internet foram realizadas entrevistas aos Directores de Saúde dos três Ramos das Forças Armadas a fim de recolher as respectivas sensibilidades em relação aos desempenhos hospitalares quer no domínio assistencial quer no apoio á operacionalidade quer ainda em relação a potenciais sinergias. Foram ainda efectuada entrevistas com um economista gestor hospitalar de reconhecida experiência, com o Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central e em Paris com um médico militar responsável pelo Serviço de Saúde militar Francês.



No decurso de todo o processo foram efectuadas sessões com o orientador

(2) Percurso Metodológico

Para esclarecimento das quatro hipóteses efectuou-se apreciação de toda a legislação vigente sobre os hospitais militares e nomeadamente da recentemente elaborada respeitante ao Hospital das Forças Armadas. Foram também efectuadas entrevistas a entidades responsáveis e com conhecimento e experiência das diversas realidades hospitalares, procurando entre outras recolher informações e sensibilidades abalizadas quanto a possíveis sinergias entre hospitais militares e entre estes e hospitais civis. Para análise da primeira hipótese analisou-se a evolução de sistemas de saúde em França, no Reino Unido e em Espanha nomeadamente no respeitante ao seu componente hospitalar. Em relação ao sistema francês foi particularmente importante a entrevista efectuada no Serviço de Saúde Central das Forças Armadas. Com o objectivo principal de dar resposta á segunda hipótese, procedeu-se á avaliação do desempenho dos vários hospitais. No âmbito da produção assistencial tiveram-se em conta factores como os orçamentos atribuídos, o número de consultas efectuadas e a taxa de ocupação das camas. Efectuou-se comparação com um hospital modelo. No âmbito da qualidade de assistência tiveram-se principalmente em consideração inquéritos de satisfação efectuados. Para dar resposta principalmente á terceira hipótese, elaborou-se um modelo de Hospital das Forças Armadas, com um componente de elevada diferenciação, de acordo com os padrões de exigência preconizados. Procedeu-se á integração nesse modelo das valências dispersas nos diversos núcleos hospitalares existentes na região metropolitana de Lisboa. As capacidades que ficaram por preencher foram identificadas como lacunas. Para dar resposta á quarta hipótese investigou-se a existência de cooperação já existente entre hospitais e a vontade de cooperação adicional.

2. Modelos de reforma de Serviços de Saúde Militar adoptados noutros países.

Como atrás já referido as modificações verificadas após a queda do muro de Berlim alteraram consideravelmente o tipo de ameaças á segurança e á paz á escala mundial.

Assim, os países e a OTAN iniciaram e têm vindo a aprofundar toda uma adaptação a esta nova realidade, incidindo nas suas estruturas, procedimentos e redimensionamento de forças, exigindo-lhes uma maior prontidão, flexibilidade e mobilidade. A Saúde Militar, cuja missão é fornecer o apoio de saúde a essas forças teve também de se adaptar a este



novo cenário. Tal levou a grande maioria dos países a dedicarem um tratamento privilegiado à prestação de cuidados de saúde em pleno teatro de operações “Saúde Operacional”, diferenciando-a da prestação de cuidados de saúde praticada nos hospitais militares – “Saúde Hospitalar”. A esta, alguns países, não reconhecem uma especificidade militar (entrevista Leonel Clerc), apenas pelo facto do objecto dos cuidados ser a população militar e remeteram a sua responsabilidade para os sistemas nacionais de saúde.

No presente capítulo, iremos analisar os Serviços de Saúde das Forças Armadas Francesas, Britânicas e Espanholas que foram recentemente ou ainda estão em fase de reestruturação.

a. Serviço de Saúde Militar Francês. O Serviço de Saúde das Forças Armadas (SSA) tem por missão assegurar em todas as circunstâncias, o apoio médico e sanitário às Forças Armadas e aos organismos sob a dependência do Ministério da Defesa. Até 1948, os serviços de saúde do Exército, da Marinha e da Força Aérea tinham uma direcção própria. Em 1948 foi criada um único Serviço de Saúde, obedecendo num plano técnico a um chefe único, “Directeur Central”. A partir de então tem-se verificado uma progressiva fusão dos serviços prevendo-se a unificação completa para 2012, passando então a existir 70 clínicas médicas militares para o serviço de todas as unidades militares (entrevista Leonel Clerc). A fusão dos hospitais militares foi mais precoce tendo ficado concluída em 1968. Em 1996, com a profissionalização militar, o Serviço de Saúde teve de adaptar os seus meios ao novo formato das forças armadas e às novas condições de emprego. Isto traduziu-se por um crescimento dos efectivos em pessoal de carreira e contratado⁹ e por uma adaptação às novas estruturas. Essa adaptação procurou atingir dois objectivos. O primeiro consistiu no facto das unidades de combate poderem beneficiar de um apoio médico de urgência e de reanimação mais próximo do combatente. Com a cirurgia nas linhas da frente, e com evacuações sanitárias medicalizadas praticadas sistematicamente e precocemente para os hospitais com infra estruturas adequadas, proporciona-se nos teatros de operações um apoio aos feridos muito rápido. O segundo objectivo consistiu na abertura dos Hospitais das Forças Armadas ao serviço público tanto ao nível dos utentes, cada vez mais civis, como ao contacto com o sistema hospitalar civil. Essa participação reforçou-se igualmente pela criação, no seio dos hospitais, no âmbito da instrução das forças armadas, de serviços de urgência, integrados na organização da urgência pública. Estes serviços de urgência

⁹ Os efectivos totais do “SSA” são actualmente de aproximadamente 16 000 elementos dos quais 10000 são militares e 6000 são civis. Os civis são utilizados nas especialidades que nunca são destacáveis mas que são importantes para a estabilidade e a continuidade do serviço no território metropolitano



trabalham em estreita colaboração com os serviços de socorro, fornecem uma parte importante das hospitalizações e constituem uma necessidade para a formação e manutenção do potencial operacional das equipas hospitalares, preparando-as para as tarefas que encontram nas missões exteriores. Este alargamento é sentido pelo serviço de saúde como uma necessidade. Desse modo o serviço de saúde não põe nenhuma restrição ao acesso aos hospitais das forças armadas, estando estes disponíveis aos doentes nas mesmas condições que os estabelecimentos civis. Os beneficiários do regime geral ou de outros regimes civis têm igualmente a livre escolha e podem ser hospitalizados nos hospitais militares. Apenas na eventualidade de sobrecarga os hospitais militares devem acolher prioritariamente os seus beneficiários, ou seja os militares e os civis da Defesa que contraíram uma doença por motivo de serviço. Ainda os militares ou os beneficiários não são obrigados a dirigir-se a um hospital militar, salvo se o acidente ou doença for imputável ao serviço, caso em que podem ser hospitalizados num estabelecimento hospitalar da sua escolha. O número de dias de hospitalização devidos à actividade especificamente militar dos hospitais militares, foi sendo cada vez mais baixo consequência da redução progressiva do número de incorporações enquanto que a actividade para os beneficiários da segurança social, tem aumentado. Esse último fenómeno é uma mais valia considerando que a diminuição dos beneficiários das forças armadas conduziria, se não fosse compensada por um aporte de “clientela” exterior, a uma diminuição da actividade das equipas cirúrgicas, prejudicando a manutenção da sua capacidade operacional. Dessa forma é possível manter a permanente operacionalidade das 48 equipas cirúrgicas potencialmente projectáveis (entrevista Leonel Clerc). A abertura à população civil, que representa hoje mais de metade da actividade dos hospitais militares franceses, permite garantir a diversidade das patologias tratadas e manter ao mais alto nível a técnica dos especialistas hospitalares. Para além disso o financiamento do serviço de saúde apoia-se em duas fontes, a dotação orçamental e as receitas externas as quais representam cerca de 3/5 do financiamento do serviço. Entre 1997 e 2002, foram encerrados 9 centros hospitalares e o número de camas dos hospitais militares reduzido de 5.600 para 3.200¹⁰

b. Serviço de Saúde Militar do Reino Unido.

O Serviço de Saúde Militar do Reino Unido fixou como missão garantir a capacidade médica operacional e a prestação de cuidados médicos aos militares de forma a assegurar a

¹⁰ No início da década de 90 eram ainda superiores a 10.000.



sua prontidão. Não inclui na missão prestar cuidados médicos aos dependentes de militares nem ao pessoal civil do Ministério da Defesa. De acordo com a actual orientação estratégica, na prestação de cuidados de saúde aos militares é pretendido um maior envolvimento do Sistema Nacional de Saúde (NHS) e de entidades privadas nas circunstâncias em que estas se configurem como as opções mais eficazes. Na sequência dessa orientação os hospitais militares foram cedidos ao Sistema Nacional de Saúde, tendo o último sido entregue em 2007. Simultaneamente foram criadas seis unidades médicas de defesa (MDHVs), em cooperação e localizadas nos hospitais do NHS. O pessoal da saúde militar foi sendo integrado mediante acordo estabelecido entre o Serviço Nacional de Saúde e o Ministério da Defesa Britânico, segundo o qual este paga ao Sistema Nacional de Saúde os cuidados prestados aos militares e o Sistema Nacional de Saúde paga ao Ministério da Defesa os honorários do pessoal militar de acordo com as suas tabelas. Como estas são mais baixas do que as militares, a diferença é suportada pelo Ministério da Defesa. Os militares que necessitem de cuidados médicos, podem ser atendidos pelo que já foi referido em unidades nos hospitais chefiadas por pessoal militar ou civil de acordo apenas com a situação clínica. O Serviço de Saúde Militar é comandado conjuntamente pelo Deputy Chief of Defense Staff – (Health) (DCDS(H)) e pelo Surgeon General (SG). Estas duas entidades são responsáveis pela elaboração da política e orientação estratégica do serviço de Saúde Militar. O Serviço de Saúde Militar compreende os serviços de saúde da Armada Britânica (Royal Naval Medical Services), do Exército (Army Medical Services) e da Força Aérea (Royal Air Force Medical Services). Cada um destes serviços é responsável por prestar os cuidados primários e garantir a operacionalidade médica das forças armadas. O DCDS(H) tem também a responsabilidade sobre os serviços Dentários (Defense Dental Service – DDS) e a Agência de Treino e Educação Médica da Defesa (Defense Medical Education and Training Agency – DMETA).

c. Serviço de Saúde Militar de Espanha.

