

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

2014/2015



TII

**COMO TRANSFORMAR O HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS NUM
HOSPITAL DE EXCELÊNCIA**

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



INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES

**COMO TRANSFORMAR O HOSPITAL DAS FORÇAS
ARMADAS NUM HOSPITAL DE EXCELÊNCIA**

COR/MED Manuel dos Santos Domingos

Trabalho de Investigação Individual do CPOG 2014/2015

Pedrouços 2015



INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES

COMO TRANSFORMAR O HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS NUM HOSPITAL DE EXCELÊNCIA

COR/MED Manuel dos Santos Domingos

Trabalho de Investigação Individual do CPOG 2014/2015

Orientador: COR TIR ART José Luís de Sousa Dias Gonçalves

Pedrouços 2015



1. Agradecimentos

A TODOS os que fazem parte destas datas

30 de Agosto de 1959

19 de Outubro de 1984

12 de Maio de 1985

9 de Junho de 1988

2 de Abril de 1990

28 de Agosto de 1990

3 de Novembro de 2014



Índice

1. Agradecimentos	ii
Introdução	1
2. Os Hospitais Militares desde a fundação de Portugal ao Hospital das Forças Armadas ..	7
a. Antecedentes históricos do Hospital das Forças Armadas	7
(1) Reais Hospitais Militares em Portugal (1640-1834).....	7
(2) Hospital da Marinha	8
(3) Hospitais do Exército	9
(4) Hospital da Força Aérea	9
b. Criação do Hospital das Forças Armadas	9
(1) Antecedentes legislativos do Hospital das Forças Armadas	10
(2) Intervenção do Poder Político nos Hospitais Militares	10
c. As Infraestruturas do Hospital das Forças Armadas.....	11
(1) O edifício do Hospital das Forças Armadas.....	11
(2) Camas de internamento do Hospital das Forças Armadas	12
(3) Gabinetes de consulta.....	15
(4) Serviço de Cardiologia	15
(5) Imagiologia.....	16
(6) Fisiatria.....	16
(7) Unidade de Cuidados Intensivos	16
(8) Unidade de Hemodiálise	17
d. Síntese conclusiva.....	18
3. Departamento de Ambulatório do Hospital das Forças Armadas.....	20
a. Acesso dos beneficiários ao Departamento de Ambulatório	20
b. Consulta Externa Hospitalar do Hospital das Forças Armadas	21
(1) Modelo de acesso à Consulta externa Hospitalar.....	21
(2) Modelo para a Consulta Externa do Hospital das Forças Armadas	23
c. Cirurgia de ambulatório	24
d. Síntese conclusiva.....	25



4. Departamento de Cuidados Críticos do Hospital das Forças Armadas	27
a. Serviço de Urgência do Hospital das Forças Armadas.....	27
(1) Princípios gerais dos Serviços de Urgência	27
(2) Definição de urgência e emergência	27
(3) Modelos organizativos das equipas dos Serviços de Urgência	27
(4) Perfil do médico do Serviço de Urgência.....	28
(5) Formação e competências do médico das urgências.....	29
(6) Modelo organizativo dos Serviços de Urgência.....	29
(7) Caracterização do Serviço de Urgência do HFAR.....	30
(8) Proposta para o atual Serviço de Urgência do Hospital das Forças Armadas	30
(9) Futuro para o Serviço de Urgência do Hospital das Forças Armadas....	31
(10) Serviço de Medicina Hiperbárica	31
b. Unidade de Cuidados Intensivos	31
(1) Serviço de Medicina Intensiva	32
(2) Definição de Medicina Intensiva.....	32
(3) Caracterização das Unidades de Cuidados Intensivos	33
(4) Formação em Medicina Intensiva	34
(5) Dimensionamento das Unidades de Cuidados Intensivos.....	36
c. Unidade de Cuidados Intermédios.....	36
d. Proposta para um Serviço de Medicina Intensiva no Hospital das Forças Armadas	37
.....	37
e. Síntese Conclusiva.....	37
5. Departamentos de Internamento do Hospital das Forças Armadas	39
a. Departamento de Medicina.....	40
(1) Serviço de Medicina Interna do Hospital das Forças Armadas	40
b. Departamento Cirúrgico do Hospital das Forças Armadas	43
c. Síntese conclusiva.....	43
6. Contributos para a excelência do Hospital das Forças Armadas	45
a. Hospitais do Serviço Nacional de Saúde	45



(1)	Organização da rede dos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde.	45
(2)	Acreditação dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.....	48
b.	Hospitais Militares de Países amigos.	48
(1)	Hospitais Militares em França.....	48
(2)	Hospital Militar de Bruxelas	49
(3)	Hospitais Militares dos Estados Unidos da América	50
c.	Hospitais Privados em Portugal.....	50
(1)	Hospitais dos Lusíadas em Lisboa	50
d.	Modelo para o futuro do Hospital das Forças Armadas.	51
(1)	Tipologia	51
(2)	Quadro de Valências	51
(3)	Articulação com o Serviço Nacional de Saúde	51
(4)	Articulação com Hospitais Privados	51
(5)	Quadro de Pessoal	52
(6)	Massa crítica.....	52
(7)	Formação	52
(8)	Acreditação.....	52
(9)	Centro de Referência.....	52
e.	Nota final	53
f.	Síntese conclusiva.....	53
	Conclusões.....	55
	Bibliografia.....	58

Índice de Anexos

Anexo A – Missão do Hospital das Forças Armadas	Anx A-1
Anexo B - Recomendações relativas às necessidades mínimas dos Serviços de Medicina Intensiva	Anx B-1
Anexo C – Glossário	Anx C-1



Índice de Figuras

Figura n.º 1 - Projeção de forças no século XXI	3
Figura n.º 2 - Níveis de atuação da Saúde	3
Figura n.º 3 - Distribuição Geográfica dos Reais Hospitais Militares.....	8
Figura n.º 4 - Foto do Hospital da Marinha.....	9
Figura n.º 5 - Modelo de um Serviço de Imagiologia	16
Figura n.º 6 - Prevalência pontual e evolução (1990-2009) de doentes em Diálise (OECD, 2011)	17
Figura n.º 7 - Formação em Medicina Intensiva	35
Figura n.º 11 - Dispositivo de HM em França.....	49
Figura n.º 12 - A vermelho, Hospitais para downsizing.....	50

Índice de Tabelas

Tabela n.º 1 - Objetivo Geral e Específicos.....	5
Tabela n.º 2 - Questões Derivadas e Hipóteses	5
Tabela n.º 3 - Taxa de Prevalência de Infecções Hospitalares (IH) em Países europeus.....	12
Tabela n.º 4 - Número de camas total do SNS	13
Tabela n.º 5 - Número de camas por 1000 habitantes no SNS.....	13
Tabela n.º 6 - Número de camas dos HM antes da unificação	14
Tabela n.º 7 - Número de camas por 1000 utentes do HFAR.....	14
Tabela n.º 8 - Taxa de ocupação de camas do SNS.....	14
Tabela n.º 9 - Taxa de ocupação de camas do HFAR	15
Tabela n.º 10 - Especialidades que recebem doentes/utentes através da CTH.....	22
Tabela n.º 11 - CE no HFAR.....	23
Tabela n.º 12 - Redução dos dias de internamento na cirurgia de ambulatório.....	24
Tabela n.º 13 - Caracterização do SUB	29
Tabela n.º 14 - Características de um SUMC.....	29
Tabela n.º 15 - Caracterização de um SUP.....	30



Tabela n.º 16 - Níveis das UCI.....	33
Tabela n.º 17 - Requisitos mínimos para os Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos e as Unidades Intermédias.....	34
Tabela n.º 18 - Organização do Departamento de Medicina.....	40
Tabela n.º 19 - Organização do Departamento Cirúrgico.....	43
Tabela n.º 20 - Especialidades do grupo I.....	45
Tabela n.º 21 - Especialidades integradas em Serviços do Grupo I.....	46
Tabela n.º 22 - Especialidades não enquadráveis nos hospitais do Grupo I.....	46
Tabela n.º 23 - Especialidades específicas do Grupo II.....	47
Tabela n.º 24 - Hospitais Acreditados pela JCI.....	48
Tabela n.º 25 - Hospitais Acreditados pela Caspe Healthcare Knowledge Systems.....	48



Resumo

Nos últimos anos, o Sistema de Saúde Militar tem vindo a ser reestruturado.

No âmbito dessa reestruturação e com o objetivo de se obterem ganhos de eficiência, foi decidido concentrar as estruturas e valências dos Hospitais Militares.

Em Agosto de 2012, os Hospitais Militares foram unificados numa única estrutura hospitalar.

Com a criação do Hospital das Forças Armadas foi lançado um desafio à Saúde Militar que com recursos humanos e materiais limitados tem de gerir as necessidades específicas dos militares.

Das Forças Armadas só se espera a Excelência na sua ação. Importa analisar se também o Hospital das Forças Armadas tem as condições para prestar um Serviço de Excelência.

Foi com esta premissa que se elaborou este trabalho onde se faz uma avaliação do Hospital com vista a identificar as fragilidades que possam comprometer a excelência clínica no apoio assistencial aos militares e às suas famílias.

Palavras-chave

Hospital das Forças Armadas, Excelência, Unificação, Departamentos, Médico.



Abstract

Over the last few years, the military healthcare system undergone restructuration. Under this process, healthcare units under this system, aimed at attaining efficiency gains, through clearer focus and specialization on specific areas of care.

In August 2012, military units were merged, forming a single unit.

Upon the creation of Hospital das Forças Armadas, the limited resources dedicated to this system (e.g. human resources, material, etc.), were challenged to respond with excellence to the specific need of military public.

From Armed Forces, only excellence is expected. Considering this, it is becomes relevant to assess whether Hospital das Forças Armadas is suited to provide an excellence level of service to their users.

This research project was developed under this prerogative, where an overall assessment is made aiming to identify the vulnerabilities that may compromise clinical quality on the medical support of military personnel and their families.

Keywords

Portuguese Military Hospital, Excellence, Unification, Departements, Medical Doctor.



Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ACA	Académica
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ADM	Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas
CE	Consulta Externa
CEMGFA	Chefe do Estado-Maior General das Forças Armadas
CMA	Centro de Medicina Aeronáutica
CTH	Consulta a Tempo e Horas
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
ESIC	European Society of Intensive Care Medicine
EUA	Estados Unidos da América
EMGFA	Estado-Maior-General das Forças Armadas
FAP	Força Aérea Portuguesa
FFAA	Forças Armadas
HFA	Hospital da Força Aérea
HFAR	Hospital das Forças Armadas
HM	Hospitais Militares
HMP	Hospital Militar Principal
IdV	Início de Vigência
IESM	Instituto de Estudos Superiores Militares
IH	Infeção Hospitalar
INE	Instituto Nacional de Estatística
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MI	Medicina Intensiva
OEsp	Objetivo Específico
OG	Objetivo Geral
OM	Ordem dos Médicos
OMS	Organização mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PL-HFAR	Polo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas
QC	Questão Central
QD	Questão Derivada
SA	Serviços de Ambulatório



SAD	Serviço de Assistência na Doença
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
SUC	Serviço de Utilização Comum
SU	Serviço de Urgência
SUMC	Serviço de Urgência Médico Cirúrgico
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIT	Unidade de Cuidados Intermédios
UD	Unidade de Diálise



Introdução

Etimologicamente, a palavra hospital, vem do baixo latim *hospitale* (lugar onde se recebem pessoas que necessitam de cuidados, alojamento e hospedaria), e do latim *hospitalis*, relativo a *hospites* ou *hospes*, hóspedes ou convidados.

A revolução industrial veio trazer novos desafios. Num quadro de crescimento acelerado da indústria, era necessário desenvolver o sistema de saúde pública e melhorar as condições sanitárias da população trabalhadora (Graça, 2000).

Bismarck, na Alemanha, em 1883, criou as bases de um sistema de proteção social com base no conceito que a utilização dos cuidados de saúde deveria depender apenas da necessidade, que o acesso aos mesmos, não podia depender da capacidade de pagar os cuidados por parte do doente, sendo que a sua contribuição seria feita através dos impostos, e o respetivo pagamento deveria calculado em função do rendimento. Estava criado o primeiro Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Em 1948, no âmbito das Nações Unidas, foi criada a Organização Mundial de Saúde (OMS), organização esta que tem hoje um papel importante não só no debate e no estudo das questões de saúde/doença, como também, na orientação das políticas dos sistemas de saúde e ainda, e sobretudo, ao nível da afirmação de princípios.

Na sua Carta de Constituição, a OMS define Saúde como sendo “*estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade.*” (Organização Mundial, 2015).

A OMS define: “*O hospital é um elemento organizador de carácter médico-social, cuja função consiste em assegurar assistência médica completa, curativa e preventiva a população, e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar considerada em seu meio; é um centro de medicina e de pesquisa biossocial.*” (World Health Organization , 2015)

Os Hospitais são hoje, a par da sua atividade assistencial, geradores de informações essenciais para pesquisa, educação e gestão.

Com uma população mais informada e que exige aos hospitais mais qualidade, bem como respeito pelos seus direitos, os hospitais tiveram a necessidade aumentar a confiança da população que serve, servindo-se para tal

No sentido de aumentar a confiança da população dando-lhes conta que o Hospital se preocupa não só com qualidade dos serviços clínicos que presta e que tem particular atenção à segurança do doente, foram criados organismos para creditar os prestadores de Saúde.



As duas entidades acreditadoras mais conhecidas são a Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations dos Estados Unidos da América e a Caspe Healthcare Knowledge Systems do Reino Unido, ex King's Fund.

A Acreditação é um processo voluntário conduzido por auditores externos que avaliam se os hospitais atuam em conformidade com normas e padrões pré-estabelecidos. Essas normas e padrões são desenvolvidos com envolvimento da comunidade científica. São centradas na qualidade e na segurança dos doentes buscando definir as melhorias práticas baseadas nos princípios de gestão, na melhoria contínua da qualidade e segurança dos doentes. A certificação só é válida por 3 anos.

Embora a acreditação tenha atingido uma grande importância a nível da comunidade científica mundial, por ser considerada uma ferramenta eficaz de gestão e avaliação da qualidade, é por muitos considerado um processo burocrático e dispendioso e burocrático. Isto leva a que muitos Hospitais sigam o caminho de certificar em separado os seus serviços seguindo as normas ISO, auditoria para acreditação foca-se na qualidade organizacional e na segurança do doente, enquanto a certificação avalia as conformidades das capacidades em função de padrões e requisitos que visam a eficácia e a qualidade assistencial.

Justificação do Estudo

O tema proposto é: Como transformar o Hospital das Forças Armadas num Hospital de excelência.

A Saúde é um multiplicador do potencial de combate das Forças, sendo o hospital o elemento de retaguarda que serve de apoio à saúde operacional (Gomes, 2006).

Atualmente, e para o cumprimento da missão das Forças Armadas (FFAA), que estão definidas tendo por base o Conceito Estratégico de Defesa Nacional (CEDN) de 2013, é exigido que aquelas, estejam preparadas para cenários em que seja exigida uma rápida e eficiente projeção de forças.

O dispositivo de Saúde tem de estar preparado e treinado para prestar o respetivo apoio.



Na Figura nº 1 ilustra-se essa projeção de forças.



Figura n.º 1 - Projeção de forças no século XXI

Fonte: (Belo, 2006, pp 983)¹

Para além do treino das equipas de saúde para essas missões de apoio à projeção de forças, o Hospital das Forças Armadas (HFAR) tem um outro papel muito importante, que é o de tratar de forma definitiva e reabilitar os militares feridos. O tratamento dos militares feridos é feito de forma sequencialmente, o HFAR se situa no nível quatro, conforme se ilustra na Figura nº 2.

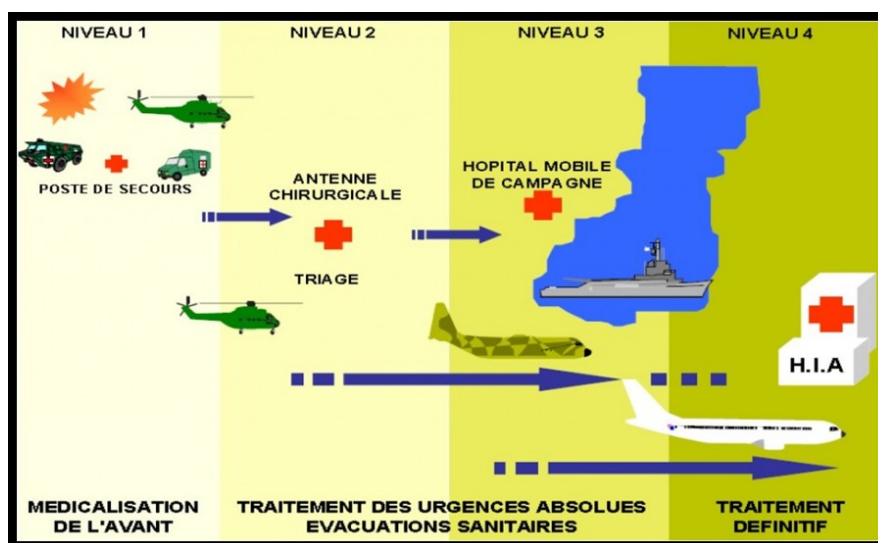


Figura n.º 2 - Níveis de atuação da Saúde

Fonte: (Ministère de la Défense , 2015)

Para cumprir a sua Missão o HFAR tem de ser um Hospital credível e credenciado, de cujos médicos militares se espera nada menos, que a excelência (Almeida, 2010a).

¹ Tenente Coronel Farmacêutico, Ex-diretor do Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos



Para atingir a excelência, tem o HFAR de ser credenciado de forma a poder gerar competências próprias, capazes de manter o treino do pessoal que se quer altamente especializado e qualificado, com as necessárias idoneidades.

Para o HFAR obter a credenciação em excelência hospitalar, tem de certificar inicialmente de os seus Serviços por uma entidade independente, que julgue da eficácia dos mesmos em relação a um conjunto de requisitos especificados em normas standardizadas por essa entidade.

Obtida a certificação, poderá então, o HFAR, submeter-se a um processo de avaliação externa por parte de agências internacionais de creditação, que utilizando padrões centrados na organização dos serviços e nos processos, reconhecem a competência de desempenho de qualidade e assim poderão acreditar o HFAR em Hospital de excelência.

Este processo, que é longo, deveria ser desde já encetado. Com este trabalho pretende-se contribuir para essa creditação.

Objeto de estudo e sua delimitação

O objeto deste trabalho de investigação será a procura da excelência para o HFAR. Para tanto far-se-á uma análise e avaliação do HFAR-Polo de Lisboa, para identificar quais as áreas que podem comprometer a acreditação em excelência hospitalar de forma a poder contribuir com propostas de medidas que corrijam os desvios encontrados, para que dessa forma se reúnam condições para o HFAR encetar um processo de acreditação em excelência hospitalar.

O estudo será delimitado às infraestruturas e às áreas clínicas assistenciais do Polo de Lisboa do HFAR.

Não será objeto deste trabalho o HFAR-Polo do Porto.



Objetivos da Investigação

O presente trabalho tem como Objetivo Geral (OG) e como Objetivos Específicos (OEsp), os indicados na Tabela n.º 1 contida na página seguinte.

