

Organização dos Serviços de Saúde Militares: uma visão actual

Major-general Médico
José Carlos Nunes Marques



I - Introdução

O fim da guerra em África, em 1974, deu origem a um processo de reestruturação das FA que incluiu, também, os seus Serviços de Saúde.

Esta reestruturação verificou-se, sobretudo, na componente territorial do Exército, Ramo que maior expansão sofrera para fazer face à Guerra e que, então, iniciou um enorme processo inverso, de retracção, proporcional às suas novas circunstâncias.

Assim, no Exército, verificou-se, sucessivamente:

- em 1979, a integração da sua Escola dos Serviços de Saúde com a Escola de Enfermagem da Armada num único estabelecimento de apoio a mais que um Ramo, a Escola do Serviço de Saúde Militar (ESSM) que ficou, até à reestruturação das Forças Armadas concluída em 1993, na dependência do CEMGFA;
- em 1980, a criação do Batalhão do Serviço de Saúde em Setúbal, em substituição do Regimento do Serviço de Saúde, localizado em Coimbra e extinto em 1975;
- a partir de 1989, a desactivação do Anexo de Campolide do Hospital Militar Principal, conduzindo posteriormente à sua desafecção dos Serviços de Saúde;
- em 1993, a extinção do Hospital Militar Regional Nº 3 (HMR3), em Tomar, e a transformação do Hospital Militar Nº 4 (HMR4), de Évora, em Centro de Saúde da Região Militar Sul (CSRMS);
- também em 1993, no âmbito da reestruturação então concluída, a extinção da Escola Prática do Serviço Veterinário Militar e do Depósito Geral do Serviço de Veterinária e, também, do Hospital Militar de Belém que passou a ser considerado Anexo do Hospital Militar Principal;
- a partir de 1995, acompanhando a centralização dos Depósitos do Exército no Depósito Geral de Material do Exército, em Benavente, a desactivação, com posterior extinção, do Depósito Geral de Material Sanitário do Exército, localizado na Quinta da Alfarrobeira, em Benfica;

- em 2005, a desactivação do Batalhão do Serviço de Saúde, em Coimbra.

Na Marinha, ao longo deste período, as principais modificações deveram-se à criação dos seguintes órgãos:

- em 1993, a Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo;
- em 1999, o Centro de Medicina Naval, órgão responsável pela coordenação e controlo da actividade médico-sanitária de apoio às unidades nas vertentes de: saúde pública e medicina preventiva, saúde ocupacional e assistência médica e apoio às operações;
- em 1999, o Centro de Abastecimento Sanitário, responsável pela logística operacional e sanitária do medicamento.

Na Força Aérea, após o início de actividade do seu novo Hospital (então designado Núcleo Hospitalar Especializado Nº 1), no Paço do Lumiar, em 1974, verificou-se:

- o encerramento, em 1975, do Núcleo Hospitalar Especializado Nº 2, localizado na Terra Chã, na Ilha Terceira.

II. Evolução do conceito do modelo de organização do Sistema de Saúde Militar

Ao longo dos últimos trinta anos, foram sendo elaborados estudos sobre os modelos organizativos do Sistema de Saúde Militar (SSM) com o objectivo de melhorar a funcionalidade do sistema, a relação custo/eficácia e o desempenho operacional e, simultaneamente, encontrar soluções para alguma insatisfação profissional dos militares dos quadros especiais da Saúde.

No período em análise, **é possível identificar**, pelo menos, **cinco momentos principais** de discussão/decisão deste tema, sempre com origem no EMGFA ou MDN.

- Um **primeiro momento**, contemporâneo com o Conselho de Revolução, em que predominou o **conceito de “integração”** que conduziu à criação da Escola do Serviço de Saúde Militar e ao início da constituição do Serviço de Hemodiálise do Hospital Militar Principal que se viria a constituir em Serviço de Utilização Comum;

- Um **segundo momento**, entre 1993 e 1995, que se iniciou na sequência do Despacho 15/MDN/93, tendo os estudos perseguido o **desiderato da racionalização**¹ e conduzido à elaboração de um relatório sobre o Sistema de Saúde Militar que apontava para um modelo com um **órgão central de coordenação e definição de políticas**, na dependência do MDN, ao qual seriam cometidas competências em matéria de *classificação e selecção de pessoal, formação, saúde ocupacional e investigação*; no seguimento deste relatório, os **Despachos nº 182/MDN/94**, de 29 de Dezembro e **nº 188/MDN/95**, de 31 de Julho, **enunciaram princípios orientadores com prioridade para a implementação de Serviços de Utilização Comum (SUC)**² e determinaram:

- a sua constituição sistemática,

- os principais factores de ponderação para a sua criação,
- os critérios para a sua constituição e, ainda,
- a criação de oito SUC³ dos quais apenas o Laboratório de Hemodinâmica (Marinha) não foi implementado.

Dando cumprimento ao determinado no ponto 5 do Despacho nº 188/MDN/95, no sentido de implementar um Serviço de Urgência de Utilização Comum, foi constituído um Grupo de Trabalho que elaborou um relatório que concluía pela impossibilidade da sua criação, em virtude da *inexistência de meios humanos suficientes para garantir a sua operacionalidade*.

