

Centro de Estudos Estratégicos da Marinha

CADERNOS NAVAIS

N.º 56 – Abril - Junho de 2020

A evolução da saúde em Portugal. O papel da saúde militar

Contra-almirante Médico Naval Menezes Cordeiro



Edições Culturais da Marinha

LISBOA

Centro de Estudos Estratégicos da Marinha

CADERNOS NAVAIS

N.º 56 – Abril – Junho de 2020

A evolução da saúde em Portugal. O papel da saúde militar.

Contra-almirante Médico Naval Menezes Cordeiro

Edições Culturais da Marinha

LISBOA

O Centro de Estudos Estratégicos da Marinha (CEEM) foi criado pelo Despacho número 13/18, de 12 de abril, do Almirante Chefe do Estado-Maior da Armada (CEMA), sucedendo ao Grupo de Estudos e Reflexão Estratégica (GERE), cuja origem remonta ao ano de 1999.

O CEEM, situado na direta dependência do Almirante CEMA, tem como principais incumbências a reflexão e o estudo nas áreas da estratégia marítima, doutrina naval e projeção externa da Marinha.

No âmbito das suas competências, o CEEM promove a publicação de textos sobre temas da sua vocação, através das coleções dos Cadernos Navais, editados pela Comissão Cultural da Marinha.

TÍTULO:

A evolução da saúde em Portugal. O papel da saúde militar

COLEÇÃO:

Cadernos Navais

NÚMERO ANO:

56/Abril-Junho 2020

EDIÇÃO:

Comissão Cultural de Marinha
Centro de Estudos Estratégicos da Marinha (CEEM)

ISBN: 978-989-8159-98-4

Depósito legal n.º 183119/02

EXECUÇÃO GRÁFICA: Instituto Hidrográfico/Luís Gonçalves

TIRAGEM: 200 exemplares

O AUTOR

Contra-almirante Médico Naval Menezes Cordeiro

João Nuno da Rocha e Menezes Cordeiro.

Contra-almirante Médico Naval na situação de reserva. Actualmente adjunto do Presidente do Centro de Estudos Estratégicos da Marinha.

Ex-Director do Hospital da Marinha, ex-Director de Saúde, e ex-Presidente da Junta Médica de Revisão da Armada.

Integrou o quadro de médicos navais em Junho de 1982. Prestou serviço como Chefe do Serviço de Saúde dos NRP Sacadura Cabral, NRP Honório Barreto e NRP Hermenegildo Capelo.

Possui o Curso Geral Naval de Guerra e o Curso de Promoção a Oficial General. É Membro Correspondente da Academia de Marinha.

Médico radiologista, especialista pela Ordem dos Médicos, assistente hospitalar pelos Hospitais Cíveis de Lisboa e consultor da Carreira Médica Hospitalar.

Pertence às associações médicas: Colégio de Radiodiagnóstico da Ordem dos Médicos, Competência em Gestão Hospitalar da Ordem dos Médicos, American Society of Breast Disease, Société Française de Radiologie.

Co-fundador da AMI (Assistência Médica Internacional)

Áreas de interesse: história e a numismática.

Pós-graduação em Património Cultural Religioso pela Universidade Católica e Mestrado em História Marítima pela Faculdade de Letras / Escola Naval.

ÍNDICE

7	Preâmbulo
9	1. Notas prévias
11	2. Conceitos na saúde
11	2.1 Hospital:
12	2.2 Saúde pública
13	2.3 Cuidados de saúde primários e cuidados de saúde secundários
14	2.4 Cuidados de saúde em meio militar operacional
17	3. A evolução sanitária em Portugal
19	3.1 Até à criação do SNS
23	3.2 Após a criação do Serviço Nacional de Saúde
33	4. A evolução da saúde militar
33	4.1 Prática médica e cirúrgica até ao século XIX
34	4.2 Marcos legislativos e episódios sanitários militares mais relevantes a partir do século XIX.
38	4.3 Referências mais significativas respeitantes à Marinha
39	4.4 Referências mais significativas referentes ao Exército
41	4.5 Referências mais significativas referentes à Força Aérea
43	5. Instituições hospitalares.
43	5.1 Hospitais militares.
43	5.1.1 Hospital das Forças Armadas
44	5.1.2 Antigo Hospital da Marinha
46	5.1.3 Antigo Hospital Militar Principal
48	5.1.4 Antigo Hospital Militar do Porto
48	5.1.5 Antigo Hospital Militar de Doenças Infecto Contagiosas
49	5.1.6 Antigo Hospital da Força Aérea
49	5.2 Hospitais não militares.
49	5.2.1 Hospital de Todos-os-Santos
50	5.2.2 Hospital de S. José. Hospitais Cíveis de Lisboa
51	5.2.3 Hospital de Santa Maria
52	5.2.4 Hospital Egas Moniz
55	6. Formação na saúde.
59	7. Notas finais. O que se pretende da saúde militar
61	CADERNOS NAVAIS

Nota:

O autor não adopta o novo Acordo Ortográfico.

Preâmbulo

Comecemos pela questão o que se pretende dum hospital militar? É um tema abrangente que suscita várias perguntas. Os hospitais militares são ou não dispensáveis? Se considerarmos que são dispensáveis é porque os hospitais civis têm capacidade para dar resposta completa não apenas a todas as situações decorrentes da actividade militar, mas também a qualquer emergência sanitária quer ela seja de origem civil quer ela seja de origem militar. Entendendo-se não serem dispensáveis põe-se a pergunta se deverão ser hospitais iguais aos outros, mas destinados a servir apenas um segmento da população, os militares, ou se têm a missão mais alargada de actuar em qualquer espaço do território onde a prontidão e eficácia da resposta não seja possível apenas pelas estruturas hospitalares civis. Não terá neste caso uma localização geográfica precisa requerendo uma mobilidade. Entende-se ser esta a correcta definição de hospital: Estrutura hospitalar cujos recursos humanos têm enquadramento militar que proporciona uma flexibilidade e uma mobilidade territorial que permitam ao Estado um âmbito de intervenção mais eficaz e célere em caso de emergência essa quer respeitante a militares em teatro de guerra quer respeitante a civis em caso de catástrofe. E isto em qualquer ponto do território nacional e eventualmente fora dele. Dispõe naturalmente de componentes e níveis de intervenção: socorrismo imediato, evacuações eficazes, graus diferentes de intervenção e tecnologia hospitalar etc., tudo numa estrutura funcional que lhe confere padrões de eficácia e celeridade superiores às dos hospitais não militares.

O aperfeiçoamento, como em tudo, é uma atitude constante. Será que ela tem sido suficientemente exigente? Neste domínio da hospitalização militar, como em qualquer outro, nada resolve lamentar falhas do passado, devendo-se sim analisá-las com intuito construtivo para introduzir correcções e robustecer modelos e soluções que sirvam com eficácia os fins que se pretendam alcançar.

A evolução em todo o domínio da saúde contínua em curso. A saúde militar e o seu melhor aproveitamento também. A optimização dos recursos existentes em ambos os âmbitos é sempre o objectivo desejado.

A situação de pandemia que vivemos é um desafio às pessoas, aos profissionais, aos recursos tecnológicos, às instituições e acima de tudo à forma de os potenciar. O resultado final e as opções que se estão a fazer e que se fizeram serão segura e legitimamente julgados num futuro mais ou menos próximo. Actualmente, no terreno e face à realidade, terá muito provavelmente de ser aperfeiçoado o procedimento adequado para fazer frente à catástrofe. Isto naturalmente num âmbito que não se restringe à saúde e que não é exclusivo de Portugal.

1. Notas prévias

A saúde militar não se reduz ao âmbito hospitalar. É antes um assunto complexo, em permanente actualização. Exige uma descrição e análise contextualizadas, forçosamente articuladas com a envolvente sanitária nacional de abrangência mais vasta. A abordagem deste tema, mesmo que contida dada a sua vastidão, deve procurar referências evolutivas. Sem o objectivo de as tornar exaustivas, não deixará de ser necessário apontar os diplomas legais mais significativos, as instituições mais marcantes e os desempenhos profissionais individuais ou colectivos mais relevantes. A definição de conceitos é também aqui necessária sob pena de se confundir o curso descritivo que vai ser adoptado onde eles aparecem frequentemente interligados.

Iremos por isso começar por definir os conceitos mais consensualmente aceites no que diz respeito aos níveis de intervenção na saúde e à entidade hospital. Seguidamente irão ser descritos em termos genéricos o curso evolutivo da cobertura sanitária em Portugal, antes e após a criação do Serviço Nacional da Saúde, com ênfase para os episódios mais destacados e para os diplomas legislativos mais importantes que ditaram o seu desenrolar. De uma forma sucinta faz-se referência aos objectivos que se foram pretendendo. O mesmo procedimento será adoptado para a descrição da evolução da saúde militar. Em nenhum dos casos as alterações mais recentes serão mencionadas. Seria uma avaliação da política corrente que aqui se não pretende fazer. Ainda a dificuldade de analisar as repercussões das decisões actuais torna difícil a crítica alicerçada pela experiência coarctada pelo indispensável distanciamento. Adicionalmente serão descritas as instituições hospitalares militares e não militares extintas ou em funcionamento com relevância na prestação de cuidados. Faz-se um parágrafo próprio para o ensino na saúde. Por fim, em notas finais, procura responder-se à questão: o que se pretende da saúde militar?

