

Reflexões sobre a (anunciada) nova Reforma da Saúde Militar: Artigo de Opinião

Tenente-coronel
Rui Pires de Carvalho



I - Introdução

O Despacho n.º 2943/2014 enunciou uma reforma do Serviço de Saúde Militar (SSM), mas, na realidade, procedeu basicamente a uma remodelação das estruturas dos Serviços de Saúde (SS) dos Ramos e à criação de uma Direcção de Saúde do Estado-Maior General das Forças Armadas (DIRSAM/EMGFA), que em relação aos SS dos Ramos tem apenas funções de coordenação, assumindo uma dicotomia, sem prejuízo de uma inter-relação, entre saúde assistencial^[1] e operacional. Abordou ainda, de uma forma superficial, os conceitos de racionalização de meios e financiamento.

Este documento, logo à partida, e como se veio rapidamente a comprovar, foi claramente insuficiente, nomeadamente por esquecer aspectos tão importantes como a crescente super-especialização da Medicina em particular, e de todas as áreas de saúde em geral, uma racional gestão de pessoal, a harmonização e revisão de carreiras (militares^[2] e civis), a especificidade da logística e dos apoios de serviços, um apoio jurídico especializado nos mais diversos aspectos (legislação, procedimentos concursais, direito administrativo e penal), revisão de regulamentos, harmonização das juntas (ainda só conseguida na Junta Médica Única - JMU/DFA), etc.

Essa grave falha saldou-se pela saída precoce de muitos quadros (nos quais o autor se incluiu) por defraudar expectativas e a normal manutenção de competências na sua área de especialização (situação que se arrastava do antecedente por uma deficiente gestão de pessoal^[3], agravada por limitações nas condições de exercício assistencial no processo precipitado do Hospital das Forças Armadas - HFAR), criando situações de injustiça na ausência de justificações de mérito.

É interessante recordar que há contestações corporativas desde os finais do século XVIII, pugnando por melhorias das condições assistenciais, equivalência de soldos, direitos e

regalias, situação que, numa primeira fase, era sobretudo protagonizada pelos Cirurgiões^[4], que só em 1866 adquiriram, de forma plena, os mesmos direitos dos Médicos^[5] formados na Universidade de Coimbra e, posteriormente, pelos médicos castrenses em geral, com propostas de reorganização das carreiras^[6].

Após o 25 de Abril de 1974, assistiu-se a um esforço de reestruturação, traduzido quer na publicação de nova legislação, procurando manter equiparação à carreira profissional civil^[7], quer na constituição da Comissão Permanente Interserviços de Saúde das Forças Armadas (CPISFA), criada pela Directiva nº 4/76 do Chefe do Estado-Maior General das Forças Armadas (CEMGFA), de 30 de Outubro, e que tinha por objectivo estudar e planear a integração dos Serviços de Saúde dos três Ramos num único Serviço de Saúde Militar (projecto até agora não concretizado) e promover uma colaboração e coordenação com o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Na realidade, da acção desta comissão (órgão coordenador do Serviço de Saúde do Militar no EMGFA) apenas resultou a criação dos Serviços de Utilização Comum (SUC) e a Escola de Serviço de Saúde Militar (ESSM).

Este ano (2018), anuncia-se o desiderato de proceder a uma profunda reforma dos Serviços de Saúde, não só no que diz respeito a um *upgrade* do modelo de gestão/coordenação, que em último caso poderá passar por uma “Entidade Centralizada de Saúde”, mas também a variados aspectos, incluindo harmonização de carreiras, diferenciais de carreira, competência em gestão como condição preferencial ou primordial nos lugares de direcção, a valorização das carreiras civis^[8], modelos de gestão, etc. Para tal, constituiu-se no EMGFA um grupo de trabalho, sendo anunciada a disponibilidade para receber contributos. É neste contexto que o autor propõe alguns pontos de reflexão.

II - Pontos de Reflexão

a. Definição de Medicina Militar e objectivos

Para se iniciar uma análise e reforma coerente do Sistema de Saúde Militar é, por bizarro que pareça, necessário defini-la, nomeadamente quanto a características que a diferenciam e objectivos específicos. No entendimento do autor, Saúde Militar, no sentido lato, é a prestação de cuidados de saúde^[9] no teatro de operações e/ou em situações de excepção (evacuações, apoio a refugiados e catástrofes, por exemplo), na actividade assistencial hospitalar, na selecção e preparação das forças, prevenção e profilaxia nas Unidades/Estabelecimentos/Órgãos (UU/EE/OO) e na produção, armazenamento, controlo e reserva estratégica de produtos farmacêuticos e alguns dispositivos, com concomitante formação e preparação que permita aos seus profissionais (das diferentes especialidades e carreiras) integrarem-se, em pleno, nos componentes tático, operacional, logístico e organizativo das Forças Armadas. Esta concepção (que engloba as vertentes operacional, ocupacional e assistencial) não alija o apoio assistencial aos elementos na Reserva, Reforma, Deficientes das Forças Armadas (DFA), Família Militar e Forças de Segurança^[10], nem a sua constituição como reserva estratégica do País, e implica necessariamente que

os seus profissionais, além da competência específica na sua área de saúde, tenham uma alargada formação multidisciplinar.

Dentro das diversas áreas da Saúde Militar, no entanto, tal como ocorre na Sociedade Civil, é preciso ter em conta uma crescente superespecialização, não sendo aplicável, a nosso ver, o modelo de outrora em que um médico, um veterinário, um médico-dentista, um enfermeiro, etc., é deslocado por escala geral ou destacado para funções díspares, independentemente das suas competências específicas. Este aspecto trará ou deve trazer, naturalmente, repercussões nos dois seguintes pontos de análise/reflexão.



Figura 1 - O Elemento de Defesa Biológica e Química do Exército: exemplo de superespecialização.

b. Reestruturação e Harmonização de Carreiras

1) Carreira Militar

Em consequência do atrás exposto, poderá ser adequado e conveniente a criação de três tipos diferentes de Carreiras, nas diferentes especialidades: Operacional, Hospitalar e Administrativa-Logística. Aliás, o artigo *Proposta para a Reestruturação da Carreira Médico-Militar do Exército*, do Brigadeiro Médico José Nobre Gois, publicado na Revista Portuguesa de Medicina Militar n.º 23 (1-2), de 1975, já defendia as duas últimas (igualmente previstas na Portaria n.º 709/78, de 6 de Dezembro), sendo que, no seu projecto, se poderia transitar da Carreira Hospitalar para a Administrativo-Logística, mas não o inverso. Todas teriam igual possibilidade de progressão vertical.

Poderá parecer exagerada esta sugestão, mas solicita-se a atenção para os seguintes aspectos:

a) Salvaguarda-se a manutenção das qualificações e possibilidades de paralelismo com as

carreiras civis (condição de promoção) das especialidades médicas hospitalares^[11] e restantes especialidades (exemplos: enfermeiros de Cuidados Intensivos, Bloco Operatório, Hemodiálise, farmacêuticos das Áreas Hospitalar e Laboratorial, veterinários da Área Clínica);

b) Permite valorizar e dignificar (ver abaixo) o Pessoal de Saúde que se dedica à actividade operacional;

c) Permite aproveitamento de elementos, *ab initio*, que não sintam vocação clínica, ou por outras razões (exemplo: aptidão física parcial, por patologia manifestada no decurso da carreira, não aproveitamento ou desistência em cursos/especialidades), para áreas extremamente importantes, como planeamento, acompanhamento e gestão das carreiras, coordenação de cursos e internatos, coordenação de exercícios, apreciação/homologação de STANAGS^[12], logística de material sanitário, prevenção na área da saúde pública, epidemiologia, ou, especificamente na medicina, das áreas da Avaliação de Dano Corporal, Codificação e Gestão em Saúde.