Em 1989 a criação dum serviço de saúde conjunto do Ministério da Defesa “Cuerpo Militar de Sanidad” (CMS) integrou os serviços de saúde do Exército, da Marinha e da Força Aérea, tendo desde aí a Saúde Militar sofrido um profundo processo de transformação.

O CMS tem por missão manter a condição física e psíquica do pessoal das forças armadas em tempo de paz ou no âmbito operacional. Para o efeito exerce funções de assessorar o comando, de selecção médica do pessoal, de medicina preventiva (higiene, epidemiologia),



de assistência sanitária (primeiros socorros, classificação, evacuação, tratamento ambulatorio e hospitalar e reabilitação), de abastecimento sanitário e de instrução sanitária. O serviço veterinário é também um dos ramos do serviço de saúde e é responsável pelo cuidado de animais de interesse militar e também pelo controlo dos alimentos nas unidades e instalações militares (www.mde.es). Em relação á organização geral, foi criada em 1996 a Inspeção-Geral de Saúde no Ministério da Defesa, como cúpula dos Serviços de Saúde Unificados. É chefiada por um General de divisão depende do Subsecretário da Defesa, coordenando os aspectos logístico-operacionais com o Chefe do Estado Maior da Defesa (JEMAD). O Inspector-Geral de Saúde é o assessor das autoridades do Ministério da Defesa, propõe a política sanitária e coordena os serviços de saúde a fim de otimizar os recursos médico-militares disponibilizados. É também responsável pela preparação de acordos sobre assuntos de saúde com outras organizações nacionais e internacionais.

Na hierarquia superior de oficiais do CMS existem as especialidades de Medicina, Farmácia, Veterinária e Odontologia. Os postos variam entre Tenente e General de Divisão. Na hierarquia apenas de oficiais existe uma única especialidade, a enfermagem. Os postos variam aqui entre Tenente e Tenente Coronel

Os Serviços de Saúde do Exército, Marinha e Força Aérea, mantêm a sua própria organização e comando para o apoio directo às suas forças. No serviço de saúde há unidades que são específicas do Exército, Marinha e Força Aérea.

Existe um Instituto Social das Forças Armadas Espanholas (ISFAS) presta apoio social e sanitário às Forças Armadas e aos seus familiares, fora do âmbito logístico-operacional. Não há uma relação orgânica com o Serviço de Saúde, como no Reino Unido, mas relações funcionais e acordos de assistência sanitária. Através deste Instituto, os familiares e os reformados recebem assistência nos Hospitais Militares.

Relativamente á instrução, o recrutamento de oficiais efectua-se entre os voluntários procedentes de universidades civis e a formação específica realiza-se na Escola de Saúde Militar (EMISAN). Esta escola está directamente subordinada ao Director Geral de Recrutamento e Ensino Militar (DIGEREM). A especialização dos oficiais médicos faz-se, principalmente nos hospitais militares sob controlo da EMISAN, assim como em centros de saúde civis.

A rede hospitalar integra hospitais militares, a maioria com heliporto, dependentes da Subsecretaria da Defesa desde 2003 através da Inspeção-Geral de Saúde. Os hospitais em actividade são: O Hospital Central da Defesa “Gomez Ulla” em Madrid; cinco hospitais



localizados em Zaragoza, Valência, San Fernando (Cádiz), Cartagena (Múrcia) e Ferrol (Coruña); Hospitais Militares de Ceuta e Melilla. Existem outras instalações sanitárias importantes como o Instituto de Medicina Preventiva do Exército “Capitão Médico Ramón Y Cajal”, os Parques Centrais de Saúde e Farmácia, o Centro de Instrução de Medicina Aeroespacial e o Centro Militar de Veterinária.

d. Síntese conclusiva

As reformas verificadas nestes três países do mundo ocidental têm em comum uma redução dos seus efectivos, procurando uma maior flexibilidade e mobilidade e uma atitude diversificada perante a utilização e racionalização dos hospitais militares (Calixto 2006 3.1). Verifica-se que actualmente os serviços de saúde têm em comum um órgão de topo, na dependência do Ministério da Defesa. São eles em França uma Direcção Central do Serviço de Saúde, chefiada por um Oficial General Médico com o cargo de “*Directeur Central*”, no Reino Unido o *Deputy Chief of Defense Staff – Health* (DCDS(H)) conjuntamente com o *Surgeon General* e em Espanha a *Inspeccion General de Sanidad* órgão de cúpula dos Serviços de Saúde Unificados, chefiado por um *General de División – Médico*. Os Serviços de Saúde da Marinha, Exército e Força Aérea, mantêm a sua própria estrutura para garantir os cuidados primários e a operacionalidade médica das FFAA não obstante tender a esbater-se nomeadamente em França (entrevista Leonel Clerc).

A grande reestruturação recaiu sobre os hospitais militares que foram redimensionados em número e nas capacidades de internamento. Verificou-se a preocupação numa maior interacção com os hospitais civis no sentido de proporcionar uma maior rentabilidade das estruturas hospitalares militares mais disponíveis pelo fim do serviço militar obrigatório e de proporcionar um melhor treino às equipas sanitárias militares projectáveis.

A experiência das reformas hospitalares em França, na Grã-Bretanha e em Espanha pode assim contribuir para a reforma nacional em curso validando assim a hipótese decorrente da Questão Derivada 1



3. Desempenho da actual rede hospitalar militar

O desempenho de qualquer hospital pode ser avaliado em termos da satisfação dos utentes, e da sua produtividade, acrescido no caso dum hospital militar da capacidade para responder a planos de contingência e da capacidade para apoiar a operacionalidade militar. Para avaliar o desempenho que os hospitais militares existentes tiveram no passado recente até ao momento actual vamos pois separadamente analisar estes quatro parâmetros: A satisfação dos utentes, a capacidade para responder a planos de contingência a eficácia de apoio á operacionalidade militar e a produtividade. Torna-se aqui também oportuno após uma muito breve apresentação das unidades hospitalares, definir quais as missões que a legislação lhes atribuiu. Esta informação é indispensável para aferir o desempenho. Verifica-se alguma variabilidade nos documentos legais enunciadores das missões, decorrente da separação completa entre as cadeias hierárquicas em que se inseriam as unidades hospitalares.

a. Unidades Hospitalares existentes

(1) Hospital de Marinha. Foi criado por Alvará de 26 de Outubro de 1796. Funciona nas actuais instalações desde Novembro de 1806. Dispõe dum acervo cultural muito vasto quer no domínio cultural da Medicina quer no domínio cultural da Marinha. É um hospital geral polivalente com uma capacidade de internamento de 102 camas. Nele está integrado o Centro de Medicina Hiperbárica, que se constituiu como um serviço de utilização comum, e foi até Dezembro de 2005, o único centro nacional desta valência médica.

A legislação em relação ao Hospital de Marinha, mesmo que actualmente só já a titulo provisório ¹¹atribui a esta instituição as seguintes competências:

- Efectuar a observação e o tratamento do pessoal militar da Marinha e seus familiares que sejam beneficiários do sistema de assistência saúde militar correspondente.
- Prestar idêntico apoio aos militares de outros ramos e seus familiares que sejam beneficiários dos respectivos sistemas de assistência e ainda ao pessoal civil em serviço na Marinha e quando superiormente autorizado
- Assegurar o ensino pré e pós graduado a médicos, farmacêuticos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outro pessoal da área da saúde, durante os estágios previstos na legislação em vigor
- Assegurar a obtenção e o armazenamento de equipamentos sanitários, medicamentos e apósitos, bem como o seu fornecimento ás unidades serviços e demais órgãos da Marinha.

¹¹ D-L regulamentar 37/94 de 1 de Setembro



(2) Hospital Militar Principal. A 6 de Outubro de 1851 é decretada a centralização de todos os Hospitais Regimentais de Lisboa, instalando-se definitivamente o Hospital Militar no Edifício do Colégio de Nossa Senhora da Estrela, com o nome de Hospital Militar Permanente de Lisboa. Por despacho do Governo Militar de Lisboa de 1 de Setembro de 1926, passou a designar-se Hospital Militar Principal. As consultas externas, o internamento, os exames complementares e o serviço de urgência ocupam os três corpos de edifícios dispostos em volta do Largo da Estrela. Durante a década de 90 o Hospital teve obras e melhoramentos em diversas áreas e no início desta década melhorou os serviços de urgência, as áreas de internamento e implementou a departamentação hospitalar. O HMP foi uma importante referência hospitalar para os militares e respectivas famílias durante dois séculos. Faculta actualmente a única urgência hospitalar militar permanente. Tem uma capacidade de internamento de 174 camas

(3) Hospital Militar de Belém. Surge oficialmente a 10 de Janeiro de 1890, data em que são transferidos para as instalações do antigo Convento de Nossa Senhora da Boa-Hora, os primeiros doentes das unidades militares vizinhas. Como Unidade do Serviço de Saúde passou por várias designações e cumpriu diferentes missões, nomeadamente a de Hospital Militar de Doenças Infecto-Contagiosas. Com a diminuição progressiva de doentes desta especialidade, o espaço foi sendo ocupado por outras áreas emergentes, nomeadamente a pneumologia, a reabilitação cardíaca, a oncologia médica e dermatologia. No âmbito da medicina ambulatoria foram criadas as consultas de imuno-alergologia, psicologia clínica e nutrição, consulta do sono, hematologia, vigilância da saúde e de desabituação tabágica. Como hospital complementar, integra os seus serviços clínicos no funcionamento global do HMP. Tem uma capacidade de internamento de 95 camas..