Tabela n.º 1 - Objetivo Geral e Específicos

Fonte: (autor 2015)

OG	Propor medidas para que o HFAR seja acreditado como Hospital de excelência.
OEsp 1	Analisar os critérios de diferentes entidades de acreditação, para que se aplicados no HFAR, possam contribuir para o acreditar como Hospital de excelência.
OEsp 2	Analisar o desempenho de hospitais da rede hospitalar portuguesa (públicos e privados), acreditados de excelência, para avaliar se o desempenho do HFAR é comparável com o daqueles Hospitais e se tal não se verificar, analisar as causas de discrepância para que as mesmas possam ser corrigidas.
OEsp 3	Analisar o funcionamento de Hospitais Militares de países amigos, de forma a recolher dados de funcionamento de algumas das áreas dos mesmos e que se possam aplicar no HFAR no sentido de melhorar a sua qualidade e o possam acreditar em excelência.

Questão Central e Questões Derivadas

Com base na fase exploratória e na delimitação do tema, propõe-se para questão central (QC):

O que deve ser feito para que o HFAR seja considerado de excelência?

Para detalhar a QC, identificaram-se quatro questões derivadas (QD), para as quais se propõem outras tantas hipóteses, de forma a ser constituída uma linha condutora para o estudo, conforme indicado na Tabela n.º 2.

Tabela n.º 2 - Questões Derivadas e Hipóteses

Fonte: (autor 2015)

QD 1	Quais as infra estruturas do HFAR que não obedecem ao que está estabelecido nas leis e regulamentos que se encontram em vigor em Portugal?
HIP 1	As infraestruturas do HFAR, algumas delas construídas recentemente, não obedecem ao que está estabelecido pelas Leis e regulamentos Nacionais e desta forma podem comprometer um processo de acreditação em Hospital de Excelência.
QD 2	Quais os Departamentos e Serviços do HFAR que comprometem a acreditação em Excelência por não cumprirem os critérios necessários para a mesma?
HIP 2	O desempenho de alguns Departamentos e Serviços do HFAR não cumpre os critérios necessários para acreditação em Excelência Hospitalar e desta forma comprometem a sua acreditação.
QD 3	Quais os indicadores de desempenho do HFAR que comprometem a sua acreditação em Excelência Hospitalar?
HIP 3	Para um hospital poder ser acreditado em Excelência Hospitalar, tem de cumprir de cumprir necessariamente com os critérios que estão definidos em leis e regulamentos. Os indicadores gerais de desempenho do HFAR afastam-se dos critérios de qualidade necessários e desta forma comprometem a sua acreditação em Excelência.
QD 4	Que contributos podem ser recolhidos do funcionamento apresentado por hospitais públicos e privados de Portugal, bem como dos apresentados por hospitais militares de nações aliadas e que sendo adotados pelo HFAR, melhoram o seu desempenho global?
HIP 4	O HFAR pode melhorar os resultados do seu funcionamento se adotar alguns dos modos de funcionamento em prática nos hospitais portugueses, estrangeiros e de hospitais militares de países aliados.



Procedimento metodológico

A realização deste trabalho segue os preceitos da metodologia de investigação científica estabelecidos na publicação “Orientações Metodológicas para a Elaboração de Trabalhos de Investigação”, de novembro de 2014, do Instituto de Estudos Superiores Militares (IESM), baseando-se no método hipotético-dedutivo

Depois de leituras iniciais e de entrevistas exploratórias foi estabelecida a questão central que orientou a investigação.

Foi feita uma consulta de artigos, legislação e documentação com relevância para a temática do estudo. Foram ainda realizadas entrevistas de forma a permitir encontrar respostas às questões derivadas bem como validar as hipóteses suscitadas.

Os critérios do trabalho, são as constantes das Normas de Execução Permanente do IESM ACA 010 e 018, de setembro de 2014, incluindo o que respeita à utilização de referência bibliográfica, onde se utiliza o sistema autor-data, adotando-se o estilo Harvard-Anglia.

Organização do Estudo

Este trabalho para além da presente introdução e das conclusões, está estruturado em cinco capítulos.

Na presente introdução, enquadra-se o tema proposto, definindo os objetivos, geral e específicos bem como a QC e as QD.

No primeiro capítulo, será feita uma resenha histórica dos hospitais militares em Portugal até à criação do HFAR e avaliação das infraestruturas do HFAR, de forma a se poder responder à primeira QD.

O segundo capítulo será dedicado à avaliação do Departamento de Ambulatório do HFAR. No terceiro capítulo avalia-se o Departamento de Cuidados Críticos do HFAR-Polo de Lisboa. No quarto capítulo faz-se igualmente a avaliação dos Departamentos de Medicina e Cirúrgico. Será esta avaliação dos departamentos clínicos que permitirá responder à segunda QD.

No quinto e último capítulo será identificados dados de funcionamento de hospitais nacionais e estrangeiros que possam contribuir para a acreditação em excelência do HFAR, permitindo responder às QD três e quatro.



2. Os Hospitais Militares desde a fundação de Portugal ao Hospital das Forças Armadas

A beligerância com o Reino de Castela, necessária para a consolidação de Portugal enquanto nação independente, teve como um dos seus resultados, a existência de muitos feridos nos campos de batalha e que era preciso tratar. Para tratar dos feridos desse conflito, desde D. Afonso Henriques que existem referências a hospitais militares (HM).

Foi durante um segundo conflito com Espanha, na altura das batalhas da guerra da Restauração que foi criada uma rede organizada de HM.

Do século XVII ao século XX, foram criados vários HM.

A necessidade de racionalizar meios e recursos levou no século XXI à criação de um hospital único das FFAA.

Depois de múltiplos avanços e alguns recuos, o HFAR foi criado em 2014.

Neste capítulo, para além de uma revisão histórica dos HM, faz-se ainda uma análise das infraestruturas atuais do HFAR.

a. Antecedentes históricos do Hospital das Forças Armadas

(1) Reais Hospitais Militares em Portugal (1640-1834)

Com a guerra da Restauração nasceu a organização hospitalar da saúde militar. Com ela aparecem os cirurgiões militares profissionais (Reis, 2006)².

Foram construídos novos HM (Araújo, 2005)³, os Reais Hospitais Militares, que eram administrados pelos Irmãos Hospitaleiros da Ordem de S. João de Deus (Borges, 2009, p. 22).

A estrutura hospitalar assentava numa rede hospitalar com hospitais de campanha e hospitais de retaguarda.

A expulsão das Ordens Religiosas de Portugal em 1834, levou ao encerramento de alguns desses HM (Borges, 2009).

² Coronel Médico, Ex Presidente da União Mundial dos Escritores Médicos

³ Docente do Departamento de História da Universidade do Minho



Na Figura n.º 3 pode ver-se a disposição dos HM na altura da guerra da Restauração



Figura n.º 3 - Distribuição Geográfica dos Reais Hospitais Militares

Fonte: (Almeida, 2010b)

(2) Hospital da Marinha

A reorganização da saúde naval em 1790, estabeleceu a obrigatoriedade de prestação de serviço em terra, no então Hospital do Tronco, aos físicos, aos cirurgiões bem como a vários médicos de 1ª e 2ª classe (Marinha Portuguesa, 2014).

Em 1796, foi decidido que deveria haver um Hospital privativo da Marinha, e é iniciada a construção de um hospital, novo de raiz (Abreu, 2006)⁴.

O Hospital foi inaugurado em 1 de Novembro de 1806.

Tinha uma capacidade de internamento de 99 camas (Marques, 2006)⁵.

O Hospital da Marinha ficará conhecido pelos habitantes da cidade e do bairro como o Hospital de Santa Clara.

⁴ Contra Almirante Médico, Ex Diretor do Serviço de Saúde Naval

⁵ Major General Médico, Ex Diretor do serviço de Saúde do Exército



Na Figura n.º 4, a foto do Hospital da Marinha



Figura n.º 4 - Foto do Hospital da Marinha

Fonte: (Barragon, s.d.)

(3) Hospitais do Exército

Em 1834, o Convento de Nossa Senhora da Estrela, foi adaptado a HM, com a designação de Hospital Militar de Lisboa (Carvalho, 2014)⁶, posteriormente Hospital Militar Principal (HMP). Tinha 233 camas.

Em 1862, foi inaugurado, no Porto, o Hospital Militar D. Pedro V, que foi o primeiro Hospital do Exército construído de raiz. Este hospital é hoje o do Polo do Porto do HFAR. Tem 110 camas.

Em 1890 teve início a atividade do Hospital Militar de Belém, que tinha como capacidade de internamento de 95 camas.

(4) Hospital da Força Aérea

Em 1979 foi criado o Hospital da Força Aérea (HFA).

Tinha uma capacidade de internamento de 90 camas (Marques, 2006).

b. Criação do Hospital das Forças Armadas

A reorganização dos HM em Portugal, demorou 39 anos a ser implementada, teve o seu início em 1975 e só foi terminada em 2014.

⁶ TCOR/MED Chefe de Departamento doo HFAR



(1) Antecedentes legislativos do Hospital das Forças Armadas

Com o 25 de Abril houve uma natural retração dos sistemas de forças, retração essa que deveria incluir os HM (Monteiro, 2014).⁷, visto que a oferta de cuidados de saúde hospitalar dos mesmos era redundante (Nunes, 2008)⁸.

Em 1975 foi nomeada a primeira comissão para a integração dos serviços de saúde das FFAA.

Desta primeira comissão, e foram constituídas muitas e várias ao longo dos anos, resultou a criação da Escola do Serviço de Saúde Militar em 1979 e os Serviços de Utilização Comum (SUC).

Os SUC eram a forma de rentabilizar os recursos e as capacidades instaladas nos HM. Havia Serviços que só existiam num dos HM, passaram assim a ser disponibilizados para os outros HM.

A Unidade de hemodialise do HMP foi um SUC. Foi SUC o Serviço de Medicina Nuclear do HFA. Na altura que em Lisboa só existiam 3 gama câmaras, duas nos hospitais do SNS (Instituto Português de Oncologia Dr. Francisco Gentil, Hospital Universitário de Santa Maria) e uma de iniciativa privada, este Serviço passou a estar ao serviço dos outros HM. Este Serviço continua em funcionamento no HFAR.

Foi SUC ,o Laboratório de Hemodinâmica do Hospital da Marinha, Serviço este que nunca foi inaugurado, apesar de se ter adquirido todo o material para o seu funcionamento.

Durante anos estes SUC foram, para muitos, o paradigma da integração dos HM.

(2) Intervenção do Poder Político nos Hospitais Militares

Na ausência de quaisquer propostas para a reforma hospitalar por parte dos médicos das FFAA, o poder político decidiu em 2006 iniciar a reforma dos HM.

Em 2006, foi criado um grupo de trabalho para a reforma do sistema de saúde militar (Ministério da Defesa Nacional; Ministério das Finanças e da Administração Pública, 2006, p. 6969).

Em 2008 foi criado o HFAR com dois polos, um em Lisboa e outro no Porto (Presidência do Conselho de Ministros, 2008, p. 1313).

Em 2010 foi criado um grupo de trabalho com o fim de apresentar uma proposta do programa funcional para o HFAR (Ministério da Defesa Nacional, 2010).

⁷ Tenente General

⁸ Major ADMAER. Administrador Hospitalar.



Nesta sequência dessa proposta, foram concentradas, em Serviços únicos diferentes Serviços de especialidades da área clínica dos diferentes HM. Foram constituídos vinte Serviços clínicos conjuntos: doze no HMP e oito no HFA, que entraram em funcionamento em Dezembro de 2010. Seria a primeira fase do redimensionamento da estrutura hospitalar dos HM de Lisboa. Acabavam as redundâncias, mas o modelo lembrava muito os SUC.

Em 2011 foi determinado que o Polo de Lisboa do HFAR (PL-HFAR) seria “*instalado no espaço físico ocupado pela Unidade Hospitalar do Lumiar, antigo Hospital da Força Aérea*”. (Ministério da Defesa Nacional, 2011, p. 47486).

Em 16 de Agosto de 2012 foram extintos os HM de Lisboa e foi criado o PL-HFAR. Ficou determinado um prazo máximo de 24 meses para que o processo de unificação de todos os HM de Lisboa estivesse concluído. (Ministério da Defesa Nacional, 2011, p. 47490).

A concentração das Especialidades Cirúrgicas de todos os HM de Lisboa no PL-HFAR aconteceu em 1 de Abril de 2013. A concentração de todas as Especialidades Médicas aconteceu em 11 de Novembro de 2013. Em 31 de Dezembro de 2013 foram encerrados todos os serviços clínicos dos HM dos ramos de Lisboa.

O Hospital das Forças Armadas com 2 polos, um polo em Lisboa e outro no Porto foi criado pelo Decreto-lei n.º 84/2014, de 27 de Maio. (Ministério da Defesa Nacional, 2014, pp. 2960-2961).

c. As Infraestruturas do Hospital das Forças Armadas

Os Hospitais do século XXI têm na lógica da sua construção, a obrigatoriedade de acautelar espaços de reserva para no futuro serem ampliados. São na sua conceção extensíveis. Têm de ser também flexíveis de forma a poderem adaptar-se a alterações súbitas da realidade. O edifício do HFAR é flexível e extensível.

Da avaliação das atuais instalações do HFAR foi possível constatar várias realidades que se descrevem.

(1) O edifício do Hospital das Forças Armadas

Nos finais da década de 90 do século XX, a Força Aérea, fez uma intervenção profunda nas infraestruturas do HFA (Camisa, 2015)⁹ (Veloso, 2015)¹⁰.

Essas obras foram feitas em conformidade com a legislação referente à construção do edifício hospitalar que estavam em vigor na altura da sua execução (Leitão, 2015)¹¹

⁹ Major General ENGAED. Diretor da Direção de Infraestruturas da Força Aérea.

¹⁰ Coronel ENGAED Subdiretor da Direção de Infraestruturas da Força Aérea.

¹¹ Arquitecto da Direção de Infraestruturas da Força Aérea.



(Administração Central do Sistema de Saúde I.P., 2015a). Esta intervenção foi interrompida em 2009. O HFA tinha sido extinto em 2008.

Previamente à unificação dos HM não foi feita qualquer outra intervenção nas instalações do “antigo” HFA. Os quatro hospitais ficaram confinados a único espaço físico, o que veio criar constrangimentos, resultantes do natural esperado aumento dos utilizadores do espaço: médico; enfermeiros, funcionários e utentes.

Na avaliação global do edifício, pode-se constatar que só o sector de internamento não respeita as recomendações atuais pois a par de quartos individuais, de enfermarias de duas e três camas, tem enfermarias de internamento de seis camas quando o número de camas por enfermarias recomendado é no máximo de quatro por enfermaria (Vieira, 2014)¹².

O Plano Nacional de Saúde 2011-2016 recomenda que os hospitais tenham como modelo de internamento, quartos de uma cama, flexíveis, como forma a diminuir a infeção hospitalar (IH) (Campos, 2015)¹³.

A IH tem custos consideráveis, pois para além dos custos diretos necessários da terapêutica, prolonga o tempo de internamento. Em Portugal a IH é uma das mais altas da Europa como se pode ver na Tabela nº 3.

Tabela n.º 3 - Taxa de Prevalência de Infeções Hospitalares (IH) em Países europeus

Fonte: (autor 2015) Adaptado (Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2011)

Taxa de prevalência de IN em Países Europeus	
Grécia (2001)	9,3
Portugal (2003)	8,4
Reino Unido (2006)	8,2
Suíça (2002)	8,1
Holanda (2007)	6,9
Espanha (2005)	6,8
Noruega (2003)	5,1
França (2006)	5

(2) Camas de internamento do Hospital das Forças Armadas

Utilizando como comparativo o número de camas disponíveis no Serviço Nacional de Saúde (SNS), constata-se que da unificação dos HM, veio a resultar que o HFAR tenha num número insuficiente de camas. Os dados referentes ao SNS são os apresentados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE).

¹² Tenente Coronel ADMAER. Administrador Hospitalar. Ex Administrador do HFAR.

¹³ Diretor do Serviço de Medicina IV do Hospital de São Francisco Xavier. Presidente do Conselho para a qualidade em Saúde. Membro da Comissão de acompanhamento da Reforma Hospitalar.



O número total de camas total do SNS, conforme dados do (INE), apresenta-se na Tabela nº 4. Para melhor comparação, apresenta-se na Tabela nº 5 o número relativo de camas por 1000 habitantes.

Tabela n.º 4 - Número de camas total do SNS

Fonte: (Instituto Nacional de Estatística, 2015)

Localização geográfica (NUTS - 2001)	Camas (N.º) dos hospitais oficiais públicos por Localização geográfica (NUTS - 2001) e Modalidade; Anual		
	Período de referência dos dados		
	2012		
	Modalidade		
	T: Total	1: Hospital geral	2: Hospital especializado
	N.º	N.º	N.º
PT: Portugal	25 239	22 960	2 279
1: Continente	23 618	21 526	2 092
2: Região Autónoma dos Açores	734	734	0
3: Região Autónoma da Madeira	887	700	187
Camas (N.º) dos hospitais oficiais públicos por Localização geográfica (NUTS - 2001) e Modalidade; Anual - INE, Inquérito aos hospitais			

Nota: Última atualização destes dados em 19 de Dezembro de 2014

Tabela n.º 5 - Número de camas por 1000 habitantes no SNS

Fonte: (Instituto Nacional de Estatística, 2015)

Localização geográfica (NUTS - 2002)	Camas (lotação praticada) nos estabelecimentos de saúde por 1000 habitantes (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2002); Anual (1)	
	Período de referência dos dados	
	2012	
	N.º	
PT: Portugal	3,4	
1: Continente	3,2	
2: Região Autónoma dos Açores	7,2	
3: Região Autónoma da Madeira	7,2	
Camas (lotação praticada) nos estabelecimentos de saúde por 1000 habitantes (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2002); Anual - INE, Estatísticas dos Estabelecimentos de Saúde		
Nota(s):		

Nota: Última atualização destes dados em 12 de Dezembro de 2014

Por ser importante comparar o número de camas atuais do HFAR com o número de camas anteriores à unificação dos HM, apresenta-se na Tabela nº 6 o número de camas por 1000 potenciais utentes, disponíveis nos HM antes da unificação dos mesmos. Para os cálculos foram utilizados os dados constantes no Programa Funcional do HFAR (Pólo de Lisboa) (Ministério da Defesa Nacional, 2011).



Tabela n.º 6 - Número de camas dos HM antes da unificação

Fonte: (autor 2015)

Localização geográfica (NUTS - 2002)	Camas (lotação praticada) nos estabelecimentos de saúde por 1000 habitantes (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2002)	
	Período de referência dos dados	
	2012	
	N.º	
PT: Portugal		3,4
Hospitais Militares da área de Lisboa		17

Na Tabela nº 7, apresenta-se o número atual de camas por 1000 potenciais utentes do HFAR.

Tabela n.º 7 - Número de camas por 1000 utentes do HFAR

Fonte: (autor 2015)

Localização geográfica (NUTS - 2002)	Camas (lotação praticada) nos estabelecimentos de saúde por 1000 habitantes (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2002); Anual (1)	
	Período de referência dos dados	
	2012	
	N.º	
PORTUGAL		3,4
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS		1

Antes da unificação dos HM o número da camas era de quatro vezes a do SNS e depois da mesma é cerca de 1/4 da lotação que é praticada no SNS (em termos relativos). Seria de supor com estes dados, que com o número de camas do HFAR, no seu normal funcionamento, haveria uma escassez de camas para internamento resultando daí a consequente asfixia do HFAR, o que não se verificou se analisarmos as taxas de ocupação praticadas.