- Um **terceiro momento**, entre 1995 e 1998, em que se definiu o objectivo da **“reestruturação da Saúde Militar”**, teve início, depois da criação do Conselho Consultivo da Saúde Militar que *pretendia favorecer relações expeditas e operativas entre a Direcção Geral de Pessoal e os Serviços de Saúde dos Ramos*⁴, com o Despacho nº 21/MDN/96; neste período foram marcantes a realização de um Encontro de Saúde Militar, no Vimeiro, e, sobretudo, de um **“Encontro de Reflexão sobre a Reestruturação da Saúde Militar”** no Instituto da Defesa Nacional, em 2 e 3 de Julho de 1997, em que foram debatidos:

- o Modelo Organizativo do Serviço de Saúde Militar;
- a proposta, apresentada pela DGP/MDN, para a implementação de dois subsistemas do Serviço de Saúde Militar: a “Saúde Operacional” e a “Prestação de Cuidados de Saúde”;
- a “Articulação com o SNS⁵” e a “Maximização dos Recursos”;
- o “Estatuto do Pessoal de Saúde Militar”.

Se por um lado se procurava encontrar resposta para a insatisfação verificada nas carreiras, relacionada com o crescente empenhamento operacional, não acompanhado por mecanismos de satisfação profissional ou remuneratório, por outro, avançava-se com a apresentação do conceito de “medicina operacional” cuja análise e discussão provou não ser desejável por estar associado ao exercício de uma medicina mais desligada da prática clínica hospitalar, menos capaz de preparar o pessoal de saúde para prestar cuidados adequados aos elementos combatentes no Teatro de Operações.

Já o desenvolvimento duma maior inter-relação entre o Sistema de Saúde Militar e o Serviço Nacional de Saúde foi entendido, na altura, como potenciador de sinergismo entre os dois sistemas.

- Num **quarto momento**, em 2001, projectou-se a **instalação de uma Direcção de Saúde Militar**, apontando como linhas de acção:

- a definição de uma estrutura central de coordenação;

- a criação de uma estrutura hospitalar integrada, com desenvolvimento dos SUC;
- a articulação com o SNS.

Este projecto de instalação de uma Direcção de Saúde Militar provocou reacções negativas por parte dos três ramos, baseadas na redacção do texto que atribuía à futura DSM **“capacidade de comando e controlo”** e de **“execução de serviços”** que poderiam **ferir o “princípio de unidade de comando” nos ramos e chegavam a configurar um “quarto Ramo”**.

- Finalmente, no **momento actual**, inserido no objectivo governamental de modernizar as Forças Armadas, prepara-se uma reforma do Sistema de Saúde Militar.

No cumprimento do **Despacho Conjunto nº 393/2006**, de 2 de Maio, dos Ministros de Estado e das Finanças e da Defesa Nacional, foi criado, na dependência do Ministro da Defesa Nacional, **um grupo de trabalho para a reforma do sistema de saúde militar** a que incumbe *“propor um modelo de gestão e organização de saúde militar funcionando a partir de um órgão coordenador, integrado na estrutura central do Ministério da Defesa Nacional, responsável pelo estudo, planeamento, orientação técnica, coordenação geral e avaliação da execução das políticas de saúde militar, designadamente nas áreas assistencial, operacional, do pessoal, da formação e do material”*.

No Despacho referido foram definidos os seguintes objectivos para o grupo de trabalho:

- Definir um modelo de gestão flexível, centrada na obtenção de uma máxima eficiência, eficácia e qualidade;
- Definir o órgão coordenador acima referido;
- Apresentar um estudo sobre a reestruturação e racionalização das instalações hospitalares militares;
- Analisar a implementação de uma estrutura hospitalar única, tendo em vista a eliminação de duplicação de valências, a melhoria da qualidade e da prontidão de resposta do sistema de saúde militar.

III - A situação actual

O Sistema de Saúde Militar em vigor incorpora os três Serviços de Saúde dos Ramos, dependentes hierárquica, funcional e administrativamente das chefias do respectivo Ramo.

O seu funcionamento autónomo alcança algum grau de sinergismo nos poucos órgãos de apoio a mais que um Ramo que funcionam no domínio da Saúde Militar⁶ ou com ela relacionados⁷ e nos Serviços de Utilização Comum.

Em cada Ramo, o Serviço de Saúde planeia, coordena, supervisiona ou executa:

- a parte médica das actividades de classificação e selecção;
- o treino físico;

- as actividades de Medicina Preventiva, nomeadamente as relacionadas com o aprontamento de Forças;
- o apoio sanitário à actividade operacional;
- a actividade assistencial ao nível dos cuidados primários (Role 1) e secundários (Role 2, 3 e 4);
- as actividades ligadas à avaliação do dano e reabilitação;
- as acções de resposta a situações de crise, emergência e catástrofe, de acordo com directivas superiores.

A área da formação e treino do pessoal de saúde, dependente do planeamento interno dos Ramos, não tem integrado uma visão conjunta de formação deste pessoal que permita prepará-lo adequadamente para as situações operacionais que a actual situação estratégica condiciona.

Unidades do sistema de saúde militar

Actualmente, encontram-se em actividade as seguintes unidades que podem ser consideradas pertencentes, ou de apoio, ao sistema de saúde militar:

Marinha

- Hospital da Marinha, em Lisboa⁸ (99 camas);
- Centro de Medicina Naval, na Base Naval do Alfeite;
- UTITA, na Base Naval do Alfeite⁹;
- Centro de Abastecimento Sanitário, na Base Naval do Alfeite;
- Laboratório de Análises Fármaco-Toxicológicas da Marinha¹⁰, em Lisboa;

Exército

- Hospital Militar Principal¹¹ (233 camas);
- Hospital Militar de Belém¹² (95 camas);
- Hospital Militar Regional Nº 1 (D. Pedro V), no Porto (110 camas);
- Hospital Militar Regional Nº 2, em Coimbra (63 camas);
- Centro de Saúde do Campo Militar de Santa Margarida (20 camas);
- Centro de Saúde da Região Militar Sul, em Évora (30 camas);
- Centro Militar de Medicina Preventiva¹³;
- Laboratório Militar de Produtos Químico-Farmacêuticos¹⁴;
- Centro Militar de Medicina Veterinária¹⁵;
- Hospital Cirúrgico Móvel¹⁶;

Força Aérea

- Hospital da Força Aérea¹⁷ (90 camas);
- Centro de Medicina Aeronáutica¹⁸;
- Centros de Saúde das Unidades.