(4) Hospital Militar Regional N° 1 (D. Pedro V). Muito embora a existência de um Hospital Militar no Porto remonte ao ano de 1808, é apenas no ano de 1854 que se efectuam as primeiras diligências para a edificação de um hospital militar nesta cidade construído de raiz e destinado a este fim específico. Recebe os primeiros doentes em 1869 sete anos após o início das obras e com estas por concluir. No ano de 1926 passa a ser designado por Hospital Militar Regional N° 1 e em 1990 é rebaptizado com o nome de Hospital Militar Regional N° 1 (D. Pedro V). É um hospital geral polivalente e tem uma capacidade de internamento de 110 camas.



A legislação em relação aos hospitais do exército, actualmente já só em regime provisório¹² define os seguintes hospitais militares: Hospital Militar Principal, Hospital Militar de Belém, Hospital Militar Regional nº1 e Hospital Militar Regional nº2 e atribui-lhes as seguintes competências:

- Assegurar o apoio sanitário aos militares e funcionários civis do exército e seus familiares, bem como, quando a tal tenham direito aos elementos de outros ramos das forças armadas e das forças de segurança e respectivos familiares.

-Colaborar com os serviços do Estado de acordo com as directivas superiores

(5) Hospital da Força Aérea. O Hospital da Força Aérea (HFA) está implantado no complexo da Base do Lumiar, com ampla área envolvente. O HFA pode-se caracterizar, à semelhança dos outros hospitais militares, como um hospital do tipo distrital, por possuir recursos inerentes às valências básicas e outras relacionadas com as valências intermédias e diferenciadas. É um hospital geral polivalente no que respeita às valências do internamento, das consultas externas e dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

No âmbito da missão em que participa o HFA, agora só já com carácter provisório inclui-se:

-Tratar e reabilitar os militares da Força Aérea e os seus familiares e, quando superiormente autorizados outros doentes.

-Colaborar com outros estabelecimentos hospitalares na prestação de serviços, em acções de formações e investigação científica.

-Colaborar na formação técnica do pessoal de saúde e apoiar em pessoal, e dados clínicos as juntas médicas da Força Aérea.

¹² D-L regulamentar 75/07 de 3 de Julho artº 13º



b. Grau de satisfação dos utentes

O método mais directo para o estimar o grau de satisfação dos utentes é através de estudos de opinião. Outro menos preciso mas que indirectamente também pode facultar alguma informação é através dos casos de insatisfação explanados no número de reclamações feita nos livros para o efeito existentes nos diversos hospitais. No ano de 2008 foram registadas na totalidade dos hospitais civis públicos e privados 30.169 reclamações (www.tribunamedicapress.pt/nacional-1/18991). No mesmo ano, no Hospital da Força Aérea foram registados dois casos e no Hospital da Marinha foram registados também dois casos. Mesmo salvaguardando as devidas proporções e considerando interferência de alguma cultura militar, verificamos que o número é consideravelmente inferior

Relativamente aos estudos de opinião dispomos dum trabalho recente efectuado no Hospital da Marinha no ano de 2009 na semana de 25 a 29 de Maio e dum trabalho efectuado no ano de 2008 no Hospital Militar Principal. O estudo efectuado no Hospital da Marinha consistiu na distribuição de inquéritos a utentes internados e a utentes da consulta externa. A nível da consulta externa foram distribuídos a 1048 utentes dos quais 757 responderam, correspondendo assim a uma adesão de 72,23%. A nível do internamento foram recolhidos 30 inquéritos. A análise estatística foi realizada através do “*Statistic program for the social sciences*” (SPSS). Deste inquérito, no que respeita ao internamento, foram obtidas respostas favoráveis de 81,04% (39,9 % muito bom e 42,04 % bom) e no que respeita á consulta externa foram também obtidas opiniões favoráveis em 61,02 % (19,65 % muito bom e 41,37% bom). O inquérito ao grau de satisfação do doente efectuado no Hospital Militar Principal no ano 2008 consistiu na distribuição de inquéritos com resposta anónima e confidencial a um total de 950 utentes com a seguinte distribuição: 658 da consulta externa, 196 do internamento e 96 da urgência. Comparativamente com um idêntico estudo efectuado dois anos antes verificou-se uma maior adesão dos utentes. Deste inquérito no que respeita ao internamento foram obtidos resultados favoráveis com uma média de 91,6 % (51,5% muito bom e 40,1 % bom), e no que respeita á consulta externa foram obtidos também resultados favoráveis de 76,5 % (22,0 % muito bom e 54,5% bom) No que respeita á Urgência foi obtida uma opinião favorável quanto á qualidade de atendimento de 76,25% e quanto á solução do problema que levou ao recurso da Urgência 72% responderam sim, 9% responderam não e 19 % não responderam.



No Hospital da Força Aérea foi efectuado um inquérito sobre a opinião dos utentes em 2004 com índices de satisfação também elevados mas que não se detalha devido ao tempo já decorrido. De referir no entanto que está em curso a realização dum novo estudo.

Neste momento pela legislação vigente é possível a qualquer utente dum hospital militar recorrer aos serviços de outro independentemente do ramo a que pertença. Existindo essa liberdade e não se tendo verificado nenhuma deslocação significativa de procura indiciando uma preferência, somos levados a concluir que a satisfação manifestamente assinalada no Hospital da Marinha e no Hospital Militar Principal não é muito diferente daquela existente nos outros hospitais militares pelo menos na região de Lisboa.

c. Capacidade para responder a planos de contingência

Vamos definir plano de contingência como “conjunto de medidas a serem tomadas para fazer com que a normalidade retorne plenamente, ou de forma minimamente aceitável, o mais rapidamente possível, limitando o mais possível os prejuízos”.

Não foi num horizonte de tempo considerável verificada nenhuma situação de catástrofe que pusesse á prova a eficácia desta potencialidade dos hospitais militares. Num passado recente verificaram-se no entanto duas situações que desencadearam nestas unidades planos de resposta a possíveis surtos epidémicos que felizmente se vieram a manifestar de pouca gravidade. No último conhecido como pandemia ao vírus H1N1 foram criadas condições nos hospitais da Marinha e Militar de Belém que foi equiparado a hospital de referência pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido entre outras medidas de assistência foram disponibilizados quartos com pressão negativa para isolamento e com suporte respiratório. Foram ainda criados procedimentos e meios de protecção para os profissionais de saúde e estabelecidas medidas de acção para diversos cenários que viessem a ocorrer. A circulação de alguns casos pontuais e de evolução favorável que se verificou entre os hospitais, mostrou que o desempenho plano de contingência estabelecido era eficiente.

d. Eficácia no apoio à operacionalidade militar

Podemos aqui considerar uma vertentes comum aos três ramos das Forças Armadas e que consiste na participação activa no aprontamento de forças e no apoio efectivo no teatro de operações.

Em relação ao aprontamento, os hospitais militares até ao momento têm cumprido com eficácia a missão que a legislação lhes determina (entrevistas com os Directores de Saúde da Marinha, do Exército e da Força Aérea). Desse modo disponibilizam recursos de forma mais ou menos directa para a selecção e para as inspecções periódicas e extraordinárias.



Quanto á projecção para apoio a forças verificado principalmente na cooperação com alianças de que Portugal faz parte, tem havido participação de elementos portugueses mas integrada em estruturas de outros países. A existência de capacidade portuguesa para deslocar uma missão sanitária autónoma ou de composição dominante no apoio a uma força projectada é um objectivo a considerar que irá ser analisado quando for feita referência ao modelo de Urgência Hospitalar Externa a desenvolver no HFA. O apoio sanitário às missões internacionais em que as Forças Armadas têm participado nos últimos quinze anos acentuou a necessidade de preparar adequadamente o pessoal de saúde e conduziu ao aprofundamento do conceito de Saúde Militar e à criação de uma Pós-graduação em Saúde Militar (com as áreas base de Medicina Preventiva e Saúde Pública, Medicina Tropical, Medicina em Ambiente NRBQ, Suporte Avançado de Vida) já frequentada pelos primeiros oficiais de Saúde saídos das Academias Militares e Escola Naval em 2005. Será necessário garantir que esta formação possa ser alargada a todos os oficiais e sargentos dos Serviços de Saúde dos Ramos das Forças Armadas. As necessidades de equipamento sanitário de campanha têm sido satisfeitas pelos Ramos no âmbito da preparação efectuada para as Missões, mas há que manter os conhecimentos adquiridos pelos técnicos afectos a esta área (Marques 2006:5).

Em relação ao apoio á operacionalidade militar, as especificidades dos ramos levam a que para além das vertentes referidas se tenham constituído valências próprias que exigem um suporte diferenciado do hospital correspondente. Dessa forma foi possível obter padrões de qualidade que com eficiência resolveram os problemas que em algumas áreas o quotidiano do exercício operacional suscitou quer no que respeita á prevenção quer no que respeita ao tratamento. Essas especificidades irão ser abordadas numa forma sucinta, mas minimamente desenvolvida para ser perceptível a importância dum apoio particularizado e ainda do aperfeiçoamento contínuo que o mesmo requer. Iremos abordar os exemplos mais paradigmáticos como sejam a importância para a medicina Hiperbárica e Subaquática do apoio do Hospital da Marinha, a importância para o Hospital de Campanha do Exército do apoio do Hospital Militar Principal e a importância para o Centro de Medicina Aeronáutica do apoio do Hospital da Força Aérea.