A taxa de ocupação de camas no SNS apresenta-se na Tabela nº 8.

Tabela n.º 8 - Taxa de ocupação de camas do SNS

Fonte: (Instituto Nacional de Estatística, 2015)

Localização geográfica (NUTS - 2001)	Taxa de ocupação das camas (%) nos estabelecimentos de saúde por Localização geográfica (NUTS - 2001); Anual	
	Período de referência dos dados	
	2011	
	%	
PT: Portugal		78,3
1: Continente		78,2
2: Região Autónoma dos Açores		74,9
3: Região Autónoma da Madeira		83,8
Taxa de ocupação das camas (%) nos estabelecimentos de saúde por Localização geográfica (NUTS - 2001); Anual - INE, Estatísticas dos Estabelecimentos de Saúde		

Nota: Última atualização destes dados em 14 de Outubro de 2014



Na Tabela n.º 9 apresenta-se a taxa de ocupação do SNS e a taxa de ocupação do HFAR.

Tabela n.º 9 - Taxa de ocupação de camas do HFAR

Fonte: (autor 2015)

Taxa de ocupação das camas (%) nos estabelecimentos de saúde por Localização geográfica (NUTS - 2001); Anual	
Localização geográfica (NUTS - 2001)	Período de referência dos dados
	2012
	%
PT: Portugal	78,3
HFAR	74,4

Quando comparado com o SNS, o HFAR tem uma capacidade de internamento três vezes inferior, sendo que o HFAR apresenta uma taxa de ocupação sobreponível à do SNS. Não tendo havido rutura no internamento no HFAR, este facto faz subentender que o HFAR não atrai todos os seus potenciais utentes (Ministério da Defesa Nacional, 2011). Para a taxa de ocupação praticada com as camas existentes e novamente em comparação com o SNS, calcula-se que o HFAR só atrai 30000 dos 90000 potenciais utentes.

(3) Gabinetes de consulta

Como característica geral, os gabinetes de consulta e respetivas salas de apoio, devem permitir um uso polivalente pelas diferentes Especialidades, exceto no que respeita às Especialidades em que a dotação ou a necessidade de equipamentos específicos os diferencia das restantes, obrigando desta forma a que o espaço não possa ser partilhado. Assim, os gabinetes de consulta devem ser agrupados em *clusters*, em linha com as afinidade funcionais.

O número de gabinetes não se relaciona com o número total de médicos, mas sim com o número de especialidades que fazem consulta.

Embora o número atual de gabinetes de consulta seja de 52, ele é insuficiente, pois obriga à partilha de espaços entre Especialidades que não são afins, o que de alguma forma limita os períodos de consulta de cada uma das Especialidades. É este constrangimento no número total de períodos de consulta que é apontado como um dos fatores contribuintes para lista de espera da consulta de Ortopedia (Baleia, 2015).

(4) Serviço de Cardiologia

O Serviço de Cardiologia tem os seus gabinetes de consulta, e de exames complementares, dispersos entre instalações do HFAR e instalações do Centro de Medicina Aeronáutica (CMA). Para além desta dispersão, há ainda a referir que os espaços da Cardiologia no CMA são exíguos.



(5) Imagiologia

O espaço reservado para a sala de espera dos utentes da Imagiologia é desadequado pois fica num local de passagem utilizado por utentes de outras Especialidades. A sala não está dividida de forma a separar doentes internados dos utentes de ambulatório.

Deveriam existir salas de “sub-espera”, localização junto e anexas às salas de realização de cada um dos diferentes exames. Estas salas devem ter sanitários e vestiários próprios (Direção Geral das Instalações e Equipamentos em Saúde, 2005).

Já o corpo central, que é o local da realização dos exames, está ajustado.

Na Figura n.º 5 apresenta-se o modelo de disposição que deve ter um Serviço de Imagiologia.



Figura n.º 5 - Modelo de um Serviço de Imagiologia

Fonte: Adaptado de (Direção Geral das Instalações e Equipamentos em Saúde, 2005)

(6) Fisiatria

Os espaços desta especialidade, são também eles exíguos, embora cumpram as regras e as recomendações das autoridades de saúde Nacionais (Direção de Serviços de Planeamento, 2002).

(7) Unidade de Cuidados Intensivos

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) deve ser um espaço com um mínimo de 6 camas. A UCI do HFAR tem uma capacidade instalada de cinco camas, não cumprindo o disposto nas recomendações da Direção de Serviços de Planeamento da Direção-Geral da Saúde que estipula como seis o número mínimo de camas de uma UCI (Direção-Geral da



Saúde, 2003a). Para lotações superiores de camas, o seu número deve ser sempre em número par, pelas razões que se exporão em capítulo posterior

(8) Unidade de Hemodiálise

Antes da unificação dos HM, existia um Serviço de Hemodiálise com Unidade de Diálise (UD), localizado no HMP e que era um SUC. Com o encerramento do HMP, deixou de haver capacidade instalada para a realização de hemodiálise.

Portugal apresenta um crescimento anual de doentes em programas de diálise superior à média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Europeu a que não será alheio o aumento da esperança de vida em Portugal, bem como à “facilidade” de acesso à diálise e possivelmente à manutenção da ausência de critérios para início ou suspensão de mesma.

Na Figura nº 6 apresentam-se a evolução de 1990 a 2009 de doentes em diálise crónica (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011).

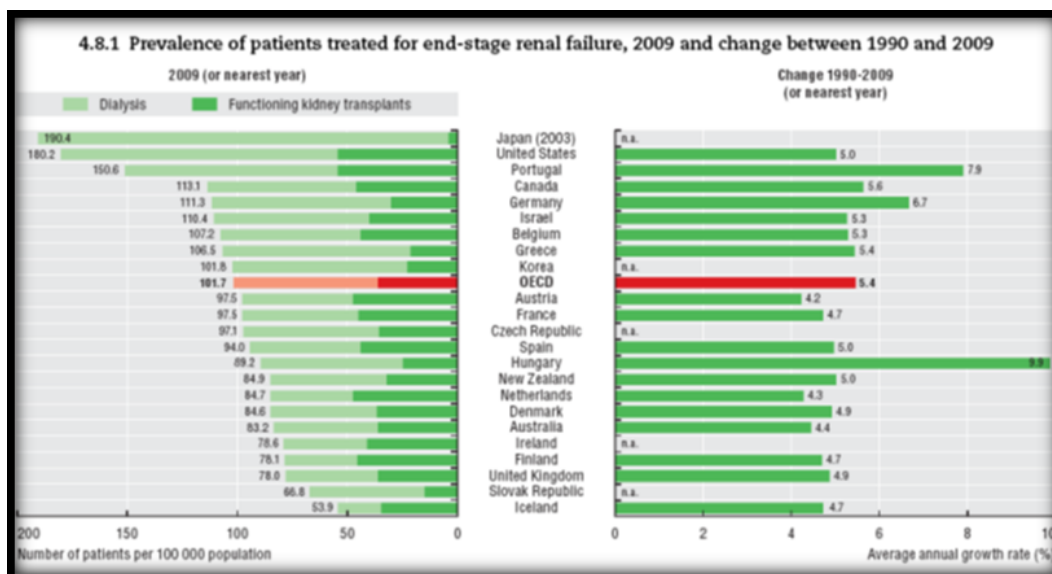


Figura n.º 6 - Prevalência pontual e evolução (1990-2009) de doentes em Diálise (OECD, 2011)

Fonte: (Diretor Geral da Saúde, 2011)

O HFAR não pode ter um Serviço de Nefrologia pois um dos requisitos para a existência do mesmo, é servir uma população de 300000 a 500000 habitantes (Colégio de Especialidade de Nefrologia, 2011). A Direção-Geral da Saúde propõe que exista uma UD para uma população de 70000 habitantes, que devem ser dimensionadas para um mínimo, de 40 doentes (Ministério da Saúde, 2013b).



O HFAR tem capacidade para dialisar doentes em fase aguda ou crónica agudizada no espaço da UCI, contudo numa situação de diálise crónica, o doente tem de ser transferido de forma definitiva para outro hospital ou para uma UD privada. Para além dos custos associados a esta transferência, deve-se ter em conta os prejuízos sociais. Um doente desde sempre tratado no HFAR, em regra com múltiplas patologias, como é o perfil dos doentes com insuficiência renal crónica, na altura em que provavelmente mais necessita dos cuidados hospitalares, interrompe de forma definitiva o seguimento no HFAR para ser transferido para outro hospital. Em breve vão ser instalados dois pontos móveis de hemodiálise para responder às necessidades dos doentes do HFAR (Castro, 2015)¹⁴.

Embora, não seja possível saber o número de beneficiários da ADM a fazer hemodiálise (Domingos, 2015)¹⁵, pelas razões expostas e muito embora exista a rede nacional referida atrás, o HFAR deve ter uma Unidade de Diálise (UD).

Propõe-se a criação de uma UD para o tratamento de doentes em regime de ambulatório.

d. Síntese conclusiva

Os HM são contemporâneos com a fundação de Portugal, contudo só no século XVII foi criada uma rede lógica organizativa territorial dos mesmos para dessa forma poder responder às solicitações dos combatentes feridos na guerra da Restauração.

No século XIX, foram criados HM que perduraram até ao século XXI. Foi naquele século que a Marinha construiu um Hospital novo de raiz.

No século XX começou a ser questionada a rede de HM muito motivada pela retração de forças após a descolonização de África.

Foram feitas algumas tentativas para rentabilizar as capacidades dos Hospitais, algumas delas mostraram-se despesistas.

Nunca os militares dos diferentes ramos, e em especial os médicos militares chegaram a acordo para a unificação dos HM. Perante estas indecisões, o poder político iniciou em 2008 um processo que levou a uma unificação dos HM de Lisboa em 2012, tendo-se encerrado três HM que se fundiram num único espaço que se servia as necessidades do ramo (FAP), se mostra, hoje, ser um espaço exíguo para acolher os seus utentes.

¹⁴ Coronel Médico. Diretor Clínico do HFAR

¹⁵ Médico, Assistente Graduado de Nefrologia. Médico consultor do HFAR.



Se bem que o espaço hospitalar seja flexível e extensível, não foi acautelado a sua extensibilidade antes da unificação e tardam as obras anunciadas e previstas na altura da sua criação.

O número de camas de internamento que era de 17 por 1000 utentes passou para uma pelos mesmos utentes. O SNS tem uma lotação de 3.4 camas por 1000 habitantes. A taxa de ocupação das camas do HFAR, está em linha com a taxa de ocupação das camas dos Hospitais do SNS o que pode levar a concluir que o HFAR só tenha uma atração de 25000 de utentes, para uma taxa de atração potencial calculada inicialmente em 90000 utentes.

A falta de gabinetes de consulta condiciona a realização de CE em maior número.

Na unificação das quatro Unidades hospitalares de Lisboa, foi perdida a capacidade de fazer hemodialise de ambulatório, situação esta que devia ter sido acautelada. Esta circunstância de perda de capacidades, resulta em prejuízos para a ADM, para o Hospital e sobretudo para os doentes que numa altura fragilizada, por terem de ter de ser transferidos do HFAR, perdem o contacto com os médicos que os seguiam em consulta, por vezes desde há vários anos.

Uma UD de carácter definitivo, implica investimentos em infraestruturas que demoram a ser construídas, está neste momento o HFAR a providenciar uma medida de carácter transitório para poder responder às necessidades atuais.

Com os constrangimentos apontados valida-se a hipótese um e permite-se responder à QD um: A UCI e a radiologia não obedecem ao que está estabelecido pelos regulamentos.



3. Departamento de Ambulatório do Hospital das Forças Armadas

O parecer nº 14/95 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida "*reconhece às instituições privadas de saúde um papel importante para garantir a maleabilidade e o dinamismo dos cuidados de saúde em todos os seus aspetos, sendo contudo essencial que não se tornem um instrumento à mercê dos efeitos perversos da competição, em que os indivíduos mais carenciados são marginalizados*" (Vida, 1995). Este deve ser um dos princípios norteadores do acesso ao HFAR.

As áreas clínicas do HFAR estão organizadas em Departamentos em vez da tradicional organização em Serviços de uma só Especialidade. As vantagens desta organização serão abordadas em capítulo ulterior.

Os Departamentos clínicos do HFAR são:

- Departamento de Ambulatório;
- Departamento de Cuidados Críticos;
- Departamento de Medicina;
- Departamento Cirúrgico.

Neste capítulo faz-se uma análise do Departamento de Ambulatório, propondo, quando oportunas, medidas tendentes a um melhor desempenho do HFAR.

Os Serviços de ambulatório (SA), são a par do Serviço de Urgência (SU), a porta de entrada para os doentes que carecem de cuidados hospitalares e são por isso o espelho público de um Hospital.

Os (SA) deste Departamento, no HFAR são:

- Consulta Externa (CE);
- Cirurgia de Ambulatório (CA);
- Hospital de Dia.

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS), recomenda que os SA funcionem das 8:00 horas às 20:00 (Entidade Reguladora da Saúde, 2012), o que desde já se propõe para o HFAR.

a. Acesso dos beneficiários ao Departamento de Ambulatório

Para além dos beneficiários da Assistência na Doença dos Militares (ADM), têm acesso ao HFAR os beneficiários dos Serviços de Assistência na Doença (SAD), da Polícia de Segurança Pública e da Guarda Nacional Republicana.



b. Consulta Externa Hospitalar do Hospital das Forças Armadas

É fundamental uma gestão correta e criteriosa da agenda da CE hospitalar para que haja uma maior eficácia e eficiência na resposta a dar às necessidades das populações, sendo necessário que se fixem critérios e normas de acesso a uma primeira consulta de Especialidade hospitalar.

Importa visitar o modelo de CE do SNS.

(1) Modelo de acesso à Consulta externa Hospitalar

No SNS, a referenciação à primeira CE hospitalar é sempre feita por um profissional de saúde, em linha com o que acontece na Europa. As consultas subsequentes são marcadas pelo médico do hospital. Não é possível a marcação de CE hospitalar por iniciativa dos utentes.

Foi criado, no SNS, um sistema eletrónico de referenciação dos pedidos de primeira CE, que se chama Consulta a Tempo e Horas (CTH). Os hospitais fazem uma triagem clínica dos pedidos referenciados e atribuem aos mesmos níveis de prioridade, em função dos quais está definido um tempo de resposta. Assim e segundo a prioridade atribuída os tempos de resposta são (Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2011):

- Muito prioritário, um tempo de resposta máximo de 30 dias;
- Prioritário, um tempo de resposta máximo de 60 dias;
- Normal, um tempo de resposta máximo de 150 dias.

Após a referida triagem, o Hospital marca a CE e dela dá conhecimento ao utente por escrito, da data, hora e local da CE. Sempre que possível, a marcação da CE é confirmada por SMS.

Conforme consta no Relatório de 2011 do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar os resultados obtidos em 2010 foram maus, pois a percentagem de CE realizadas dentro do prazo foram:

- 51% das consultas Muito Prioritárias;
- 60% das consultas Prioritárias;
- 71% das consultas priorizadas como Normal.



As especialidades com CE estão estabelecidas pela Portaria 95/2013 (Ministério da Saúde, 2013a), variam de acordo com o hospital prestador, como se inscreve na Tabela nº 10.

Tabela n.º 10 - Especialidades que recebem doentes/utentes através da CTH

Fonte: Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2013a)

Anestesiologia	Ginecologia	Pneumologia
Angiologia/cirurgia vascular	Hematologia clínica	Psiquiatria
Cardiologia	Imuno-alergologia	Psiquiatria da infância e da adolescência
Cardiologia pediátrica	Imuno-hemoterapia	Radioterapia*
Cirurgia cardiotorácica*	Medicina física e de reabilitação – fisioterapia	Reumatologia
Cirurgia geral	Medicina interna	Urologia.
Cirurgia maxilo-facial	Medicina tropical	
Cirurgia pediátrica	Nefrologia	* Só para referenciação de pedidos de primeira consulta com origem em hospital do SNS
Cirurgia plástica/reconstrutiva.	Neurocirurgia	
Dermato-venereologia	Neurologia	Áreas multidisciplinares
Doenças infecciosas	Obstetrícia	Diabetologia
Endocrinologia e Nutrição	Oftalmologia	Doenças autoimunes
Estomatologia	Oncologia médica	Dor
Gastrenterologia	Ortopedia	Senologia
Genética médica	Otorrinolaringologia	
	Pediatria	

Para impedir que o médico manipule a agenda de forma a “aliviar” a consulta, criando uma indução de procura de atos médicos rotineiros e desnecessários, existe uma “cota” obrigatória de primeiras consultas que é de 30% do total das mesmas, o que garante um número maior de vagas para responder aos pedidos de CE.

As CE no HFAR funcionam das 08:30 horas às 17:30 horas, de 2^a a 6^a, exceto o Serviço de Medicina Dentária que funciona nos mesmos dias das 08:30 horas às 19:00 horas.

A marcação de CE no HFAR é *sui generis* pois é permitido ao utente a marcação de CE por *motus próprio*. Este escolhe a Especialidade que acha que se enquadra nas suas queixas sem qualquer referenciação ou qualquer critério clínico (Parente, 2015)¹⁶, bastando ligar para as linhas do HFAR, que estão disponíveis no *site* do Estado-Maior-General das Forças Armadas (EMGFA), “as consultas externas e os exames complementares poderão ser marcados através do telefone - 217 519 550, entre as 08h30 e as 17h30 ou utilizando o geral - 707 100 017 (Contact Center)” (Estado Maior General das Forças Armadas, 2009).

¹⁶ Médica Reumatologista do Instituto Português de Reumatologia.



Para além de neste modelo, a CE do HFAR poder ser gerida pelos utentes, ao invés da mesma ser feita pelo Hospital, este sistema pode criar um clima de insatisfação pela frustração daqueles que não conseguem ligar para as linhas disponibilizadas.

As informações referentes ao HFAR estão contidas no *site* do EMGFA, sendo que o HFAR não tem página web. Espera-se que num possível futuro *site* do HFAR esta situação não esteja prevista.

Propõe-se a criação de *web site* do HFAR.

As CE disponibilizadas no HFAR, são as constantes da Tabela nº 11.

Tabela n.º 11 - CE no HFAR

Fonte: EMGFA

Alergologia	Medicina Interna
Anestesiologia	Medicina Preventiva/Consulta viajante
Cardiologia	Nefrologia
Cirurgia Geral	Neurocirurgia
Cirurgia Plástica e Reconstructiva	Neurologia
Cirurgia Vascular	Nutrição
Consulta da Dor	Oftalmologia
Dermatologia	Oncologia
Desabilitação Tabágica	Ortopedia
Endocrinologia	Otorrinolaringologia
Gastroenterologia	Patologia do Sono
Ginecologia e Obstetrícia	Pneumologia
Infeciologia	Psicologia Clínica
Medicina Dentária	Psiquiatria
Medicina Física e Reabilitação	Reumatologia
Medicina Geral e Familiar	Urologia

(2) Modelo para a Consulta Externa do Hospital das Forças Armadas

Os tempos de espera para uma CE no HFAR, não devem ser os do SNS, devendo os mesmos serem menores no HFAR.