2. Conceitos na saúde

2.1 Hospital

As definições de hospital são várias, o rendimento académico é extenso e em alguns pontos as realidades que se pretendam integrar não são consensuais. Podemos escolher entre uma definição mais restrita e uma definição mais abrangente. Num conceito mais limitado podemos definir hospital como estabelecimento de saúde cujo objectivo principal é a prestação de cuidados de saúde durante 24 horas por dia. A sua actividade é o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, que podem ser desenvolvidos em regime de internamento ou de ambulatório. Trabalham num hospital profissionais de limpeza, de administração, de direcção, de recepção, e principalmente profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, técnicos superiores de diagnóstico, auxiliares de acção médica, fisioterapeutas, etc. Num conceito mais abrangente admitamos a seguinte definição da OMS: O hospital é um elemento organizador de carácter médico-social, cuja função consiste em assegurar assistência médica completa, curativa e preventiva à população, e cujos serviços externos se irradiam até à célula familiar considerada em seu meio; é um centro de medicina e de pesquisa bio-social. Pressupõe várias vertentes de actuação: a prestação de cuidados de saúde, a formação de profissionais de diversos escalões, a articulação com serviços prestadores de cuidados de outros níveis, a prontidão e interacção com estruturas vocacionadas para a resposta pronta. Estas duas últimas vertentes exigem naturalmente uma grande operacionalidade e uma perfeita organização de efectivos disponíveis com uma decorrente indispensável responsabilização hierárquica.

Em relação à sua evolução, até aos anos setenta do século passado a prestação da assistência hospitalar à população era feita por unidades tecnicamente equipadas. Segundo o Dec. Lei n.º 48.357/68, de 27 de Abril, desenvolviam a sua acção em regiões previamente definidas e que correspondiam aos distritos administrativos, de acordo com a Lei de Bases nº 2.011/46, de 2 de Abril.

Nos primeiros anos da década de setenta verificou-se o relançamento dos hospitais centrais e após 1974 pelo Dec. Lei n.º 104/74, de 7 de Dezembro, a nacionalização dos hospitais distritais e concelhios que, até aí, pertenciam às Misericórdias. O Dec. Lei n.º 129/77, de 2 de Abril, aprovou a Lei Orgânica Hospitalar, com aplicação aos hospitais centrais, gerais e especializados e aos hospitais distritais, caracterizando-os como pessoas colectivas de direito público, dotados de autonomia administrativa e financeira.

A procura e utilização dos serviços intensificou-se nas décadas seguintes com a abertura de novos hospitais centrais e distritais, até que nos nossos dias, um acentuado incremento de volume da despesa pública se reflectiu no incremento da hospitalização privada e na denominada estruturação empresarial dos hospitais públicos. Com efeito já neste século a Lei n.º 27/2002, de

8 de Novembro, que aprovou um novo regime jurídico da gestão hospitalar, estabeleceu que “os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde podem revestir uma das seguintes figuras jurídicas:

- a) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- b) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;
- c) Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos;
- d) Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos”.

No entanto, verifica-se que o sistema hospitalar que hoje emerge está ainda muito ligado a uma estrutura funcional e administrativa pesada e de eficácia discutível. O seu desempenho, como entidade de prestação de cuidados, deve ser submetido não só às regras da análise económica, mas também à avaliação da qualidade dos procedimentos clínicos desde o diagnóstico aos tratamentos, com base em critérios de custo-eficácia, apoiados nas regras éticas da boa prática. Todo este complexo sistema hospitalar deve estar predominantemente organizado e subordinado aos serviços a prestar às pessoas doentes ou às pessoas ameaçadas pela doença. As decisões estratégicas, a organização do sistema, a alocação de recursos, o funcionamento efectivo e a prestação dos serviços, constituem áreas de aperfeiçoamento que se deve pretender contínuo.

Actualmente faz-se em termos gerais a diferenciação entre hospitais públicos e privados. Os primeiros são financiados e mantidos pelo estado, sendo o custo menor para os utentes em comparação com os hospitais privados.

Um hospital militar, sem necessidade de ter uma localização geográfica específica, dispõe de ferramentas que possibilitam ao Estado, conforme referido, actuar com uma maior rapidez e eficácia na resposta a situações de elevada tensão material e psicológica.

2.2 Saúde pública

É o ramo que trata da protecção da saúde a nível populacional com pendor predominantemente preventivo. Para o efeito, procura melhorar as condições de saúde das comunidades através da promoção de estilos de vida correctos, das campanhas de sensibilização e de educação. Integra a saúde ocupacional vocacionada para a prevenção de riscos em exercício profissional.

O desenvolvimento da saúde pública depende dos programas de saúde para obedecer aos respectivos objectivos. Das várias funções da saúde pública, destacam-se a prevenção epidemio-patológica, com vacinações tanto quanto possível abrangentes e gratuitas, o controlo do meio ambiente e da contaminação, a promoção educativa sanitária e a restauração sanitária com vista a recuperar a saúde. O controlo da propagação de epidemias através de

medidas de informação e de determinações legais é neste momento o sector de intervenção mais visível da saúde pública. Naturalmente deverá estar em articulação estreita com a prestação de cuidados de saúde secundários do âmbito hospitalar e com a prestação de cuidados de saúde primários.

2.3 Cuidados de saúde primários e cuidados de saúde secundários

A política de prioridade aos cuidados de saúde primários surge pela primeira vez no início dos anos setenta do século passado, integrada na política do “Estado Social”. Generalizou-se então o atendimento gratuito a toda a população após o alargamento em 1971 à população rural e o reconhecimento do direito à saúde, com especial atenção para os grupos de maior risco, as grávidas e as crianças.

Mais tarde na evolução destas medidas, o suplemento do Dec. Regulamentar n.º 12/77, de 7 de Fevereiro criou as regras de funcionamento dos serviços médico-sociais da Previdência, na dependência da Secretaria de Estado da Saúde. Mais tarde, o Dec. Lei n.º 254/82, de 29 de Junho criou as Administrações Regionais de Saúde, de âmbito distrital que ficaram com funções abrangentes no domínio dos cuidados de saúde primários. Tinham a incumbência de executar a política de saúde, registar dados e fazer análise epidemiológica, fazer inspecções e controlar o exercício profissional, planear e avaliar a prestação de serviços e actividades de saúde, formar e investigar no campo da saúde e estabelecer convénios de âmbito distrital com entidades não integradas no SNS. Esta legislação, foi, entretanto, revogada tendo sido criadas, pelo estatuto do SNS, as novas Administrações Regionais de Saúde, com um âmbito regional, mais alargado e regulamentadas pelo Dec. Lei n.º 335/93, de 29 de Setembro. São cinco as actuais regiões de saúde: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Foram depois transformadas em Institutos Públicos pelo Dec. Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio.

Os cuidados de saúde primários têm como entidade física de referência os centros de saúde que em termos legislativos tiveram a seguinte evolução:

O Despacho Normativo n.º 97/83 define o centro de saúde como “unidade integrada, polivalente e dinâmica prestadora de cuidados primários, que visa a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo-se, globalmente, a sua acção ao indivíduo, à família e à comunidade”. O Dec. Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, estabelece que “os centros de saúde têm como objectivo primordial a melhoria do nível de saúde da população da área geográfica por eles abrangida” e “eram, em especial, objectivos dos centros de saúde a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados, bem como do desenvolvimento de actividades específicas dirigidas, globalmente, ao indivíduo, à família, a grupos especialmente vulneráveis e à comunidade”. Este mesmo Dec. Lei estabelecia no seu artigo 12.º que “cada unidade de saúde familiar tinha por missão a prestação

de cuidados de saúde de forma personalizada, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos” e que “a unidade de saúde familiar era a unidade elementar de prestação de cuidados de saúde a uma população identificada através da inscrição em listas de utentes”.

Na Marinha, no âmbito operacional, este patamar de prestação de cuidados de saúde desde há longa data tem sido proporcionado a militares embarcados através dos serviços de saúde das unidades dos navios. Em terra funcionavam os serviços de saúde da Base Naval de Lisboa. Em 1998 foi aprovado pelo CEMA o Centro de Medicina Naval, depois implementado a partir de 2000 pelo médico naval Cardoso Tavares. Teve por objectivo organizar os serviços da Base com vista ao reforço das vertentes de medicina operacional e de medicina ocupacional. Pela sua intervenção faz a ponte com os cuidados de saúde secundários

Os cuidados de saúde secundários têm como referência física os hospitais gerais e especializados e ainda outras instituições especializadas. Compreendem o internamento hospitalar e os actos ambulatoriais especializados para diagnóstico, terapêutica e reabilitação, as consultas externas de especialidade e os cuidados de urgência na doença e no acidente.