Na Área Operacional, os elementos adstritos aos Ramos (no caso da Medicina, preferencialmente da área da Medicina Geral e Familiar/Saúde Pública/do Trabalho ou tutelados - jovens profissionais ainda sem formação específica, em início de carreira), mais prejudicados em termos familiares e de estabilidade profissional (exercício de actividade paralela^[13], por exemplo), além de convidados a frequentar cursos que os habilitem ao exercício diário ou complementar (SAV, ATLS, Battle ATLS, Cursos NBQ, VMER, e outros cursos do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) ou da ESSM, Cursos de Avaliação de Dano Corporal, Codificação, etc., e consequentes reciclagens^[14]), deverão beneficiar de um diferencial de carreira mais significativo (suplemento remuneratório) relativamente aos restantes. O diferencial de carreira já estava previsto no Estatuto da Carreira Médico-Militar (Decreto-Lei n.º 519/77, de 17 de Dezembro), mas só quando se verificasse sub-remuneração relativamente aos profissionais civis com o mesmo grau de carreira.

De igual modo, é nossa opinião, e parece coincidir com considerações assumidas no actual grupo de trabalho, que haverá igualmente lugar a diferenciais de carreira relativamente às especialidades com competências técnicas de maior responsabilidade, inclusive médico-legal, nomeadamente a medicina.

Acima de tudo, as regras devem ser claras, transparentes e disponíveis no processo de candidatura, seja ele na admissão pelas Academias Militares, por Concursos Ordinários ou Extraordinários, quer via Ramos (no caso do actual modelo ou de um *upgrade* em que a DIRSAM tem autoridade funcional e técnica sobre os SS dos Ramos) quer via modelo hipotético da "Entidade Centralizada". É o exemplo, no caso das duas primeiras vias de admissão em Medicina, do estabelecimento prévio de cotas para as carreiras Hospitalar e Operacional em cada processo de candidatura e, em geral, o número de deslocamentos e perspectivas de carreira.

Além do mais, não obstante especificidades inerentes a cada Ramo (Medicina

Aeronáutica, Medicina Hiperbárica, Elemento de Defesa Química, Biológica e Radiológica, diferentes critérios de admissão e treino de tropas especiais, etc.), é fundamental assegurar um paralelismo na progressão entre Ramos, sem prejuízo de casos de promoção por justificado mérito^[15]. Nos casos da Medicina Operacional e Administrativo-Logística, em particular no caso dos médicos, em que poderá não haver progressão nos graus da carreira médica por vicissitudes várias^[16], poderá estabelecer-se um sistema de pontuação e equivalência entre determinados cursos e competências e as especialidades^[17] (ver Formação). Registo que, ao contrário dos que muitos possam supor, a obrigatoriedade do Grau de Consultor, até agora exigido para promoção a Coronel, na carreira médico-militar, não é, na nossa opinião, exclusiva do Exército (confirmação pela Portaria n.º 709/78, de 6 de Dezembro) mas está contemplada para os três Ramos no Decreto-Lei n.º 519/77, de 17 de Dezembro.

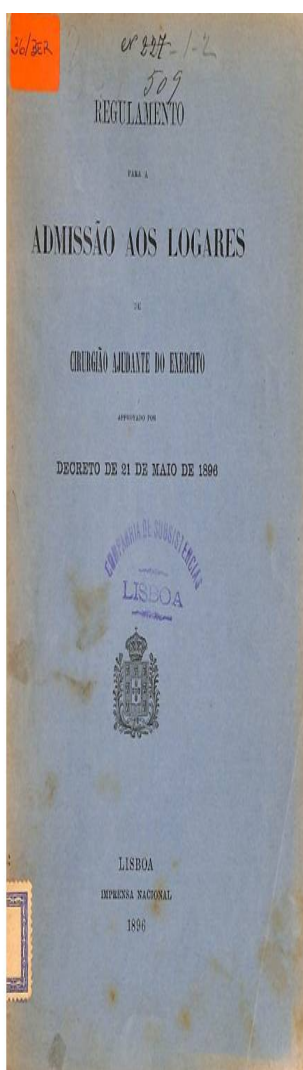


Figura 2 - Carreira Médica Militar: Regulamento de Admissão aos Lugares de Cirurgião Ajudante - 1896.

Por último, em completo acordo com o parecer do grupo de trabalho, a nomeação da

Direcção das Grandes Unidade de Saúde e Órgãos de Cúpula do Serviço de Saúde Militar não deve seguir, de forma cega, a rotatividade dos Ramos, mas sim uma superior e isenta análise dos currículos, competências e avaliação individual. Um período inferior a 4 anos nas Direcções (DIRSAM, DS Ramos, ou Direcção de uma Unidade Hospitalar como o HFAR) não permitirá obra, isto é, percepção dos problemas, análise e resolução/realização de planos de acção de médio-longo prazo.

2) Carreira Civil

Pela primeira vez, desde há muitos anos, verifica-se a intenção de valorizar as carreiras civis (do Quadro) do Serviço de Saúde Militar, proposta que se aplaude.

Os profissionais de saúde civis têm sido a garantia de continuidade assistencial nas Unidades Hospitalares, devido aos constantes deslocamentos dos militares, e, muitas vezes, uma mais-valia em termos técnicos e científicos, pela diferenciação e experiência adquirida em Hospitais Centrais. É pois da mais elementar justiça a dignificação das suas carreiras, que passa, muitas vezes, por uma Direcção de Recursos Humanos (e suas Secções de Pessoal) que acompanhe devidamente o percurso das mesmas, que promova a sua avaliação contínua e sinalização/abertura atempada dos respectivos concursos de progressão. Casos há que não têm progredido na carreira há mais de 10 anos, pela não abertura de procedimentos concursais, por inércia/desconhecimento das Secções de Pessoal/Recursos Humanos ou por imposições conjunturais.

Está contemplada a possibilidade de Chefia de Serviços Clínicos, relativamente à carreira médica, com base na competência e diferenciação profissional. No passado, ocorreram situações delicadas, em que civis mais graduados deixaram a Chefia de Serviços em favor de jovens Especialistas Militares (por se entender, no contexto de Unidades de Saúde Militares, que a chefia a eles deva pertencer), com conseqüente desmotivação. É uma questão válida e justa, mas, pela maior longevidade das carreiras e por limitação dos actuais Quadros Orgânicos (no HFAR, por exemplo, só está previsto o posto máximo de Tenente-coronel^[18] nas Chefias de Serviço/Departamento), pode condicionar o desempenho de funções de Comando/Chefia aos militares, com conseqüentes assimetrias, em termos de carreira. É uma matéria melindrosa e sensível que urge regulamentar: uma dicotomia entre Chefia Administrativa-Logística de Serviço e Responsável Clínico do mesmo, sempre que aconteça haver no Serviço/Unidade Clínica um Especialista Militar com posto igual ou superior a Tenente-coronel e um especialista do quadro civil com categoria da carreira médica e/ou grau académico superior ao primeiro, poderá ser uma solução possível, embora não a ideal.

c. Definição de Competências e Hierarquias Funcionais no Serviço de Saúde - Pessoal Militar

A recente requalificação das Carreiras de Enfermagem e dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, que se impunha desde há bastante tempo, dado que os seus cursos passaram a licenciaturas, poderá criar dois tipos de problemas, sobretudo na Área

Operacional e na Área Administrativo-Logística: questões de relação entre patentes e a ausência de quadros intermédios que enquadrem as praças em actividades administrativas, logísticas, escalas de serviço, etc.