(1) O Centro de Medicina Hiperbárica e Subaquática

A medicina hiperbárica dedica-se ao estudo e tratamento de doenças susceptíveis de regredirem ou de melhorarem com a exposição dos seus portadores a elevadas pressões ambiente e de oxigénio molecular, por meio da inalação deste gás, de ar, ou de outras misturas gasosas respiráveis, no interior de compartimentos estanques hiperpressurizados, as câmaras hiperbáricas. Engloba a terapêutica hiperbárica e a oxigenoterapia hiperbárica (Sousa, 2006:905 a 922)). A terapêutica hiperbárica é utilizável relativamente ao tratamento das afecções causadas por êmbolos. A oxigenoterapia hiperbárica é um tratamento que consiste na inalação de oxigénio puro em ambiente hiperbárico, ou seja a uma pressão ambiente superior á pressão atmosférica medida ao nível do mar. É utilizável em situações em que se verifica carência de oxigénio a nível dos tecidos promovendo simultaneamente a sua cicatrização e o combate á infecção local. Este tratamento é muito importante nalgumas situações, como nas embolias gasosas vasculares e nos acidentes disbáricos de mergulho emboligenos. É também tratamento de primeira linha em contextos de abordagem terapêutica multidisciplinar, como por exemplo em certos casos de intoxicação por monóxido de carbono, nas intoxicações cianídricas, nas mionecroses clostridiais, e na cistopatia pós radica acompanhada de hematúria resistente á terapêutica convencional. Há ainda situações em que a oxigenoterapia hiperbárica não é a única forma possível de tratamento nem assume importância vital mas em que ensaios clínicos controlados têm revelado benefício. É o caso de situações infecciosas como osteomielites crónicas, situações do foro da cirurgia plástica e reconstrutiva, como viabilização de enxertos cutâneos e traumatismos das extremidades com compromisso da viabilidade do membro afectado. Há finalmente outras situações em que a oxigenoterapia hiperbárica pode ser benéfica em complemento da restante terapêutica. É o caso de patologia do foro oftalmológico como retinopatia oclusiva aguda, do foro neurológico como encefalopatias agudas hipoxicas ou isquémicas, toxicológicas como intoxicações por tetracloreto de carbono, do foro gastroenterologico como doença de Crohn. Fez-se uma exposição relativamente extensa se bem que não completa das indicações da oxigenioterapia hiperbárica a fim de ser perceptível o alcance desta possibilidade terapêutica e a multiplicidade de valências médicas com que com ela se relacionam. A actividade clínica desenvolvida ao nível da câmara hiperbárica do Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica da Marinha tem requerido o indispensável apoio da estrutura hospitalar que lhe está anexa do hospital. Tal manifesta-se na actividade clínica desenvolvida em torno do



Centro com efectuação de consultas, de prescrição de tratamentos de rotina e de urgência, pela participação em escalas de permanência e de prevenção para o tratamento das urgências, pela realização de estudos clínicos, pela selecção de candidatos ao mergulho profissional e militar e avaliação periódica do seu grau de aptidão para o desempenho das suas tarefas, pelo treino, em câmara, para o mergulho militar profundo e pela realização de testes de tolerância aos gases em ambiente hiperbárico. Também tem sido possível neste centro o desenvolvimento contínuo de acções de formação pré graduada e pós graduada destinadas a médicos a enfermeiros e a alunos da Escola Naval. Neste âmbito tem-se procedido á organização de Jornadas de Medicina Hiperbárica e Subaquática e á realização de estudos de investigação clínica apresentados em Congressos e Jornadas Médicas, nacionais e estrangeiras, e publicados em revistas periódicas médicas. Verifica-se aqui uma actividade mista dirigida ao apoio operacional específico da Marinha e nomeadamente ao mergulho e a uma vasta área de intervenção terapêutica. É de realçar o importante apoio terapêutico facultado ao sector civil, possibilitando aos hospitais civis recorrer aos serviços do Centro de Medicina Hiperbárica e Subaquática sempre que se verifiquem situações agudas ou crónicas susceptíveis de beneficiarem dos tratamentos com oxigenioterapia hiperbárica. Desde 1988 que dá resposta ás necessidades terapêuticas específicas de todos os utentes do território nacional. A sua actividade tem aumentado: 84% dos doentes tratados no ano de 2008 eram oriundos da rede hospitalar nacional (Roque 2008: 7)

(2) O Hospital de Campanha do Exército

Iniciou-se em 1981 com a criação do Hospital Cirúrgico Móvel, tendo sido adquirida uma unidade cirúrgica móvel. Presentemente o nível de ambição consiste no empenhamento continuado e sustentado de uma força de escalão batalhão em três teatros de operações em simultâneo, respeitando um a uma situação de conflito de alta intensidade e os dois restantes a missões humanitárias e de apoio á paz. É no entanto indispensável a sua participação numa força de escalão brigada em qualquer teatro de operações e para todo o espectro de missões. Com esse objectivo foi criado por despacho do General CEME de 26 de Março de 2007 o Hospital de Campanha¹³. Está inserido no Comando Operacional Permanente do Exército e integrado nas forças de apoio geral. As funções do apoio sanitário, que se propõe, obedecem aos princípios do controle, da continuidade, da conformidade, da mobilidade, da flexibilidade e da proximidade. Para o desempenho de missões no âmbito da capacidade ambicionada, de nível *Role 2E*, serão necessários para

¹³ Passando a substituir a designação anterior de Hospital Cirúrgico Móvel



além dos recursos logísticos ¹⁴um total de cento e sessenta e sete militares, aproximadamente vinte médicos, sendo dois anestesista, três cirurgiões, dois ortopedistas e um internista (Ferreira, 2006: 195 a 198) Em relação aos recursos humanos o Hospital de Campanha recebe o apoio do Hospital Militar Principal. Nesse sentido foram já criadas as equipas de emergência/trauma constituídas por um médico, um enfermeiro, um socorrista dispondo de meios de deslocação blindados e tácticos. Cada duas equipas constituem um grupo de emergência trauma e pode activar o primeiro módulo do Hospital de Campanha com capacidades de emergência de admissão e um mini bloco operatório. O nível de ambição destes grupos é estarem operacionais entre uma a três horas. Não constituem o destacamento de emergência trauma que pode ser cedido a uma brigada em esforço. O Hospital de Campanha em termos de preparação de recursos humanos exige que o Hospital Militar Principal providencie formação nos âmbitos da emergência médica, da emergência cirúrgica e da traumatologia. Para esse efeito entre outros meios dispõe o Hospital Militar Principal de simuladores médicos interactivos. Ainda no apoio operacional o Hospital Militar Principal dispõe dum centro de telemedicina com a sua unidade fixa no Hospital Militar Principal e uma unidade remota no Hospital de Campanha.

(3) O Centro de Medicina Aeronáutica

Integra a ciência médica relacionada com a aeronáutica. O Centro de Medicina Aeronáutica tem por missão principal o apoio aeromédico ao pessoal envolvido na actividade aérea de modo a serem asseguradas as melhores condições psíquicas e fisiológicas para o cumprimento da actividade operacional No que respeita á selecção incide em aspectos ligados á medicina preventiva e á medicina predictiva. Passa pelo conhecimento que envolve o ambiente em altitude (biodinâmica, pressão atmosférica, temperaturas, ruído e vibração, orientação espacial, radiação), e também das patologias que por esse ambiente podem ser agravadas ou desencadeadas e das condições físicas ou psíquicas que podem por em causa a adaptação do homem ao ambiente. Passa ainda pelo conhecimento médico em geral, especialmente das patologias e condições capazes de gerar quadros de incapacidade, agravados ou não pela actividade aérea, numa base de conhecimento epidemiológico, de forma a ser possível o estabelecimento de factores ou

¹⁴ Em 2008 foi adquirido o módulo cirúrgico com um bloco operatório e uma unidade de tratamento intensivo. Em 2009 decorreu o concurso para o módulo de admissão de triagem e reanimação e para o módulo de internamento. No ano em curso está prevista a aquisição dum módulo de imagiologia e telemedicina mais a unidade de descontaminação biológica e química. Sem prejuízo da aquisição de outro material que se entenda necessário este processo será concluído em 2016 com a inscrição e o Plano PIDAC de uma nova unidade de bloco operatório