2.4 Cuidados de saúde em meio militar operacional

Já foi referido o papel importante que na Marinha tem neste âmbito o Centro de Medicina Naval.

Podem ser definidos diversos modelos quanto aos objectivos a que a medicina operacional se propõe. Utilizemos um que foi adoptado pela NATO: Os serviços médicos militares da NATO promovem a saúde e contribuem para o sucesso das missões, através do desenvolvimento de todas as actividades médicas militares, em todas as fases das operações militares e da disponibilização de cuidados médicos de qualidade equivalente à melhor prática médica. Relativamente ao sistema médico operacional destacado considera quatro grandes áreas funcionais: comando e controlo, protecção sanitária da Força, sistema integrado de tratamento e evacuação e sistema de logística médica

No que respeita ao sistema integrado de tratamento e evacuação preconiza um sistema médico integrando quatro níveis de capacidades médicas: DMTF (Deployable Medical Treatment Facilities) conhecidas por roles.

Role 1: É o primeiro nível de apoio sanitário. É da responsabilidade do país e deve estar disponível para todos os militares. Apoia uma pequena unidade. Tem capacidade para garantir os cuidados primários de saúde ou sejam consultas de rotina e o tratamento de doenças e de lesões de pouca gravidade. Tem também por missão efectuar os primeiros socorros especializados e ainda a triagem a reanimação e a estabilização dos feridos.

Role 2: Apoia uma unidade de maior dimensão. É utilizado nas situações de catástrofe ou de destacamento de forças terrestres ou anfíbias para áreas

de conflito com elevada intensidade de combate. Garante essencialmente a cirurgia de controlo de danos na primeira hora envolvendo por isso uma equipa cirúrgica. Tem apoio laboratorial e imagiológico básico. Designa-se por Role 2 LM-Light Manouver. Existe uma variante utilizada em missões com muitos efectivos ou/e risco acentuado designada por Role 2E –Enhanced. É um pequeno hospital de campanha utilizado em vez do Role 3 mas em que se pretende mobilidade. Possui capacidade cirúrgica de urgência, duas equipas de cirurgia, uma geral e outra ortopédica, cuidados pós-operatórios imediatos, cuidados intensivos, imagiologia básica, análises clínicas com apoio de banco de sangue e enfermaria. Além disso deve possuir capacidade de evacuação médica para tratar de situações clínicas decorrentes da guerra química e biológica. Pode ainda dispor de recursos em medicina preventiva, psiquiatria e saúde ambiental além de telemedicina.

Role 3: Apoia um universo mais alargado. Integra meios suplementares a definir de acordo com a missão, incluindo meios auxiliares de diagnóstico mais diferenciados, especialidades médicas e cirúrgicas para além da cirurgia geral e da ortopedia, cuidados intensivos, medicina preventiva, medicina dentária e enfermaria com maior capacidade. Este nível de cuidados habitualmente prestados em hospital de campanha tem capacidade para diagnóstico, tratamento, internamento e recuperação de indisponíveis. Está vocacionado para a medicina de emergência e pode mesmo ter valência de neurocirurgia, cirurgia maxilo-facial e unidade de queimados. A capacidade de evacuação aérea com suporte médico deve estar assegurada. Na Marinha este nível pode localizar-se em terra, a bordo dum navio hospital ou de navio anfíbio de grande porte.

Role 4: Tem um leque de apoio muito extenso oferecendo cuidados de saúde muito diferenciados. Ultrapassa o regime de evacuação definido para o teatro de operações. Habitualmente é assegurado pelo país de origem ou pelo hospital NATO mais próximo. Em alguns países o Role 4 é assegurado pelo serviço nacional de saúde.

A estrutura e o tipo de MTF varia de acordo com o tipo de operações que suportam e com as facilidades de acesso. Tem a flexibilidade própria duma organização militar. Quando este for fácil ao Role 3 pode dispensar-se o Role 2. Quando o acesso ao Role 4 for fácil pode prescindir-se do Role 3.

A evacuação médica pode definir-se como movimento de doentes sob adequada vigilância médica para MTF. São aplicáveis aos meios marítimo, terrestre e aéreo.

3. A evolução sanitária em Portugal

Já foi feita referência à evolução dos cuidados de saúde primários e dos centros de saúde. Faz-se agora uma descrição mais abrangente, de forma necessariamente resumida, de toda a evolução sanitária.

O actual sistema de saúde português começou a desenhar-se no termo da década de sessenta e no início da de setenta, do século XX com a legislação publicada no governo de Marcelo Caetano: em 1968 “Estatuto dos Hospitais” e “Regulamento dos Hospitais”, da responsabilidade do Dr. Neto de Carvalho, e em 1971 “Centros de Saúde”, já referido, da responsabilidade do Prof. Gonçalves Ferreira. De facto, até essa data, a participação do Estado reduzia-se a permitir que os serviços locais funcionassem, através da actividade de clínicos gerais e das instituições locais de saúde, na maior parte ligadas aos Montepios e às Misericórdias. O Estado era responsável pela construção e gestão dos hospitais nas grandes cidades, onde se formavam os profissionais médicos e enfermeiros. O Estado tinha ainda a responsabilidade da organização da saúde pública através da manutenção de uma rede de funcionários de saúde em todos os municípios do país. Até 1974 apenas cerca de 40% da população portuguesa estava coberta por esquemas de protecção na doença, sendo os encargos com a saúde assumidos, parcial ou totalmente, pela previdência social. Os restantes cidadãos suportavam pessoalmente os encargos com os seus cuidados de saúde.

Igualmente, no que respeita à propriedade dos meios de produção de cuidados de saúde, designadamente hospitalares, o Estado assumia um papel limitado, pertencendo a maioria dos estabelecimentos às Misericórdias e a outras entidades sem fins lucrativos. Marcando uma tendência que vinha de longe, em 1974 as misericórdias dedicavam-se quase exclusivamente à assistência hospitalar. Nas vésperas da revolução de 1974 existiam 351 Misericórdias no continente e ilhas adjacentes e dois terços das camas hospitalares do país pertenciam a essas instituições. No entanto, em 1973 existiu uma comissão governamental que se preparava para reformar a natureza jurídica das Misericórdias, estando já legislado que a partir do ano imediato deixariam de ser reembolsadas das despesas com doentes economicamente desfavorecidos que até aí as câmaras municipais pagavam. Propunha-se a estatização dos hospitais. Em Dezembro de 1974, pelo Dec. Lei n.º 704/74, do III Governo provisório, sendo 1º ministro Vasco Gonçalves, os hospitais centrais, distritais e das Misericórdias passavam a integrar a rede nacional hospitalar e a ser administrados por comissões nomeadas pelo governo. A actividade privada de prestação de cuidados de saúde distribuía-se fundamentalmente pelas áreas das consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, apresentando então uma fraca estrutura empresarial. No entanto, no referente ao apoio sanitário extra hospitalar ainda anteriormente à revolução, no governo de Marcelo Caetano, foi criado um serviço nacional de ambulâncias e assistiu-se à estruturação jurídica dos centros de saúde. No âmbito da transformação já referida o Dec. Lei n.º102/71, de 24 de Março, previa “o estabeleci-

mento de uma rede de centros de saúde localizados nas sedes dos concelhos em articulação com os serviços médico-sociais da Previdência e instalados, de preferência, nos hospitais sub-regionais de acordo com um plano global”.

Após o 25 de Abril de 1974, a Constituição da República Portuguesa de 1976, determinou a criação dum Serviço Nacional de Saúde (SNS) de forte controlo público inspirado no modelo inglês, pretendendo assegurar o direito ao acesso aos cuidados de saúde a todos os cidadãos de forma tendencialmente gratuita. Desde o início do debate para regulamentação deste serviço estiveram sucintamente em confronto dois grandes blocos de opinião. O primeiro, que até agora prevaleceu, assentava na existência dum quadro de prestadores funcionários públicos, assalariados, cobrindo nos diversos níveis de cuidados de prestação todo o território nacional financiado pelo estado através do seu orçamento. O segundo, planeado no VI Governo Constitucional, sendo primeiro ministro Sá Carneiro, preconizava a coexistência duma rede de prestadores de escolha livre pelos utentes financiada por um seguro nacional de saúde sem fins lucrativos alimentada por um desconto directo feito pelos contribuintes

Desde essa época verificou-se um considerável aumento da procura de cuidados. Para isso contribuiu então o alargamento da cobertura da população portuguesa na doença, quer através do acesso directo e gratuito aos serviços públicos de saúde, quer através da assumpção dos custos com a saúde por terceiros pagadores ou sub-sistemas: funcionários públicos, militares, bancários, etc.