Aceitar uma CE com o prazo de 30 dias é aceitar que provavelmente a mesma não tem nenhuma razão de ser. Corre-se o risco de passado esse tempo o utente já não necessitar da CE, porque a situação se resolveu, ou o que é mais preocupante, a situação era (é), de tal forma grave que a “janela de oportunidade” para tratar o doente de forma efetiva esteja ultrapassada. Em última análise, os utentes que utilizam de forma indiscriminada as CE do HFAR, podem prejudicar, diga-se de forma inconsciente, aqueles que dela realmente necessitam.

Temos assim que o acesso à CE do HFAR tem de ser devidamente triado, podendo esta triagem ser feita num espaço pré hospitalar da responsabilidade da Clínica Geral. Priorizados “na hora”, os doentes seriam de imediato referenciados à Central de Gestão de



Utentes que marcaria a respetiva CE, se possível para o próprio dia ou num espaço de tempo muito curto, utilizando para isso a “cota” de 30% de cada CE. Este modelo de funcionamento que consideramos mais racional e justo será devidamente explorado quando se fizer a análise do Serviço de urgência (SU) do HFAR.

Para além de uma CTH, nos casos dos doentes devidamente triados, em que os tempos de espera sejam muito dilatado, ou não exista capacidade instalada para a realização da mesma no HFAR, deveria ser este a assumir a responsabilidade do encaminhamento do doente, fazendo a respetiva marcação num hospital público ou privado. Seria uma forma de se quebrar a relação de agência e a indução da procura que se estabelece no acesso à medicina convencionada, da qual podem resultar prejuízos para os beneficiários da ADM e consequentemente para a mesma.

c. Cirurgia de ambulatório

Os avanços das técnicas cirúrgicas e anestésicas permitem hoje a realização de cirurgias programadas em que em a admissão, a cirurgia e alta do doente se processa no mesmo dia Alguns autores alargam a estadia no hospital até às 24 horas, o que em rigor não se trata já de CA, mas de Cirurgia de Um Dia.

A realização de cirurgias na modalidade de CA apresenta vantagens quer do ponto de vista da qualidade dos cuidados, quer na redução de custos hospitalares pois diminui não só os tempos de internamento como diminui as listas de espera (Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2011)

Os doentes passam pouco tempo em meio hospitalar, com os consequentes ganhos em dias de internamento como se pode ver na Tabela nº 12.

Tabela n.º 12 - Redução dos dias de internamento na cirurgia de ambulatório

Fonte: (Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2011, p. 198)

	Impacto (dias)
Laqueação e stripping de veias varicosas	-11.610
Catarata	-10.289
Hernia inguinal	-10.223
Miringotomia com inserção de tubo	-9.582
Libertação do túnel cárpico	-9.088
Artroscopia	-9.085
Extracção de dente	-6.455
Remoção de dispositivos implantados nos ossos	-6.283
Artroscopia do joelho	-5.758
Excisão local de lesão da mama	-5.498
TOTAL	-83.871



Esta tipologia de cirurgia tem limites, quer seja de ordem clínica, quer seja de ordem social. Só é exequível se se reunirem algumas condições, das quais se destacam duas: a área de residência ou local de pernoita tem de estar a menos de 60 minutos de distância do hospital e tem de ser assegurada a companhia de um adulto responsável pelo menos nas primeiras 24 horas (Direção de Serviços de Planeamento, 2001b).

O HFAR tem todas as condições instaladas para a realização deste tipo de cirurgia (Isabel, 2015), contudo há factos importantes e que se prendem com realidades sociais, que são limitativos para a realização de CA no HFAR: área de influência do HFAR é muito extensa o que impede a alta dos doentes no mesmo dia, pois têm de por vezes de percorrer grandes distâncias e falta de apoio familiar, pois não raramente o familiar do doente é um militar que se encontra deslocado em relação ao seu domicílio.

Assim como compete ao HFAR zelar pelo bem-estar social dos militares e suas famílias, leva-se muitas vezes a optar pela Cirurgia de Um Dia (Balhana, 2015)¹⁷.

d. Síntese conclusiva

O HFAR está organizado em Departamentos. Um dos Departamentos do HFAR é o Departamento de Ambulatório, que se analisou neste capítulo.

Os locais de maior exposição de um Hospital ao público, são a CE e o SU. É a eles que os utentes têm maior facilidade de acesso procurando respostas, por vezes imediata, para as suas queixas clínicas.

Para haver um atendimento adequado, os doentes têm de ser devidamente triados para que o tempo de atendimento seja o adequado para a sua situação clínica. O SNS tem um processo para a marcação de CE que começa por uma triagem feita por um profissional de saúde. Mesmo com este modelo de acesso, o SNS não tem resposta uma resposta atempada para os pedidos

No HFAR, não há qualquer triagem prévia, ficando ao poder discricionário do utente a escolha da Especialidade em que quer ser observado, prejudicando o funcionamento da CE e em última instância doentes com situações potencialmente mais graves que não conseguem aceder à marcação de CE.

Se a CE funcionasse num horário mais alargado como é preconizado pelo Ministério da Saúde e se as marcações de CE fossem previamente triados, para o universo de potenciais utentes do HFAR, não parece haver razão para haver listas de espera para as consultas. Estas listas são uma causa de insatisfação por parte dos utentes, razão esta que pode justificar a

¹⁷ COR/MED Especialista em Cirurgia. Ex-Diretor Clínico do HFA.



fraca atração dos utentes pelo HFAR. O modelo de acesso à consulta externa hospitalar não é racional nem justo pelo que se propõe uma triagem prévia, podendo a mesma ser realizada no espaço do HFAR.

Embora o HFAR tenha boas condições para a realização de CA, a sua expansão está limitada pelas condições sociais dos utentes que muitas vezes por não poderem ter alta no mesmo dia, vêm prolongada a sua estadia no HFAR por mais um dia, com os prejuízos daí inerentes para o Hospital.

Considera-se validada parcialmente a Hipótese dois. Para responder à QD 2 será necessário avaliar os outros dois Departamentos do HFAR.



4. Departamento de Cuidados Críticos do Hospital das Forças Armadas

Neste capítulo será avaliado o Departamento de Cuidados Críticos do HFAR que tem dois Serviços:

- Serviço de Urgência;
- Unidade de Cuidados Intensivos.

Serão feitas propostas medidas, quando oportuno, conducentes, na visão do autor, a uma melhoria do funcionamento dos mesmos.

a. Serviço de Urgência do Hospital das Forças Armadas

O HFAR tem em funcionamento um Serviço de Urgência Básica (SUB) que se analisa.

(1) Princípios gerais dos Serviços de Urgência

Os SU são em muitos hospitais de média dimensão uma fonte de destabilização do seu funcionamento, pois o hospital passa a funcionar em função do SU, sendo muitas vezes este o “gestor” das camas de internamento, esgotando as mesmas, com a necessidade em muitas circunstâncias, de ter de se recorrer ao uso de macas nos corredores dos Serviços de internamento, o que a população servida pelos mesmos não aceita.

Os SU não podem ser instalados com propósitos de colmatar omissões hospitalares decorrentes de horários de funcionamento reduzidos. Os SU devem ter como missão claramente expressa de estar confinados à prestação de cuidados às situações clínicas de emergência/urgência externas (Entidade Reguladora da Saúde, 2012).

(2) Definição de urgência e emergência

“Urgências são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais. Emergências são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (Direção de Serviços de Planeamento, 2001a, p. 7)

Todas aquelas situações têm de ser tratadas em tempo útil em Unidades com a diferenciação suficiente, pois se as mesmas se prolongarem no tempo, podem levar a uma situação crítica com risco de vida para o doente (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012).

(3) Modelos organizativos das equipas dos Serviços de Urgência

Existem 3 modelos de organização dos médicos das equipas que prestam serviço no SU: Um modelo chamado “clássico” em que os médicos dos vários Serviços e Especialidades fazem 12 a 24 horas do seu horário semanal de trabalho no SU; o modelo



“dedicado”, muitas vezes designado vulgarmente como “urgência fixa” em que a urgência é assegurada por médicos cuja totalidade do seu tempo, se cumpre no SU e ainda o modelo “misto”: em que parte dos recursos, habitualmente no setor não cirúrgico, é de tipo “dedicado” e na vertente cirúrgica é de tipo “clássico” (Direção de Serviços de Planeamento, 2001a).

Dá-se como exemplo o SU do Hospital de S. José, que é o SU mais antigo da cidade de Lisboa e para onde são referenciadas atualmente as situações de urgência/emergência que recorrem ao SU do HFAR. O SU daquele Hospital, tem uma equipa médica fixa dedicado das 8:00 às 16:00 horas, constituída por doze Especialistas de Medicina Interna e por um número variável de Internos em formação de diferentes Especialidades. Das 16:00 às 8:00 horas, tem uma equipa de modelo clássico, que integra sempre quatro Especialistas de Medicina Interna para além de outros médicos em formação (Farrajota, 2015)¹⁸. Como constrangimento a um melhor desempenho, o Dr. Farrajota identifica o número de médicos na escala, que considera ser um número insuficiente.

(4) Perfil do médico do Serviço de Urgência

Mas mais importante que o modelo de organização importa analisar as competências que deve ter um médico de um SU.

A primeira linha do atendimento dos doentes que recorrem ao SU deve ser assegurada por médicos Especialistas de Medicina Interna pois eles garantem uma avaliação diagnóstica mais rápida e precisa, fruto da sua Especialidade, com os ganhos inerentes de tempo desde logo com a redução dos tempos de espera dos doentes. Para além dos ganhos de tempo, pelo seu perfil de formação, estes Especialistas, recorrem menos aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT). Pela sua experiência hospitalar, estes Especialistas, evitam referências de internamento desnecessárias com a diminuição dos custos inerentes que os internamentos desnecessários acarretam (Entidade Reguladora da Saúde, 2012).

Os MCDT sem justificação clínica, são em si geradores de custos o que pode levar a que os hospitais que não disponham de capacidade instalada para a sua realização, tenham de recorrer a serviços externos ou em alternativa tenham de dilatar o tempo de resposta de realização dos mesmos (Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2011).

A dilatação de tempos de execução de um qualquer MCDT, não é aceitável no HFAR a um qualquer militar em especial se estiver no ativo (Duarte, 2015)¹⁹.

¹⁸ Especialista de Medicina Interna. Chefe da Equipa Médica do Serviço de Urgência Polivalente do Hospital de S. José

¹⁹ Major General Médico. Diretor da Direção de Saúde Militar.



(5) Formação e competências do médico das urgências

Não existe Especialidade ou subespecialidade em Medicina de Urgência em Portugal, contudo a Ordem dos Médicos (OM), reconhece a competência de Emergência Médica. A admissão à competência é feita por análise curricular por parte do respetivo Colégio (Colégio da Competência em Emergência Médica) (Ordem dos Médicos, 2012).

Na Europa, a realidade é um pouco diferente pois é reconhecida a Especialidade de Medicina de Urgência. A European Union of Medical Specialist, definiu em 2011 os requisitos para a especialidade de Medicina de Urgência (European Society of Intensive Care Medicine, 2015).

(6) Modelo organizativo dos Serviços de Urgência

O SNS tem uma rede que assegura o acesso a 90% da população a um qualquer SU em menos de 30 minutos. Para tal, verticaliza em rede os SU em três níveis: SU Básico; SU Médico-Cirúrgica (SUMC) e SU Polivalente (SUP) (Ministério da Saúde, 2007).

A tipologia em níveis prende-se com a resposta que cada um pode dar em função das capacidades instaladas. Assim os três níveis de tipologias de SU são as indicadas nas Tabelas n.ºs 13, 14 e 15.

Tabela n.º 13 - Caracterização do SUB

Fonte: (autor, 2015) (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012)

SERVIÇO DE URGÊNCIA BÁSICA

Só atende urgências de cariz médico e pode ser assegurado por Clínicos Gerais;

A instalação deve abranger populações superiores a 40000 habitantes;

Não deve estar a menos de 60 minutos de um SUMC.

Tabela n.º 14 - Características de um SUMC

Fonte: (autor, 2015) (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012)

SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA

Deve estar situado a menos de 60 minutos das populações, sendo que

A mesma deve ser de pelo menos 200000 habitantes.;

São assegurados por médicos Especialistas de Medicina Interna, Cirurgia e Ortopedia;

Têm de ter serviço de imagiologia e de laboratório de análise bem como bloco operatório durante as 24 horas.;

Articula-se nas valências que não possui com um SUP.



Tabela n.º 15 - Caracterização de um SUP

Fonte: (autor, 2015) (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012)

SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE

Devem ser instalados num hospital central;

Têm de reunir todas as valências hospitalares.

A área metropolitana de Lisboa tem 3 SUP e 6 SUMC (Ministério da Saúde, 2008a). Há três SUP em Lisboa: Hospital de S. José; Hospital de Santa Maria e no Hospital de S. Francisco Xavier. Há seis SUMC na área metropolitana de Lisboa: Hospital de Almada, Hospital do Barreiro, Hospital da Amadora-Sintra, Hospital de Cascais, Hospital de Loures e no Hospital de Vila Franca.

(7) Caracterização do Serviço de Urgência do HFAR

O HFAR com uma capacidade de internamento de 101 camas, o que não lhe permite ser um Hospital de agudos (Campos, 2015).

O SU do HFAR é visto como uma forma de gerar doentes para o internamento (Salazar, 2015)²⁰. Se a CE do HFAR funcionar focalizada nos doentes, o internamento é garantido pela mesma. Este é o modo de funcionamento de muitas das unidades privadas de saúde em Portugal como seja algumas das clínicas CUF do Grupo Melo Saúde.

O SU do HFAR tem 7 equipas de médicos, que são enquadradas por médicos Especialistas nas mais variadas áreas. Só uma das equipas é enquadrada por um Especialista de Medicina Interna. Só mais duas das equipas têm na sua composição Especialistas de Medicina Interna

(8) Proposta para o atual Serviço de Urgência do Hospital das Forças Armadas

Tendo em conta a rede de SU do SNS, os doentes que recorrem ao SU do HFAR, podem nas situações de urgências e emergência ao recorrer a este estar a “perder tempo”, sendo que “tempo é vida”. O doente “passa” por SU com grande diferenciação para recorrer a um SUB, como é o caso do SU do HFAR, que depois, ele próprio, referencia as situações de urgência/emergência a um desses SU por onde o doente “passou”. Há pois uma “triangulação” dos doentes.

Tendo em conta que o HFAR não tem “massa crítica” para manter o treino de equipas dedicadas ao SU.

Tendo em conta que o HFAR tem a 5 minutos um SUP.

²⁰ Tenente Coronel Médica. Chefe do Serviço de Urgência do HFAR



Pelas três razões expostas, defende-se o encerramento do SU do HFAR.

(9) Futuro para o Serviço de Urgência do Hospital das Forças Armadas

Como se defendeu, o HFAR deve ser um Hospital com um serviço de consultas das oito às vinte horas de forma a prestar cuidados de saúde a doença aguda não emergente, ficando estas para os SUP e SUMC. O encerramento do SU, permitiria libertar médicos para a CE, aumentando de forma considerável a ofertada mesma e com isso “gerar” doentes para o internamento.

Num futuro próximo parece ser inevitável o reconhecimento da Especialidade de Medicina de Urgência pela Ordem dos Médicos o que irá alocar mais médicos de forma dedicada aos SU. Não se vislumbram médicos disponíveis no curto prazo no Quadro Permanente das FFAA para preencherem as necessidades de uma escala diária de SU.

Será ainda muito difícil, ter equipas treinadas em Medicina Intensiva em simultâneo com equipas de Urgência/Emergência.

Contudo, e para manter o treino do pessoal de Saúde que é necessário ao apoio à componente operacional das Forças Armadas, propõe-se que o mesmo (treino) seja feito num SUP do SNS. Assim deveria ser equacionada a formação de uma equipa de Urgência com médicos militares e que seria responsável por um dia da escala do SU desse Hospital. Note-se contudo, e porque o HFAR não tem médicos em todas as valências de um SUP, o hospital desse SU completaria as lacunas não preenchidas pelos médicos do HFAR com médicos do seu quadro.

(10) Serviço de Medicina Hiperbárica

A câmara hiperbárica do Serviço de Medicina Hiperbárica, a instalar no HFAR, tem capacidades terapêuticas para doentes críticos e urgentes. No relatório da Comissão de reavaliação da rede nacional de Emergência/Urgência pode ler-se: “*O Centro de Medicina Hiperbárica continental localiza-se no Hospital Pedro Hispano. O Hospital da Marinha, em Lisboa, possui também duas câmaras hiperbáricas que poderão ser utilizadas para doentes não críticos mas urgentes*” (Direção de Serviços de Planeamento, 2001a). Não foi possível apurar se esta diretiva do SNS se mantém válida. No caso de ela se manter, deveria o HFAR iniciar o processo de creditação deste Serviço para o tratamento de doentes críticos urgentes.

b. Unidade de Cuidados Intensivos

“A equidade e universalidade dos direitos de cidadania, a evolução da Ciência e a melhoria dos serviços, criam pressões constantes e cada vez mais importantes para o



atendimento de doentes em cuidados intensivos. ...O cidadão tem direito a ser assistido, quando em risco de vida, em função das necessidades impostas em cada caso e em cada momento. Cabe aos serviços de saúde articular recursos, de forma a garantir esse direito.”
(Direcção de Serviços de Planeamento, 2003)

No Seculo XXI não se planeia nenhum Hospital sem que no seu plano funcional não esteja contemplado um Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

(1) Serviço de Medicina Intensiva

O SMI deve ser composto por uma UCI e uma Unidade de Cuidados Intermédios (UCIT). A integração da UCI com a UCIT permite uma melhor gestão dos recursos humanos e físicos instalados pois, permite, uma articulação cuidada quer do internamento quer da alta das camas do SMI.

“A UCIT trata os doentes instáveis, com disfunções de órgão e em risco de falência de funções vitais e para o qual, necessitam de vigilância organizada e sistemática por parte de uma equipa de Saúde durante 24 horas por dia” (Direcção de Serviços de Planeamento, 2003, p. 6).

Assim, os doentes que embora precisando de cuidados diferenciados não disponíveis nas enfermarias de internamento, e que não reúnam critérios para o tratamento em UCI, serão tratados numa UCIT. Os doentes com alta da UCI, por já não reunirem critérios de internamento nas mesma, e para os quais os cuidados das enfermarias não sejam adequados, serão internados numa UCIT. Os doentes internados na UCIT que agravam o seu estado clínico, são de imediato transferidos para as camas da UCI. Este é o modelo em prática em alguns Hospitais em Portugal (exemplo o Hospital de Cascais e em grande parte dos Hospitais de Londres).

Uma UCI acarreta para o Hospital uma grande responsabilidade pois a mesma tem que ser inscrita na rede de referência do SNS. Assim uma cama de UCI do HFAR estará sempre disponível para o SNS, para isso, ela tem de ser dotada de recursos humanos e materiais que garantam o seu funcionamento segundo as normas definidas pelas autoridades de Saúde (Anexo B).

(2) Definição de Medicina Intensiva

A Medicina Intensiva(MI) é uma área multidisciplinar e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou



mais funções vitais, eminente (s) ou estabelecida (s) (Ministerio de Sanidad Y Politica Social, 2010).