Estas questões, diluídas nas Unidades Hospitalares, merecem ser alvo de reflexão, devendo sobressair na relação profissional, mormente nas Unidades tipo Regimento ou Forças Nacionais Destacadas (FND)^[19] e nas Unidades de Saúde tipo II e III, as competências técnica e funcional em detrimento do posto.

No caso da hipotética constituição de uma “Entidade Centralizada”, a reconversão Posto - Categoria Profissional/Grau da Carreira^[20], sem prejuízo de equivalências em termos de postos e honras militares, ultrapassaria uma questão que pode ocorrer com alguma frequência.

d. Formação

Neste capítulo há vários pontos a analisar com atenção:

1. A formação básica da especialidade de saúde (Medicina, Veterinária, Farmácia, Enfermagem, Licenciaturas de Técnicas de Diagnóstico e Terapêutica);
2. A formação complementar dessas especialidades;
3. A formação básica militar geral;
4. A formação básica no âmbito da Saúde Militar (organização, logística, integração operacional e tática, etc.);
5. A formação complementar militar (cursos de promoção) adaptada à saúde;
6. A formação complementar no âmbito da Saúde Militar, adaptada a cada especialidade e carreira da saúde^[21];
7. Formação especial, académica ou gestão de saúde.

No que diz respeito à formação básica, o excedente de formação na sociedade civil poderá suprir a admissão de candidatos (por Concursos Ordinários), com franca redução de custos, como ocorria até 1998. A actual formação via Academia, do ponto de vista de Cultura Militar, não parece revelar significativa mais-valia, em particular na Marinha e Força Aérea, relativamente ao anterior tirocínio na admissão (no Exército, há um ano comum antes de iniciarem os respectivos cursos). A vantagem Institucional mais significativa nesta opção^[22] tem sido, na realidade, o entrosamento precoce com os camaradas das outras Armas ou Serviços, aspecto que pode constituir um trunfo em termos de maior facilidade de contacto/coordenação com as Armas e Serviços ao longo do percurso profissional.

Das alíneas 4. e 6. pode resultar, como as Propostas de uma Sociedade de Medicina Militar (início do século XXI, DS do Exército), de uma Formação Pós-Graduada em Medicina Militar (2005, DS do Exército, protagonizada pelo saudoso Coronel Médico Abílio Gomes), a par das já existentes Competências em Medicina Hiperbárica e Medicina Aeronáutica, a criação de uma Competência de Medicina Militar, na Ordem dos Médicos (já ponderada em 2006 e retomada em 2016 pelos Coronel Médico Abílio Gomes e Capitão-de-mar-e-guerra Médico Naval Luís Bronze de Carvalho), aparentemente já em instalação, e outras (Veterinária, Enfermagem, etc.).

No caso específico da Medicina, deve haver uma reflexão séria e ponderada das especialidades que têm interesse para a Instituição, que não se deve basear, como se afigura ter acontecido com o Grupo de Trabalho de 2011 (HFAR), numa avaliação essencialmente baseada nos números de produção (muitas vezes limitada por circunstâncias estranhas às mesmas: redução de número de beneficiários, dificuldades de contratação de anestesistas, número de salas operatórias disponíveis, etc.), mas no real interesse em termos de saúde militar, quer operacional quer assistencial, ou ambas. Este aspecto é de grande responsabilidade e sensibilidade porque temos assistido, vários anos após a Instituição Militar ter declarado interesse e aberto vagas para determinadas especialidades, a um estrangulamento, e até alijamento, das mesmas, a meio da carreira de oficiais médicos, condenando-os à desilusão, cerceando a sua proficiência, causando, inclusive, saídas precoces da carreira após anos de investimento. A questão, no que diz respeito a especialidades com interesse real (Roles 2, 2E e 3, este último, em geral, em conjunto com nações aliadas), como a neurocirurgia e outras, mas com menor casuística, limitações de equipamentos ou de serviços de apoio no HFAR, pode ser resolvida por acordos entre os Ministérios da Saúde e Defesa. Na realidade, permitindo a acumulação de funções (12 horas semanais, por exemplo) desses elementos nos Serviços onde se especializaram, sem prejuízo da sua convocação em caso de necessidade programada ou específica da Instituição, todos ficariam a ganhar: o jovem especialista, com maior casuística, experiência e diferenciação, a Instituição e o SNS, por reforço do seu Quadro^[23].

Em todas as Especialidades e Carreiras, os profissionais deverão ser estimulados, paralelamente e em conjugação com a actividade profissional, a cultivar as componentes de investigação e carreira académica, quer dentro da Unidade de Ensino, Formação e Investigação da Saúde Militar (UEFISM) prevista quer em parcerias com Universidades civis. Tal só ilustrará a Instituição e deverá igualmente merecer pontuação no sistema de avaliação dos profissionais.

Um especial alerta para os Cursos de Gestão de Saúde, pela eventual obrigatoriedade para Promoção a Coronel ou Capitão-de-mar-e-guerra: será preciso adequar conteúdo, duração, carga horária semanal, local(ais) de formação, sob pena de excluir da sua frequência, independentemente da vontade dos próprios, determinadas especialidades hospitalares (sobretudo cirúrgicas, porque dependem de outros profissionais de saúde para a sua actividade e têm que acompanhar os pós-operatórios, numa área em que se cria uma relação médico/doente de grande proximidade e confiança) e os elementos da Carreira Operacional (pelo seu empenhamento e obrigações).

e. Harmonização de Procedimentos Clínicos

1) Juntas

- a) Uniformização de Juntas e Procedimentos;
- b) Regulamentação e Postos;
- c) Formação;
- d) Protocolo com as Juntas da Caixa Geral de Aposentações e Segurança Social;
- e) Apoio Jurídico (no âmbito do Direito Administrativo e do Trabalho).

Em 2014, gerou-se grande expectativa quando se anunciou a criação de uma JMU. Constatou-se rapidamente que tal dizia apenas respeito à avaliação dos processos relacionados com os DFA ou ex-combatentes candidatos a tal estatuto ou pensões (JMU/DFA^[24]), num enquadramento de grande peso político governamental.

A realidade do HFAR veio, no entanto, reforçar a necessidade de criação de procedimentos e impressos/processo electrónico universais. Caso se mantenha a presente modalidade de acção, embora actualizada, o Exército necessita urgentemente de renovar o seu Regulamento das Juntas (não o faz há mais de 45 anos, pelo menos, segundo o que foi possível apurar) e definir a sua constituição/quadro (ao não o fazer, o Exército tem perdido, por exemplo, lugares orgânicos de Coronel nas Juntas Hospitalares de Inspecção - JHI). Na modalidade de mera responsabilidade técnica e funcional, as Juntas continuariam a operar em paralelo, sem prejuízo da supracitada uniformização. No caso da DIRSAM se vier a constituir responsável por um Serviço de Saúde Militar autónomo, é preciso elaborar um regulamento conjunto que permita realizar as Juntas de forma transversal aos Ramos, quer a nível de JHI quer Unidades de Tipo III, e Junta de Recurso.