Na realidade houve uma objectiva melhoria dos indicadores de saúde dos portugueses. Na extensão de cuidados de saúde ao interior foi importante a implementação, durante meia dúzia de anos, dum modelo que se designou por “serviço médico à periferia” integrado no período de pré diferenciação médica especializada. Após o internato geral, o novo médico só poderia prosseguir a sua carreira nas instituições públicas fazendo um ano de exercício da medicina a nível local numa rede de cobertura nacional previamente definida. Tal medida foi precursora da carreira de clínica geral que constituiu uma forma de desconcentração dos recursos da saúde e teve um impacto importante no acesso das populações periféricas aos cuidados de saúde. Reflectiu-se, por exemplo, positivamente na taxa de mortalidade infantil que diminuiu de 38,9% para 19,8% entre 1975 e 1982.

A estatização da maior parte dos hospitais das Misericórdias e a integração do seu pessoal na função pública tornaram o Estado português o maior proprietário e gestor de serviços de saúde. Assim, a partir da altura em que isso se deu, associou a função de principal financiador dos cuidados de saúde à função de principal prestador. Tal foi de facto legalmente consagrado em 1979, com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) pelo Dec. Lei n.º 56/79, mais conhecido por “Lei Arnaud”.

Nos anos oitenta e noventa, o Ministério da Saúde dispunha de uma alargada estrutura nacional de estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde: hospitais gerais e especializados, institutos e centros de saúde, com

milhares de funcionários de diferentes categorias profissionais, com uma administração central robusta e administrações regionais mais débeis e sendo todo o sistema regulado pelas normas da administração pública. Daqui decorreram constrangimentos financeiros que não pararam de se agravar e que, actualmente, são do perfeito domínio público. Como consequência inevitável começou a assistir-se a uma desvalorização dos direitos sociais e a uma perda de qualidade dos serviços de saúde, sem recursos suficientes para fazer face a uma procura sempre crescente dos cuidados. Estamos a excluir aqui pela razão já referida a resposta ao actual quadro epidémico. Essas insuficiências foram sendo colmatadas por entidades privadas que assumiram um desempenho progressivamente mais importante. Constituíram-se estruturas empresariais progressivamente mais robustas na produção de alguns bens e serviços de saúde, passando o Estado, cada vez mais, a assumir um papel apenas de financiador. O sector privado beneficiou, quer directamente, com a criação e desenvolvimento de convenções entre o Estado e entidades privadas, quer indirectamente, pelo descontentamento crescente da população com os serviços públicos. Daqui decorreu o encaminhamento de parte da procura do sector público para o privado, iniciando desta forma o seu engrandecimento progressivo, enquanto alternativa ao serviço público. Nesse contexto evolutivo de acordo com a Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, por Sistema de Saúde passou a entender-se não apenas o SNS mas também todas as entidades públicas que desenvolvam a promoção, a prevenção e o tratamento na área da saúde, bem como as entidades privadas e profissões liberais que acordaram com o SNS uma ou várias daquelas actividades. Ainda com base no actual art.º 64 da Constituição da República Portuguesa, incumbe ao Estado articular as formas empresariais e privadas da medicina com o SNS, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade, contribuindo para o estabelecimento de um sistema global com o objectivo comum de promover a saúde dos cidadãos.

Os diplomas e regulamentações que marcaram genericamente a evolução dos cuidados de saúde resumidamente e por ordem cronológica decorreram da seguinte forma:

3.1 Até à criação do SNS

Na transição para o século XX, em 1899, Ricardo Jorge inicia a organização dos serviços de saúde pública com o decreto de 28 de Dezembro e o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de Dezembro de 1901. A organização entra em vigor em 1903. Anteriormente tinha sido médico municipal do Porto e responsável pelo Laboratório Municipal de Bacteriologia, tornando-se, em 1895, professor titular da cadeira de Higiene e Medicina Legal da Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Em Junho de 1899 distin-

guiu-se na luta contra a epidemia de peste bubónica que nesse ano assolou a cidade do Porto. A doença foi depois confirmada bacteriologicamente por ele e pelo médico Câmara Pestana. No entanto, as operações profiláticas que orientou no sentido de eliminar o contágio, como a evacuação de casas e o isolamento e desinfecção de domicílios, entre outras, desencadearam a hostilidade popular que, incentivada por grupos políticos, obrigaram Ricardo Jorge a abandonar a cidade. Nesse ano de 1899, em Outubro, foi transferido para Lisboa, sendo nomeado Inspector-Geral de Saúde e, depois, professor de Higiene da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa. Participou em iniciativas como a organização da Assistência Nacional aos Tuberculosos criada pela rainha D. Amélia, e o Congresso Internacional de Medicina de 1906, no qual presidiu à Secção de Higiene e Epidemiologia. Em 1903, tinha sido encarregado de organizar e dirigir o Instituto Central de Higiene, que passaria a ter o seu nome a partir de 1929 e hoje é o Instituto Nacional de saúde Doutor Ricardo Jorge. Esta instituição está actualmente em particular destaque pela importante participação no controlo da pandemia.

Em 1945 é reconhecida a necessidade duma actuação do Estado para a solução das carências sanitárias no país. Trigo de Negreiros então Subsecretário de Estado da Assistência e das Corporações do Ministério do Interior protagoniza uma reforma através da publicação do Dec. Lei n.º 35108, de 7 de Novembro. São criados institutos dedicados a problemas de saúde pública específicos, como à tuberculose e à saúde materna.

Em 1946, a Lei n.º 2011, de 2 de Abril, estabelece a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde então existentes, lançando a base para uma rede hospitalar. Começa aqui um programa de construção de hospitais que serão entregues às Misericórdias (lei da Organização Hospitalar). Estabeleceu-se, pela primeira vez em Portugal e muito antes de outros países, um sistema hospitalar regionalizado, baseado na ordenação técnica das unidades que o compõem. Na sua base XXIII, determinou esta lei que seriam regulados por diploma especial a organização, administração e funcionamento dos hospitais, a preparação técnica, o modo de recrutamento e o acesso dentro dos respectivos quadros, bem como os direitos do pessoal.

Em 1958 em 13 de Agosto é criado o Ministério da Saúde e da Assistência através do Dec. Lei n.º 41825, que passou a ter a tutela dos serviços de saúde pública e dos serviços de assistência pública que deixaram de pertencer ao Ministério do Interior.

Em 1963 a Lei n.º 2120, de 19 de Julho, promulgou as bases da política de saúde e assistência. Atribuiu ao Estado, entre outras competências, a organização e manutenção dos serviços que, “pelo superior interesse nacional de que se revistam ou pela sua complexidade, não possam ser entregues à iniciativa privada”. “Cabe ao Estado, também, fomentar a criação de instituições particulares que se integrem nos princípios legais e ofereçam as condições morais, financeiras e técnicas mínimas para a prossecução dos seus fins, exercendo acção meramente supletiva em relação às iniciativas e instituições particulares” Dispunha, esta lei na sua base X, que a actividade hospitalar

deveria ser coordenada, de modo a integrar num plano funcional os hospitais, centrais, regionais e sub-regionais, os postos de consulta ou de socorros e os serviços auxiliares. Na base XXV, no que respeita a pessoal, preconizou o estabelecimento de carreiras médicas, farmacêuticas, de serviço social, de enfermagem e administrativas

Em 1968 os hospitais, a sua organização e as carreiras da saúde (médicos, enfermeiros, administração e farmácia) são objecto de uniformização e de regulação através do Dec. Lei n.º 48357, de 27 de Abril, e do Dec. Lei n.º 48358 que criam, respectivamente, os já referidos Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais. Este diploma tinha o seguinte conteúdo:

“Os hospitais são serviços de interesse público, instituídos, organizados e administrados com o objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação. Compete-lhes também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica. Os hospitais podem ser:

- a) Quanto à área geográfica que servem: centrais, regionais e sub-regionais;
- b) Quanto ao esquema dos serviços médicos de que dispõem: gerais e especializados;
- c) Quanto à responsabilidade da Administração: oficiais e particulares

A carreira médica hospitalar ficava constituída pelos graus seguintes:

Nos hospitais centrais:

- Interno Geral;
- Interno Complementar;
- Graduado;
- Assistente;
- Director de serviço.

Nos hospitais regionais:

- Assistente do hospital regional;
- Director de serviço do hospital regional.

Quando tiverem as condições indispensáveis, pode funcionar neles o internato geral.

Nos hospitais sub-regionais do grupo I a carreira fica idêntica á dos hospitais regionais. Nos restantes não haverá, por enquanto, carreira obrigatória, sendo o quadro restrito aos lugares seguintes:

- Médico;
- Director de serviço.