Dados de produção¹⁹

Os dados de **produção dos hospitais militares**, que incluem a realização de actos em favor das actividades de Selecção de Pessoal e da Medicina Preventiva, têm sido apresentados, anualmente, no Anuário Estatístico da Defesa Nacional, reflectindo uma produção anual, relativamente estabilizada, de cerca de:

- 300 000 consultas;
- 12 000 internamentos;
- 8 000 cirurgias;
- 450 000 actos de terapêutica;
- 1 500 000 actos de diagnóstico.

A estes números acrescem cerca de 142 000 consultas realizadas nos **serviços de saúde das UEO20** dos Ramos das Forças Armadas:

- 42 000 consultas nas UEO da Marinha;
- 60 000 consultas nas UEO do Exército;
- 36 000 consultas nas UEO da Força Aérea.

Meios humanos

Para fazer face às necessidades de serviço das componentes operacional e territorial, os Ramos das Forças Armadas contam com **o seguinte pessoal de saúde (Quadro I)**:

Quadro I

Existências de Pessoal de Saúde dos três Ramos em 2006

Categoria	Militares			Civis			Subtotais	Observações
	MAR	EXE	FA	MAR	EXE	FA		
Médicos	81	88	90	22	225	41	547	161 em avença; 2 em CAP; 6 em RC
Farmacêuticos	10	34	2	2	4	1	53	
Méd. veterinários		25	3			4	32	
Méd. Dentistas	14	11	6			4	35	20 em RC; 4 em avença
Téc. Sup Saúde					13		13	7 em avença
Enfermeiros	171	153	97	7	102	44	574	
Téc. Diagn. Ter.	22	68		18	75	28	211	12 em avença
Enf.º Vet					18		18	
Socorristas		629	130				759	
Aux. Acção Méd.				51	127	40	218	
Subtotais	298	1008	328	100	564	162	2460	

IV - Análise

A discussão sobre os modelos organizativos do sistema de saúde militar tem sido contínua desde o fim da Guerra nas ex-Províncias Ultramarinas, em 1974.

Reflectindo na organização que se alcançou durante o período de 1961-1974, com os limitados meios humanos e as condições materiais então existentes, ainda hoje se pode considerar admirável o bom nível de apoio sanitário que se conseguiu para as Forças envolvidas nos três principais Teatros de Operações.

O fim da Guerra e o tempo que o País levou a consolidar os seus Conceitos Estratégicos, incluindo o da Defesa Nacional, foram contribuindo, a jusante, para algumas dificuldades de reorganização observadas pelas próprias Forças Armadas no novo contexto, com reflexo nas suas componentes, incluindo os Serviços de Saúde Militares.

O regime democrático em que, felizmente, vivemos, permite o são escrutínio das diferentes componentes da organização do Estado, nomeadamente nos aspectos da eficiência, da racionalidade da gestão e da necessária sustentação económico-financeira.

Para facilitar o prosseguimento desta análise, divide-se a exposição pelas áreas das Componentes Operacional e Territorial do Sistema de Forças:

Componente Operacional

O apoio sanitário à componente operacional do Sistema de Forças tem vindo a sofrer a evolução ditada pelas novas missões, decorrentes dos compromissos internacionais assumidos por Portugal no novo ambiente estratégico.

As **necessidades de pessoal** licenciado em Medicina, Farmácia, Medicina Veterinária e Medicina Dentária estão a começar a ser colmatadas com o recurso ao recrutamento para a Escola Naval e Academias Militar e da Força Aérea e, ainda, com as admissões por concurso e em regime de contrato.

Mantém-se a carência de Enfermeiros Militares e Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, havendo necessidade de continuar a ponderar o melhor modelo de recrutamento e formação destes técnicos, tão necessários ao sistema de saúde militar e ao Serviço Nacional de Saúde²¹.

O apoio sanitário às missões internacionais em que as Forças Armadas têm participado nos últimos quinze anos acentuou a necessidade de preparar adequadamente o pessoal de saúde e conduziu ao aprofundamento do **conceito de Saúde Militar e à criação de uma Pós-graduação em Saúde Militar (com as áreas base de Medicina Preventiva e Saúde Pública, Medicina Tropical, Medicina em Ambiente NRBQ, Suporte Avançado de Vida...)** já frequentada pelos primeiros oficiais de Saúde saídos das

Academias Militares e Escola Naval em 2005. Será necessário garantir que esta formação possa ser alargada a todos os oficiais e sargentos dos Serviços de Saúde dos Ramos das Forças Armadas.

As necessidades de equipamento sanitário de campanha²² têm sido satisfeitas pelos Ramos no âmbito da preparação efectuada para as Missões, mas há que manter os conhecimentos adquiridos pelos técnicos afectos a esta área.

Componente Territorial

A componente territorial tem sido aquela que mais tem sido sujeita à atenção, externa e interna, dos decisores, também por se associar à organização territorial do Sistema de Forças que tem sofrido importantes transformações desde 1974.