Por outro lado, é preciso regulamentar situações já previstas na Tabela de 1999, como é o caso da Inaptidão/Incapacidade Parcial, como se tem vindo sucessivamente a alertar^[25]. No caso de se considerar determinado indivíduo inapto parcialmente, em sede de JHI, este pode vir a ser promovido? pode ser deslocado? Nesse caso, qual a distância máxima da sua colocação do hospital onde recebe assistência? e que tipo de funções é que pode desempenhar?

| Nota explicativa | vocação ou mobilização e em regime de voluntariado ou de contrato; |
|---|--|
| Os símbolos utilizados nas tabelas A, B, C e D têm o seguinte significado: | IJ – inaptidão parcial dependente do grau de lesão e do critério da junta; |
| IN – inaptidão; | IC – incapacidade; |
| AI/AC – aptidão dependente do grau de lesão e do critério da junta a aguardar classificação no caso de provas de selecção para efeitos de prestação de serviço efectivo normal, mediante con- | ID – incapacidade dependente do grau de lesão e do critério da junta, podendo ser interpretado, no seu sentido mais lato, como incapacidade total. |

Figura 3 - Tabela de 1999 (Portaria n.º 790/99, de 7 de Setembro) - Inaptidão parcial (IJ) e incapacidade dependente do grau de lesão e critério da Junta (ID).

A formação é essencial, devendo haver cursos básicos institucionais (tópicos: tabelas de lesões em vigor, bonificações previstas, procedimentos, preenchimento dos impressos/processo electrónico, critérios de selecção para determinado tipo de Tropas e Ramos, noções do Direito Administrativo e da legislação regulamentar^[26]), sem prejuízo de incentivar a frequência do Curso de Avaliação de Dano Corporal (recorde-se que há já uma Competência na Ordem dos Médicos), que deve constituir um critério de escolha e de eventual bonificação pelo desempenho destas funções, que se revestem de uma crescente responsabilidade médico-legal e alvo de litigância. Este aspecto justifica o apoio próximo de um Gabinete Jurídico (não exclusivo, naturalmente, mas com peritos em Direito Administrativo e do Trabalho).

Outro aspecto fundamental desta problemática é a necessidade de repensar, entre Ministérios, as consequências da Lei n.º 11/2014, de 6 de Março (e adendas), que reviu o regime de protecção social da função pública e equiparados e respectivo Estatuto de Aposentações. Esta lei conferiu poder discricionário às Juntas da Caixa Geral de Aposentações (CGA)^[27] relativamente à decisão de inaptidão (reforma ordinária/extraordinária) ou não de militares propostos pelas Juntas Militares. A Junta da CGA já tem recusado a reforma a numerosos militares com limitações significativas, enviando-os para reavaliação e “Serviços Moderados”^[28]. A condição militar exige uma disponibilidade física e mental naturalmente diferente de outras áreas; quem melhor que os médicos militares para a julgar? Além de desautorizados os médicos militares, que legitimamente questionam o seu papel, a Instituição fica com dois problemas: aumento do contingente com restrições, no que diz respeito às funções que podem desempenhar (por conseguinte, com limitações operacionais), e incapacidade de renovar quadro/propor novas admissões, pois aqueles militares preenchem vagas (situação particularmente gravosa na Marinha, que tem Quadro Permanente (QP) de Praças).

2) Fichas Clínicas/Processo Clínico Informático e Planos de Contingência

Durante a elaboração do presente artigo, ocorreu um ataque informático à CUF/Mello Saúde. Há já anos, pelo menos desde 2013, que o autor alertava, quem de direito no HFAR, para necessidade de, além de impressos próprios (registo clínico, enfermagem, requisições)^[29] para resposta imediata em caso de *crash*, manter registos clínicos redundantes, quer em papel (exemplos: impressão de resumo das patologias e problemas médicos actualizados, numa nota paralela e independente, de 3/3 meses) quer em *backup* próprio (também ele redundante), activado em sistema interno estanque (interrompendo nesse período qualquer ligação à *Internet* e ligação *USB*) aquando de uma crise.

3) Boletim Individual de Saúde

Reforço do seu interesse: aspecto importante e de grande mais-valia, que deverá acompanhar sempre o militar, mas que, muitas vezes, é esquecido. Poderá assumir, como já se ponderou, o modelo cartão com *chip* de memória (fica, nesse caso, sujeito aos problemas referidos na alínea anterior).

f. Serviços/Especialidades de Apoio

1) Introdução

O Serviço de Saúde Militar precisa de quadros profissionais e especializados fora do âmbito estrito da Saúde, que permitam o acompanhamento e funcionamento dentro de diversas áreas, em particular as abaixo expostas.

2) Corpo Jurídico e respectivo apoio

O ex-Ministro da Defesa, Dr. Azeredo Lopes, em 2016, relativamente ao “Caso dos Comandos”, protagonizou um discurso fracturante, assumindo que os arguidos não beneficiariam de Apoio Jurídico Institucional. Esta tomada de posição, contrária ao Estatuto dos Militares das Forças Armadas (EMFAR), quer o Decreto-Lei n.º 90/2015, de 29 de Maio^[30], e anteriores, quer, no sentido lato, ao Estatuto dos Funcionários e Agentes Administrativos do Estado, veio criar natural desconforto no seio dos elementos das Forças Armadas (FA), em geral, e do pessoal de saúde, em particular, dado o significativo aumento da litigância/processos médico-legais, aos quais a Instituição, tal como a Sociedade Civil, não está imune.

Por outro lado, na área da Saúde, não se tem apostado num Corpo Jurídico do Quadro Permanente (QP), tendo alguns assessores civis, alguns militares que, por sua iniciativa, se licenciaram em Direito e, maioritariamente, licenciados em regime de voluntariado e/ou contrato, que, findos os anos estipulados, já após adquirirem alguma experiência, são perdidos. Esta situação explica, no nosso entender, diversas falhas processuais, o deficiente acompanhamento da legislação específica da saúde, procedimentos concursais, da área da Justiça (processos em termos de disciplina e justiça militar), das progressões de carreiras e apoio no âmbito do direito administrativo (exemplo de contestações nas Juntas Médicas por desconhecimento do Código Administrativo) e da litigância médico-legal (mais frequente na actividade no Serviço de Urgência).

Já o Major José Lages, num trabalho individual do Curso de Estado-Maior (CEM) de 2004^[31], apontava para a necessidade de 70 juristas no Exército (que, lamentavelmente, nunca apostou num QP) face ao Quadro Orgânico (QO), sendo que nem um estava previsto na DS ou Unidades de Saúde.

A “velocidade de produção legislativa” actual, com sucessivas revisões, aditamentos e revogações, completamente diversa do que ocorria nas gerações anteriores (por exemplo, o Estatuto de Aposentações, Decreto-Lei n.º 498/72, de 9 de Dezembro, só foi alvo de alterações, pela primeira vez, em 1997, sendo que só na última década foi revisto/revogado parcialmente 10 vezes), vem reforçar ainda mais a necessidade de um corpo especializado e abrangente.