Os hospitais centrais gerais eram:

Em Lisboa:

- os Hospitais Cívicos de Lisboa e o Hospital de Santa Maria;

No Porto:

- o Hospital Escolar de S. João e o Hospital Geral de Santo António;

Em Coimbra:

- os Hospitais da Universidade de Coimbra.

Os hospitais regionais eram todos os das capitais de distrito e os das localidades que fossem designadas como sede de região. Eram unidades intermédias da organização hospitalar geral, situando-se entre os hospitais cen-

trais e os hospitais sub-regionais. Exerciam a acção curativa e de reabilitação que lhes era própria ou lhes fosse atribuída e colaboravam nas actividades de prevenção, ensino e formação de pessoal que estivessem dentro das suas possibilidades. Os hospitais regionais pertencentes às Santas Casas da Misericórdia eram por elas administradas de acordo com a legislação geral, tendo em conta as alterações constantes do Dec. Lei n.º 48357 e do presente Regulamento. Os hospitais regionais quando pertencessem ao Estado, podiam também ter a administração confiada à Misericórdia da localidade em que se situassem. Neste caso, especificar-se-iam os direitos e as responsabilidades das Misericórdias”

Em 1971 com a reforma do sistema de saúde e assistência conhecida como a já referida “Reforma de Gonçalves Ferreira”, surgia o primeiro esboço de um Serviço Nacional de Saúde. No Dec. Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, que promulgava a organização do Ministério da Saúde e Assistência, eram explicitados princípios, como sejam o reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado assegurá-lo, através de uma política unitária de saúde da responsabilidade do Ministério da Saúde, a integração de todas as actividades de saúde e assistência, com vista a tirar melhor rendimento dos recursos utilizados, e ainda a noção de planeamento central e de descentralização na execução, dinamizando-se os serviços locais. Surgem os “Centros de Saúde de Primeira geração”. Eram excluídos da reforma os serviços médico-sociais das caixas de previdência. No mesmo ano, é publicado o Dec. Lei n.º 414/71, de 27 de Setembro, que estabelecia o regime legal que permitiria a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestavam serviço no Ministério da Saúde e Assistência: carreiras médica de saúde pública, médica hospitalar, farmacêutica, administração hospitalar, de técnicos superiores de laboratório, de ensino de enfermagem, de enfermagem de saúde pública, de enfermagem hospitalar, de técnicos terapeutas, de técnicos de serviço social, de técnicos auxiliares de laboratório e de técnicos auxiliares sanitários. Tratava-se de uma determinação que visava, para além da organização do trabalho, efectivar, em articulação com outras inovações, uma política de saúde e assistência social.

Em 1973, pelo Dec. Lei n.º 584/73 de 6 de Novembro, fica o Ministério da Saúde, separado da Assistência.

Em 1974, pelo Dec. Lei n.º 203/74, de 15 de Maio, o Ministério da Saúde é transformado em Secretaria de Estado da Saúde e integrado no Ministério dos Assuntos Sociais. Em Dezembro desse ano, pelo já referido Dec. Lei n.º 704/74 do III Governo de Vasco Gonçalves, os hospitais das Misericórdias passam a ser geridos por comissões que são nomeadas e respondem perante o Secretário de Estado. O Estado passa a dispor, assim, de uma rede de equipamentos que lhe permite administrar a saúde a nível nacional.

Em 1976 é aprovada nova Constituição. O seu artigo 64.º refere que todos os cidadãos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover. Esse direito efectiva-se através da criação de um serviço nacional

de saúde universal, geral e gratuito. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como elaborar uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar em todo o país.

3.2 Após a criação do Serviço Nacional de Saúde

Em 1978 o despacho ministerial publicado em Diário da República, 2.ª série, de 29 de Julho de 1978, mais conhecido como o “despacho Arnaut”, constituiu uma antecipação do SNS, na medida em que abre o acesso aos Serviços Médico-Sociais a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva. É garantida assim, pela primeira vez, a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação medicamentosa.

No ano seguinte a Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, cria o Serviço Nacional de Saúde, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição vigente. O acesso fica garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos.

O SNS envolvia todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Definia que o acesso era gratuito, mas contemplava a possibilidade de criação de taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das prestações.

O diploma estabelecia que o SNS gozava de autonomia administrativa e financeira e estruturava-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais e dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas).

Em 1981 a carreira de enfermagem é aprovada pelo Dec. Lei n.º 305/81, de 12 de Novembro, procurando responder a situações não resolvidas por disposições anteriores

Em 1982 o Dec. Lei n.º 357/82, de 6 de Setembro, concretizava a autonomia administrativa e financeira ao SNS. Considerando que a gestão dos recursos financeiros afectos ao sector da saúde exigia coordenação e distribuição adequada e, simultaneamente, agilidade nos processos de actuação, entendeu-se que o SNS, como suporte de todas as actividades do sector, devia ser dotado dessa autonomia administrativa e financeira. O Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde fica incumbido de gerir as verbas que lhe são globalmente atribuídas. Por outro lado, pelo Dec. Lei n.º 254/82, de 29 de Junho, já referido, tinham sido criadas as administrações regionais

de cuidados de saúde (ARS), que sucederam às administrações distritais dos serviços de saúde.

No mesmo ano de 1982 a carreira médica de Clínica Geral tinha surgido através do Dec. Lei n.º 310/82, de 3 de Agosto, que regulou as carreiras médicas de saúde pública, clínica geral e médica hospitalar. O médico de clínica geral é entendido como o profissional habilitado para prestar cuidados primários a indivíduos, famílias e populações definidas, exercendo a sua intervenção em termos de generalidade e continuidade dos cuidados, de personalização das relações com os assistidos e de informação social e médica.

O Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de Abril, já referido, aprovou o Regulamento dos Centros de Saúde, dando lugar aos “Centros de Saúde de Segunda Geração”. Surgem como unidades integradas de saúde, tendo em conta os princípios informadores da regionalização e as carreiras dos profissionais de saúde

Em 1983, o Dec. Lei n.º 344-A/83, de 25 de Julho, aprovou a Lei Orgânica do IX Governo Constitucional e recriou o Ministério da Saúde. A autonomia era ditada pela importância do sector, pelo volume dos serviços, pelas complexas infra estruturas que integrava e pela importância que publicamente lhe era reconhecida.

Em 1984 era criada a Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, através do Dec. Lei n.º 74-C/84, de 2 de Março, pondo fim aos serviços médico-sociais da previdência e marcando a expansão do SNS. Torna-se o órgão central com funções de orientação técnico-normativa, de direcção e de avaliação da actividade desenvolvida pelos órgãos e serviços regionais, distritais e locais que intervêm na área dos cuidados de saúde primários. O clínico geral adquiria a designação de Médico de Família.

Em 1986 o Dec. Lei n.º 57/86, de 20 de Março, regulamentou as condições de exercício do direito de acesso ao Serviço Nacional de Saúde. O diploma visou estabelecer uma correcta e racional repartição dos encargos do Serviço Nacional de Saúde, quer pelos chamados subsistemas de saúde, quer ainda por todas as entidades, de qualquer natureza, que, por força da lei ou de contrato, fossem responsáveis pelo pagamento da assistência a determinados cidadãos. Salvaguardou ainda que, porque os estabelecimentos oficiais não tinham como objectivo a obtenção de qualquer lucro, os preços a cobrar deveriam aproximar-se, tanto quanto possível, dos custos reais. Previa ainda taxas destinadas a moderar a procura de cuidados de saúde (taxas moderadoras) evitando assim a sua utilização para além do razoável.

Em 1988, o Dec. Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro, aprovava a lei de gestão hospitalar, traduzindo as preocupações decorrentes do aumento do peso das despesas de saúde no orçamento do Estado. Enfatizava-se a necessidade da introdução de princípios de natureza empresarial, no quadro da integração da actividade hospitalar na economia do País. Entendia-se que se a qualidade era o princípio maior da gestão hospitalar, a rentabilidade dos serviços tornava-se um valor considerável na administração. Eram disso exemplo a criação de planos anuais e plurianuais para os hospitais e a criação de centros de

responsabilidade como níveis intermédios da administração. Na sequência, o Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro, vem introduzir marcadas alterações no domínio dos órgãos e do funcionamento global do hospital, bem como quanto à estrutura dos serviços. Assim foram reforçadas as competências dos órgãos de gestão e abandonadas as direcções de tipo colegial. Os titulares dos órgãos de gestão passavam a ser escolhidos pela tutela, desenhava-se o perfil de gestor para o exercício da função de chefe executivo. São introduzidos métodos de gestão empresarial e são reforçados e multiplicados os controlos de natureza tutelar.

Em 1989 na segunda revisão constitucional, a alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º é objecto de alteração, estabelecendo que o direito à protecção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde “universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos “tendencialmente gratuito”. Coloca-se assim o destaque nos princípios de justiça social e de racionalização dos recursos.