(3) Caracterização das Unidades de Cuidados Intensivos

Dependendo dos níveis de assistência médica e das técnicas utilizadas postas ao serviço do doente as UCI são classificadas em níveis conforme se apresenta na Tabela n.º 16:

Tabela n.º 16 - Níveis das UCI

Fonte: (autor, 2015) (Direção-Geral da Saúde, 2003a)

UCI DE NÍVEL I Visa basicamente, a monitorização, normalmente não invasiva
UCI DE NÍVEL II Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções de órgãos, deve articular-se com uma UCI de nível superior e tem de ter acesso permanente a médico com preparação específica
UCI DE NÍVEL III Deve ter quadros próprios de medicina e enfermagem em presença física de 24 horas. O quadro médico tem de ser composta por médicos com a especialidade de Medicina Intensiva.

Em Portugal a designação de UCI refere-se exclusivamente a Unidades de nível III, sendo que as Unidades de nível I e II são consideradas UCIT.



Esta classificação por níveis traz consigo a definição dos requisitos para o funcionamento das mesmas e que se definem na Tabela nº 17.

Tabela n.º 17 - Requisitos mínimos para os Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos e as Unidades Intermédias

Fonte: (autor 2015). Adaptado (Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2013)

	Presença de médico	Presença de enfermeiro	Nível mínimo de intervenção
Serviços/Unidades Cuidados Intensivos	Presença física de Médico qualificado nas 24h	No mínimo, um Enfermeiro com treino específico por cada duas camas, nas 24 h	*
Unidade Intermédia de nível II	Médico de chamada, nas 24h	Um Enfermeiro por cada 4 a 6 camas, nas 24 horas	Capacidade para: <ul style="list-style-type: none"> • reanimação (integrada na organização institucional) • monitorização contínua de ECG, oximetria de pulso e pressão arterial invasiva • cateterização venosa central • ventilação não invasiva • administração e manejo de fármacos vasoactivos e trombólise
Unidade Intermédia de nível I	Médico de chamada, nas 24h	Enfermeiro em presença física 24h	Capacidade para <ul style="list-style-type: none"> • reanimação (integrada na organização institucional) • monitorização de ECG, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva

* Anexo B (Ordem dos Médicos, s.d.)

(4) Formação em Medicina Intensiva

Em Portugal a MI é uma subespecialidade médica, que tem uma formação própria pós graduada, destinada a Especialistas em Medicina, Cirurgia ou Anestesia.

O período de formação tem a duração de 2 anos, a mesma faz-se em regime de tempo completo (no mínimo 40 horas/semana) num SMI, ou numa UCI com idoneidade reconhecida pela OM (Ordem dos Médicos, s.d.). European Society of Intensive Care



Medicine (ESIC), define os requisitos de formação em MI por etapas como se pode ver na Figura nº 7 (European Society of Intensive Care Medicine, 2009).



Figura n.º 7 - Formação em Medicina Intensiva

Fonte: (European Society of Intensive Care Medicine, 2009)

Compete à Competency Based Training Programme in Intensive Care Medicine a emissão do diploma de aprovação em MI.

A OM reconhece este diploma, contudo para titular os médicos em Especialista de MI, exige que se tenha associado o trabalho ($\geq 75\%$ do seu horário semanal) por tempo igual ou superior a dois anos em UCI com idoneidade formativa (Colégio de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos, 2010).

Também os EUA têm como requisito para a titulação em Medicina Intensiva uma formação de dois anos, sendo que um ano é dedicado ao trabalho e treino numa UCI podendo o outro ano pode ser dedicado a pesquisa ou atividades relacionadas (Society of Critical Care Medicine, 2012-2015).

Se se equacionar a formação de qualquer médico nesta área com início em 2015, caso exista um Serviço de MI ou UCI com capacidade formativa e com vagas de formação, a mesma não ficará completa antes de 2017. O SMI do Hospital de Cascais tem um SMI com capacidade formativa em MI. Neste momento tem a sua capacidade formativa preenchida até 2018, só aceitando candidatos para início de formação para 2019 (Ramos, 2015)²¹.

²¹ Diretor do SMI do Hospital de Cascais.



(5) Dimensionamento das Unidades de Cuidados Intensivos

A formação de um médico nesta área da Medicina não resolve a situação da UCI pois como é recomendação da DGS as UCI têm de reunir requisitos mínimos conforme se inscreve na Tabela nº 15.

Tabela nº 1 - Requisitos mínimos de médicos de MI por número de camas de UCI

Fonte: (Direcção de Serviços de Planeamento, 2003)

6 Camas	4 Médicos
12 Camas	6 Médicos
20 Camas	8 Médicos

Estes requisitos funcionais assistenciais têm implicações com a eficiência e eficácia de uma UCI integrada num Serviço de MI.

Um número ímpar de camas, como a atualmente existente no HFAR, implica uma perda de eficácia e de eficiência, pois a cama “ímpar” aloca um mesmo número de recursos humanos que seria necessário para o número par imediatamente superior. Na UCI do Hospital Pulido Valente com cinco camas, com quatro médicos eram tratados 220 doentes por ano, na atual UCI do Hospital de Cascais, com oito camas de UCI e oito camas de UCIT e com oito médicos são tratados 2010 doentes por ano (Ramos, 2015).

É fundamental que a par da formação de médicos Especialistas de Medicina Intensiva, se equacione, no HFAR, a construção de um espaço para reunir a UCI e a UCIT num SMI como se proporá mais à frente.

c. Unidade de Cuidados Intermédios

As UCI de nível I e II, de ora em diante chamadas de UCIT, já foram caracterizadas.

Para uma lotação de 10 camas devem ter:

- 3 médicos se forem de nível I.
- 4 médicos se forem de nível II

Estas Unidades devem estar integradas num SMI, não devem ser de pequenas dimensões e fragmentadas pelo consumo de recursos humanos que isso implica. Não devem ter uma capacidade superior a 10 camas pois isso justificará a presença física e em permanência de um médico durante as 24 horas o que implica o desvio dos médicos da UCI e desta forma consumir recursos humanos que nela farão falta.

No momento, o HFAR não tem nenhuma UCIT.



d. Proposta para um Serviço de Medicina Intensiva no Hospital das Forças Armadas

Porque no desenvolvimento “normal” de uma qualquer operação militar está sempre inerente o risco de acidente grave ou potencialmente grave, no HFAR deve ser instalado um Serviço de MI com a UCI e a UCIT.

e. Síntese Conclusiva

Em Portugal, existe uma rede de Serviços dedicada ao atendimento das situações urgentes e emergentes, que garante à grande maioria da população um atendimento atempado dessas situações, em Unidades diferenciadas e vocacionadas para o tratamento dessas situações.

Na sua arquitetura, foram levados em linha de conta fatores demográficos de forma a rentabilizar os meios humanos e materiais que em saúde são escassos e finitos.

A área metropolitana de Lisboa tem nove SU a funcionar, sendo que três deles se situam na cidade de Lisboa e estão habilitados a tratar todas as situações urgentes e emergentes, tendo na sua retaguarda SMI ou UCI de elevada diferenciação.

Embora não exista a Especialidade de Medicina de Urgência em Portugal, os SU esforçam-se por ter nos seus quadros médicos diferenciados capazes de lidar com situações complicadas.

O HFAR tem em funcionamento um SU caracterizado com SUB, com médicos com pouca diferenciação para o atendimento de casos urgentes. Tem a cinco minutos de distância um SUP muito diferenciado. O SUB do HFAR é redundante sem que acrescente qualquer mais valia no tratamento de doentes agudos urgentes.

Não parece assim que se justifique o SU do HFAR que se propõe que encerre e no seu lugar, aproveitando os recursos humanos que tal encerramento libertaria, se crie um amplo espaço de CE a funcionar em tempo alargado para o atendimento das situações agudas não urgentes.

O HFAR para manter o treino de equipas deveria organizar com base nos recursos humanos disponíveis, uma equipa para integrar uma escala de urgência num SUP.

Foram identificadas outras fragilidades neste Departamento. Não tem UCIT e a UCI, para além de não ser rentável na tipologia atual, não está dotada de recursos médicos com a diferenciação considerada necessária para a prática médica necessária numa UCIP, conforme é recomendado. Porque a diferenciação em MI é demorada e está muito limitada às poucas



vagas formativas disponíveis em Portugal, deveriam desde já iniciar a respetiva formação dois ou três médicos dos Quadros.

Deveria igualmente pensar-se no modelo de um futuro SMI que integrasse uma UCIT e uma UCI. Recorde-se que este Serviço é fundamental quando se pensa nos riscos que são inerentes no desenvolvimento de ações militares.

Considera-se validada parcialmente a Hipótese dois. Para responder à QD 2, é necessário continuar com a avaliação dos Departamentos de internamento.



5. Departamentos de Internamento do Hospital das Forças Armadas

Os internamentos do HFAR fazem-se nos Departamentos de Medicina e Departamento Cirúrgico. Neste capítulo far-se-á a análise destes dois Departamentos.

Em Portugal os Serviços de internamento organizam-se segundo um modelo assente em Serviços, *“Os serviços de internamento são divisões funcionais com internamento a cargo de um diretor, chefe ou encarregado, constituindo a célula básica da organização dos estabelecimentos de saúde”* (Lopes, 2002)²².

O modelo de organizativo de internamento em Departamentos é o seguido em grande parte dos países, sendo que no Reino Unido é a regra (National Health Service, England, 2015) (University Hospitals Birmingham NHS Foundation Trust, 2014).

A organização em Departamentos tem claras vantagens para a gestão das camas de internamento e para a qualidade da atividade clínica.

O internamento não está dependente de um número fixo de camas atribuído a cada uma das Especialidades, sendo que a gestão das camas de internamento é feita de forma racional, com base nas camas disponíveis no Departamento.

Permite que seja feita uma abordagem do doente como um todo no dia-a-dia do internamento pois nas enfermarias de internamento cruzam-se os Especialistas de várias áreas, ao contrário do que acontece quando se interna doentes em Serviços de uma única Especialidade. Permite ainda que na visita médica ao Departamento possa haver uma abordagem e discussão mais abrangente do doente. A visita deve ser semanal, se possível com a presença do Diretor Clínico (como tem sido prática no HFAR).

Os Departamentos de internamento do HFAR enquadram as Especialidades segundo uma lógica de relevância para a componente operacional e os contributos para a atividade assistencial. Com base nesta lógica as Especialidades estão integradas nos Departamentos constituindo-se em:

- Serviços;
- Unidades Funcionais;
- Unidades Integradas

As Especialidades com elevada importância para a componente operacional e para a atividade assistencial estão constituídas como Serviços.

²² Auditor do Hospital de São João, Porto



As Especialidades que pelas suas funções e diversidade de técnicas praticadas são importantes para a atividade assistencial, mas que são complementares para a componente operacional estão integradas nos departamentos como Unidades Funcionais.

As Especialidades com importância reduzida para a componente operacional e que asseguram uma CE e apoio aos Serviços de internamento estão constituídas em Unidades Integradas.

Foi feita uma análise do Departamento de Medicina e Cirúrgico do HFAR.

a. Departamento de Medicina

O Departamento de Medicina do HFAR tem 45 camas de internamento e organiza-se em como se apresenta na Tabela nº 18.

Tabela n.º 18 - Organização do Departamento de Medicina

Fonte: (autor, 2015) (Ministério da Defesa Nacional, 2011)

SERVIÇOS HOSPITALARES Medicina Interna; Pneumologia; Cardiologia; Neurologia; Psiquiatria; Dermatologia; Endocrinologia; Gastrenterologia.
UNIDADES FUNCIONAIS Nefrologia; Oncologia Médica.
UNIDADES INTEGRADAS, NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA Hematologia; Imunoalergologia; Infeciologia; Reumatologia.

Foi identificado como ponto crítico o Serviço de Medicina Interna.

(1) Serviço de Medicina Interna do Hospital das Forças Armadas

A medicina interna deve existir em todas as tipologias de hospitais (Entidade Reguladora da Saúde, 2012)

O Colégio da Especialidade de Medicina Interna regulamenta o exercício da Medicina Interna (Ordem dos Médicos, 2003).



A Medicina Interna uma Especialidade médica indispensável para o funcionamento equilibrado de qualquer hospital. (Velooso, 1993, p. 556)²³ e vai ter de ser a base de toda a estrutura hospitalar (Veríssimo, 2015)²⁴ porque a Medicina Interna como é integradora dos saberes médicos, é por isso capaz de criar alternativas qualitativamente mais adequadas e economicamente mais vantajosas, numa abordagem holística do doente (Campos, 2005)²⁵.

É hoje exigido ao Especialista de Medicina Interna, ter a capacidade de gerir recursos para um correto desempenho hospitalar (Carneiro, 2013)²⁶.

“A medicina interna garante a polivalência e a capacidade de prestar cuidados de saúde hospitalares de um modo integrado” (Entidade Reguladora da Saúde, 2012)

Num Hospital de Excelência, como se quer o HFAR a Medicina Interna estará presente em todos os Departamentos pois pelo seu perfil, pois trabalha na CE, trabalha no SU, pode apoiar as UCIT e muitas vezes colabora, a pedido, para ajudar a tratar complicações médicas de doentes internados no Departamento Cirúrgico.

- **Dimensionamento dos Serviços de Medicina Interna**

O dimensionamento dos Serviços de Medicina Interna está inscrito no Despacho 23/86 do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 1986) e não teve qualquer alteração até ao momento.

O Serviço de Medicina Interna deve:

- Corresponder a 20% do total das camas hospitalares de um hospital de agudos;
- Deve ter um rácio de 0,5 camas/1000 utentes;
- Um serviço de 30 camas deve ter quatro médicos;
- Para maiores dimensões deverá prever-se a sua inserção num Departamento.

Por estar integrado no Departamento Médico, o Serviço de Medicina Interna do HFAR, não tem uma dotação “própria” de camas, sendo que os doentes internados nesta Especialidade ocupam qualquer das camas do Departamento No HFAR, a 17 de Dezembro de 2014 a Medicina Interna tinha a seu cargo 25 doentes internados (Araújo, 2014)²⁷.

²³ Ex-presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Fundador da Revista de Medicina Interna.

²⁴ Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

²⁵ Ex Ministro da Saúde

²⁶ Diretor do Centro de Estudos de Medicina baseada na Evidência

²⁷ Primeiro Tenente Médico Naval. Chefe do serviço de Medicina Interna.



Por comparação refira-se que o Serviço de Medicina Interna do Hospital de Santo António dos Capuchos tem uma dotação de 44 camas (Marques, 2015)²⁸

O Serviço tinha aí colocados em 17 de Dezembro dois médicos, sendo que um dos quais tinha (tem), um regime de trabalho de 20 horas, das quais 12 horas são alocadas ao SU do HFAR. Faz parte do quadro uma médica do quadro civil, mas que se encontrava numa situação de baixa médica prolongada. Colaborava no internamento uma Especialista de Medicina Interna que é a responsável da Consulta Aberta do HFAR.

Estava em fase de contratação uma Especialista para um regime de 35 horas com 18 horas alocadas à UCI.

Do Quadros Permanentes das FFAA, constata-se que há três Especialistas a frequentar o Curso de Promoção a Oficial Superior do IESM e há dois Internos de Especialidade em fase avançada de formação. Há ainda uma Especialista do Quadro Permanente da Marinha colocada no Centro de Medicina Hiperbárica.

Se houver racionalidade na colocação futura destes Especialistas, o Serviço de Medicina Interna terá um quadro suficiente para o seu funcionamento, contudo se forem desviados médicos para a formação em MI conforme foi proposto, o quadro poderá ficar de novo exíguo, como de resto o era a 17 de Dezembro.

Por comparação, refira-se novamente o Hospital dos Capuchos. Tem no seu quadro de pessoal para além do Diretor de Serviço, oito Especialistas de Medicina Interna e ainda dez Internos de Especialidades Médicas.

É reconhecida pelo Dr. Costa Marques a dificuldade de gestão dos médicos, pois o Serviço para além de uma escala de Urgência Interna, disponibiliza médicos para o SU do Hospital de S. José, sendo que essas dificuldades tenderão a agravar com a entrada em vigor de um novo regulamento no que concerne ao regime de trabalho dos médicos que cumprem escalas de urgência noturna (Administração Central do Sistema de Saúde IP, 2015). Para proteção do profissional de Saúde e dos doentes, tem de existir um descanso de 11 horas entre jornadas de trabalho após uma prestação de sete horas em horário noturno, leia-se das 22:00 às 07:00 horas.

Temos que o Diretor do Serviço de Medicina Interna se queixa do desvio de médicos para o SU, e o Diretor do SU queixa-se da falta dos mesmos.

Para obviar problemas futuros para além da racionalidade referida de colocação de médicos, seria importante que no HFAR existisse uma Unidade de Convalescença.

²⁸ Diretor do Serviço de Medicina I do Hospital de Santo António dos Capuchos



b. Departamento Cirúrgico do Hospital das Forças Armadas

O Departamento de Cirurgia tem 56 camas de internamento.

O Departamento está organizado como se apresenta na Tabela nº 19.

Tabela n.º 19 - Organização do Departamento Cirúrgico

Fonte: (autor, 2015 (Ministério da Defesa Nacional, 2011))

SERVIÇOS HOSPITALARES Anestesiologia; Cirurgia Geral; Medicina Dentária/Estomatologia; Oftalmologia; Ortopedia; Otorrinolaringologia; Ginecologia; Urologia.
UNIDADE FUNCIONAL Cirurgia Plástica e Reconstructiva
UNIDADES INTEGRADAS NO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL Cirurgia Vascular; Neurocirurgia.

Faz ainda parte do Departamento de Cirurgia o bloco operatório e a central de esterilização.

Da análise feita a este Departamento, para além da lista de espera cirúrgica da Ortopedia, não são registados outros pontos críticos. A lista de espera da Ortopedia é justificada pela falta de recursos médicos (Baleia, 2015).

A lista de espera para Cirurgia Geral é praticamente residual e a sua existência é diríamos quase obrigatória, pois só assim se gere os interesses dos doentes, que por razões pessoais ou de Serviço, tendem a escolher datas para a realização de cirurgias não urgentes de acordo com esses interesses.

De relevar que no HFAR não há qualquer lista de espera para cirurgias de doenças do foro oncológico.

c. Síntese conclusiva

O internamento no HFAR faz-se nos Departamentos de Medicina e de Cirúrgico.

A organização dos serviços de internamento sob a forma de Departamentos, traz mais valias quer na vertente da gestão financeira quer na vertente clínica. É possível fazer uma gestão e um uso racional da capacidade de internamento instalada e uma gestão multidisciplinar e integrada das situações clínicas dos doentes internados.



De acordo com a relevância de cada uma das Especialidades médicas e cirúrgicas para a componente operacional e os contributos que cada uma delas pode dar para a componente assistencial do HFAR, elas são organizadas em Serviços, Unidades Funcionais e Unidades Integradas, sendo que estas o são nos Serviços de Medicina Interna e de Cirurgia Geral. Estas duas Especialidades (Medicina Interna e Cirurgia Geral), são a par da Ortopedia a espinha dorsal de um Hospital.

Os Serviços de Medicina são fundamentais em todos os hospitais pelo perfil da Especialidade que lhe permite trabalhar em todos os Departamentos do Hospital.