3) Recursos Humanos/Serviços de Pessoal

Tem sido norma uma regular renovação dos elementos militares (deslocamentos) desta área, em regra de 2 em 2 anos. Entendemos que as especificidades das carreiras militares e civis, e as intrincadas legislações que as regem (exemplo: licenças de maternidade, paternidade, amamentação, disposições de salvaguarda de deslocamento de um dos pais, quando o outro também está deslocado ou em comissão, de salvaguarda de uma militar grávida para determinadas missões, etc.), não se compadecem com tal *modus operandi*, e que esta área deve ser “profissionalizada”, permitindo continuidade e experiência, naturalmente sem prejuízo de supervisão e auditorias regulares.

4) Área de Administração - Gestão de Doentes

Numa perspectiva assumida, em termos de Gestão nas Unidades Hospitalares, de lógica de oferta, esta área é primordial e foi responsável, juntamente com problemas do apoio informático e exiguidade de instalações, pelo afastamento de grande número de utentes do Pólo de Lisboa (PL). A falta de formação ao pessoal administrativo^[32], a falta de apoio administrativo às áreas clínicas, a impreparação para o volume de solicitações que se adivinhava, a incapacidade de gestão de agendas a longo prazo, a imposição de máquinas de *check-in* a uma população de utentes bastante envelhecida e com constantes avarias (numa tentativa compreensível de redução de recursos humanos^[33]) e a ausência de uma central telefónica são exemplos do que correu mal nos primeiros anos e que está e deve merecer a máxima atenção.

5) Logística

Esta área compreende as Aquisições, o Economato, os Serviços de Manutenção e Reparação e a Informática (que inclui a Rede informática e os Sistemas de Protecção Informática).

A importância desta área é por demais evidente. Interessa apostar numa especialização/profissionalização dos seus agentes, sobretudo na área das Aquisições, Manutenção e Reparação, especialmente no que diz respeito aos equipamentos médicos (pessoal do quadro e contratação, com monitorização contínua, de assistência técnica de empresas especializadas) e, importantíssimo, na Informática, cuja ineficiência, na actual realidade assistencial, por si só compromete o funcionamento e a imagem da Saúde Militar Hospitalar. A prossecução de uma rede militar universal, com processo clínico único e, de preferência, institucional, não dependente do exterior, e respectiva segurança deverão ser os objectivos máximos.

6) Gabinetes de Coordenação Operacional e Escalas de Deslocamentos

Quer no reforço da actual modalidade de acção (DIRSAM, enquanto órgão de coordenação das DS dos Ramos, com autoridade técnica e funcional) quer na progressão para uma situação de total responsabilidade, haverá necessidade de a DIRSAM ter junto de si gabinetes de coordenação com os 3 Ramos: na primeira modalidade, no que diz respeito a exercícios conjuntos e deslocamentos (com repercussões no HFAR), na

segunda, a todos os aspectos, mesmo o do apoio operacional dentro dos ramos e carreiras dos profissionais de saúde neles colocados, missão de reconhecida complexidade.

g. Sistemas de Gestão/Financiamento

Não há muitos anos, o então Ministro da Defesa^[34], face aos encargos das FA, em que 90% dos mesmos eram para a despesa em pessoal (os números e percentagens são, muitas vezes, o que se querem que sejam: com os sucessivos cortes, é natural que pouco ficasse para os componentes operacional e renovação de equipamentos), disse publicamente que era preciso racionalizar as FA. Na opinião do autor, só há duas hipóteses: ou se assume querer ter FA (para defesa da zona económica exclusiva, por exemplo), com os inerentes encargos a fundo perdido, ou não se quer ter FA. Na realidade, com excepção de áreas como a Medicina Hiperbárica, o Centro de Informação Geoespacial do Exército, o Laboratório Militar, os Institutos de Ensino e algumas outras UU/EE/OO, poucas serão as estruturas que se conseguem auto-financiar. A Medicina Militar Operacional é um claro exemplo disso, e mesmo o HFAR e Unidades de Saúde Tipo III só o conseguem parcialmente.

O autor recorda um discurso do Deputado e Coronel DFA Marques Júnior, em dia festivo do Hospital Militar Principal (HMP), sobre o tema “O Poder Político e a Saúde Militar”, que concluiu (...) *não é lícito negarem os meios para justificarem o encerramento das Instituições*. Na realidade, foi o que aconteceu no início do século XXI, em que foi promulgada diversa legislação que resultou numa enorme dificuldade em contratar quadros e renovar equipamentos, com a consequente limitação na capacidade de resposta dos Hospitais Militares (é preciso concordar que o desentendimento entre os Ramos atrasou uma possível reforma do SSM), incluindo o HFAR. Por consequência, a Assistência na Doença dos Militares (ADM), posteriormente integrada no Instituto de Acção Social das Forças Armadas (IASFA), acabou por fazer acordos múltiplos com Instituições Privadas, que acabam por ser mais onerosos no reembolso final, em detrimento do retorno assistencial aos estabelecimentos de saúde militares, o que continua a ocorrer no HFAR. Assim, tem-se criado um ciclo vicioso em que o HFAR e os Centros de Saúde não conseguem financiar a contratação de pessoal e renovar ou investir em equipamentos.

Por outro lado, como tem acontecido com outros organismos de carácter social, públicos ou privados, a ADM, ao ser integrada no IASFA, e ao serem-lhe imputadas as responsabilidade das despesas dos DFA (inicialmente no que dizia respeito às que tinham relação com o acidente ou doença adquirida em serviço, mas, posteriormente, no exercício do Dr. Paulo Portas, a todas as despesas médicas sem excepção), que anteriormente eram rubricas do Orçamento do Estado (OE), geridas pelas Direcções de Saúde dos Ramos), viu ainda mais canibalizado o contributo dos subscritores^[35]. Este facto, possíveis equívocos em apresentação de rubricas que deveriam competir a encargos operacionais (situação que julgo ultrapassada) e eventuais problemas de gestão

têm condicionado o retorno por actos assistenciais.

Em termos de Gestão das Unidades de Saúde, os critérios de produtividade (devidamente adaptados, e de acordo com os meios disponíveis) e qualidade universais devem ser aplicados, com estímulos não pecuniários às Chefias de Serviço que os cumpram ou melhorem (contratação de pessoal, aquisição de material e equipamentos, financeiramente rentabilizáveis, melhoramentos do espaço físico, etc.).

Concluindo, não há dúvidas que o Sistema de Saúde Militar tem que existir e tem encargos. A Saúde (numa Instituição que naturalmente não pode nem tem por missão prestar serviço a Seguradoras, no âmbito de Acidentes de Trabalho, por exemplo) não dá lucro; só se pode exigir que seja praticada racionalmente e nas boas práticas clínicas e de gestão. Nesse contexto, além de se responsabilizar mais o IASFA no apoio ao que é a actividade assistencial institucional, nomeadamente em Lisboa e Porto (HFAR), é mais do que legítimo exigir reforço do OE^[36]. A colaboração com o SNS, em áreas com capacidade sobranse ou específica (exemplo da Medicina Hiperbárica), pode ajudar no autofinanciamento, mas temos que ser realistas face à enorme dificuldade (uma realidade diária nos *media*) que o mesmo tem demonstrado em dar resposta a fornecedores e pagamento dos actos médicos no âmbito do SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia).

h. Outras considerações

1) Acção Social/Cuidados continuados

O HFAR foi concebido para Hospital de “agudos”, sendo que o PL foi dotado com menos de 200 camas (como tal, sem praticamente reserva estratégica, em caso de eventos multivítimas), contra as quase 500 que existiam nos diversos Hospitais Militares de Lisboa. Do mesmo modo, a Instituição não acautelou o apoio aos militares que, por acidente ou doença, são abruptamente afastados por convalescença prolongada, mesmo nos casos em que as sequelas impliquem afastamento definitivo do Serviço, e os pacientes na Reforma, Reserva ou da Família Militar (com agregados cada vez menores, em que todos trabalham)^[37]. Na verdade, não houve criação imediata de uma enfermaria de convalescentes (exemplo: durante reabilitação por Fisioterapia), que se começou a delinear *a posteriori*, nem um reforço das condições do Centro de Apoio Social de Oeiras ou afectação de, pelo menos, um dos Hospitais extintos ao IASFA, devidamente sanado e provisionado para a sua missão.