Em 1990, a Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, aprova a Lei de Bases da Saúde. Pela primeira vez, a protecção da saúde é entendida não só como um direito, mas também como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados. A promoção e a defesa da saúde pública são efectuadas através da actividade do Estado e de outros actores públicos, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela actividade. Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outras entidades públicas ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos. Para a efectivação do direito à protecção da saúde, o Estado actuará através de serviços próprios, mas também prosseguiria a celebração de acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoiaria e fiscalizaria a restante actividade privada. A Base XXXIV da lei previa ainda que pudessem ser cobradas taxas moderadoras, que seriam receitas do SNS, com o objectivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde. Estas taxas estavam isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos.

O Dec. Lei n.º 73/90, de 6 de Março, aprovou o regime das carreiras médicas. Os médicos, a par de outros técnicos de saúde, pelo reconhecimento da sua preparação técnico-científica, especificidade e autonomia funcionais, passavam a constituir um corpo especial de funcionários. Nos regimes de trabalho, para além da fixação de uma duração semanal de trabalho igual à da maioria dos funcionários, admitia-se e motivava-se a prática do regime de dedicação exclusiva, sem condicionamentos e com possível alargamento da duração semanal do trabalho. A formação médica pós-licenciatura e pré-carreira deixou de integrar o diploma das carreiras.

Em 1991, o Dec. Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, aprovou o regime legal da carreira de enfermagem, visando regulamentar o exercício da profissão, garantindo a salvaguarda dos direitos e normas deontológicas específicos e a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade aos cidadãos. O diploma

clarificava conceitos, caracterizava os cuidados de enfermagem, especificava a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e definia a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos.

Em 1992, o Dec. Lei n.º 54/92, de 11 de Abril, estabeleceu o regime de taxas moderadoras para o acesso aos serviços de urgência, às consultas e a meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime de ambulatório, bem como as suas isenções. Afirmava que as receitas arrecadadas com o pagamento parcial do custo dos actos médicos constituiria receita do Serviço Nacional de Saúde, contribuindo para o aumento da eficiência e qualidade dos serviços prestados a todos e, em especial, dos que são fornecidos gratuitamente aos mais desfavorecidos. O diploma sublinhava os princípios de justiça social que impunha que “pessoas com maiores rendimentos e que não são doentes crónicos ou de risco pagassem parte da prestação dos cuidados de saúde de que fossem beneficiários, para que outros, mais carenciados e desprotegidos, nada tivessem de pagar”. Ainda nesse ano o Dec. Lei n.º 177/92, de 13 de Agosto, estabeleceu o regime de prestação de assistência médica no estrangeiro aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, reduzindo o seu âmbito de aplicação à assistência médica de grande especialização que, por falta de meios técnicos ou humanos, não pudesse ser prestada no país. Ficavam excluídas as propostas de deslocação ao estrangeiro proveniente de instituições privadas.

Em 1993 foi publicado o novo estatuto do SNS através do Dec. Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, que procurou ultrapassar as barreiras entre cuidados primários e cuidados diferenciados. A óptica da indivisibilidade da saúde e a necessidade de uma criteriosa gestão de recursos levou à criação de unidades integradas de cuidados de saúde, viabilizando a articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais.

As crescentes exigências das populações em termos de qualidade e de prontidão de resposta exigiam que a gestão dos recursos estivesse tão próximo quanto possível dos seus destinatários. Daqui resultou a criação das regiões de saúde, dirigidas por administrações com competências e atribuições reforçadas. A flexibilidade na gestão de recursos impunha ainda a adopção de mecanismos especiais de mobilidade e de contratação de pessoal, como o incentivo a métodos e práticas concorrenciais. No respeitante à actividade privada no sector da saúde, foi publicado o Dec. Lei n.º 13/93, de 15 de Janeiro, que regulou o licenciamento e fiscalização do exercício da actividade das unidades privadas de saúde. Este diploma foi posteriormente revogado em 2009. Ainda nesse ano o já referido Dec. Lei n.º 335/93, de 29 de Setembro, aprovou o Regulamento das Administrações Regionais de Saúde.

Em 1995 foi criado o cartão de identificação do utente do Serviço Nacional de Saúde, pelo Dec. Lei n.º 198/95, de 29 de Julho.

Em 1998, o Dec. Lei n.º 97/98, de 18 de Abril, estabeleceu o regime de celebração das convenções a que se referia a base XLI da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde que vigorou até 2013. Na procura de inova-

ções que permitissem identificar ganhos em saúde e aumentar a satisfação dos utilizadores e dos profissionais, ocorreu, no mesmo ano, o regime remuneratório experimental dos médicos da carreira de clínica geral através do Dec. Lei n.º 117/98, de 5 de Maio. Procuraram-se consolidar e expandir as reformas da organização da prestação dos cuidados, através do adequado e justo reconhecimento dos diferentes níveis, qualitativos e quantitativos, do desempenho dos profissionais de saúde. A remuneração dos médicos abrangidos por este diploma integrava uma remuneração base e componentes variáveis. Correspondiam à realização de cuidados domiciliários, ao alargamento do período de cobertura assistencial e à realização das actividades de vigilância em relação aos grupos vulneráveis correspondentes à gravidez e puerpério, à criança no primeiro ano de vida e ainda planeamento familiar nas mulheres em idade fértil.

Ainda em 1998, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98, de 4 de Dezembro, definia um conjunto de medidas para o desenvolvimento do ensino na área da saúde, entre as quais o reforço da aprendizagem tutorial na comunidade, nos centros de saúde e nos hospitais, no quadro de uma reestruturação curricular dos cursos de licenciatura em Medicina, a reorganização da rede de escolas superiores de enfermagem e de tecnologia da saúde, através da sua passagem para a tutela do Ministério da Educação, e a reorganização da formação dos enfermeiros, com a passagem da formação geral para o nível de licenciatura.

O ano de 1999 foi rico em legislação sanitária. É estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), através do Dec. Lei n.º 156/99, de 10 de Maio. Tratava-se de um conjunto de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, que visavam facilitar a participação social e que, em conjunto com os centros de saúde e hospitais, pretendiam promover a saúde e a racionalização da utilização dos recursos. Os SLS eram constituídos pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção, directa ou indirecta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde.

Nesse ano era também estabelecido um novo regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, através do Dec. Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, já referido. Surgem assim os chamados “Centros de Saúde de Terceira Geração”, pessoas colectivas de direito público, integradas no Serviço Nacional de Saúde e dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira e património próprio, sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde. Foi prevista ainda a existência de associações de centros de saúde. Nesse ano de 1999 são estruturados os serviços de saúde pública, no âmbito dos quais se integram o exercício dos poderes de autoridade de saúde enquanto poder/dever de intervenção do Estado na defesa da saúde pública, na prevenção da doença e na promoção da saúde. O Dec. Lei n.º 286/99, de 27 de Julho, que estabelecia a organização dos serviços de saúde pública, de-

terminava que a implantação se operava a dois níveis: o regional e o local. A 11 de Setembro do mesmo ano é publicado o Despacho Normativo n.º 61/99, que criava as agências de contratualização dos serviços de saúde. Sucedião às agências de acompanhamento dos serviços de saúde, criadas pelo Despacho Normativo n.º 46/97, vincando a distinção entre prestação e financiamento dos cuidados de saúde. Às agências de contratualização cabia explicitar as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade, com vista a assegurar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e a máxima eficiência e equidade nos cuidados de saúde a prestar. O Dec. Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro, criou os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) nos hospitais do SNS. Os CRI constituíam estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando serviços e/ou unidades funcionais homogêneos. A desconcentração da tomada de decisão, do planeamento e do controlo dos recursos visava introduzir a componente empresarial na gestão destas unidades. O objectivo era aumentar a eficiência e melhorar a acessibilidade, mediante um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos postos à sua disposição. Ainda em 1999 foram emitidos diversos diplomas relacionados com o licenciamento de unidades privadas de saúde, tais como o Dec. Lei n.º 217/99 de 15 de Junho para os laboratórios privados, o Dec. Lei n.º 492/99 de 17 de Novembro para as unidades privadas que utilizam radiações ionizantes, o Dec. Lei n.º 500/99, de 19 de Novembro para as clínicas de Medicina Física e de Reabilitação e o Dec. Lei n.º 505/99 de 20 de Novembro para as unidades privadas de diálise.

Em 2001 na continuidade da actividade legislativa de 1999 relativa às unidades privadas de prestação de cuidados de saúde, foi publicado o Dec. Lei n.º 233/2001 de 25 de Agosto, que determinou as regras para o licenciamento dos consultórios dentários.