índices de risco passíveis ou não de ser assumidos. Daqui decorre o estabelecimento de critérios de selecção para o pessoal navegante e a necessidade duma participação multidisciplinar na realização de exames médicos e psicológicos de selecção e revisão. O conhecimento especializado em áreas médicas e não médicas é exigido ao médico aeronáutico. São especialmente importantes as especialidades médicas hospitalares de Otorrinolaringologia, de Oftalmologia, de Cardiologia, de Neurologia e de Psiquiatria/Psicologia. O Centro de Medicina Aeronáutica tem por missão principal o apoio aeromédico ao pessoal envolvido na actividade aérea, de forma a serem asseguradas as melhores condições psicofisiológicas para o cumprimento da actividade operacional. Tem ainda a missão de apoiar o Hospital da Força Aérea em regime de complementaridade de acção. O contrário é igualmente verdade. A proximidade física e a formação técnica específica permite uma fácil colaboração diferenciada entre estas duas organizações da Força Aérea. No âmbito das suas competências, o Centro de Medicina Aeronáutica deve: estudar as questões relativas à Medicina Aeronáutica e actividades afins cooperando com entidades e organismos militares e civis, nos termos de acordos e convénios estabelecidos, como no caso do INAC (Instituto Nacional de Aviação Civil). Deve exercer a acção médica na selecção, controlo e recuperação do pessoal navegante e outro. Deve ainda dar apoio aeromédico a militares de outros ramos no âmbito dum serviço de utilização comum, assegurar o treino fisiológico do pessoal navegante e outro, dar colaboração aeromédica à prevenção de acidentes de voo, apoiar em pessoal e informação clínica as juntas médicas da Força Aérea, assegurar a formação técnica na área da Medicina Aeronáutica e da Enfermagem de voo ao pessoal da Força Aérea e de outras entidades e organismos através de convénios ou protocolos aprovados e promover. Deve finalmente assegurar a investigação e desenvolvimento em Medicina Aeronáutica. O Centro de Medicina Aeronáutica tem participado em diversas acções de cooperação internacional, nomeadamente recebendo oficiais médicos estrangeiros, e estabelecendo vias regulares de contacto e colaboração científica e institucional. Em termos de organização o Centro de Medicina Aeronáutica está dividido em dois grandes departamentos: o de Avaliação Aeromédica (DAAM) e o de Formação e Prevenção (DFP). O DAAM tem por missão a selecção e controlo do pessoal envolvido na actividade aérea. Aqui se integra a atribuição de licenças civis. O departamento de Formação e Prevenção tem por objectivo: No âmbito da formação em fisiologia de voo do Pessoal Navegante realizada pelo STC/CMA a realização de Estágios Básicos de Fisiologia de voo (EBFV) e refrescamentos



de Fisiologia de voo (REF). No âmbito da formação de pessoal médico e de enfermagem a organização do Curso Básico de Medicina Aeronáutica, para oficiais médicos da Força Aérea (com a duração de nove semanas em tempo completo), a colaboração com a Escola do Serviço de Saúde Militar na formação para evacuações aero médicas para sargentos e praças do serviço de saúde nomeados para missões no estrangeiro, a colaboração na formação dos enfermeiros da urgência do Hospital de S. José sobre evacuações aeromédicas. No âmbito académico a participação em reuniões científicas ligadas aos temas da Medicina Aeronáutica e evacuações aeromédicas. No âmbito da colaboração com outras estruturas do ramo, participar como membro efectivo da Comissão de Investigação de Acidentes da Força Aérea - área de factores humanos, com responsabilidade na investigação e elaboração de relatórios parcelares. Tem ainda por missão apoiar a actividade da Câmara Hipobárica. Este equipamento é único em Portugal. Permite criar condições de baixa pressão idênticas às verificadas em altitude. Dispõe de outros equipamentos indispensáveis para ministrar os cursos de fisiologia de voo básicos de refrescamento. (Duarte, 2006: 923 a 935).

e. Desempenho assistencial dos hospitais militares existentes

A fim de avaliar a produtividade dos hospitais militares, procedeu-se à comparação de dados referentes ao ano de 2008 (anuário estatístico de 2008) com dados do Hospital de S. Sebastião da Feira (HSSF) respeitantes ao mesmo ano (Relatório e contas Hospital de São Sebastião EPE 2008). Escolheu-se este hospital ¹⁵por se tratar duma referência habitualmente utilizada como o cenário de base para desenvolvimento do comparador público dos processos de lançamento de parcerias público privadas no sector da saúde (entrevista Dr. J M Mendes Ribeiro). Considerando as especificidades já referidas dos hospitais militares não foi possível uma comparação directa e estrita. É no entanto aceitável estabelecer uma análise comparativa em torno dos níveis de resultados obtidos. Iremos referir a taxa de ocupação de camas, o número de doentes saídos por cama e ainda o número de consultas por médico. Os hospitais militares (HMs) foram considerados como sendo uma única unidade. Assim no ano de 2008 a taxa de ocupação do HSSF foi de 77,9 e a dos HMs foi de 50,3. O número de doentes saídos por cama no HSSF foi de 64 e no s HMs foi de 24. O número de consultas por médico no HSSF foi de 1357 e nos HMs foi de 898. Daqui se conclui que os HMs têm uma produtividade assistencial em média inferior quando comparados com um dos melhores hospitais da rede pública do SNS. Em relação á

¹⁵ dispõe dum total de 313 camas



rentabilidade económica comparativa a apreciação torna-se difícil pela especificidade hospitalar militar já citada. Há no entanto a referir que no ano de 2008 o orçamento para os HMs totalizou 32.933.567 euros e para o HSSF foi de 68.688.955 euros. Não é assim clara que a rentabilidade económica tenha sido inferior nos Hospitais Militares. Se bem que num âmbito mais abrangente, não limitado ao funcionamento hospitalar, tem oportunidade ser referida a diferença de gastos com a saúde entre o Subsistema de Saúde Militar e o Sistema Nacional de Saúde para o ano de 2007, tendo a capitação sido inferior no primeiro.¹⁶

f. Síntese conclusiva

Foi feita uma análise sobre a actual rede hospitalar militar, incidindo sobre o desempenho assistencial, a satisfação dos utentes, a capacidade para responder a planos de contingência e a eficácia de apoio á operacionalidade militar. Concluiu-se que, genericamente a actual estrutura tem cumprido com eficácia e com eficiência a missão que a legislação lhe atribuiu. Há no entanto a referir que a produtividade no domínio assistencial é em média inferior quando considerada em conjunto e comparada com um dos melhores hospitais da rede pública. Por isso considera-se a hipótese 2, decorrente da Questão Derivada 2 parcialmente validada.

4. Conjugação de recursos para o Hospital das Forças Armadas

O Hospital das Forças Armadas em termos de organização deve inserir-se na legislação vigente recentemente publicada e já referenciada e em termos funcionais deve ter condições para garantir cuidados de nível 4 nos critérios da OTAN ou aceitando algum paralelismo deve ser equiparável a um hospital central português. Como tal deve reunir valências e serviços que pela sua sofisticação, pelo grau de tecnologia e de apoio e ainda pela complexidade de patologias a que respondem só se justificam a nível central (Calixto 2006: 3-17). A abordagem deste capítulo será assim efectuada em duas partes: A organização interna do Hospital e as capacidades técnicas de actuação.

a. Organização interna do Hospital das Forças Armadas

Conforme a orientação contida no nº14 da Resolução do Conselho de Ministros nº 39/2008 são de considerar separadamente os pólos hospitalares do Porto e de Lisboa. A assimetria de infra estruturas é à partida muito acentuada, exigindo o de Lisboa pela sua complexidade e dimensão um mais elevado nível de esforço na integração comparativamente com o núcleo do Porto que consiste numa única infraestrutura. De

¹⁶ Capitação SNS 940, capitação Saúde Militar 802, capitação ADSE 732



acordo com a realidade existente iremos subdividir o pólo hospitalar de Lisboa em quatro núcleos correspondentes às unidades hospitalares aí existentes. A organização interna hospitalar militar no âmbito do nº13 da Resolução acima referenciada deverá ser concebida coordenada e acompanhada por um órgão colegial a criar na dependência do Ministro da Defesa Nacional. Actualmente numa tarefa com estas características deve ser tido em conta para além das condicionantes militares o contexto evolutivo e a experiência da reorganização hospitalar portuguesa civil verificada nos últimos tempos. A organização tradicional dos Serviços de Acção Médica nos hospitais em Portugal efectuou-se numa estrutura hierárquica baseada essencialmente nos méritos e na qualificação profissional dos médicos. Tendo como suporte a legislação das carreiras, construiu-se uma estrutura organizacional tendo como unidades os Serviços, que ao longo dos tempos se foram subdividindo e diferenciado, adaptando-se à evolução tecnológica e às necessidades crescentes de conhecimento e de técnicas de intervenção. Esta diferenciação crescente levou à instalação de serviços de Especialidade e dentro destes, a áreas de sub-especialidade progressivamente mais restritas no seu campo de acção. O risco da perda de noção da globalidade da problemática da saúde e da doença, foi esbatido pela continuidade de grandes especialidades aglutinadoras. Esta evolução criou núcleos consumidores de recursos financeiros relacionados com os custos da tecnologia instalada, com a diferenciação crescente dos profissionais e com as necessidades crescentes de profissionais com formações diversas. A gestão destes recursos tornou-se um problema crescente gerando-se a necessidade de tornar mais flexíveis os mecanismos administrativos de compras e de contratação de serviços. Nasceram os Hospitais SA, visando dar às estruturas hospitalares a flexibilidade administrativa de que necessitavam para fazer face às novas realidades das organizações hospitalares. As SAs passaram a EPEs retirando o pendente negocial que estas estruturas aparentavam ter. Esta nova designação espelha melhor a realidade. Faculta mecanismos flexíveis de gestão dos recursos, continuando a garantir a segurança que é uma prerrogativa do Estado. Com esta mudança, considerando a escassez crescente dos recursos, surgiram novos modelos organizacionais da Gestão do trabalho dos Serviços de Acção Médica, visando rentabilizar os recursos instalados. A crescente preocupação com uma prática médica menos fragmentada nas especialidades e sub-especialidades, tentando proporcionar um tratamento integral, veio de encontro às necessidades da gestão. Um dos modelos preconizados para ultrapassar aquelas dificuldades, foi a associação em departamentos de serviços que tinham alguma afinidade



na sua intervenção, com vista à produção de serviços no mínimo de igual qualidade a custos inferiores. A prática deste modelo nem sempre respondeu às expectativas que foram criadas. Muitas críticas mais ou menos fundamentadas têm sido feitas. A evolução dos novos modelos de gestão é no entanto incontornável na concepção da nova unidade hospitalar que se pretende criar. Ainda no que respeita ao Hospital das Forças Armadas há que ter em conta a necessária articulação entre a diferenciação técnica e a hierarquia militar e dentro desta á coabitação entre os Ramos. Neste domínio existem noutros países diversas experiências. A mobilidade dos recursos humanos de acordo com programações e previsões prévias adequadas, aparecem no entanto como a postura mais adequada

b. Capacidades do Hospital das forças Armadas

O Hospital das Forças Armadas na observância do nº12 da Resolução do Conselho de Ministros nº39/2008 deverá dispor de meios que lhe permitam garantir com base na doutrina da Aliança Atlântica, a prontidão das forças, a recuperação rápida de militares e o apoio às operações.