Não só a transformação das Forças Armadas, mas principalmente a própria evolução dos cuidados de saúde, verificada nos últimos trinta anos, ditou a evolução dos Serviços de Saúde dos Ramos das Forças Armadas.

Houve uma focalização nos cuidados primários a que os Serviços de Saúde Militares tiveram de responder sem dispor de especialistas suficientes para o efeito e, paralelamente, assistimos a uma progressiva diferenciação dos Serviços Hospitalares, por vezes dificultada nos Hospitais Militares pela multiplicação de serviços das mesmas especialidades.

Os olhares lançados²³ sobre o funcionamento dos Hospitais Militares têm permitido concluir que, não só se atingem resultados adequados aos meios atribuídos, mas também se efectuam, naqueles hospitais, tarefas muito específicas dos serviços de saúde militares, nomeadamente:

- a participação do seu pessoal nas tarefas de classificação, selecção, recrutamento e incorporação, quer nos próprios HM, quer nas unidades de incorporação, através da realização de exames e juntas médicas que não são devidamente espelhadas na produtividade;
- o aprontamento sanitário (observação médica, exames complementares e vacinações) prévio às missões das Forças Nacionais Destacadas (FND) e a avaliação sanitária do pessoal após o regresso, chegando a ultrapassar os 2 000 militares avaliados por ano;
- o apoio sanitário às FND, realizado sobretudo por pessoal colocado nos hospitais militares, nomeado para integrar essas forças;
- a avaliação de doenças e/ou sequelas de lesões, relacionadas com o serviço militar, de militares e ex-militares, incluindo a realização de Juntas Médicas para o adequado e necessário parecer médico;
- a realização de Juntas Médicas para apreciação da aptidão/inaptidão e capacidade/incapacidade para o serviço militar.

A principal discussão coloca-se hoje no *excessivo número de hospitais militares*, por poder significar desperdício de meios ou má utilização de recursos, ao permitir a já referida multiplicação de estruturas funcionais.

Sobre o aparente excesso de hospitais militares, convém salientar que, com excepção do Hospital Militar Principal, com 233 camas, se trata de pequenas unidades com 100 ou menos camas, que em Lisboa, muito facilmente, podem constituir um Centro Hospitalar das Forças Armadas constituído por:

- Hospital da Marinha, com 90 camas;
- Hospital do Exército, com 250 camas;
- Hospital da Força Aérea, com 90 camas.

Os Hospitais Militares do Porto (D. Pedro V) e Coimbra (HMR2), com pequenos ajustamentos das respectivas missões, continuam a ser unidades importantes, para além do reconhecido e muito significativo apoio à Família Militar, para garantir as tarefas específicas dos serviços de saúde militares, enunciadas anteriormente.

É, também, adequado constatar que a evolução dos Serviços de Saúde Militares dos Países que nos estão próximos cultural e geograficamente (Espanha²⁴, França²⁵, Itália²⁶ Alemanha²⁷...) mantêm redes hospitalares militares semelhantes à nossa, como se pretende espelhar no Quadro seguinte (Quadro II):

Quadro II

Nº de hospitais militares, camas, médicos e enfermeiros, em Países da NATO				
País	Nº de hospitais militares	Nº de camas	Nº de médicos (mil/civ)	Nº de enfermeiros (mil/civ)
Portugal	6	690	259/288 (a)	421/153
Espanha	8 (incluindo o de Melilla e o de Ceuta)	1300	1099/229	638/1272
França	10 (incluindo o de Djibouti)	2900	2337/(b)	3000/(b)
Itália	5	762	(b)	(b)
Alemanha	8 (c)	2250	2400/ 0	2229 (mil/civ)
Reino Unido ²⁸	3 (Gibraltar, Chipre e Irlanda do Norte); 1 Rehabilitation Unit (perto de Londres); 6 MDHU (d) (50-100 camas cada)	(b) (b)	643/50	1436/0

(a) 169 são avançados ou têm outro tipo de vínculo não definido, a maioria a tempo parcial

(b) Dados não obtidos

(c) Prevê-se o encerramento de 3 hospitais a partir de finais de 2006

(d) MDHU - Ministry of Defence Hospital Units, inseridas em hospitais do Serviço

Nacional de Saúde

Na nossa óptica, a existência dos Hospitais Militares, adequadamente dimensionados às necessidades institucionais e à articulação estabelecida com o SNS, fundamenta-se, pelo menos:

- na realização das tarefas específicas dos serviços de saúde militares;
- no apoio hospitalar à “Família Militar” e, sobretudo,
- por facultar o treino e enquadramento militar contínuos do pessoal militar de saúde.

Custos da Componente Hospitalar existente

Poderá estimar-se que o orçamento total de funcionamento dos Hospitais Militares ronde os 73 milhões de euros, assim distribuídos (Quadro III):

Quadro III

Verbas orçamentais nos Hospitais Militares	
Hospitais	Verbas orçamentadas (milhões de euros)
Marinha	11
Exército	
MHP	24
HMB	7
HMR1	12
HMR2	5
Força Aérea	14
Total	73

Este valor orçamentado para o conjunto dos 6 hospitais militares em funcionamento é coerente com os actos praticados, já referidos anteriormente, e, também, com os orçamentos e dados de produção conhecidos de hospitais centrais do SNS.

Ensino, Formação e Investigação

A especificidade da Saúde Militar e a sua relevância no apoio sanitário em todas as fases das operações militares exigem um especial cuidado no planeamento e administração

desta área do conhecimento da Saúde.