Em 2002 com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar, pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, introduziram-se modificações expressivas na Lei de Bases da Saúde. Definiu-se um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integravam a rede de prestação de cuidados de saúde e deu-se representação institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (EPE). Nesse ano o Dec. Lei n.º 39/2002, de 26 de Fevereiro, já havia aprovado nova forma de designação dos órgãos de direcção técnica dos estabelecimentos hospitalares e dos centros de saúde. Já havia também alterado a composição dos conselhos técnicos dos hospitais e flexibilizado a contratação de bens e serviços pelos hospitais.

Em 2003 o Dec. Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, criou a rede de cuidados de saúde primários. Para além de garantir a sua missão específica tradicional de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, a rede devia também constituir-se e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença. Esta nova rede assumia-se, igualmente, como um elemento determinante na gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos. Traduzia a necessidade de

uma nova rede integrada de serviços de saúde, onde, para além do papel fundamental do Estado, pudessem coexistir entidades de natureza privada e social, orientadas para as necessidades concretas dos cidadãos. Volvidos dois anos, este diploma iria ser revogado, fazendo vigorar de novo o anterior Dec. Lei n.º 157/99, de 10 de Maio.

Em 2003 pelo Dec. Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto, eram revistas as taxas moderadoras, com o objectivo de moderar, racionalizar e regular o acesso à prestação de cuidados de saúde, reforçando o princípio de justiça social no Sistema Nacional de Saúde. No mesmo ano, nasceu a Entidade Reguladora da Saúde, por via do Dec. Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro. Traduz a separação da função do Estado como regulador e supervisor, em relação às suas funções de operador e de financiador.

Em 2004 no Dec. Lei n.º 90/2004, de 20 de Abril, estabeleceu-se o regime de comparticipação no preço dos medicamentos.

Em 2005 com a publicação do Dec. Lei n.º 95/2005, de 7 de Junho, surgiram os primeiros Hospitais EPE, transformando os Hospitais SA (Sociedade Anónima) em Empresas Públicas do Estado (EPE) e dotando-os de mais instrumentos para promoverem a eficácia e eficiência dos recursos do SNS. Os hospitais EPE propunham-se ser uma evolução positiva dos SA no âmbito da eficiência. Para melhorar a acessibilidade dos utentes aos medicamentos não sujeitos a receita médica, foi publicado o Dec. Lei n.º 134/2005, de 16 de Agosto, que regulava o regime de venda destes produtos fora das farmácias.

Em 2006, o Dec. Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, visando dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Também nesse ano foi publicado o Dec. Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto, que estabeleceu o regime jurídico a que obedeceria a autorização de introdução no mercado e suas alterações em relação ao fabrico, à importação, à exportação, à comercialização, à rotulagem e informação, à publicidade, à vigilância e à utilização dos medicamentos para uso humano e respectiva inspecção, respeitante aos medicamentos homeopáticos, os medicamentos rádio farmacêuticos e os medicamentos tradicionais à base de plantas.

Em 2007, três meses após as ARS terem sido transformadas em Institutos Públicos, surgiram as primeiras unidades de saúde familiar, materializando a reforma dos cuidados de saúde primários. O Dec. Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto, estabeleceu o regime jurídico da organização e do funcionamento destas unidades e o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos, com o objectivo de obter ganhos em saúde, através da aposta na acessibilidade, na continuidade e na globalidade dos cuidados prestados.

Em 2008 assistiu-se a mais uma evolução na reforma dos cuidados de saúde primários, com a criação dos agrupamentos de centros de saúde do SNS, através do Dec. Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro. Pretendeu-se dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo mais uma vez uma gestão rigorosa e equilibrada e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde.

Em 2009 pela Lei n.º 33/2009, de 14 de Julho, a Assembleia da República aprova o direito de acompanhamento nos serviços de urgência, determinando que esse direito devia estar consagrado no regulamento das respectivas instituições de saúde, que deveriam definir com clareza e rigor as suas normas e condições de aplicação. Na prossecução da modernização dos serviços prestados às populações em matéria de vigilância em saúde pública, foram ainda publicados a Lei n.º 81/2009, de 21 de Agosto, e o Dec. Lei n.º 81/2009, de 2 de Abril, promovendo a reestruturação da organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, em articulação com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde. No horizonte estava a modificação do perfil de saúde e doença das populações verificada nas últimas décadas, devido à evolução das condições ambientais, às alterações dos estilos de vida e à globalização, entre outros. Pelo Dec. Lei n.º 279/2009, de 6 de Outubro, surge um novo enquadramento legal para a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde, tornando os procedimentos mais ágeis e ajustados à modernização administrativa.

Em 2011, com o objectivo de facilitar o acesso dos cidadãos ao medicamento e promover a prescrição electrónica, pela desmaterialização de todo o circuito administrativo do medicamento, foi aprovada a Portaria n.º 198/2011, de 18 de Maio. A generalização da receita electrónica foi considerada essencial para aumentar a qualidade da prescrição e incrementar a segurança do circuito do medicamento. A prescrição electrónica servia também como estímulo à efectiva informatização do sistema de saúde, promovendo a comunicação entre os profissionais das diferentes instituições e diminuindo o risco de erro ou confusão nas receitas. Esta medida permitia ainda obter mais informação sobre o circuito do medicamento, limitando a fraude.

Em 2012 com o advento da utilização generalizada de dados informatizados, a Lei n.º 5/2012, de 23 de Janeiro, vem regular os requisitos de tratamento de dados pessoais para constituição de ficheiros de âmbito nacional, contendo dados de saúde, com recurso a tecnologias de informação e no quadro do SNS. Em Maio deste ano, inicia-se o novo portal do utente, integrado no projecto PDS – Plataforma de Dados da Saúde, desenvolvido pela CIC – Comissão para Informatização Clínica e pelos SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, que permite registos de saúde feitos pelo utente e o recurso a serviços online já existentes e a disponibilizar, como marcação de consultas ou confirmação de cirurgias.

Em 2013 o Dec. Lei n.º 138/2013, de 9 de Outubro, define as formas de articulação do Ministério da Saúde e os estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com as instituições particulares de solidariedade social, bem como estabelece o regime de devolução às Misericórdias dos hospitais que lhes tinham sido retirados nos Decretos-Lei n.º 704/74, de 7 de Dezembro, e n.º 618/75, de 11 de Novembro. Reconheceu-se, assim, que as Misericórdias associavam as exigências técnicas da prestação de cuidados de saúde à sua vocação e tradição multisseculares, à ausência de fins lucrativos

e à proximidade das populações, o que as tornava importantes parceiros do Estado na área da saúde. Também em 2013 com o Dec. Lei n.º 139/2013, de 9 de Outubro, foi aprovado o novo regime jurídico das convenções. Com um modelo mais flexível do ponto de vista dos procedimentos, possibilitava-se que as convenções tivessem um âmbito regional ou nacional e que fossem celebradas mediante contrato de adesão ou após procedimento de contratação específico, sendo ainda permitida a celebração, a título excepcional, de convenções abrangendo um conjunto integrado e/ou alargado de serviços

Em 2014, o Dec. Lei n.º 110/2014, de 10 de Julho, criou, no âmbito do Ministério da Saúde, o Fundo para a Investigação em Saúde, visando o fortalecimento das actividades de investigação para a protecção, promoção e melhoria da saúde das pessoas e, assim, obter ganhos em saúde. A investigação em saúde foi considerada instrumental para a melhoria contínua da qualidade, formação de profissionais e projecção internacional do país numa área de grande competitividade, onde os ganhos com a produção de conhecimento podiam ser significativos.

Os princípios e o enquadramento da actividade do enfermeiro de família, no contexto das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, são definidos pelo Dec. Lei n.º 118/2014, de 5 de Agosto. A medida visava a melhoria da qualidade e do acesso efectivo dos cidadãos aos cuidados de saúde e a reavaliação do papel dos enfermeiros. Assim, sai reforçada a importância dos contributos da enfermagem para a promoção da saúde e prevenção da doença e são colocadas novas perspectivas aos enfermeiros. Nesse ano a Lei n.º 52/2014, de 25 de Agosto, estabeleceu as normas de acesso a cuidados de saúde com outros países e promoveu a cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, transpondo a Directiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011, e a Directiva de Execução n.º 2012/52/UE da Comissão, de 20 de Dezembro de 2012.