As capacidades dos hospitais militares em 2008 em termos de recursos humanos e em termos logísticos era a seguinte: Em termos globais dispunha de 531 médicos entre militares e civis dos quais 102 na Marinha, 305 no Exército e 124 na Força Aérea. Em termos de camas de internamento considerando a lotação praticada dispunha de um total de 599 com a seguinte repartição: No Hospital da Marinha 102 camas, nos hospitais do Exército 406 camas (das quais 174 camas no Hospital Militar Principal) e no Hospital da Força Aérea 91 camas

Com base na proposta de estrutura hospitalar apresentada pelo Grupo de Trabalho criado pelo Despacho nº393/2006, podemos apresentar os modelos que se seguem para os núcleos hospitalares de Lisboa e do Porto e duma forma forçosamente genérica o modo como a estrutura existente atrás referida se pode com ela conjugar.

(1) Pólo Hospitalar de Lisboa

Relativamente às capacidades do núcleo de Lisboa o nível de diferenciação dos diversos núcleos será variável de acordo com as especificidades do ramo cuja operacionalidade apoiam e com a conjuntura global do HFA, onde se integram, devendo num dos núcleos existir diferenciação de nível 4 (OTAN) correspondendo a uma unidade de muito elevada tecnologia com condições para aplicar conhecimento médico de alta diferenciação. Os restantes núcleos hospitalares deverão garantir cuidados de nível 3 (OTAN), devendo também dispor de meios que lhes permitam apoiar a operacionalidade específica de cada



ramo que requeira participação hospitalar conforme já referido: Hospital de Campanha, Medicina Aeronáutica, Medicina Hiperbárica. No apoio á operacionalidade dos respectivos ramos deverão ainda contribuir para assegurar para o respectivo ramo a Medicina Preventiva Global que constitui a estrutura básica da Saúde Militar e garante da operacionalidade. A Medicina Preventiva integra a inspecção médica inicial aos candidatos, os exames médicos periódicos e a definição e implementação das medidas profiláticas em saúde. Para o efeito deverá dispor de especialidades imprescindíveis nas actividades de selecção e revisão indispensáveis á operacionalidade dos ramos: Cardiologia, Estomatologia, Medicina Geral, Neurologia, Oftalmologia, ORL e Psiquiatria. Os núcleos hospitalares deverão ainda dispor de especialidades complementares de diagnóstico e terapêutica que apoiem a sua actividade assistencial para as Forças Armadas e para o sector civil com o qual venham a ser estabelecidos convénios no sentido duma maior rentabilização: Imagiologia, Patologia clínica e Medicina Física e de Reabilitação. Os núcleos hospitalares além de garantirem a missão prioritária no âmbito da Medicina Preventiva e da Medicina Curativa geram capacidade sobrança que deverá continuar a ser utilizada pelos militares reformados, pelos deficientes das forças Armadas, pelos familiares beneficiários da ADM e por beneficiários de outros sistemas de saúde. Deverá no entanto estar sempre claramente presente que a duplicação de serviços em vários núcleos só deverá permanecer se objectivamente se verificar a sua utilidade e rentabilidade. A conjugação de esforços para obviar a duplicações inúteis e o desenvolvimento de serviços de utilização comum são pedras angulares do modelo que se pretende desenvolver

O pólo hospitalar das Forças Armadas de Lisboa deverá dispor das seguintes unidades: Unidade de Doentes Agudos, Unidade de Cuidados Prolongados, e Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo. Estas Unidades podem ou não estar aglutinadas no mesmo núcleo de acordo com o que for considerado mais eficiente e vantajoso para a unidade de comando que é comum a todos.

Torna-se ainda indispensável para o bom funcionamento hospitalar e simultaneamente para tirar partido da mais valia gerada no âmbito da gestão do conhecimento, o ensino pré e pós graduado.

.Unidade de Doentes Agudos

Deverá integrar parcialmente um pólo hospitalar com diferenciação de nível 4 (OTAN). Terá as seguintes áreas: ambulatório, internamento e serviços de apoio.

-Área de ambulatório



Urgência externa

Representa um serviço de grande relevo. Assume uma importância crucial em qualquer hospital que a disponibilize. O seu bom funcionamento irá constituir uma considerável mais valia no apoio destinado a servir uma população de cerca de 150 000 indivíduos constituída por militares e familiares. No caso do hospital das Forças Armadas tem ainda a atribuição adicional importantíssima de manter permanentemente operacionais equipas mistas, potencialmente destacáveis para territórios de catástrofe ou de conflito no âmbito do apoio logístico a Forças Destacadas. Para ele deverão concorrer médicos dos três ramos das especialidades consideradas com maior importância operacional: Anestesiologia/Reanimação, Cirurgia Geral, Medicina Interna, Ortopedia e possivelmente de Neurocirurgia e Psiquiatria (entrevista Leonel Clerc). Também os médicos dos três ramos das Forças Armadas das especialidades consideradas com maior importância assistencial complementar deverão participar em equipas de urgência assegurando nomeadamente a ligação com os serviços de internamento existentes no núcleo da urgência e nos restantes núcleos hospitalares militares: Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Hematologia, Imunoalergologia, Infeciologia, Nefrologia, Oncologia, Pneumologia, Reumatologia e Urologia. A Urgência externa é um serviço de Atendimento Permanente (24 horas/dia) que deverá funcionar num núcleo hospitalar com elevada diferenciação e com uma casuística de situações agudas de acidente e catástrofe que permitam o treino permanente de elementos dos três ramos das Forças Armadas destacáveis para teatro de operações. Deverá ainda dispor dum quadro permanente que assegure a regular prestação do serviço após os referidos destacamentos.

Urgência interna

Constitui um serviço obrigatoriamente existente em cada núcleo hospitalar de acordo com a capacidade existente.

Cirurgia de ambulatório

Poderá estar localizado num ou mais núcleos hospitalares conforme o modelo de gestão definido e nomeadamente com a possível colaboração com o Serviço Nacional de Saúde (Planos no combate às listas de espera)

Consulta externa

Poderá estar localizada em qualquer dos núcleos hospitalares de acordo com o modelo de gestão definido. Do mesmo modo que a cirurgia do ambulatório poderá além de militares



no activo e de beneficiários da ADM estar disponível para atendimento da população civil de acordo com a área de residência ou referenciação médica justificada.

Centro Militar de Medicina Preventiva (CMMP)

Tem por finalidade executar intervenções no domínio da epidemiologia, despiste, profilaxia e controlo de doenças infecto contagiosas e nomeadamente da tuberculose, da hepatite B e do Síndrome da imuno deficiência adquirida. Procede ao registo de dados epidemiológicos e coordena com outros Serviços de Saúde protocolos de tratamento.

Poderá permanecer integrado no núcleo hospitalar de Belém. Pode também continuar a complementaridade á assistência aos militares, quando da realização de missões internacionais.

Hospital de Dia

-Área de internamento

Constituída por três Departamentos (departamento de especialidades médicas, departamento de especialidades cirúrgicas e departamento de Psiquiatria e de Saúde mental) e uma Unidade de Cuidados Intensivos

Departamento de especialidades médicas

Deve ter capacidade para internamento de doentes de todas as especialidades médicas. Poderão ser distribuídos por qualquer um dos núcleos hospitalares de acordo com o programa de racionalização da rede hospitalar militar com atribuição de vocações, tornando-se indispensável a já referida existência dum núcleo de nível 4 para abranger todo o universo pretendido.

Departamento de especialidades cirúrgicas

Deve ter capacidade para internamento de doentes de todas as especialidades cirúrgicas. A distribuição poderá também ser feita de acordo com vocações por qualquer um dos núcleos que tenha competência para a situação clínica concreta, mas também sendo indispensável a existência dum núcleo hospitalar de nível 4 para a abrangência ser completa. É importante considerar algumas especificidades em termos de recursos humanos. Assim por exemplo um serviço de queimados em funcionamento requer um quadro médico de oito elementos diferenciados disponíveis para assegurar 24 horas de cobertura por dia e um quadro de enfermagem também especializado. Um serviço de Neurocirurgia em funcionamento requer um quadro médico de treze elementos com disponibilidade para também rotativamente poderem assegurar 24 horas de cobertura.



Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Deve ter capacidade para internamento de doentes em fase aguda de doença psiquiátrica. Tem especificidade própria sendo necessário de acordo com o programa de racionalização da rede hospitalar militar definir o seu espaço físico apropriado, estabelecer a conjugação com a consulta externa e com uma área de dia e ainda estabelecer a articulação com estruturas de apoio psiquiátrico a doentes crónicos.

Unidade de Cuidados Intensivos

Deverá ter capacidade para dar resposta a todas as situações. Por isso e sem prejuízo de poderem ser utilizadas as unidades existentes em qualquer dos núcleos hospitalares deverá situar-se a mais diferenciada no núcleo de nível 4.