Todos os países que nos são próximos mantêm estabelecimentos de ensino e investigação nas principais áreas da Saúde Militar (Escolas Médicas, de Enfermagem e Tecnologias da Saúde; Medicina Aeroespacial e do Mergulho, Medicina Tropical, etc.).

Nas Forças Armadas Portuguesas, o único estabelecimento de ensino de Saúde Militar, a ESSM, foi colocado, após a última reorganização das Forças Armadas, em 1993, no Exército, dependente hierárquica e funcionalmente do seu Comando de Instrução.

Apresentando os Ramos necessidades de formação específicas para o seu pessoal de Saúde, sente-se que não tem ainda sido possível adequar completamente o ensino e formação ministrados na ESSM às necessidades apresentadas pelos respectivos Serviços de Saúde.

Verifica-se, assim, ser necessário encetar uma via de desenvolvimento do ensino, investigação e formação da Saúde Militar compatível com a exigência que o novo ambiente estratégico coloca às forças militares, exigindo cada vez maior especialização aos profissionais que integram os órgãos que prestam o apoio sanitário.

Esta é uma área que necessitará de maior ligação a uma estrutura coordenadora da Saúde Militar, de forma a obter resultados no ensino e formação que respondam com objectividade às necessidades dos Ramos, especialmente na sua componente operacional.

No referente à investigação, será necessário coordenar e monitorizar todas as actividades a decorrer nos centros de investigação dispersos pelos três ramos (Medicina Hiperbárica/Fisiopatologia do Mergulho; Medicina do Exercício/Fisiopatologia do Esforço; Medicina Aeronáutica; Defesa Biológica...)

V - Conclusões

Considerando que a coesão, disciplina e operacionalidade das Forças Armadas assenta na capacidade de exercer a autoridade através dos canais de comando, e não existindo, por enquanto, esses canais que permitam o exercício da autoridade hierárquica e funcional a partir de órgãos integrados no MDN ou no EMGFA, admite-se que, na fase actual, possam ser prosseguidos os seguintes desenvolvimentos sobre o sistema de saúde militar²⁹ (ver **Quadro V**):

a. Implementação um Centro Hospitalar das Forças Armadas, em Lisboa, com desenvolvimento da rede de Serviços de Utilização Comum existente e modificação do seu conceito³⁰ (ver Quadros VI e VII)

O conceito de Serviço de Utilização Comum, explicitado no Despacho N^o 188/MDN/95, implica a sua localização no estabelecimento de saúde de um dos Ramos, ao qual cabe a

sua organização, gestão e garantir o funcionamento com recursos humanos e materiais próprios. A experiência adquirida com o funcionamento dos sete SUC implementados mostra que é desejável, com o objectivo de poupar meios e obter deles o máximo rendimento, concentrar em cada SUC os meios humanos e materiais existentes no conjunto dos três Ramos. A transformação dos principais Serviços Hospitalares em **serviços únicos**, de utilização pelos três Ramos, conduziria, na prática à constituição de um **Centro Hospitalar das Forças Armadas**, semelhante aos que têm sido constituídos no âmbito do SNS (e.g.:Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental: Hospital de Santa Cruz, Hospital de S. Francisco Xavier e Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar do Médio Tejo: Hospital Distrital de Abrantes, Hospital Distrital de Tomar e Hospital Distrital de Torres Novas...).

b. Constituição do LMPQF como SUC em todas as valências ali instaladas³¹

Todas as valências instaladas no LMPQF poderão, com vantagem funcional, económica e multiplicadora de sinergismo, funcionar em apoio dos órgãos de apoio sanitário dos três Ramos.

De todas, uma das áreas que pode constituir mais valia financeira adicional é a actividade de Logística Sanitária. Efectivamente, se o LMPQF for transformado em órgão de apoio aos três Ramos, com eventual extensão desta actividade aos órgãos de Saúde das forças de segurança pública, poderá atingir massa crítica suficiente para melhorar os seus índices de exploração e diminuir os custos aos órgãos por si apoiados.

c. Manutenção dos hospitais militares na dependência dos Ramos das Forças Armadas enquanto não forem modificadas as atribuições e competências do EMGFA ou constituído um Estado-Maior da Defesa

Como se referiu anteriormente, o conjunto dos hospitais militares tem mantido a sua actividade na base de um orçamento reduzido para a sua dimensão, dispersão no território nacional e actividade desenvolvida.

Poderá admitir-se que a contenção de custos conseguida se deve não só ao funcionamento parcialmente baseado na condição militar de parte do seu pessoal, mas também à gestão rigorosa de recursos provenientes do OMDN que os Ramos conseguem alcançar, por princípio e por necessidade.

Na situação actual, em que não existe regulamentação suficiente que permita exercer o comando e controlo do pessoal colocado nos Ramos a partir do MDN/EMGFA, a mudança de dependência dos Hospitais Militares dos Ramos para o MDN/EMGFA afigura-se complexa, para além de contribuir para a erosão abrupta do espírito de pertença dos militares em relação ao que têm considerado ser os seus hospitais.

Pode-se, assim, dizer que, pelo menos por três motivos - **boa gestão demonstrada, falta de enquadramento legislativo, moral do pessoal** - é desejável que os hospitais

militares continuem na dependência dos Ramos, pelo menos até que se verifiquem alterações na organização das Forças Armadas compatíveis com outro figurino.

d. Criação de um órgão na dependência do MDN ou EMGFA com autoridade para exercer a coordenação e supervisão técnica dos Serviços de Saúde dos Ramos

A evolução da organização dos Serviços de Saúde Militares conduziu, em todos os países de que possuímos informação e que são referidos neste trabalho, à constituição de um órgão central, junto do Ministério da Defesa e do Estado-Maior General das Forças Armadas, com a designação mais frequente de Direcção-Geral (ou equivalente) de Saúde Militar. No Quadro IV tenta-se expressar, com os elementos recolhidos, o nível a que se encontra na organização do Ministério da Defesa e as respectivas atribuições e competências.