Uma acção colectiva recente conseguiu, pelo menos temporariamente, reverter a entrega a terceiros de uma Unidade Hospitalar nessas circunstâncias, no caso o Hospital Militar de Belém (HMB), que tinha tido obras de remodelação pouco antes da sua extinção. Diz-se temporariamente, pois há já notícias de um eventual outro destino.

Reforçando-se estas capacidades, e aproveitando Instalações Militares presentemente inactivas no Porto, conseguir-se-ia assegurar mais apoio do IASFA, pelo menos, nas áreas da Grande Lisboa e Grande Porto. Nas restantes áreas é essencial, na realidade, a articulação HFAR/IASFA com a Rede de Cuidados Continuados, que, no entanto, também

tem enormes dificuldades (envelhecimento da população, agregados pequenos, em que não é possível apoio familiar, insuficiência económica, etc.).

Naturalmente há custos, mas numa análise objectiva e fria, mesmo colocando de lado o aspecto moral e ético do apoio Institucional, seguramente fica mais onerosa a ocupação por tempo indeterminado de camas hospitalares, situação que limita, por outro lado, especialmente na área da Medicina, a capacidade de receber novos doentes...

2) Protocolos de Colaboração com o SNS/Capacidade sobranete

A visibilidade à Sociedade Civil é benéfica em diversos aspectos, reforçando a imagem da Instituição e a sua razão de ser. Há acções que dispensam apresentação, como a Força Aérea, nas missões de resgate e evacuação sanitária, e a Medicina Hiperbárica. Do antecedente, já se admitia a hipótese de reforço do SNS, em termos de capacidade assistencial sobranete, e de equipas do INEM. Estas já foram objecto de recente protocolo, mas requerem uma análise atenta do ponto de vista jurídico, tanto mais que a primeira foi no contexto do Sistema Integrado de Gestão para Inscritos em Cirurgia (SIGIC):

- O programa SIGIC não é propriamente capacidade sobranete, isto é, há solicitação de voluntários para, em equipa, realizarem cirurgias da lista de espera do SNS, quer nos hospitais do mesmo, fora das horas normais de expediente, ou em Unidades Privadas/Convencionadas, pagos para o efeito (o valor global é repartido entre a equipa e a Unidade de Saúde). Colocam-se, desde logo, problemas do foro jurídico de responsabilidade médico-legal (a responsabilidade é totalmente do Chefe da Equipa ou repartida com a Instituição?) e de honorários. Mas, sobretudo, coloca-se a questão de conflito de interesses com os utentes do HFAR. Na realidade, mesmo fora do horário de normal expediente, as áreas em que o SNS mostrou interesse são a Oftalmologia e a Ortopedia, que têm lista de espera... Esta realidade pode naturalmente dar desconforto interno, junto dos utentes do HFAR, e é diferente do conceito pretendido e desejável de capacidade sobranete, ou seja, a possibilidade de colaboração com instituições do SNS em áreas em que o HFAR não tem lista de espera ou até tem falta de doentes, como na Cirurgia Geral do HFAR-Pólo do Porto (PP) ou a Medicina Nuclear. Por outro lado, não se pode deixar de alertar para o agravamento dos encargos financeiros (consumíveis, próteses, etc.) num período superior a um ou dois anos, numa Instituição já sobrecarregada com dívidas dos Subsistemas (em particular da ADM), pois esse é o prazo mínimo em que o SNS/SIGIC tem sanado as dívidas. A menos que se entenda acção de utilidade pública e se assumam os encargos.

- No INEM: a quem pertence a cobertura jurídica: do INEM ou da Instituição?; há lugar a suplementos remuneratórios ou compensações de horas de serviço?

É ainda recomendável a existência de elementos de ligação da Direcção de Saúde do EMGFA com a Direcção Geral de Saúde (DGS) e a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Nesta, além da ligação já existente ao Conselho Nacional do Internato Médico (CNIM), permitirá um acompanhamento próximo, por exemplo, de todas as novas medidas a implementar a nível geral/supra-institucional^[38] ou correcção de

inconformidades relativamente ao Sistema de Saúde Militar ou beneficiários^[39].

III - Epílogo

A Saúde Militar, na opinião do autor, terá sempre o seu lugar: não é de modo algum despreciando a sua significativa cota parte para a moral das Tropas, sabendo que, sendo feridos, podem contar com ela para uma rápida evacuação e eficaz tratamento /recuperação no “seio dos seus” ou que, posteriormente, serão acompanhados no que diz respeito a eventuais sequelas e velhice.

Além disso, relativamente à Família Militar, desabafou, recentemente, com o autor, um camarada mais velho, já na reforma: *todo o militar no activo e bom operacional fica preocupado quando parte em defesa da Pátria e os políticos dessa mesma Pátria nem sequer acautelam a saúde dos seus entes queridos...*

A Saúde Militar pode e deve considerar-se, ainda, uma mais-valia para o País, devendo pugnar por manter reservas estratégicas (camas^[40], medicamentos e dispositivos, equipas especializadas em determinado tipo de ocorrências/eventos), por defender os princípios éticos e deontológicos da Medicina e da Instituição Militar, numa estrutura organizacional onde todos (pessoal de saúde e de serviços de apoio) são igualmente importantes para o sucesso da missão, como implícito na fábula do estômago e resto do corpo, de Agripa Menênio Lanato (494 A.C.), e sabem enquadrar-se e operar segundo normas de execução permanente e regulamentos.

O autor pretendeu partilhar alguns pontos e aspectos cujas problemáticas vivenciou e que a Instituição, pela sua reconhecida morosidade, aliada a um “eterno relegar para segundo plano” da Saúde Militar, não tem sabido gerir e adaptar-se *de per se* (com as consequentes imposições do poder político)^[41]. Tal como muitos outros camaradas (quer no activo quer já desligados do serviço), o signatário continua a seguir atentamente a Saúde Militar, com a qual se identifica e, quiçá, um dia dela necessitará, na sua componente assistencial. Por consequência, deseja os maiores sucessos à Comissão de Estudo do EMGFA, num processo que se reconhece complexo (como tal, naturalmente, nunca conseguirá agradar cabalmente a todos os intervenientes) e necessariamente progressivo, estimando que este artigo possa ter dado contributos válidos.

É preciso planear com visão posta no futuro a médio/longo prazo, num processo contínuo, aprendendo com os erros do passado, não *navegando à vista*^[42] como nos últimos anos, sem, no entanto, se deixar de conservar alguma flexibilidade para fazer face a alterações conjunturais inopinadas.

Bibliografia

Livros

BELÉM, Cunha - *Materiel Sanitaire* - 1900; Biblioteca do Exército, cota 5206.

COSTA, Gomes - *Guerra das Colónias - 1925*; Biblioteca do Exército, cota 17122.