.Área de serviços de apoio á actividade clínica

É constituída pelos meios complementares de Diagnóstico e Terapêutica e pela Farmácia. Os meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica que obrigatoriamente devem existir em núcleos hospitalares em funcionamento são: Serviço de Patologia Clínica, Serviço de Imagiologia e Serviço de Medicina Física e Reabilitação. O seu funcionamento para o exterior e os novos meios existentes para a sua rentabilização como por exemplo a Teleradiologia são possibilidades a considerar no estudo de rentabilidade a efectuar pelo Hospital das Forças Armadas. Os serviços de Anatomia Patológica de Medicina Nuclear e de Medicina Transfusional são SUCs podem estar sedeados num único pólo

. Unidade de Cuidados Prolongados

Podendo funcionar nos núcleos hospitalares que tenham capacidade para dar resposta a doentes portadores de doença crónica, do foro médico ou do foro cirúrgico ou que necessitem de continuidade de cuidados. Neste âmbito a melhoria do acesso e a redução da permanência de doentes crónicos em hospital de agudos, trazem benefícios para a população em geral, na qual se incluem os militares e seus familiares. Tem sido providenciada, através dos Centros de Apoio Social que dispõem de cuidados continuados (Oeiras, Runa e, mais recentemente, Porto), o que constitui uma mais valia para os militares e familiares com direito a ADM (Alfarroba 2007:38). Nesse sentido a disponibilidade de vagas de internamento em unidades hospitalares poderia funcionar como um complemento válido. A concentração e coordenação de recursos será a todo o momento revista de acordo com os critérios de melhor desempenho e rentabilidade. Os referidos núcleos deverão ter capacidade para realizar exames complementares de diagnóstico e terapêutica e de Fisiatria.



Esta Unidade tem as seguintes áreas:

- Internamento no âmbito da continuidade de cuidados, no âmbito de patologia infecciosa, no âmbito de patologia respiratória, no âmbito de patologia oncológica e no âmbito de patologia nefrológica.
- Consulta externa de pneumologia, nefrologia, oncologia médica e infecciologia.
- Hospital de Dia de Hemato-Oncologia que pode permanecer sediado no pólo hospitalar de Belém
- Hemodiálise que pode permanecer no pólo hospitalar da Estrela onde já constitui um serviço de utilização comum

.Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicoddependência e Alcoolismo

Já existente e a funcionar no Alfeite preservando a sua capacidade de assegurar o tratamento da dependência alcoólica e de outras drogas, na área da reabilitação psicológica e social. Tem como competências:

- Reabilitar psicológica e socialmente os casos identificados após desintoxicação hospitalar:
- Apoiar a sua inserção sócio laboral;
- Formar operadores de prevenção para actuação no meio laboral
- Promover o ensino pós graduado a técnicos de saúde e outros

Esta unidade a funcionar com o apoio em recursos humanos e em internamento pelo núcleo hospitalar da Marinha pode prosseguir o seu desenvolvimento neste contexto sendo alternativas sempre a considerar pelo Hospital das Forças Armadas de acordo com a evolução

(2) Pólo Hospitalar do Porto

De acordo com a orientação contida na alínea a) do artigo 13º da resolução 39/2008 do Conselho de Ministros deverá ser mantido e valorizado. Deverá garantir cuidados de nível 3 (OTAN). Por ser uma unidade hospitalar única não se põe o problema da integração. A sua actividade assistencial é complementarizada com os Hospitais Centrais do Porto.

Deverá ter uma área de Internamento, uma área uma área de Ambulatório, uma área de Serviços de Apoio Clínico e uma área de Serviços de Apoio Geral

. Área de Ambulatório

Consulta Externa, Urgência Interna, Urgência Externa e Hospital de Dia

. Área de Internamento

Departamento de especialidades médicas e Departamento de especialidades cirúrgicas

. Área de Serviços de Apoio Clínico



Farmácia

Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica: Serviço de Imagiologia, Serviço de Patologia Clínica, Serviço de Anatomia Patológica, Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Serviço de Medicina transfusional, Técnicas e Exames Especiais

. Área de serviços de Apoio Geral.

c. Síntese conclusiva

Idealizou-se um modelo de Hospital das Forças Armadas completo com dimensões diferentes para o pólo de Lisboa e para o pólo do Porto. Relativamente ao pólo de Lisboa de maiores dimensões e com múltiplos núcleos hospitalares abordou-se numa forma genérica a sua integração. Desse exercício ressaltam duas constatações

-A incapacidade actual de disponibilizar uma urgência de referência para dar resposta efectiva às necessidades da população que serve e também de promover treino adequado à obtenção duma capacidade logística sanitária autónoma projectável.

- A necessidade de promover uma maior interoperabilidade até agora limitada pela inexistência duma orientação comum

Concluiu-se que o nível de ambição do Hospital das Forças Armadas deve ser superior ao actualmente existente no conjunto da rede hospitalar militar, sendo necessário colmatar algumas insuficiências existentes. Fica assim validada a hipótese decorrente da Questão Derivada 3



5. Estratégia a adoptar para alcançar o modelo desejável de Hospital das Forças Armadas

Conforme já referido de acordo com a realidade hospitalar militar existente, com excepção do Hospital Militar Regional nº1 do Porto, todas as outras estruturas hospitalares cuja articulação vai contribuir para a constituição do Hospital das Forças Armadas se situam na área metropolitana de Lisboa. De forma a obter uma racionalização de recursos com o objectivo duma maior rentabilidade desse núcleo hospitalar de Lisboa, torna-se necessária a fusão de valências repetidas em dois ou mais pólos. Tal deve verificar-se duma forma flexível desde que se demonstre mais vantajoso para a rentabilidade do HFA e desde que não comprometa o apoio á operacionalidade dos ramos nem a cooperação dos pólos com o sistema assistencial civil. Esta cooperação tem todo o cabimento no contexto da maior rentabilização que se pretende. Outra situação que requer solução é a das valências inexistentes ou insuficientes no conjunto dos pólos hospitalares, sendo a de maior relevância a Urgência. O serviço de urgência/24horas até agora providenciado pelo Hospital da Estrela tem um número médio baixo de atendimentos por ano decorrente da população reduzida que serve. Essa realidade e o facto de não proporcionar treino eficaz aos seus profissionais¹⁷, não justificam o esforço na sua preservação. O serviço de Urgências do Hospital das Forças Armadas deverá estar integrado num serviço de Urgências Civil de grande dimensão. Nesse sentido o Centro Hospitalar de Lisboa Central por ser um hospital com grande movimento no domínio da emergência/catástrofe,¹⁸ por estar em vias de remodelação com construção dum edificio novo (hospital novo) com todas as condições nomeadamente de acesso¹⁹ e por ter mostrado interesse numa cooperação com as FFAA (entrevista com o conselho Administrativo do Centro Hospitalar de Lisboa Central) afigura-se como a alternativa mais ajustada para constituir uma parceria com o HFA. Á nova unidade hospitalar projectada foi previsto atribuir a designação de Hospital

¹⁷ Assegurado por urgências de maior dimensão existentes em Lisboa

¹⁸ No ano de 2009 o Centro Hospitalar de Lisboa Central atendeu 152.680 situações de Urgência. No mesmo ano no mesmo espaço metropolitano a Urgência Hospitalar Militar no Hospital da Estrela atendeu 18.861 situações de urgência

¹⁹ Na resolução do Conselho de Ministros de 20 de Dezembro de 2007 é referido que a construção do Hospital de Todos-os-Santos vai constituir uma alavanca para todo processo de reordenamento hospitalar que tem sido desenvolvido pelo ministério da Saúde, na cidade e na região de Lisboa e reagrupar num hospital de muito alta tecnologia os recursos que hoje se dispersam por estabelecimentos com graves limitações funcionais e de difícil acesso



de Todos os Santos. ²⁰Tal nome foi contestado com suporte legal o que para esta análise é irrelevante.

Do conjunto de diplomas normativos recentemente aprovados decorre que ás direcções dos hospitais da responsabilidade dos ramos se vai sobrepor a autoridade da direcção designada pelo CEMGFA num contexto de colaboração e optimização de recursos. Constitui-se portanto uma "interface" CEMGFA/Ramos cujo bom funcionamento é a chave para o êxito da integração hospitalar militar. A solução que deverá ser posta em prática, sujeita naturalmente a modificações ou aperfeiçoamentos que se venham a revelar necessários parece ser a seguinte: No organigrama das unidades hospitalares o responsável pela unidade operacional anexa ao hospital antigamente pertencente ao ramo, passar a acumular com o cargo de sub director desse hospital agora pólo hospitalar do HFA. Haverá assim um Director do Hospital das Forças Armadas e um Subdirector para cada pólo hospitalar. Os actuais hospitais militares existentes: Hospital de Marinha, Hospital Militar Principal, Hospital de Belém, Hospital Militar Regional 1 (Porto) e Hospital da Força Aérea ficarão sobre a directa responsabilidade de Subdirectores propostos pelos respectivos ramos e aceites pelo Director do Hospital das Forças Armadas. Este figurino de hospital multinuclear irá posteriormente evoluir no médio prazo no sentido duma maior eficácia de desempenho naquilo que a doutrina designa por redimensionamento da estrutura hospitalar militar, através da sua concentração. No curto prazo irá ser posto em funcionamento com os meios disponíveis procurando racionalizar e concentrar valências médicas e capacidades, constituindo serviços de utilização comum. A orientação geral e coordenação ficam sobre a responsabilidade do Director do Hospital, nomeado pelo Ministro da Defesa, por proposta do CEMGFA. Tratando-se de um médico Oficial General, a exemplo do já existente noutras estruturas militares dependentes directamente do CEMGFA deveria rotativamente pertencer a um dos ramos. Emerge como essencial em qualquer hospital a figura do Director Clínico. É um elemento indispensável para avaliar o desempenho dos serviços assistenciais entre si e por comparação com os objectivos traçados e as directivas definidas pelo Director (Macedo). Caso o cargo de Director Clínico fosse atribuído a um militar deverá, como se verifica nas outras unidades militares com participação mista, ser atribuído a um oficial médico dum ramo diferente.