No momento, o Serviço de Medicina Interna é identificado como sendo um Serviço crítico do HFAR, pois a equipa médica, só tem dois elementos, muito embora haja vários médicos (cinco) em diferentes formações, o que no futuro assegura o bom funcionamento do Serviço.

Necessidades operacionais decorrentes da carreira de médico militar, necessidades operacionais de cada um dos ramos dos quais os médicos fazem parte e para a qual podem ser requisitados e ainda e não menos importante, necessidades formativas que se anteveem no futuro próximo, caso a proposta efetuada no capítulo anterior em relação ao SMI seja julgada pertinente, poderão levar ao afastamento desses médicos do Serviço, o que fará que volte a funcionar funcione com um quadro de Especialistas escasso e que pode comprometer um regular funcionamento do Serviço.

De realçar que no HFAR não há lista de espera para a realização de cirurgias que envolvam doentes de foro oncológico.

Considera-se validada a hipótese dois. Na resposta à QD 2, a CE , o SU e a UCI comprometem a acreditação do HFAR.



6. Contributos para a excelência do Hospital das Forças Armadas

Neste capítulo faz-se uma análise da organização dos hospitais do SNS, do Hospital dos Lusíadas em Lisboa, dos HM franceses, HM de Bruxelas, HM dos EUA, de forma a colher contributos para se poder elaborar algumas medidas para que o HFAR seja um Hospital de excelência.

a. Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

(1) Organização da rede dos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

Em Abril de 2014 foi publicada a portaria para que a classificação dos Hospitais tenha em conta as áreas de influência e a sua diferenciação técnica, procurando a excelência pela concentração de saberes e competências, devendo distinguir-se entre si pela complexidade da resposta oferecida à população servida, garantindo contudo proximidade e hierarquização da prestação de cuidados (Ministério da Saúde, 2014).

A abertura de algumas Especialidades nos Hospitais, em Portugal, tem sido resultante, muitas das vezes, de atos de voluntariedade de grupos de médicos, resultando daí que haja hospitais com Especialidades em que é impossível garantir, por parte destes, os recursos futuros necessários para o desenvolvimento daquelas de forma a garantir a qualidade assistencial.

A referida Portaria estabelece as Especialidades e as áreas para cada um dos Hospitais. Com base nestes critérios define quatro tipologias diferentes de Hospitais que classifica usando a terminologia de Grupos.

Os Hospitais do Grupo I têm uma área de influência exclusivamente direta que deve abranger uma população de 75 mil a 500 mil habitantes.

As Especialidades dos Hospitais do Grupo I são as indicadas na Tabela nº 20.

Tabela n.º 20 - Especialidades do grupo I

Fonte: (Ministério da Saúde, 2014)

Medicina Interna
Neurologia
Pediatria Médica
Psiquiatria
Cirurgia Geral
Ginecologia
Ortopedia
Anestesiologia
Radiologia
Patologia Clínica
Imunohemoterapia
Medicina Física e de Reabilitação



Contudo os Hospitais de Grupo I podem assumir outras Especialidades desde que se inseridos em serviços ou departamentos de Medicina Interna ou Cirurgia Geral. As valências são as inscritas na Tabela n.º 21.

Tabela n.º 21 - Especialidades integradas em Serviços do Grupo I

Fonte: (Ministério da Saúde, 2014)

Oftalmologia
Otorrinolaringologia
Urologia
Pneumologia
Cardiologia
Dermato Venerologia
Endocrinologia
Gastrenterologia
Hematologia clínica
Oncologia médica
Radioterapia
Infeciologia
Nefrologia
Reumatologia
Medicina Nuclear

Os Hospitais do Grupo I, não podem ter, segundo a mesma Portaria, as Especialidades que se elencam na Tabela n.º 22

Tabela n.º 22 - Especialidades não enquadráveis nos hospitais do Grupo I

Fonte: (Ministério da Saúde, 2014)

Genética Médica
Farmacologia Clínica
Imunoalergologia
Cardiologia Pediátrica
Cirurgia Vascular
Neurocirurgia
Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética
Cirurgia Cardiotorácica
Cirurgia Maxilo-Facial
Cirurgia Pediátrica
Neuroradiologia

Os Hospitais de Grupo II devem ter uma área de influência direta e uma área de influência indireta, correspondente à área de influência direta das instituições do Grupo I. Não é definida a área de influência direta para este Grupo de Hospitais.



As Especialidades dos Hospitais do Grupo II são as do Grupo I acrescidas das Especialidades que se apresentam na Tabela nº 23.

Tabela n.º 23 - Especialidades específicas do Grupo II

Fonte: (Ministério da Saúde, 2014)

Oftalmologia
Pneumologia
Cardiologia
Reumatologia
Gastroenterologia
Nefrologia
Hematologia Clínica
Infeciologia
Oncologia Médica
Neonatologia
Imunoalergologia
Ginecologia/obstetrícia
Dermato-venerologia
Otorrinolaringologia
Urologia
Cirurgia vascular
Neurocirurgia
Anatomia patológica
Medicina nuclear
Neurorradiologia

Os Hospitais do Grupo III, têm uma área de influência direta, e uma área influência indireta que corresponde às áreas diretas dos Hospitais dos Grupos I e II. Devem ter todas as especialidades médicas e cirúrgicas. Em áreas de maior diferenciação e subespecialização as especialidades estão sujeitas a autorização do membro do Governo responsável pela área da saúde, pois encontra-se em fase de desenvolvimento o projeto da criação de Centros de Referência para o tratamento de algumas patologias.

Os hospitais do Grupo IV não têm áreas de influência pois são hospitais especializados em áreas muito específicas da Medicina: Oncologia; Medicina Física e Reabilitação e Psiquiatria e Saúde Mental.



(2) Acreditação dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde

Em Portugal existem vários hospitais acreditados pela JCI e que se elencam na Tabela nº 24 e 25.

Tabela n.º 24 - Hospitais Acreditados pela JCI

Fonte: JCI (Joint Commission Internacional, 2014)

Centro Hospitalar do Alto Ave
Centro Hospitalar Cova da Beira
Hospital Lusíadas Porto
Hospital São Gonçalo de Lagos
Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
Centro Hospitalar de Leiria
Hospital Beatriz Ângelo
Hospital de Vila Franca
Hospital Lusíadas Lisboa

Tabela n.º 25 - Hospitais Acreditados pela Caspe Healthcare Knowledge Systems

Fonte: (Caspe Healthcare Knowledge Systems, 2015)

H. Fernando da Fonseca
H. Santa Marta
Hospital D. Estefânia
IPO Porto
IPO Coimbra
Hospital Garcia e Orta
Hospital Distrital de Anadia

b. Hospitais Militares de Países amigos.

Nem todos os países amigos de Portugal têm um HM com as características como está concebido o HFAR., outros há que não têm HM como seja a Dinamarca, o Reino Unido a Suécia.

É considerado relevante para o presente trabalho abordar alguns desses HM de forma a colher contributos para o HFAR. Faz-se uma análise, naquilo que se achar relevante para este trabalho, dos HM em França, Bélgica e EUA

(1) Hospitais Militares em França

Em França a acreditação dos Hospitais é uma regra. Os HM franceses estão creditados pelo Ministério da Saúde francês como Centros Hospitalares Universitários (Fédération Hospitalière de France, 2015).



Em número de nove, estão distribuídos pelo país e localizam-se conforme se apresenta na Figura nº 11.

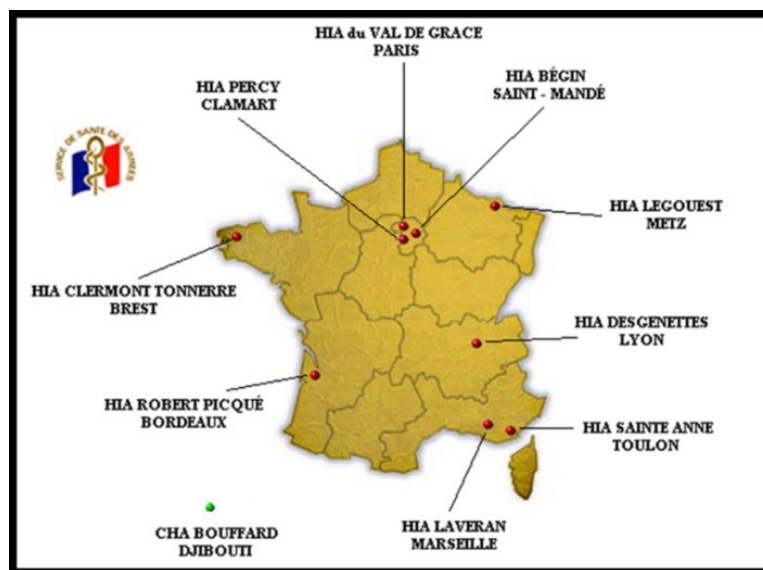


Figura n.º 8 – Dispositivo de HM em França

Fonte: (Ministère de la Défense, 2015)

Os HM franceses têm uma lotação de 3200 camas, contudo só praticam uma lotação de 2 800 camas, sendo que as restantes 400 camas são de reserva para possíveis situações de crise (Fédération Hospitalière de France, 2015).

Cumprem uma dupla missão pois também servem a população civil. Em 2014, 75% dos internamentos no Hospital Val-de-Grâce em Paris foram de doentes não militares. Por esta razão ou por via da contração do orçamento do Ministério da Defesa, está anunciado para 2017 o encerramento deste hospital, que é um hospital de excelência e por onde já passaram muitos Chefes de Estado e personalidades de relevo na vida pública e política de diversos países. Os serviços deste hospital serão transferidos para dois hospitais exclusivamente militares: Percy à Clamart e Begin à Vincennes (Le Figaro, 2014).

No Hospital Val-de-Grâce o excesso de massa crítica terá assim condicionado o anunciado encerramento.

(2) Hospital Militar de Bruxelas

O Hospital Militar de Bruxelas dedica-se exclusivamente a áreas consideradas do domínio militar. Tem o seu foco na medicina pré hospitalar, na medicina de catástrofe, no tratamento de queimados, na ortopedia, cirurgia, reabilitação, medicina das viagens, medicina hiperbárica e psiquiatria. Está aberto a militares e familiares e ainda a funcionários do ministério da defesa. Por ser um hospital de excelência na medicina hiperbárica e na



medicina de urgência, é hospital de referência da rede de saúde belga, estando aberto a toda a população nestas duas áreas (Military Medical Corps Worldwide, 2014, pp. 25-28).

(3) Hospitais Militares dos Estados Unidos da América

Aparentemente nos EUA, haverá um deficit de massa crítica, que pode condicionar a perda de valências dos seus HM.

Foi feita uma comparação entre os resultados das complicações dos HM com os hospitais públicos e conclui-se que os HM apresentavam taxas de complicações muito acima das encontradas nas mesmas circunstâncias nos hospitais públicos chegando mesmo a ser o dobro. Este facto estará relacionado com um número reduzido de internamentos, que se situará num número inferior a 30 doentes por dia. Este facto leva o Pentágono a encarar a série hipótese de retirar algumas valências aos HM (The New York Times, 2014).

Pode concluir-se que muito provavelmente a falta de massa crítica prejudicou alguns HM dos EUA.

O mapa do projeto de *downsizing* é apresentado na figura nº 12.

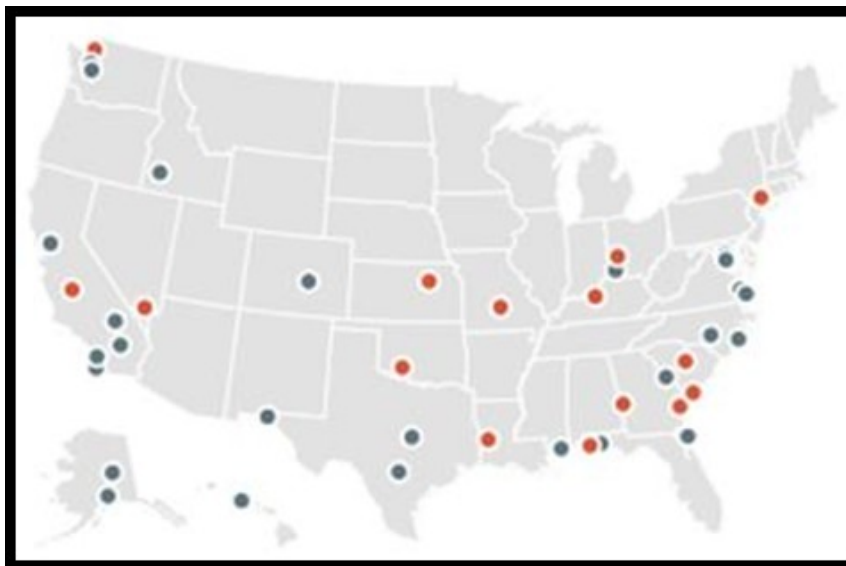


Figura n.º 9 – A vermelho, Hospitais para downsizing

Fonte: (The New York Times, 2014)

c. Hospitais Privados em Portugal

Os Hospitais privados em Portugal encontram-se organizados em grupos de saúde. As múltiplas clínicas são em regra a presença descentralizada desses grupos. Cada grupo tem um Hospital central (em regra no Porto ou em Lisboa) que serve de suporte a estas unidades mais pequenas e por isso chamadas de Clínicas.

(1) Hospitais dos Lusíadas em Lisboa

Este Hospital está acreditado pela Joint Commission Internacional.



Tem uma lotação de 127 Camas. Tem 47 gabinetes de CE. Está apetrechado sete salas de Bloco Operatório e tem 3 Salas de Bloco de Partos. Este hospital tem uma UCI.

Segundo os dados que publica, realiza 82000 CE por ano e realiza 1870 cirurgias anualmente (Hospital dos Lusíadas, 2015).

No HFAR, em 2014, realizaram-se 75743 CE e 1420 cirurgias.

d. Modelo para o futuro do Hospital das Forças Armadas.

O HFAR, pela sua Missão específica não pode seguir a lógica de organização do SNS, contudo há modos de atuação dos mesmos que têm de ser seguidos no HFAR

(1) Tipologia

O HFAR para o cumprimento da Missão não pode estar limitado pelas condicionantes impostas aos Hospitais do SNS. Não pode ser um Hospital de tipologia I, nem pode aspirar e ser um Hospital diferenciado. Igualmente não deve praticar uma ocupação de camas superior a 75% como forma de poder ser um Hospital de reserva para situações de crise, militar ou civil ou para situações de catástrofe.

Para ser um Hospital de agudos tem de aumentar a sua capacidade de internamento.

(2) Quadro de Valências

As valências do Hospital devem estar centradas na Missão (Duarte, 2015).

O HFAR deve ter as Especialidades de: Medicina Interna; Cirurgia Geral; Cirurgia Plástica; Ortopedia; Anestesiologia; Neurologia; Otorrinolaringologia; Oftalmologia; Psiquiatria; Medicina Dentária; Medicina Geral e Familiar e Familiar; Saúde Pública; Cirurgia Plástica; Neurocirurgia e Neurorradiologia.

(3) Articulação com o Serviço Nacional de Saúde

É fundamental que o HFAR se articule com o SNS pois a sua dimensão não lhe permite dispor dos recursos humanos e técnico que em algumas áreas só este possui.

(4) Articulação com Hospitais Privados

Embora se defenda uma articulação com o SNS, por vezes esta não pode ser feita da forma célere com que tem de ser tratado um militar do ativo e que não pode ficar “indisponível” para o Serviço por um período prolongado. Defende-se que o HFAR se deve articular com Hospitais privados de forma a suprir as suas insuficiências no tratamento destes doentes.

Não deve ser feito qualquer contrato de exclusividade, pois aí o HFAR, que é o financiador, fica sem a capacidade de poder escolher o melhor e mais ajustado serviço para os seus utentes.



(5) Quadro de Pessoal

Os recursos humanos são o principal capital dos Hospitais.

O HFAR não tem quadro próprio de médicos, depende dos médicos dos ramos o que dificulta a gestão do hospital. Para evitar não só uma reação corporativista por parte dos ramos como aconteceu na altura da unificação (Sousa, 2015)²⁹ é fundamental que as nomeações sejam feitas de acordo com as necessidades do HFAR e de forma centralizada no Diretor da Saúde Militar, ouvidos os Diretores de Saúde de cada ramo.

(6) Massa crítica

O exercício com qualidade da Medicina exige que haja massa crítica, regulação interpares e formação contínua.

A existência de massa crítica é essencial para uma Medicina de qualidade.

Deve ser levados em conta as experiências vividas em França e nos EUA no dimensionamento dessa oferta dos serviços do HFAR ao exterior.

(7) Formação

A formação de Especialistas é e resulta do reconhecimento pela Ordem dos Médicos e pelo Ministério da Saúde da superior qualidade clínica dos hospitais.

Para ter capacidade formativa, o HFAR tem de ter Especialistas que mantenham diferenciação, de forma a garantirem uma formação de qualidade. Tem de ter instalações e meios e diversidade de patologias. Mas para a formação de Especialistas, não basta ter massa crítica, tem de haver produção de trabalhos e artigos científicos.

Refira-se que o HFAR tem capacidade formativa para a totalidade da Especialidade de Endocrinologia e capacidade parcial para a formação em Urologia.

Propõe-se que outros Serviços se credenciem junto da Ordem dos Médicos para terem capacidade formativa de Especialistas.

(8) Acreditação

A acreditação não será para já uma meta para o HFAR. Primeiro há que fazer correções de funcionamento para depois iniciar o longo processo de iniciar um processo de Acreditação junto das entidades Internacionais de Certificação.

(9) Centro de Referência

O HFAR deve caminhar para ter serviços que sejam de referência a nível Nacional.

²⁹ CALM MN Diretor do HFAR.



Presentemente tem como referência nacional o Centro de Medicina Aeronáutica que está certificado pela Autoridade Nacional de Aviação Civil. Também o HFAR é centro de referência em Portugal no tratamento das malformações congénitas da face.

Os Serviços do HFAR deveriam procurar áreas onde pudessem ser uma mais valia para o SNS, oferecendo a estes serviços que o mesmo não dispusesse, ou no qual a oferta é muito limitada, contribuindo desta forma não só para prestar um serviço de excelência aos portugueses, como também, diríamos naturalmente ser um Hospital prestigiado.

Chama-se a atenção que estas capacidades não devem depender da vontade isolada de um médico pois desta forma corre-se o risco de mais tarde ou mais cedo essa referência se perder o que trará óbvios prejuízos para a imagem do HFAR.

Aponta-se como possível competência do HFAR, a criação de um serviço que possa atender situações de acidentes nucleares, biológicos, nucleares e radiológico. Esta área é de particular importância no âmbito das FFAA e não parece ser uma área em que o SNS possa responder de forma organizada e expedita. Este Serviço não deve estar instalado de forma “definitiva” deve isso sim ser estar organizado com recursos humano e materiais que em caso de acidente, possam tratar as vítimas nas camas de “reserva” conforma abordado neste trabalho.

e. Nota final

O HFAR será um Hospital de excelência quando:

- Tratar de forma expedita os militares no ativo;
- Prestar cuidados de saúde diferenciados aos militares e suas famílias;
- Tiver equipas médicas treinadas, credíveis e certificadas;
- Quando for um Centro de saber e de produção de ciência.

f. Síntese conclusiva

Existem vários Hospitais acreditados de Excelência em Portugal. O Hospital acreditado cujo dimensionamento se aproxima mais do HFAR é o Hospital dos Lusíadas.