Publicações

Diário da República

- Legislação diversa e Avisos:

- Lei n.º 498/72, de 9 de Dezembro;
- Lei nº 11/2014, de 6 de Março (e adendas/rectificações);
- Decreto-Lei n.º 519/77, de 17 de Setembro;
- Decretos-Lei n.ºs 414/91, de 22 de Outubro, e 241/94, de 22 de Setembro (e adendas);
- Portaria n.º 330/77, de 3 de Junho;
- Portaria n.º 632/78, de 21 de Outubro;
- Portaria n.º 709/78, de 6 de Dezembro;
- Portaria n.º 1034/2009, de 11 de Setembro;
- Despacho da Secretaria de Estado da Saúde, de 25 de Junho de 1980;
- Diário da República, 2.ª série - n.º 38 - 22 de fevereiro de 2017, pág. 3418.

Acta Neurochirurgica

- JOUBERT; C e col - Military neurosurgery in operation: experience in the French role-3 medical treatment facility of Kabul - *Acta Neurochir*, 2016 Aug;158(8): 1453-63.

Jornal dos Facultativos Militares

- Jornal dos Facultativos Militares - Novembro de 1844, pp 330 a 336 - Biblioteca Nacional.

Revista Militar

- CARVALHO, Rui Pires de - *Factos Relevantes da Saúde Militar nos últimos 200 anos* -

Revista Militar N.º 2601 - Outubro de 2018, pp 753 - 776.

:: Neste pdf - página 18 de 24 ::

Revista Militar, n.º 2544, Janeiro de 2014.

- CARVALHO, Rui Pires de - *A Neurocirurgia nos Hospitais Militares do Exército* - *Revista Militar* n.º 2596 - Maio de 2018.

- MONTEIRO, Joaquim Formeiro - *Hospital das Forças Armadas (uma capacidade ameaçada)* - *Revista Militar* n.º 2547 - Abril de 2014.

Revista Portuguesa de Medicina Militar

- GOIS, José Nobre - *Proposta para a Reestruturação da Carreira Médico-Militar do Exército* - *Revista Portuguesa de Medicina Militar* n.º 23 (1-2) 1975 - Biblioteca do Exército.

Trabalhos

- *Acta do Seminário sobre Saúde Militar: Saúde Militar, que futuro?* - 2014.

- LAGES, Major José - *A Extinção dos Tribunais Militares: consequências para o Exército* - CEM 2002-2004.

Arquivos

- Arquivos do Autor.

Iconografia

- Biblioteca do Exército

- Regulamento de Admissão aos Lugares de Cirurgião Ajudante, 1896 - Cota 36/BER.

- *Revista Militar*

• CARVALHO, Rui Pires de - *Factos Relevantes da Saúde Militar nos últimos 200 anos* - *Revista Militar*, n.º 2544, Janeiro de 2014.

- Portaria n.º 790/99, de 7 de Setembro.

O Autor agradece a revisão do texto ao Sr. Prof. Dr. Rui Serra.

O Autor não segue o presente Acordo Ortográfico.

^[1] – Com exceção de algumas Unidades tipo III, basicamente limitada ao Hospital das Forças Armadas, após a extinção dos hospitais militares dos Ramos.

^[2] – Incluindo o que diz respeito às novas realidades, como o oficialato das Carreiras de Enfermagem e Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, que se impunha há já bastante tempo com a transição dos respectivos cursos para licenciaturas.

^[3] – A aposta em especialidades como Medicina Geral e Familiar e Saúde Pública, por exemplo, nunca foi assumida, mesmo depois de se iniciar a admissão de candidatos pela Academia, privilegiando-se quase exclusivamente as especialidades hospitalares. Em consequência, a actividade hospitalar tem sido recorrentemente prejudicada, ao desviarem-se recursos humanos especializados para actividade em Centros de Saúde (Unidades de Saúde tipo III) ou Postos de Socorros de Unidades Operacionais (Unidades de Saúde tipo II), não se resolvendo o problema de base.

^[4] – Ver, por exemplo: Requerimento de 1835 dos Cirurgiões Militares (*Revista Militar*, n.º 2544, pág. 54, de Janeiro de 2014), Exposição/Posição da Sociedade de Ciências Médicas sobre nova Regulamentação sobre o Exercício da Medicina e Cirurgia (Jornal dos Facultativos Militares - Novembro de 1844, pp. 330 a 336 - Biblioteca Nacional).

^[5] – Sobre o assunto, o Dr. Cunha Belém, na sua obra *Le Matériel Sanitaire de L'Armée Portugaise*, refere que, na prática, no meio castrense essa distinção terminou ou foi ultrapassada já em 1851.

^[6] – Há uma proposta de Reformulação das Carreiras de todos os Quadros de Saúde dos anos 60 (AHM) que, inclusivamente, já previa o Oficialato no topo da carreira de enfermagem. Ver também *Proposta para a Reestruturação da Carreira Médico-Militar do Exército*, artigo/proposta de fundo do Brigadeiro Médico José Nobre Gois (publicado na Revista Portuguesa de Medicina Militar n.º 23 (1-2), de 1975).

^[7] – Quer na progressão e diferenciação profissional, através de procedimentos concursais, quer através da criação de um diferencial de carreira. Ver Decreto-Lei n.º 519/77, de 17 de Setembro, Portarias n.º 330/77, de 3 de Junho, n.º 632/78, de 21 de Outubro, n.º 709/78, de 6 de Dezembro, e Despacho da Secretaria de Estado da Saúde, de 25 de Junho de 1980.

^[8] – Que, como sabem perfeitamente aqueles que viveram os Hospitais Militares nos últimos 40-50 anos, têm sido a garantia da continuidade assistencial ante a constante

movimentação do pessoal de saúde militar.

^[9] — Medicina Humana e Animal, englobando áreas como a Toxicologia, Bromatologia, Defesa NBQ, Medicina Hiperbárica, Medicina Aeronáutica, etc.

^[10] — Actividade assistencial importante, não só do ponto de vista moral mas também porque é preciso não esquecer que, em tempo de paz, permite aos profissionais de saúde dos Hospitais Militares manter casuística e, conseqüentemente, a sua competência.

^[11] — Para se ser opositor a Concurso para habilitação ao Grau de Consultor da Carreira Hospitalar, por exemplo, é preciso exercer actividade hospitalar, na sua especialidade e de forma ininterrupta, pelo menos 5 anos consecutivos.

^[12] — *Standardization Agreement* (NATO).

^[13] — Esta, devidamente regulamentada e autorizada, permitirá uma prática clínica mais continuada, com maior experiência e qualificações (caso de médicos e enfermeiros colocados em UU/EE/OO do interior do país), o que traz benefícios para a Instituição. A possibilidade de acumulação de funções, igualmente regulamentada, pode ser uma tripla vantagem (treino pessoal, Instituição e SNS).

^[14] — SAV - Suporte Avançado de Vida; ATLS - *Advanced Trauma Life Support*; Battle ATLS - idem, em ambiente operacional; VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação; ESSM - Escola do Serviço de Saúde Militar, em breve designada Unidade de Ensino, Formação e Investigação em Medicina Militar.