Conforme ainda determinado proceder-se-ia á extinção do Hospital Militar Regional 2, promover-se-ia a valorização do Hospital Militar Regional 1 (Porto), e iniciar-se-ia de

²⁰ O custo público de construção sem equipamento médico foi estimado em 432 milhões de euros



imediatamente a racionalização dos meios existentes nos hospitais militares da área de Lisboa no espírito da doutrina definida. Para superar as capacidades em falta e para proporcionar treino permanente no âmbito da Urgência a equipas sanitárias militares projectáveis um dos núcleos do Hospital das Forças Armadas constituir-se-ia no Centro Hospitalar de Lisboa Central. As características desta unidade e nomeadamente a sua dimensão, a sua experiência e o facto de estar em processo de transformação e modernização tornam-na particularmente propícia a esta integração. Acresce a isso o facto já referido do seu órgão representativo ter demonstrado interesse e disponibilidade nesse sentido (entrevista CA do Centro Hospitalar de Lisboa Central) e a legislação dessa entidade ser permeável a essa colaboração ²¹

a. Síntese conclusiva

No Hospital das Forças Armadas a progressiva melhoria da relação custo/eficácia é alcançável na região metropolitana de Lisboa através da criação duma eficiente interface entre a responsabilidade assistencial e a responsabilidade operacional em cada unidade hospitalar e através duma instituída permanente cooperação entre as unidades hospitalares militares e unidades hospitalares civis. Fica assim validada a hipótese decorrente da Questão Derivada 4.

6. Conclusões

Duma forma esquemática, podemos dizer que a primeira hipótese confirmada corresponde ao capítulo 2 demonstra a existência de denominadores comuns na experiência de reformas hospitalares militares ocorridas noutros países. A segunda hipótese parcialmente confirmada que corresponde ao capítulo 3, dá a perspectiva dos meios existentes em termos de infra estruturas hospitalares militares, respectivos recursos e desempenho. Demonstra-se que os actuais hospitais militares estão bem equipados, têm boa aceitação pelos utentes, cumprem com eficácia a missão que lhes está atribuída nomeadamente no apoio á operacionalidade, mas demonstram limitação na produtividade. A terceira hipótese confirmada, corresponde ao capítulo 4. Duma forma genérica aborda a integração das estruturas anteriormente descritas deixando a descoberto as lacunas existentes. A quarta hipótese também confirmada corresponde ao capítulo 5. Indica-nos a orientação a seguir para alcançar o fim a que nos propomos com os meios de que dispomos. A quarta hipótese constitui pois a estratégia a seguir e os seus componentes são os contributos assinalados no título deste trabalho, listados no capítulo seguinte, apresentados como recomendações e

²¹ Regulamento interno do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Cap II artº8º



que dão resposta á questão central “ **Orientações que devem ser adoptadas de modo a garantir que o desempenho do Hospital das Forças Armadas constitua um valor acrescentado relativamente à realidade hospitalar militar existente**”.

7. Recomendações (contributos para o modelo)

- a. Concentração da valência de urgência externa hospitalar militar na área metropolitana de Lisboa no actual Centro Hospitalar de Lisboa Central, que passaria a constituir um dos pólos do hospital das Forças Armadas. Integração nessa valência da actividade de urgência hospitalar dos recursos humanos militares afectos ás especialidades de Cirurgia Geral, de Ortopedia, de Anestesiologia, de Medicina Interna.
 - b. Funcionamento no CHLC de todas as valências hospitalares inexistentes ou existentes de forma não viável nas actuais unidades hospitalares militares
 - c. Maior abertura das unidades hospitalares ao mundo civil através da celebração de convénios e após prévio estudo de viabilidade, á semelhança do que já tem sido feito
 - d. Nomeação como sub directores das unidades hospitalares existentes no Pólo Hospitalar de Lisboa dos responsáveis operacionais das unidades sanitárias que lhe estão adstritas. Seriam designados pelos respectivos Ramos e passariam a acumular as funções.
 - e. Nomeação como subdirector do responsável pelo Pólo Hospitalar do Porto.
 - f. Criação do cargo de Director Clínico do HFA e sua subordinação ao Director do HFA
 - g. Desenvolvimento progressivo da concentração de valências actualmente dispersas nos pólos hospitalares da região metropolitana de Lisboa de acordo com padrões de eficácia e de eficiência, sem prejuízo do apoio á actividade operacional das Forças Armadas e após uma avaliação da realidade e das potencialidades existentes
 - h. Caso as carreiras médicas se mantenham separadas por ramos exigência de rotatividade entre os mesmos do cargo de Director do Hospital das Forças Armadas, e de Director Clínico, devendo os mesmos nunca coincidir dentro do mesmo ramo.
-



GLOSSÁRIO DE CONCEITOS

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

Competências- Conjunto de conhecimentos, capacidades de realização e comportamentos necessários para o desempenho eficiente e eficaz , adequado ao exercício das respectivas funções

Doentes saídos/cama- Relação entre o número de doentes saídos e as camas de um estabelecimento de saúde ou serviço. Calcula-se pelo coeficiente entre o número de doentes saídos num determinado período (normalmente um ano) e as camas (lotação praticada) do estabelecimento hospitalar ou serviço, nesse período

Emergência médica- Situação clínica de instalação súbita onde se verifica risco de compromisso de uma ou mais funções vitais

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

Hospital Parte integrante de uma organização médica e social cuja função básica consiste em proporcionar á população assistência médica sanitária completa, tanto curativa como preventiva sob quaisquer regime de atendimento inclusive o domiciliário, cujos serviços externos irradiam até ao âmbito familiar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

(www.urcamp.tche.br/hospital/historico.html).

Plano de contingência- Conjunto de medidas a serem tomadas para fazer com que a normalidade retorne plenamente, ou de forma minimamente aceitável, o mais rapidamente possível, limitando o mais possível os prejuízos

Saúde - Estado de completo bem estar físico, psíquico e social e não apenas a ausência de enfermidade ou doença. Definição da OMS



Serviço Nacional de Saúde - Rede de órgãos e serviços prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população, através da qual o Estado salvaguarda o direito á protecção da saúde.

Serviço de Utilização Comum- Entidade especializada que tem por missão a prestação de cuidados da sua diferenciação a todos os militares das Forças Armadas e ainda disponibilizar a sua capacidade sobranete para o serviço de outros utentes a definir. Está localizado no estabelecimento de saúde de um dos Ramos:

Marinha-Medicina hiperbárica e UTITA

Exército- Serviços de Hemodiálise , Imuno-hemoterapia e Infeciologia

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

Sistema de Saúde Militar- Conjunto de entidades que interagem para a realização dos objectivos da Saúde Militar

Urgência médica- Situação clínica de instalação súbita onde se verifica falência de uma ou mais funções vitais

Taxa de ocupação- Exprime em termos percentuais o número da camas hospitalares por cada 100 que estiveram ocupadas durante um determinado período (um ano em geral). É dada pela razão entre os dias de internamento e a capacidade de internamento (lotação do hospital ou serviço) multiplicada por 365 dias

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



BIBLIOGRAFIA

a. Livros , revistas.

ALFARROBA E.C.S (2008) *A reforma em curso do Serviço Nacional de Saúde e as suas repercussões no Sistema de Saúde Militar*. TILP do CPOG 2006/07, Lisboa IESM

SOUSA J.A (2006).*A medicina hiperbárica. Uma especificidade da medicina naval* .Revista Militar, nº8/9

MARQUES J N (2006). *Organização dos Serviços de Saúde Militares: uma visão actual*. Revista Militar, nº8/9

CALIXTO M.M.P. (2006) *Integração dos Hospitais Militares*,TILT do CPOG 2005/06, Lisboa, IESM.

DUARTE, J, CORREIA,R,SILVEIRA,S (2006). *Medicina Aeronáutica: Uma componente aérea da Saúde Militar*.Revista Militar, nº8/9

MACEDO N, Macedo V, *Gestão hospitalar,manual prático*. Lidel. Edições técnicas. Março 2005

FERREIRA, J J B (2006). *O Serviço de Saúde Militar no principio do século XXI em Portugal*. Separata do XVI Colóquio de História Militar. Lisboa. ed. Comissão Portuguesa de História Militar.

b. Outros documentos

Grupo de trabalho criado pelo despacho conjunto nº 393/2006, de 15 de Maio de 2006, dos ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Defesa Nacional - Reforma do sistema de saúde Militar - Relatório. Fevereiro de 2007

Regulamento interno do Centro Hospitalar de Lisboa central, EPE

Anuário Estatístico da defesa Nacional 2008

Relatório e contas Hospital de São Sebastião EPE 2008.

c. Legislação

Despacho nº15/MDM/93

Despacho nº182/MDM/94 de 19 de Dezembro



Despacho nº188/MDM/95 de 31 de Julho - *Criação dos serviços de utilização Comum*

Despacho nº21/MDM/96

Despacho conjunto n393/06 de 15 de Maio dos Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Defesa Nacional

Resolução do Conselho de Ministros nº39/2008 de 28 de Fevereiro

Lei Orgânica nº1-A/2009 de 7 de Julho da Assembleia da República

Decreto- Lei Regulamentar 231/2009 de 15 de Setembro do Exército

Decreto- Lei Regulamentar 232/2009 de 15 de Setembro da Força Aérea

Decreto- Lei Regulamentar 233/2009 de 15 de Setembro da Marinha

Lei nº 56/79 de 15 de Setembro. *Criação do Serviço Nacional de Saúde*

Decreto-Lei Regulamentar 37/94 de 1 de Setembro

Decreto-Lei Regulamentar 75/07 de 3 de Julho

Decreto-Lei orgânico nº51/93 de 26 de Fevereiro

d. Sítios na Internet

www.mde.es

www.tribunamedicapress.pt/nacional-1/18991

www.urcamp.tche.br/hospital/historico.html