A inexistência de um órgão semelhante no âmbito do MDN/EMGFA, chefiado por um oficial general médico, que desempenhe as funções referidas como Director de Saúde Militar, ou com outra designação, conforme já proposto anteriormente³² tem contribuído para atrasos sucessivos na consolidação de uma política de Saúde Militar, integrada para os três Ramos. As atribuições desse órgão incluiriam pelo menos os seguintes aspectos:

- Estudo de políticas de Saúde e acompanhamento da sua implementação nos Ramos das Forças Armadas;
- Planeamento das necessidades de pessoal de Saúde;
- Planeamento e coordenação das actividades de ensino e formação do pessoal de Saúde;
- Coordenação técnica e funcional do Sistema de Saúde Militar;
- Articulação com o SNS e outras instituições públicas;
- Representação da Saúde Militar no âmbito da NATO e nos *fora* internacionais;
- Coordenação do apoio sanitário à actividade operacional de acordo com o que lhe for atribuído ou solicitado.

Quadro IV

Órgãos Centrais de Coordenação da Saúde Militar em Países da NATO						
País	Dirigente máximo	Nível na organização do Ministério da Defesa	Atribuições	Autoridade técnica	Autoridade funcional	Autoridade hierárquica
Alemanha	Director-Geral dos Serviços de Saúde Militares (TenGeneral)	Equiparado aos CEM dos Ramos; responde perante o Ministro da Defesa e o Chefe do Estado-Maior das Forças Armadas	Responsável pelos conceitos e as estruturas dos Serviços de Saúde; define princípios estratégicos e controla o seu cumprimento	Sim	Sim	Sim
Espanha	Inspector General de Saúde; General de Divisão (MajGeneral)	Depende do Subsecretário da Defesa	Propõe a política de saúde e coordena os Serviços de Saúde	Sim	Sim	Não
França	Director Central do Serviço de Saúde das Forças Armadas (General)	Depende e responde perante o Ministro da Defesa; Equiparado aos CEM dos Ramos	Dirige o conjunto do serviço; responsável pela administração e gestão do pessoal e das missões	Sim	Sim	Sim
Hungria	Surgeon General (MajGeneral)	Depende da Secretaria de Estado de Administração e do Chefe do Estado-Maior General		Sim?	Sim?	Sim?
Itália	TenGeneral	Director-Geral da Saúde Militar				
Portugal	Não há	Assessor do Director-Geral de Pessoal e Recrutamento Militar	Assessoria para a Saúde Militar	Não	Não	Não
Reino Unido	Surgeon General (TenGeneral) DCDS(H) (TenGeneral)	Depende do Vice-Chefe do Estado-Maior da Defesa e do 2º Subsecretário Principal	Definição da estratégia e política de Saúde e chefia dos DMS (Defence Medical Services)	Sim	Sim	Não

e. Ponderação da colocação da Escola do Serviço de Saúde Militar na dependência do MDN/EMGFA

A especificidade do ensino e formação do pessoal de Saúde Militar, por um lado, as necessidades específicas dos Ramos em pessoal de Saúde, por outro lado e, também, as exigências de adaptação dessa formação à evolução das necessidades apresentadas por cada um dos Serviços de Saúde, fazem crer que seria vantajoso que a Escola do Serviço de Saúde Militar pudesse estar dependente de um órgão exterior aos Ramos, através de um órgão central coordenador da Saúde Militar, agilizando a sua capacidade de resposta às necessidades de formação apresentadas, permitindo-lhe maior autonomia científica e contribuindo, também, para o reforço da identidade da Saúde Militar.

Comentário Final

Para a maioria dos militares dos Serviços de Saúde dos três Ramos das Forças Armadas, a opção tomada, na juventude, pela vida militar foi de entrega a um ideal de servir a Pátria sob a condição militar, sem condições para além dos Princípios e Valores fundamentais. A maioria realiza-se pessoal e profissionalmente e sublima essa entrega no cumprimento de missões em território nacional e em diversas partes do mundo.

O espírito de corpo e a aquisição da cultura militar foram enformados nos cursos militares mas, sobretudo, prestando serviço nas Unidades, Estabelecimento e Órgãos dos Serviços de Saúde e criaram, nos militares dos Serviços de Saúde, características que os diferenciam positivamente.

O bom desempenho deste pessoal de Saúde nas Forças Nacionais Destacadas em Operações de Apoio à Paz, realizadas nos últimos quinze anos, e o espírito de servir por ele demonstrado são, também, consequência da cultura militar em que desenvolveram os seus valores.

Vêm estes comentários a propósito das premissas a ter em conta nos momentos de transformação, como o que vivemos, de forma a salvaguardar a essência dos Serviços de Saúde Militares.

O pessoal de Saúde mais antigo, no activo, salvo raríssimas excepções, já não participou na Guerra nas ex-Províncias Ultramarinas mas tem convivido ao longo da sua carreira com os seus antecessores e com os ex-combatentes, absorvendo de várias formas a experiência e consequências desse período.