Da comparação dos resultados de desempenho não há diferenças entre as prestações pelo que a hipótese 3 não foi validada e a resposta à QD 3 é que não há diferenças entre o desempenho do HFAR e o de um Hospital acreditado em Excelência.

O SNS encetou recentemente uma reformulação dos Hospitais. O dimensionamento tem em conta fatores demográficos, na base dos quais se elabora o quadro de valências que cada um deve ter.



O HFAR, pela sua dimensão, deve ter as valências com mais relevância o apoio assistencial da saúde militar a par do que faz o HM de Bruxelas. Deve ter massa crítica pois se a expansão em número de camas é inevitável, sob risco de se asfixiar. Deve ter em conta as experiências do Hospital Val-de Grâce e dos HM dos EUA no dimensionamento dessa massa crítica. Num dos caos (França) o excesso de massa crítica, à custa de doentes não militares ou familiares coloca em causa um Hospital de excelência. No caso dos EUA, a falta de massa crítica coloca em causa os cuidados prestados pelos mesmos.

O HFAR deve apostar na formação de Especialistas, à imagem dos HM em França.

A hipótese 4 é validada e a resposta à QD 4 é há ensinamentos a retirar dos Hospitais portugueses e de HM de nações amigas e esses são: dimensionamento correto, com massa crítica que sustente um programa de formação de Especialistas e transformem o HFAR num centro produtor de ciência.

Propõe-se que o HFAR faça uma aposta em áreas que representem o reconhecimento da sua excelência no meio médico nacional.



Conclusões

Em 2008 foi decidido unificar os HM de Lisboa e foi criado o HFAR com dois polos, um no Porto e outro em Lisboa. Em 2011 foi decidido que o polo de Lisboa seria instalado no espaço ocupado pelo HFA, que a partir daí se passou a chamar de antigo HFA.

A unificação dos HM de Lisboa efetivou-se em 14 de Agosto de 2012, tendo os Hospitais do Exército de Lisboa e o Hospital da Marinha encerrado toda a atividade clínica em 31 de dezembro de 2013.

Em 27 de Maio de 2014 foi formalmente criado o HFAR com os dois polos que haviam sido decididos em 2008.

Fruto da localização e das obras realizadas no HFA, o edifício garantia, no geral, boas infraestruturas e era flexível e extensível. Não foram feitas quaisquer obras de extensibilidade no edifício prévias à unificação e o hospital, que estava dimensionado para as necessidades da FAP, revelou não ter capacidade para acolher quer o pessoal necessário para o seu funcionamento, como também os utentes.

O HFAR tem uma capacidade de internamento de 101 camas, sendo com um rácio de 1 cama por cada 1000 potenciais utente, quando antes da unificação os HM de Lisboa tinham um rácio de 17 camas por 1000 potenciais utentes. Este rácio, no SNS é de 3.4 camas por 1000 habitantes.

A par da insuficiência, em número, das camas de internamento, regista-se igualmente que existe um deficit de gabinetes de CE que interfere com a capacidade de resposta às solicitações dos utentes.

Em relação às infraestruturas, é de assinalar a exiguidade dos espaços dos Serviço de Fisiatria e do Serviço de Cardiologia.

Na unificação foi perdida a UD que existia no HMP resultando daí prejuízos quer para os doentes quer para o HFAR. Para suprir esta fragilidade, em breve vão ser instalados dois postos móveis para hemodiálise que não colmata a

O HFAR está organizado em Departamentos o que se revela extremamente vantajoso para a prática clínica quer para a gestão financeira.

O Departamento de Ambulatório tem um horário de funcionamento, que se fosse alargado poderia contribuir para uma maior satisfação dos utentes e simultaneamente para a melhoria dos cuidados assistenciais. A CE tem um modelo de marcação que permite o acesso dos utentes sem que previamente tenham sido triados, triagem essa que racionaliza o acesso



dos doentes, resultando daí benefícios para todos os utentes. Este é o modelo de todos os Hospitais públicos que não permite aos utentes a marcação de CE a nível hospitalar.

O HFAR tem a funcionar um SUB para atender situações urgentes e emergentes. As equipas médicas responsáveis por esse atendimento, não têm a diferenciação profissional que se vai pedindo cada vez mais a quem trabalha naquela área. O SNS tem uma rede de SU que garantem a uma grande parte da população o acesso a um SU em menos de 60 minutos. Em Lisboa existem três SUP e na área metropolitana seis SUMC.

Pela conjugação dos três fatores referidos, deveria ser encerrado o SU. Em seu lugar e aproveitando os recursos humanos que este encerramento disponibilizaria, deveria ser aberta uma consulta, no espaço hospitalar, vocacionada para a o atendimento de situações agudas não urgentes.

Para manter o treino necessário para o apoio da vertente operacional, é necessário que o mesmo seja feito num SU, assim o HFAR poderia ser o responsável por uma das equipas de escala a um SUP.

O HFAR não tem SMI. Tem a funcionar uma UCI que tem um número desajustado de camas o que faz perder eficácia e eficiência. A UCI não tem na sua retaguarda uma UCIT. No quadro médico não há ninguém com a formação em MI. A par da formação de médicos em MI, deveria ser criado um espaço para o funcionamento de um SMI que integre a atual UCI e a UCIT, também ela a ser criada.

Sendo considerada uma Especialidade charneira num Hospital, a Especialidade de Medicina Interna, faz-se notar no HFAR o deficit de médicos daquela Especialidade.

Os Hospitais públicos em Portugal estão organizados de forma a prestarem serviços verticalizados e assente em bases demográficas, resultando daí quatro tipologias de Hospitais, que se distinguem pelas valências que os compõem.

O HFAR, pela sua especificidade não pode copiar alguns dos modelos dos hospitais públicos. Por ser um Hospital de pequenas dimensões não pode ter as valências do Grupo II do SNS pois falta-lhe quadro de médicos para as suprir e mesmo que o tivesse faltar-lhe-ia a massa critica necessária para manter a proficiência em áreas muito específicas do saber médico. As valências do HFAR devem ainda levar em conta a relevância que as mesmas têm para a componente operacional a exemplo do que é feito no HM de Bruxelas.

As valências que o HFAR Estas Especialidades precisam de manter proficiência, necessitando para isso que o HFAR tenha massa critica. Devem ser levadas em conta as experiências recentes dos HM dos EUA no HM Val-de-Grâce, num primeiro a falta de massa



crítica vai condicionar o *downsizing*, no segundo, o excesso de massa crítica vai levar ao seu provável encerramento.

O funcionamento do HM de Bruxelas aponta para um modelo de HM apostado no apoio à missão.

Os HM franceses formam Especialistas.

O HFAR tem de estar preparado para responder a todas as solicitações dos militares e da família militar. Para isso precisa de ter equipas treinadas e credenciadas prontas para todas as solicitações de apoio de saúde. O HFAR deve distinguir-se entre os Hospitais de Portugal, sendo um centro de “saber”.

Resposta à Questão Central: O que deve ser feito para que o HFAR seja considerado de excelência?

Para ser um Hospital de excelência o HFAR deve repensar em algumas áreas da prestação de cuidados assistenciais.

Deve repensar as valências da atividade assistencial.

Deve repensar o modo de funcionamento das CE.

Deve ter um SMI com UCI e UCIT.

Deve ter uma gestão centralizada de recursos Humanos.

O treino e a prática dos médicos para atender a situações urgentes/emergentes deve ser feito num SUP.

Deve ter capacidade formativa.

Deve ter Serviços de referência.

Deve ser um Hospital que publique artigos e tenha presença nos grandes eventos da Medicina em Portugal.



Bibliografia

Abreu, R. M. R. d., 2006. Apontamento para a História da Medicina Militar. A Marinha. *Revista Militar N.º 2455/2456*, n.d. Agosto/Setembro, pp. 791-0.

Administração Central do Sistema de Saúde I.P., 2015a. *Legislação específica aplicável a unidades hospitalares*. [Em linha] Disponível: <http://www.acss.min-saude.pt/%C3%81reaseUnidades/NormalizInstalEquipamentos/Legisla%C3%A7%C3%A3o/tabid/187/language/pt-PT/Default.aspx>[Consult. 8 Janeiro 2015].

Administração Central do Sistema de Saúde I.P., 2015b. *Glossário de termos e conceitos técnicos no âmbito da concepção e construção de edifícios hospitalares*. [Em linha] Disponível: <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadeInstalaçõeseEquipamentos/Glossário/tabid/186/language/pt-PT/Default.aspx>[Consult. 20 Janeiro 2015].

Administração Central do Sistema de Saúde IP, 2015. *Ofício Circular 1068/2015*. s.l.:Ministério da saúde.

Administração Central do Sistema de Saúde, IP., 2014b. *Taxas Moderadoras - Atualização Dados*. [Em linha] Disponível: <http://www.acss.min-saude.pt/Publica%C3%A7%C3%B5es/TabelaseImpressos/TaxasModeradoras/TaxasModeradorasAtualiza%C3%A7%C3%A3odedados/tabid/664/language/pt-PT/Default.aspx>[Consult. 21 Janeiro 2015].

Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2013. *RT 09/2013. Recomendações Técnicas para a Instalação de Unidade de Cuidados Intensivos*, Lisboa: Ministério da Saúde.

Almeida, L., 2010a. *Serviços de Saúde Militares - Objectivos de investigação e pesquisa*. [Em linha] Disponível: <http://laboratorio-cctp.blogspot.pt/2010/04/servicos-de-saude-militares-objectivos.html>[Consult. 3 Dezembro 2014].



Almeida, L., 2010b. *Os Hospitais Militares nos séculos XVII a XIX*. [Em linha] Disponível: <http://laboratorio-cctp.blogspot.pt/2010/05/os-hospitais-militares-nos-seculos-xvii.html>[Consult. 13 Mar. 2015].

Anabela Coelho, A. D. Z. H. e. G. D., 2014. Gestão integrada da doença renal crónica: análise de uma política inovadora em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 14 Março, p. vol.32 no.1.

Anon., 2011. *Specialty Requirements defined by the UEMS, MJC and European Board of Emergency Medicine*. [Em linha] Disponível: <http://www.uems.eu/>[Consult. 30 Março 2015].

Araújo, A., 2014. *O Serviço de Medicina do HFAR* [Entrevista] (17 Dez. 2014).

Araújo, M. M. L. d., 2005. Hospitais Reais. *Casa Museu de Monção-Universidade do Minho*, n.d. n.d., pp. 651-652..

Assembleia da República, 1976. *Constituição da República Portuguesa*. Lisboa: Assembleia da República.

Assembleia da República, 1979. *Cria, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde. (Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro)*. Lisboa: Diário da República.

Assembleia da República, 1990. *Estabelece a lei de bases da saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto)*. Lisboa: Assembleia da República.

Baleia, C., 2015. *Consulta de Ortopedia do HFAR* [Entrevista] (10 Mar. 2015).

Balhana, C. M. C., 2015. *A cirurgia de Ambulatório no HFAR. O HFAR como Hospital de referência*. [Entrevista] (25 Março 2015).

Barragon, A., s.d.. <http://www.panoramio.com/photo/43061049>. [Em linha] Disponível: <http://www.panoramio.com/photo/43061049>[Consult. 10 Janeiro 2015].



Beato, V., 2015. *A Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital das Forças Armadas* [Entrevista] (27 Mar. 2015).

Belo, J. M. P. D., 2006, pp 983. As especificidades da logística sanitária militar. *Revista Militar N.º 2455/2456*, n.d. Agosto/Setembro, pp. 993-0.

Borges, A. M., 2009. *Reais Hospitais Militares em Portugal (1640-1834)* [livro eletrónico]. [Em linha] Disponível: https://books.google.pt/books?id=_fD9MOG3RTgC&pg=PA241&lpg=PA241&dq=Borges,+A.,+Reais+Hospitais+Militares+em+Portugal+%281640-1834%29,&source=bl&ots=ub7tNaGZut&sig=0IfkptwzNGuFurfCZCHJdBMVjeg&hl=pt-PT&sa=X&ei=Rx0BVa_J4T5UMaVgaAP&ved=0CD4Q6AEwBQ#v=onepag [Consult. 5 Dezembro 2014].

Camisa, J. M., 2015. *As infraestruturas do HFAR* [Entrevista] (30 Jan. 2015).

Campos, C. d., 2005. *O médico de Medicina Interna no actual contexto do SNS*. [Em linha] Disponível: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/arquivo/medicointerno.htm> [Consult. 12 Dezembro 2014].

Campos, L., 2015. *Excelência Hospitalar* [Entrevista] (24 Mar. 2015).

Carneiro, A. V., 2013. *Medicina Interna Hoje*. n.d. Março, pp. 10-16.

Carvalho, R. P., 2014. Factos Relevantes da Saúde Militar nos últimos 200 anos. *Revista Militar N.º 2544*, n.d. Janeiro, pp. 49-80.

Caspe Healthcare Knowledge Systems, 2015. *Home Page*. [Em linha] Disponível: <http://www.chks.co.uk/> [Consult. 15 Março 2015].

Castro, J. d., 2015. *O HFAR do futuro* [Entrevista] (13 Abr. 2015).



CEMGFA, 2015. *Os meios complementares de diagnóstico pedidos no HFAR a militares do ativo, são da responsabilidade deste. (Despacho n.º 51 de 17 de Fevereiro de 2015)*. Lisboa: Estado Maior General das Forças Armadas.

Colégio da Especialidade de Medicina Interna da Ordem dos Médicos, 2014. *Regulamento da Especialidade e Critérios de Admissão*. Lisboa: Ordem dos médicos.

Colégio de Especialidade de Nefrologia, 2011. *Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica*. Lisboa: Ordem dos Médicos.

Colégio de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos, 2010. *Critérios de Admissão*. s.l.:Ordem dos Médicos.

Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012. *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência*, Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Costa, F. L. d., 2014. Melhor Saúde para um Estado Melhor. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde* • n.º 13 • Junho 2014, n.d. Junho, pp. 6-9.

Direção de Serviços de Planeamento, 2001a. *A Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção de Serviços de Planeamento, 2001b. *Cirurgia de ambulatório: recomendações para o seu desenvolvimento*, Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção Geral das Instalações e Equipamentos em Saúde, 2005. *Serviço de Imagiologia*, Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde, 2003a. *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*, Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde, 2003b. *Rede de Referência Hospitalar de Nefrologia*, Lisboa: Direção-Geral da Saúde.



Direcção de Serviços de Planeamento, 2002. *Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação*, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direcção de Serviços de Planeamento, 2003. *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Diretor Geral da Saúde, 2011. *Norma da Direcção Geral de Saúde. Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Domingos, F., 2015. *A hemodiálise no HFAR* [Entrevista] (17 Mar. 2015).

Duarte, J. M. G., 2015. *O HFAR do futuro* [Entrevista] (1 Abr. 2015).

Entidade Reguladora da Saúde, 2009. *Estudo sobre os conceitos de "Serviço de Urgência" e "Serviço de Atendimento em Estabelecimentos de Saúde Prestadores de Cuidados de Saúde Não Públicos*, Porto: Entidade Reguladora da Saúde.

Entidade Reguladora da Saúde, 2012. *Estudo para a Carta Hospitalar - Especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Neurologia, Pediatria, Obstetrícia e Infeciologia*, Lisboa: Entidade Reguladora da Saúde.

Estado Maior General das Forças Armadas, 2009. *HFAR Polo de Lisboa*. [Em linha] Disponível: <http://www.emgfa.pt/pt/organizacao/hospitalFA/hfarlisboa/> [Consult. 12 Novembro 2014].

European Society of Intensive Care Medicine, 2009. *Competency Based Training programme in Intensive Care Medicine for Europe*. [Em linha] Disponível: <http://www.cobatrice.org/> [Consult. 31 Janeiro 2015].

European Society of Intensive Care Medicine, 2015. *European Society of Intensive Care Medicine. The Intensive connection*. [Em linha] Disponível: <http://www.esicm.org/> [Consult. 30 Janeiro 2015].



European Union of Medical Specialists, 1993. *Charter on Training of Medical Specialist*. [Em linha] Disponível: http://www.uems.eu/data/assets/pdf_file/0011/1415/906.pdf[Consult. 21 Março 2015].

Farrajota, F., 2015. *O Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Lisboa Central* [Entrevista] (25 Mar. 2015).

Fédération Hospitalière de France, 2015. *Les établissements publics de santé*. [Em linha] Disponível: <http://www.hopital.fr/Nos-missions/L-hopital-au-sein-de-l-organisation-generale-de-la-sante/Les-etablissements-publics-de-sante>[Consult. 25 Jan. 2015].

Fernandes, A. C., 2011-2012. Hospitais um novo modelo. *Ter Opinião*, s.d. s.d., p. 84.

Ferreira, C., 2015. *A Consulta Externa no HFAR. Estatística do HFAR*. [Entrevista] (21 Mar. 2015).

Gomes, A. A. F., 2006. O Apoio Sanitário no Teatro de Operações. *Revista Militar N.º 2455/2456 - Agosto/Setembro de 2006*, pp 937 - 0, s.d. Agosto/Setembro0, pp. 937 - 0.

Gomes, P. P. B. J.-P. G., 2002. *Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*. Lisboa: Faculdade de Economia – Universidade Nova de Lisboa.

Graça, L., 2000. *Evolução do sistema hospitalar: Uma perspetiva sociológica*. Lisboa, Universidade Nova de Lisboa, pp. 1238-1242.

Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2011. *Os Cidadãos no centro do Sistema. Os Profissionais no centro da mudança.*, Lisboa: Ministério da Saúde.

Hospital dos Lusíadas, 2015. *Hospital dos Lusíadas*. [Em linha] Disponível: <https://www.lusíadas.pt/pt/unidades/HospitalLisboa/Paginas/home.aspx>[Consult. 10 Fevereiro 2015].

Instituto Nacional de Estatística, 2002. *Sistema de Metanálise*. [Em linha] Disponível: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/3661>[Consult. 20 11 2014].



Instituto Nacional de Estatística, 2014. *Sistema de metainformação*. [Em linha] Disponível: <http://smi.ine.pt/>[Consult. 17 Novembro 2014].

Instituto Nacional de Estatística, 2015. *Principais Indicadores*. [Em linha] Disponível: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000070&contexto=pi&selTab=tab0[Consult. 24 Março 2015].

Isabel, M., 2015. *Cirurgia de Ambulatório* [Entrevista] (27 Mar. 2015).

Joint Commission Internacional, 2014. *Instituições acreditadas pela JCI*. [Em linha] Disponível: <http://pt.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/?c=Portugal>[Consult. 10 Novembro 2014].

Le Figaro, 2014. *La fermeture du Val-de-Grace, le fin d'une époque*. [Em linha] Disponível: <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2014/10/15/01016-20141015ARTFIG00333-la-fermeture-du-val-de-grace-la-fin-d-une-epoque.php>[Consult. 10 Nov 2014].

Leitão, L., 2015. *Legislação referente à construção hospitalar em Portugal* [Entrevista] (22 Jan. 2015).

Lopes, F., 2002. *Serviço*. [Em linha] Disponível: <http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Servi%C3%A7o>[Consult. 15 11 2014].