^[15] — Sobre este assunto, o autor transcreve excerto de uma nota (sem resposta) enviada, por mail, ao MDN, em 13 de Outubro de 2011, e partilhada pelo saudoso Contra-almirante Nunes da Silva, que, já com 86 anos, mostrou a sua clarividência: (...) Há também que contar com o problema do pessoal de saúde, médicos e enfermeiros. Pertencendo a quadros diferentes, com diferentes datas de promoção, dificilmente aceitarão verem militar mais moderno e por vezes até menos qualificado passar a ser seu chefe só por ser sido promovido mais cedo (...).(transcrição autorizada pela sua Filha).

^[16] — Por exemplo, um clínico geral, que desenvolva a medicina operacional/ocupacional numa Unidade, poderá não manter e apresentar casuística na área da pediatria (salvo, se for possível fazer actividade privada/acumulação de funções). Como tal, pode não reunir condições, por razões estranhas à sua vontade e interesse, para se propor ao Grau de Consultor (Concurso Nacional).

^[17] — Competências nas Áreas da Emergência Médica, Medicina Hiperbárica e Subaquática, Medicina Aeronáutica, Avaliação de Dano e Codificação têm interesse Institucional, sendo meritórias e dignas da devida valorização.

^[18] — Situação que deveria ser revista, já que pode afastar dos Serviços/Unidades profissionais de maior experiência.

^[19] — Neste tipo de unidades, o Médico situar-se-á no Estado-Maior Especial e o Enfermeiro na Secção Sanitária.

^[20] — Como acontecia no Século XIX, no caso dos Médicos: Cirurgião Ajudante, Cirurgião Mor, Cirurgião de Brigada, Cirurgião de Divisão, etc. (mero exemplo).

^[21] — Por exemplo, na Medicina/Enfermagem - Carreira Operacional: noções de estruturação sanitária de um campo de refugiados, noções de fossas sépticas, aspectos topográficos e geológicos a ter em conta na captação de águas/instalação de latrinas (naturalmente em conjugação com a Engenharia Militar), cuidados específicos em ambientes extremos, reciclagem em Pediatria, etc. Especial atenção à formação dos “Socorristas”, campo em que a ESSM tem desenvolvido acção meritória, mas ainda longe dos requisitos dos *Medics* norte-americanos (ver Manual NATO AMedP-22), à luz da actual legislação, que, no entanto, já deu passos em 2017 (ver Diário da República, 2.ª série - n.º 38, de 22 de fevereiro de 2017, pág. 3418).

^[22] — Seria injusto não referir que tem formado grande número de excelentes profissionais.

^[23] — Ver CARVALHO, Rui Pires de - *A Neurocirurgia nos Hospitais Militares do Exército*, *Revista Militar*, Maio de 2018.

^[24] — Da qual o autor foi, por nomeação do Exmo. Diretor do HFAR, na sequência do Despacho n.º 47/CEMGFA/2014, de 25 de Novembro de 2014, o primeiro presidente, dirigindo um grupo de trabalho constituído por si, pelo, então, Major Avelino Fernandes e pelo Capitão Médico Jorge Labandeiro.

^[25] — O autor, por exemplo, desde 2005 (Exemplos: Informação/Proposta do Serviço de Neurocirurgia do HMP, de Novembro de 2005, e Nota da Secção de Juntas do HFAR - Polo de Lisboa, de 12 de Março de 2015).

^[26] — Além da legislação/regulamentação militar, as leis gerais: direito administrativo aplicável, dos acidentes em trabalho dos funcionários e agentes administrativos do

estado, estatuto da aposentação, etc.

^[27] — De futuro, será de prever que tal igualmente acontecerá com as Juntas da Segurança Social, pela convergência dos regimes.

^[28] — Esta situação afigura-se resultar do excesso de inaptidões, em sede de Junta, por uma interpretação errada da Lei n.º 498/72, de 9 de Dezembro, da parte de alguns médicos militares que, em caso de qualquer percentagem de desvalorização por acidente de serviço, propunham inaptidão ao abrigo da alínea c) do artigo 38.º da referida legislação. No entanto, da análise do preâmbulo e do articulado do ponto 1 do artigo 39.º da mesma Lei, parece concluir-se que a situação de Inaptidão prevista na alínea c) do artigo 38.º dependia do requerimento do interessado.

^[29] — Só resolvido em Janeiro de 2017, após novo *crash*, pelo, então, Director do HFAR, Brigadeiro-general Lopes Tomé.

^[30] — Alvo de adenda recente, salvaguardando o direito a regresso caso haja condenação, transitada em julgado, por crime doloso (Lei n.º 10/2018, de 2 de Março), que já era facto assumido na Administração Pública.

^[31] — LAGES, Major José - A Extinção dos Tribunais Militares: consequências para o Exército - Trabalho de CEM 2002-2004.

^[32] — A título de exemplo, no agendamento de consultas, em 2013, recorda-se que a triagem de primeiras e segundas consultas consistia tão-somente em perguntar se já tinha vindo ao Hospital e não a determinada especialidade. Por consequência, numa consulta dessa especialidade, numa agenda teoricamente de 2 primeiras e 6 segundas consultas por turno, havia frequentemente 6 primeiras, com a inerente sobrecarga e atrasos.

^[33] — No sector privado, onde a lógica de redução de custos impera, não se tem assistido a redução nessa área, pelo contrário, investe-se num atendimento e apoio personalizado, mesmo com esta tecnologia.

^[34] — Dr. Santos Silva (actual Ministro dos Negócios Estrangeiros).

^[35] — O autor não põe em causa o justo reconhecimento aos Deficientes das Forças Armadas, que deram o seu sangue em defesa dos então territórios ultramarinos, mas tão somente a fonte responsável pelas despesas, que, a seu ver, deverá ser OE, via DS dos

Ramos (como do antecedente) ou DIRSAM, no modelo de centralização.

^[36] — O plano Director do HFAR-PL, neste contexto, tem sido gravemente prejudicado. Por exemplo, a construção do novo Edifício do Bloco Operatório devia ter arrancado em 2017.

^[37] — O autor recorda o caso de um idoso Sargento-ajudante, com uma reforma de 1200 euros líquidos, suficiente para a si e esposa (que não tinha qualquer pensão): teve um acidente vascular cerebral, ficando permanentemente muito limitado. Só o Lar, que o Serviço de Assistência Social conseguia providenciar, cobrava esse valor, excluídas fraldas, medicamentos, etc.

^[38] — Exemplo: a certificação de óbito electrónica (SICO) foi activada junto à ACSS, pelo HFAR, apenas porque dois elementos do HFAR-PL (o autor e o Capitão Médico Jorge Labandeiro) se ofereceram para elaborar Normas de Execução Permanente (NEP) relativamente aos pedidos de autópsias médico-legais e, nesse processo, descobriram a eminente entrada em vigor dessa obrigatoriedade.

^[39] — No processo de prescrição electrónica havia a possibilidade de adicionar automaticamente a Portaria n.º 1034/09, possibilidade essa que desapareceu num *upgrade*, até ao dia de hoje (para ultrapassar essa omissão, os prescritores têm de a indicar no lugar da posologia).

^[40] — O que não foi acutelado inicialmente no HFAR, como já referido.

^[41] — Criando instabilidade nas carreiras, dando origem a saídas precoces.

^[42] — Em intervalos de tempo regulares e curtos, os paradigmas pretendidos para o SSM variaram substancialmente. Gomes da Costa, no seu livro *Guerra nas Colónias*, disse: *Preparação, é coisa que não existe em Portugal: tudo se faz por impulsos, bruscamente, segundo as necessidades de momento, e por isso tudo nos sae torto e desafinado (...).*