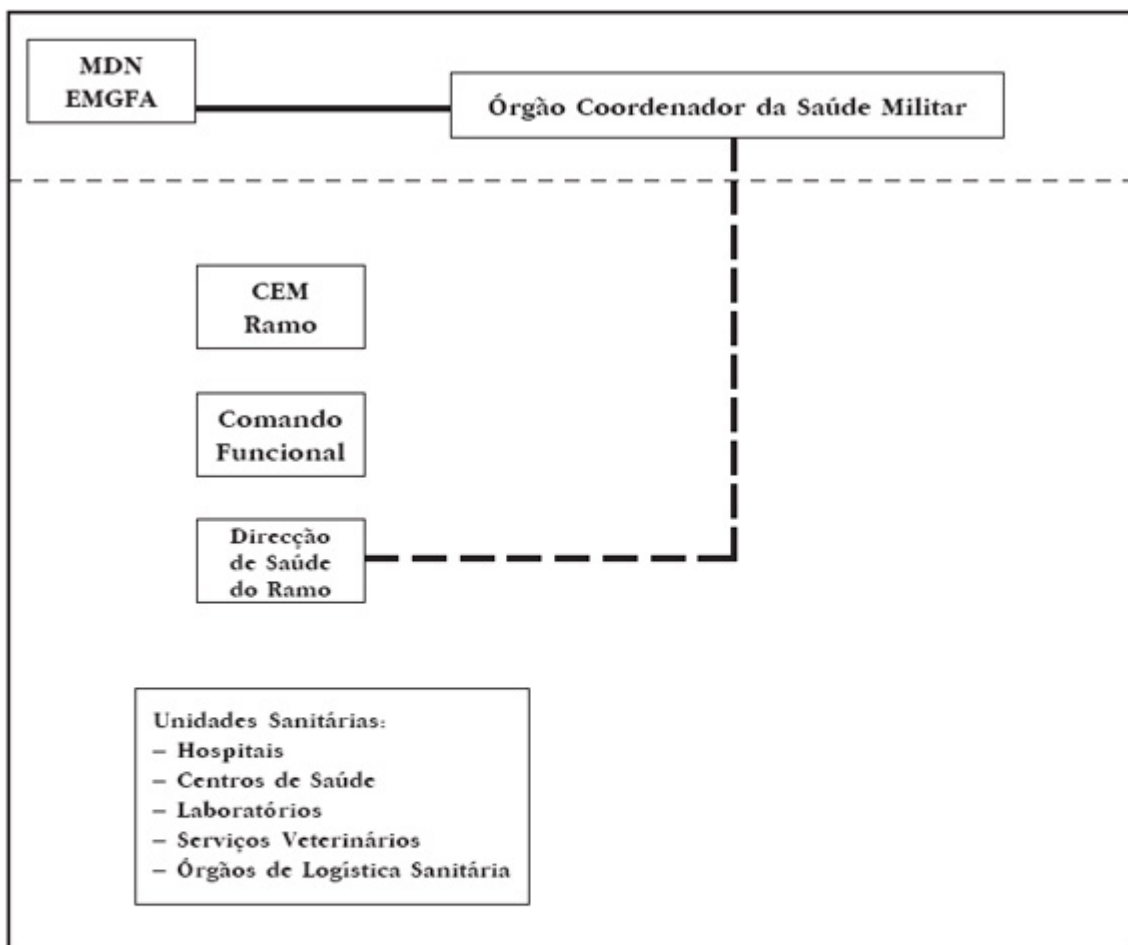
Conviveu, sim, com um longo período de transformação de estruturas e de novas situações operacionais, de que extraiu aprendizagens, e consolidou conceitos que levaram à definição de **objectivos para alcançar um melhor funcionamento dos Serviços**.

Sinteticamente, finaliza-se este trabalho, enumerando os principais objectivos identificados para os Serviços de Saúde Militares:

1. Prosseguir os estudos tendo em vista a maior **racionalização do funcionamento do Sistema de Saúde Militar**;
2. **Adequar os Quadros de Pessoal** às necessidades para o cumprimento da Missão atribuída;
3. Assegurar a **formação e ensino de Saúde Militar** conforme definida noutra localidade (Saúde Pública e Medicina Preventiva; Medicina em ambiente NRBQ; Suporte Avançado de Vida e Trauma; Medicina Tropical...) para dispor de pessoal preparado e moralizado para as missões previsíveis no presente quadro estratégico;
4. Assegurar o **treino e enquadramento militar do pessoal** através do funcionamento adequado das Unidades Sanitárias (Hospitais, Centros de Saúde, Unidades de Campanha, Órgãos de Logística Sanitária, Defesa Biológica...)

5. **Maximizar o funcionamento dos Hospitais Militares, por serem o local ideal para treino e enquadramento militar do pessoal de saúde**, promovendo, para além da assistência aos militares e familiares, uma maior articulação com o SNS (mantendo e desenvolvendo os protocolos já em vigor; celebrando protocolos para a actividade ambulatória e cirurgia programada; **considerando a abertura de um Serviço de Urgência Comum dos Hospitais Militares, em Lisboa**, a uma área populacional a definir...).