Marinha Portuguesa, 2014. *O Hospital Real da Marinha*. [Em linha] Disponível: <http://marinhadeguerraportuguesa.blogspot.pt/2011/04/o-hospital-real-da-marinha.html>[Consult. 10 Janeiro 2015].

Marques, J. C. N., 2006. Organização dos Serviços de Saúde Militares: uma visão actual. *Revista Militar N.º 2455/2456*, n.d. Agosto/Setembro, pp. 857 - 0.

Marques, J. M. d. C., 2015. *Os Serviços de Medicina Interna nos Hospitais Civis de Lisboa* [Entrevista] (17 Mar. 2015).



Military Medical Corps Worldwide, 2014. Kingdom of Belgium. *Almanac*, s.d. s.d., pp. 1-178.

Ministère de la Défense , 2015. *Service de santé des armées*. [Em linha] Disponível: <http://www.defense.gouv.fr/sante>[Consult. 22 Jan. 2015].

Ministere de la Defense, 2015. *Service de santé des armées*. [Em linha] Disponível: <http://www.defense.gouv.fr/sante>[Consult. 8 Jan. 2015].

Ministério da Defesa Nacional; Ministério das Finanças e da Administração Pública, 2006. *Autoriza, a criação, na dependência do Ministro da Defesa Nacional, de um grupo de trabalho para a reforma do sistema de saúde militar, adiante designado por grupo de trabalho (Despacho Conjunto 393/2006 de 15 de Maio)*. Lisboa: Diário da República.

Ministério da Defesa Nacional, 2010. *Determina que o Director-Geral de Pessoal e Recrutamento Militar coordenará um grupo de trabalho que apresentará, até ao fim do ano de 2010, a proposta do programa funcional para o Hospital das Forças Armadas (Despacho 10825/2010 de 1 de Julho)*. Lisboa: Diário da República.

Ministério da Defesa Nacional, 2011. *Estipula que pólo de Lisboa do HFAR é instalado no espaço físico ocupado pela Unidade Hospitalar do Lumiar (antigo Hospital da Força Aérea) (Despacho 16437/2011 de 5 de Dezembro)*. Lisboa: Diário da República.

Ministério da Defesa Nacional, 2011. *Plano Funcional do Hospital das Forças Armadas (Pólo de Lisboa)*, Lisboa: s.n..

Ministério da Defesa Nacional, 2014. *Cria o Hospital das Forças Armadas (HFAR), que se constitui como elemento de retaguarda do sistema de saúde militar em apoio da saúde operacionta dependência do Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armada (Decreto Lei 84/2014 de 27 de Maio)*. Lisboa: Diário da República.

Ministério da Defesa Nacional, 2015. *Saúde Operacional Assistencial - Reorganização do Sistema de Saúde Militar (SSM) - Manutenção da ADM na esfera do Ministério da Defesa Nacional. (Despacho 511/2015, de 19 de Janeiro)*. Lisboa: Diário da República.



Ministério da Economia e da Inovação, 2006. *Aprova o Sistema Nacional de Certificação Energética e da Qualidade do Ar Interior nos edifícios (Decreto Lei 78/2006 de 4 de Abril)*. Lisboa: Diário da república.

Ministério da Saúde, 1986. *Transmite orientações que caberá aos serviços competentes do ministério da saúde executar, no seguimento dos estudos conducentes ao estabelecimento da carta hospitalar (Despacho 23/86 de 25 de Fevereiro)*. Lisboa: Diário da República.

Ministério da Saúde, 1992. *Estabelece o regime de taxas moderadoras para o acesso aos serviços de urgência, às consultas e a meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime de ambulatório, bem como as suas isenções (Decreto-Lei n.º 54/92 de 11 de Abril)*. Lisboa: Diário da República.

Ministério da Saúde, 1993. *Aprova o estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro)*. Lisboa: Diário da República.

Ministério da Saúde, 2002. *Regras relativas à protecção da saúde das pessoas contra os perigos resultantes de radiações ionizantes em exposições radiológicas médicas (Decreto Lei 348/89 de 12 de Outubro)*. Lisboa: Diário da República.

Ministério da Saúde, 2003. *Cria a rede de cuidados continuados de saúde (Decreto-Lei 281/2003 de 8 de Novembro)*. Lisboa: Diário da República.

Ministério da Saúde, 2007. *Define as características da rede de serviços de urgência, bem como os níveis de resposta que a integram (Despacho 727/2007 de 15 de Janeiro)*. Lisboa: Diário da República.

Ministério da Saúde, 2008a. *Define e classifica os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Referenciação de Urgência / Emergência, constantes do anexo ao presente despacho (Despacho 5414/2008 de 28 de Fevereiro)*. Lisboa: Diário da República.



Ministério da Saúde, 2008b. *Portal da Saúde*. [Em linha] Disponível: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/todos+santos.htm>[Consult. 5 Janeiro 2015].

Ministério da Saúde, 2013a. *Aprova o Regulamento do Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas instituições do Serviço Nacional de Saúde, designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH) (Portaria 95/2013 de 4 de Março)*. Lisboa: Diário da República.

Ministério da Saúde, 2013b. *Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento para o exercício da atividade das unidades privadas de diálise (Portaria 347/2013 de 28 de novembro)*. Lisboa: Diário da República.

Ministério da Saúde, 2014. *Estabelece os critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do SNS, de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas, e o seu posicionamento da rede hospitalar (Portaria n.º 82/2014 de 10 de Abril)*. Lisboa: Diário da República.

Ministério das Obras Públicas, Transportes e Comunicações, 2006. *Regulamento das Características de Comportamento Térmico dos Edifícios (Decreto Lei 80/2006 de 4 de Abril)*. Lisboa: Diário da República.

Ministerio de Sanidad Y Política Social, 2010. *Unidad de cuidados intensivos: Estándares y recomendaciones*, Madrid: Governo de Espanha.

Ministério do Equipamento, do Planeamento e da Administração do Território, 2002. *Regulamento de Segurança contra Incêndio em Edifícios de Tipo Hospitalar (Portaria n.º 1275/2002 de 19 de Setembro)*. Lisboa: Diário da República.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006. *Regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais(Decreto Lei 163/2006 de 8 de Agosto)*. Lisboa: Diário da República.



Monteiro, J. F., 2014. Hospital das Forças Armadas (uma capacidade ameaçada). *Revista Militar N.º 2547*, n.d. Abril, pp. 243 - 248.

National Health Service, England, 2015. *The NHS in England*. [Em linha] Disponível: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx>[Consult. 20 Jan. 2015].

Neves, P., 2015. *Funcionamento do HFAR* [Entrevista] (17 Mar. 2015).

Nunes, J. M. F., 2008. *Planeamento de Serviços de Saúde, A reorganização do internamento dos hospitais militares*. Lisboa: IESM.

Ordem dos Médicos, 2003. *Regimento do Colégio da Especialidade de Medicina Interna*, Lisboa: Ordem dos Médicos.

Ordem dos Médicos, 2012. *Separata da Revista da Ordem dos Médicos n.º 25*. [Em linha] Disponível: <https://www.ordemosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=d6baf65e0b240ce177cf70da146c8dc8&id=372d3f309fef061977fb2f7ba36d74d2>[Consult. 2 Abril 2015].

Ordem dos Médicos, s.d.. *Documento orientador da formação em medicina intensiva*, Lisboa: Ordem dos Médicos.

Ordem ds Médicos, 2007. *Documento Orientador de Formação em Medicina Interna Aprovado pelo Conselho Nacional Executivo. Critérios de Idoniedade e de Formação em Medicina Intensiva*. Lisboa: Ordem dos Médicos.

Organização Mundial, 2015. *Publicações da OMS*. [Em linha] Disponível: <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>[Consult. 31 Março 2015].

Parente, M., 2015. *A consulta de Reumatologia do HFAR* [Entrevista] (15 Abr. 2015).

Presidência do Conselho de Ministros, 2008. *Aprova as orientações para a execução da reorganização da estrutura superior da defesa nacional e das Forças Armadas (Resolução 39/2008, de 28 de Fevereiro)*. Lisboa: Diário da República.



Ramos, A., 2015. *Unidade de Cuidados Intensivos. Organização e funcionamento* [Entrevista] (1 Abr. 2015).

Reis, C. V., 2006. Brevíssima História do Serviço de Saúde do Exército. *Revista Militar N.º 2455/2456*, n.d Agosto/Setembro, pp. 817-0.

Reis, P., 2015. *A consulta de Oftalmologia do HFAR* [Entrevista] (24 Mar. 2015).

Salazar, M., 2015. *O Serviço de Urgência do HFAR* [Entrevista] (7 Fev. 2015).

Santo, G. A. E., 2006. O Serviço de Saúde Militar. *Revista Militar N.º 2451 - Abril de 2006*, 5 Abril, p. 275.

Segurança Social, 2014. *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. [Em linha] Disponível: http://www4.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-mncci?p_p_id=56_INSTANCE_ti7Q&p_p_lifecycle=1&p_p_state=exclusive&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_56_INSTANCE_ti7Q_struts_action=%2Fjournal_content%2Fexport_arti[Consult. 25 Janeiro 2015].

Society of Critical Care Medicine, 2001-2015. [Em linha] Disponível: <http://www.sccm.org/>[Consult. 31 Jan. 2015].

Society of Critical Care Medicine, 2012-2015. *About Society of Critical Care Medicine*. [Em linha] Disponível: <http://www.sccm.org/About-SCCM/Pages/default.aspx>[Consult. 10 Dezembro 2014].

Sousa, J. A. e., 2015. *Constrangimentos atuais do HFAR* [Entrevista] (8 Abr. 2015).



The New York Times, 2014. *Comparing Military Hospitals*. [Em linha] Disponível: <http://www.nytimes.com/interactive/2014/09/01/us/comparing-military-hospitals.html>[Consult. 10 Nov. 2014].

Tomé, A., 2015. *Medicina Operacional nas Forças Armadas* [Entrevista] (4 Fev. 2015).

University Hospitals Birmingham NHS Foundation Trust, 2014. *About us*. [Em linha] Disponível: <http://www.uhb.nhs.uk/consultant-directory.htm>[Consult. 10 Dez. 2014].

Veloso, A. B., 1993. Reflexões acerca do Currículo em Medicina Interna. *ACTA MÈDICA PORTUGUESA*, N/A Junho, pp. 555-558.

Veloso, J. J. C. B., 2015. *As infraestruturas do HFAR* [Entrevista] (30 Jan. 2015).

Veríssimo, M. T., 2015. Escolhi a Medicina Interna porque é uma especialidade Holística. *Live Medicina Interna*, n.d. Janeiro, pp. 9-11.

Vida, C. N. d. É. p. a. C. d., 1995. *Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Pareceres*. [Em linha] Disponível: <http://www.cneqv.pt/pareceres.php?search=14>[Consult. 3 12 2014].

Vieira, T. J., 2014. *Administração hospitalar* [Entrevista] (26 Dez. 2014).

World Health Organization , 2015. *Health topics. Hospital*. [Em linha] Disponível: <http://www.who.int/topics/hospitals/en/>[Consult. 30 Março 2015].



Anexo A – Missão do Hospital das Forças Armadas

(Ministério da Defesa Nacional, 2014)

O HFAR TEM POR MISSÃO prestar cuidados de saúde diferenciados, aos militares das Forças Armadas, bem como à família militar e aos deficientes militares, podendo, na sequência de acordos que venha a celebrar, prestar cuidados de saúde a outros utentes.

São atribuições do HFAR:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Anexo B – Recomendações relativas às necessidades mínimas dos Serviços de Medicina Intensiva

(Ordem dos Médicos, s.d.)

(E – Essencial; D- Desejável; O – Opcional)

ESPAÇO FÍSICO

Serviço de Medicina Intensiva, é um espaço autónomo, com pessoal e estrutura próprias individualizadas - E

Tamanho mínimo de 6 camas - E

Número mínimo de ventiladores equivalentes ao número de camas – E

Num Serviço aberto, o espaço mínimo por cama é de 20 m² - E

A observação do doente far-se-á preferencialmente através de uma linha direta de visão entre doente/enfermeiro - E

Mínimo de 12 tomadas elétricas por cama - E

Mínimo de 2 saídas de vácuo por cama - E

Mínimo de três saídas de oxigénio por cama - E

Mínimo de duas saídas de ar comprimido por cama - E

Um ponto de lavagem e desinfeção das mãos por cada três camas com cativação /

Desativação através do cotovelo ou pé - E

Pode igualmente ser ativado / desativado por célula fotoelétrica – D

Secagem das mãos com papel "disposable" – E

MONITORIZAÇÃO

Sistema de módulos (com "trending" e registo em memória) - E

Alarmes visíveis e audíveis - E

Sistemas simultâneos de quatro canais permitindo formas e valores digitais de:

ECG -E

Pressões arteriais - E

PVC-E

Módulos de pressão variados (PIC / Swan-Ganz) - E

Temperatura - E

Oximetria de pulso - E



Monitorização débito cardíaco - E

Monitorização contínua de parâmetros ventilatórios – E

Monitorização adicional

Função pulmonar - D

Saturação sangue venoso misto - D

Deteção de arritmias - D

Calorimetria indireta - O

Registos dos modelos de prognósticos gerais (APACHE II/SAPS II) - pelo menos um deles – E

Registos diários de índice de disfunção/falência múltipla de órgãos (SOFA,...) - O

RECURSOS HUMANOS

MÉDICOS

Cobertura nas 24 horas por Intensivistas ou médico treinado na abordagem do doente crítico - E

Por cada unidade funcional de 6-8 camas um S/UCI deverá possuir 3 Intensivistas se for de nível I, 4 se for de nível II e 5 se for de nível III – E

Acesso fácil a outras especialidades (E):

Anestesiologia

Cardiologia

Cirurgia cardio-torácica

Cirurgia Geral

Cirurgia vascular

Gastroenterologia (endoscopias de urgência)

Medicina Interna

Microbiologia

Nefrologia

Neurocirurgia

Neurologia

Ortopedia

Pneumologia



Radiologia/Neuro-radiologia

Enfermeiros

Enfermeiro por cama: no mínimo um enfermeiro por cada duas camas (necessários,

No mínimo, 4 enfermeiros por cama para realizarem rotações de serviço) - E

TISS (carga de trabalho médio por enfermeiro, não deve exceder mais de 45 pontos

TISS ou equivalente) - E

Formação contínua - E

Outros

Fisioterapeuta por cada 12 camas - E

Técnicos de radiologia disponíveis 24 horas por dia – E

Dietista disponível - E

Uma secretária clínica exclusiva da unidade - E



Anexo C – Glossário
(Instituto Nacional de Estatística, 2002)

CIRURGIA DE AMBULATÓRIO: Intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, pode ser realizada com permanência do doente inferior a 24 horas. **Início de Vigência (IdV):** 18-06-2004

COMPETÊNCIA: Habilitação técnico-profissional comum a várias especialidades e que habilita o profissional ao correto exercício da sua atividade. **IdV:** 23-09-2002

CONSULTA EXTERNA: Unidade orgânico-funcional de um hospital onde os doentes, com prévia marcação, são atendidos para observação, diagnóstico, terapêutica e acompanhamento, assim como para pequenos tratamentos cirúrgicos ou exames similares. **IdV:** 02-12-2002

CONSULTA SUBSEQUENTE: Consulta médica, efetuada num hospital, para verificação da evolução do estado de saúde do doente, administração terapêutica ou preventiva, tendo como referência a primeira consulta do episódio. **IdV:** 25-09-2002

DEPARTAMENTO (Hospitais): Agrupamento de serviços num estabelecimento de saúde. Edifícios de apoio e técnicos. Edifícios cuja ocupação predominante é de apoio aos serviços hospitalares, nomeadamente centrais técnicas, serviços de hotelaria e armazéns. **IdV:** 24-09-2002

ENTIDADE DE UM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: Forma jurídica relativa à propriedade de um estabelecimento de saúde, podendo este ser oficial (público ou não público) ou privado. **IdV:** 02-12-2002

ESPECIALIDADE MÉDICA: Título que reconhece uma diferenciação a que corresponde um conjunto de saberes específicos em medicina. **IdV:** 29-08-2002

ESTABELECIMENTO OFICIAL DE SAÚDE: Estabelecimento de saúde cujo proprietário, principal financiador ou tutor administrativo é o Estado, podendo ser público, de acesso universal (Serviço Nacional de Saúde: Ministério da Saúde ou Secretarias Regionais de Saúde), ou não público de acesso restrito (outros ministérios: Defesa; Administração Interna e ou Justiça). **IdV:** 23-09-2002

HOSPITAL CENTRAL: Hospital público caracterizado por dispor de meios humanos e técnicos altamente diferenciados, com responsabilidades de âmbito nacional ou inter-regional. **IdV:** 03-12-2002



HOSPITAL DE DIA: Serviço de um estabelecimento de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo sob vigilância, num período inferior a 24 horas. **IdV:** 03-12-2002

INTERNAMENTO: Conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos que, após serem admitidos, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, 24 horas. **IdV:** 03-12-2002

LISTA DE ESPERA: Número de doentes do sistema de saúde, geralmente em hospitais, que aguardam a realização, não urgente, de consulta, exame, tratamento, operação ou procedimento especial. **IdV:** 25-09-2002

LOTAÇÃO OFICIAL: Número de camas (incluindo berços de neonatologia e pediatria) oficialmente definido para um estabelecimento de saúde com internamento, discriminado por especialidade/valências. **IdV:** 03-12-2002

PRESTADOR DE CUIDADOS DE SAÚDE: Profissional ou instituição envolvida diretamente na prestação de cuidados de saúde. Excluem-se as instituições que financiam, pagam ou reembolsam os cuidados de saúde, que são considerados terceiros ou terceiras entidades. **IdV:** 23-09-2002

PRIMEIRA CONSULTA (HOSPITAIS): Consulta médica, em hospitais, em que o utente é examinado pela primeira vez num serviço de especialidade / valência e referente a um episódio de doença. **IdV:** 03-12-2002

SERVIÇO DE URGÊNCIA: Unidade orgânica de um Hospital para tratamento de situações de emergência médica, cirúrgica, pediátrica ou obstétrica, a doentes vindos do exterior, a qualquer hora do dia ou da noite. **IdV:** 03-12-2002

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (SNS): Conjunto de todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde. **IdV:** 23-09-2002

SUBESPECIALIDADE: Título que reconhece uma diferenciação numa área particular de uma especialidade. **IdV:** 23-09-2002

TAXA DE OCUPAÇÃO NO ANO: Relação percentual entre o total de dias de internamento no ano e a capacidade do estabelecimento (a capacidade é o total global de dias disponíveis ou seja a lotação praticada x 365 dias). **IdV:** 24-05-1994



TEMPO DE ESPERA: Número de dias (incluindo sábados, domingos e feriados) compreendido entre a data da inscrição para consulta, cirurgia, exame ou tratamento e a data prevista para a realização dos mesmos. **IdV:** 25-09-2002

TOTAL DE CONSULTAS NO ANO: Número total das primeiras consultas e das subsequentes prestadas durante um ano, nos serviços de especialidade/valência dum estabelecimento de saúde. **IdV:** 29-08-2002

UTENTE INSCRITO EM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: Indivíduo que está registado num estabelecimento de saúde, não estando necessariamente a receber cuidados de saúde. **IdV:** 26-06-2009