Quadro V



————— Linha de Comando

- - - - - Autoridade sobre os Serviços de Saúde dos Ramos no referente a orientação técnica, coordenação geral, incluindo o ensino e formação de Saúde Militar e avaliação da execução das políticas de Saúde Militar

Quadro VI

Projecto de localização dos Serviços hospitalares de utilização comum pelos três ramos, em Lisboa*			
Marinha 90 camas	Exército 250 camas	Força Aérea 90 camas	Nº de camas
	Anatomia Patológica		
		Cardiologia	15
	Cirurgia Geral		50
Cirurgia Plástica			10
Cirurgia Vascular			10
Dermatologia			10
	Endocrinologia		10
	Gastroenterologia		15
	Ginecologia/ /Obstetrícia		10
	Hematologia Clínica		10
	Imuno-hemoterapia		
	Infecçiology		15
	Medicina Interna		60
Medicina Interna**			20
		Medicina Interna**	10
	Nefrologia		10
	Neurocirurgia		10
	Neurologia		10
Oftalmologia			10
	Oncologia Médica		25
		Ortopedia	30
		Otorrinolaringologia	10
		Pneumologia	25
Psiquiatria			30
	Urologia		25
	Urgência		
(Σ 90 camas)	(Σ 250 camas)	(Σ 90 camas)	
* trata-se de uma proposta inicial para análise deste tema que deverá acautelar princípios de coerência e harmonização funcional			
** neste projecto, dependem funcionalmente do SUC atribuído ao Exército			

Quadro VII

Serviços e unidades funcionais a manter nos hospitais dos três Ramos em Lisboa

Anestesiologia Clínica Geral Fisiatria Imagiologia Medicina Dentária e Estomatologia Patologia Clínica Unidade de Cuidados Intensivos

* Ex-Director de Saúde do Exército. Assessor do Director-Geral da DGPRM/MDN.

1 A directiva contida no Despacho nº 15/MDN/93 determinava o “desenvolvimento de estudos sobre a **racionalização** e utilização coordenada de apoios e infra-estruturas no campo da saúde militar”.

2 SUC - Serviço de Utilização Comum, entendido como órgão/serviço especializado que tem a seu cargo a prestação de cuidados do seu foro a todos os militares das FA e, na sua capacidade sobrança, a outros eventuais utentes a determinar.

3 Marinha - Medicina Hiperbárica, UTITA e Laboratório de Hemodinâmica; Exército - Serviços de Hemodiálise, Imuno-hemoterapia e Infecçiology; Força Aérea - Centro de Medicina Aeronáutica e Serviço de Medicina Nuclear.

4 Despacho nº 192/MDN/95, de 3 de Agosto.

5 SNS - Serviço Nacional de Saúde.

6 Centro Militar de Medicina Preventiva, Escola do Serviço de Saúde Militar.

7 Centros de Classificação e Selecção.

8 Tem na sua dependência orgânica um SUC: o Centro de Medicina Hiperbárica.

9 É SUC (Serviço de Utilização Comum).

10 Depende hierarquicamente do órgão de gestão de pessoal da Marinha (DSPessoal), por contribuir para a avaliação e promoção do desempenho operacional e da segurança militar. Depende tecnicamente da DSSaúde.

11 São seus serviços orgânicos os seguintes SUC: Serviços de Hemodiálise e de Imuno-hemoterapia.

12 É seu serviço orgânico um SUC: Serviço de Infecçiology.

13 É um órgão de apoio a mais que um Ramo.

14 Para além da actividade logística de produção e distribuição de medicamentos e material de consumo clínico, tem em funcionamento os seguintes laboratórios: análises clínicas, controlo de qualidade de preservativos, qualidade de águas e, a curto prazo, o Laboratório de Toxicologia que tem funcionado no Hospital Militar Principal.

15 Para além das actividades de clínica veterinária, garante o funcionamento dos Laboratórios de Bromatologia e Defesa Biológica sedeados nas instalações do LMPQF.

- 16 É um hospital de campanha, modular, preparado para funcionar em cinco níveis diferentes de actividade.
- 17 Tem um SUC como serviço orgânico: o Serviço de Medicina Nuclear.
- 18 É um SUC.
- 19 Constam do Anuário Estatístico da Defesa Nacional.
- 20 UEO - Unidades/Estabelecimentos/Órgãos.
- 21 Existem cerca de 37 000 enfermeiros em Portugal para uma necessidade, de acordo com padrões médios europeus, de cerca de 60 000.
- 22 Equipamentos orgânicos do Hospital Cirúrgico Móvel (Role 2+); equipamentos utilizados em Role 1 (ventiladores, desfibrilhadores, monitores de sinais vitais, aspiradores, ventiladores portáteis, sistemas de administração de oxigénio...).
- 23 Estudo sobre a Produção dos Hospitais do Exército, Direcção dos Serviços de Saúde do Exército, Agosto de 2003.
- 24 Estructura Y Funcionamiento de la Sanidad Militar Española, Inspección General de Sanidad/Ministerio de Defensa, Dezembro de 2005 (informação obtida através da DIM/EME).
- 25 Service de Santé des Armées, 2002 (informação obtida através da DIM/EME).
- 26 Informação sobre o Sistema de Saúde Militar da Itália (Organizzazione Sanitaria Militare).
- 27 Informação obtida do Adido de Defesa em Berlim, através da DIM/EME, e do Portal der Bundeswehrkrankenhäuser (<http://sanitaetsdienst.bundeswehr.de...>).
- 28 Informação obtida do Adido de Defesa em Londres, através da DIM/EME, sobre o Sistema de Saúde Militar do Reino Unido.
- 29 Quadro V - Projecto de organigrama para o Sistema de Saúde Militar.
- 30 Quadros VI e VII - Projecto de localização (como base de análise) dos Serviços hospitalares únicos (de utilização comum), em Lisboa, acautelando a harmonização e coerência funcional.
- 31 Logística Sanitária, Laboratórios de Toxicologia, Defesa Biológica, Qualidade de Águas, Controlo de Ambiente Hospitalar, Controlo de Preservativos.
- 32 Anteprojecto do Instituto de Saúde Militar (1998); Projecto de instalação da Direcção de Saúde Militar (2001).
- 33 Gomes, Cor Med Abílio. Formação em Saúde Militar: uma área estruturante.