4. A evolução da saúde militar

4.1 Prática médica e cirúrgica até ao século XIX

Até ao século das “luzes”(predominantemente séc. XVIII) em relação aos prestadores não houve significativas alterações no respeitante aos profissionais de saúde. Quer no âmbito militar, quer no âmbito civil podiam intervir os físicos, os cirurgiões, os boticários, os barbeiros. Desde relativamente cedo em Portugal, existiam classes com diferenciação reconhecida. No entanto a sua presença nos meios militares e nomeadamente em teatros de guerra estava longe de ser constante, principalmente no respeitante aos físicos. Duma forma não despreciable, porque frequentemente faltavam os profissionais, “chegavam-se à frente” os que “se ajeitavam” nomeadamente a fazer sangrias e suturar feridas. Existia uma clara delimitação das três mais importantes profissões de saúde: o físico, o cirurgião e o boticário. Perdurou muito tempo a distinção entre o exercício da medicina, erudito, e as práticas curativas que pressupunham a manipulação dos corpos e do sangue. Os cirurgiões em termos sociais eram subestimados. Ficavam associados aos ofícios manuais e, portanto, às artes mecânicas. As razões poderiam ser a dificuldade de definição dos limites do campo de acção dos cirurgiões, que raramente permitiam distinguir barbeiros/cirurgiões de cirurgiões/barbeiros. Também a dificuldade em confirmar a formação profissional dos que se apresentavam como diferenciados. Aos cirurgiões exigia-se-lhes de facto habilidade nas sangraduras, ou em cozer uma ferida mas provavelmente pouco sabiam de “mezinhas” e na sua maioria eram analfabetos.

Relativamente ao estado da arte médica não cirúrgica dominou sem grandes alterações a linha de pensamento de Hipócrates e Galeno. A Teoria humoral (ou teoria dos quatro humores) constituiu o principal suporte de explicação racional da saúde e da doença entre o século IV a.C. e o século XVII. Segundo a concepção hipocrática estavam presentes no organismo humano quatro humores corporais: sangue, fleugma ou pituíta, bílis amarela e bílis negra, A doença devia-se ao desequilíbrio entre os quatro humores tendo como causa principal os alimentos ingeridos, a água e o ar. A febre seria uma reacção do corpo para “cozer” os humores em excesso. A origem das doenças era consequência do acumular desses líquidos orgânicos numa dada região do corpo. A terapêutica tinha resumidamente por objectivo expulsar o humor em excesso utilizando por exemplo a sangria e/ou contrariar as qualidades do humor em excesso ou alterado, isso através de dietas e exercícios corporais, ventosas e também medicamentos. Os medicamentos eram constituídos por substâncias vegetais e raramente minerais. Eram confusos os efeitos atribuídos aos diversos medicamentos usados e para além disso usava-se e abusava-se de complicadas misturas. Só posteriormente a revolução científica proporcionou a introdução na terapêutica dos medicamentos químicos levando à separação entre farmácia galénica e farmácia química, não sem resistência dos de-

fensores da primeira. Um passo de inegável importância foi a descoberta no século XIX por Pasteur dos agentes infecciosos, da importância da assepsia e, posteriormente, dos medicamentos para combate à infecção.

Relativamente ao estado da arte cirúrgica, em situações de acidente e em meio militar, principalmente em cenários de guerra, a maioria dos procedimentos era de grande simplicidade entrando em ação a prática rudimentar já referida. A mesma, quer a bordo quer em terra, tinha um elevado índice de mortalidade o que fazia hesitar frequentemente quanto ao seu exercício e a constituir este um último recurso como por exemplo durante os combates, em que a outra possibilidade era a morte imediata. Os teatros de batalhas navais eram férteis em situações limite nas quais os feridos como alternativa à morte tinham de enfrentar estes tratamentos altamente cruentos. Temos a seguinte descrição elucidativa feita pelo oficial Antoine des Tourelles, no decurso duma batalha naval em 26 de Novembro de 1759: «Dificilmente se pode presenciar uma cena tão macabra. Cerca de 200 homens mortos e 250 feridos, não de forma leve, mas vendo-se braços, coxas e pernas meio ou completamente cortados, partes da face arrancadas. Isto transversal a todas as patentes. Uma bala de canhão levou a cabeça do chefe da esquadra e o seu irmão foi cortado em duas partes também por um projectil. Marinheiros mortos, outros agonizantes um dos quais sem face. Levámos em seguida 18 tiros de canhão a estibordo e 15 tiros a bombordo por baixo da linha de água. Havia água no convés inferior com uma altura de seis pés. O mastro da mezena ao cair arrombou o castelo da popa e esmagou três homens. Partiu-se o leme e a roda do leme. Ficámos sem cabos para manobrar as velas e sem quase todos os brandais. As velas incendiaram-se produzindo uma nuvem de fumo espesso que cobriu os feridos. Os gajeiros dos mastros quebrados caíram ensanguentados sobre os cadáveres que juncam o convés».

Na cirurgia faltava o domínio sobre determinados itens que uma vez alcançado permitiu o posterior notável desenvolvimento da arte. Eram eles a capacidade de prevenir a infecção pós-operatória e a capacidade de eliminar a dor. Para além disso ainda estavam para desenvolver conhecimentos de anatomia de fisiologia e a técnica para dominar a hemorragia.

4.2 Marcos legislativos e episódios sanitários militares mais relevantes a partir do século XIX

Em Fevereiro de 1810, no período de dominação inglesa, foi instituída por Beresford a Junta de Exames para Cirurgias Militares.

Em 1813 é elaborado um novo regulamento para os Hospitais Militares.

Em 1825 é publicada a primeira tabela de lesões, de que se tem conhecimento, para a admissão ao serviço militar, servindo também para determinação de incapacidades.

Em 1843 surge a primeira publicação periódica militar “Jornal dos Facultativos Militares”.

Em 1856, por determinação de 7 de Março, ficam estabelecidas, nas capitais de distrito, Juntas de revisão para apreciação das causas de isenção, de inaptidão ou de incapacidade dos inspeccionados. Surge a revista médico-militar da Índia Portuguesa.

Em 1865 é criada a “Comissão portuguesa de socorros a feridos e doentes militares em tempo de guerra”, na sequência da adesão ao movimento internacional denominado “protecção aos feridos e doentes de guerra” resultante da assinatura da Convenção de Genebra, em 22 de Agosto de 1864

Em 1869, por determinação de 28 de Abril, os mancebos que para conseguirem a isenção se auto-mutilassem, ficavam sujeitos a divisões especiais das juntas de revisão. No ano seguinte houve uma tabela que previa a sua incorporação nas companhias de administração militar, “segundo o serviço útil que allí ainda possam fazer”.

Em 1884, por determinação de 21 de Maio, é criada em cada distrito, uma junta de revisão composta por um coronel ou tenente-coronel, como presidente, por um capitão e por dois médicos militares e um civil. Tinha por missão proceder à inspecção sanitária dos mancebos, percorrendo todas as cabeças de comarca dentro do respectivo distrito.

Em 1887 surge a primeira legislação sobre oficiais médicos na reserva, regulamentando direitos e deveres. Respeitava de facto também a farmacêuticos e alunos dos últimos anos de medicina da universidade de Coimbra, das escolas médico-cirúrgicas e de farmácia. Quando alistados “no activo” eram colocados na 1ª Companhia de Administração Militar.

Em 1889 é publicado o livro “Questões Médico-Militares – Estudos Militares sobre Serviços Sanitários de Campanha”, da autoria do cirurgião de brigada Cunha Belém, que lança a questão da necessidade de treino e formação do pessoal de saúde em ambiente operacional.

Em 1916 a Cruz Vermelha monta um hospital de apoio ao corpo expedicionário português (CEP), em Ambleteuse, e admite pessoal feminino. No ano seguinte foi fundada a Escola de Enfermagem. Foi criado o laboratório militar como Farmácia Central do Exército, com a missão de fornecer medicamentos ao Exército e à Marinha. Esta foi no domínio da indústria farmacêutica portuguesa, uma das primeiras unidades industriais.

Em 1928, por decreto de 25 de Janeiro, é criada a Comissão de Assistência aos Militares Tuberculosos dos Exércitos de Terra e Mar (CAMTETM), tendo já anteriormente a luta anti tuberculosa sido extensiva às famílias dos militares afectados.

Em 1945 a assistência anti-tuberculosa é alargada à GNR e Guarda Fiscal. Mais tarde é criado um sanatório militar na serra do Caramulo, num complexo já existente, que foi encerrado em 1976.

Em 1953 é fundada a Revista Portuguesa de Medicina Militar.

Em 1955 tem início o primeiro Curso de Oficiais de Reserva Naval por onde irão passar gerações de médicos cumprindo o serviço militar.

Em 1960 há a publicação da “Informação Terapêutica”, que passou a ser distribuída, por solicitação, aos Hospitais Civis.

Em 1961 por decreto de 30 de Dezembro, houve uma evolução tendo sido criada a Assistência aos Tuberculosos das Forças Armadas (ATFA), pela fusão da ATE e ATA (Assistência aos Tuberculosos do Exército e Armada, respectivamente), visando a profilaxia, tratamento e recuperação dos militares dos três ramos das FA e familiares a seu cargo.

No período da guerra colonial em termos hospitalares nas províncias ultramarinas há um reforço de actividade. A título de exemplo logo em 1 de Junho de 1961 dá-se a inauguração do Hospital Militar de Luanda, em instalações cedidas, a título precário, pelo Governo Geral de Angola, numa área de cerca de 8 hectare. Em 1962 na Guiné existiam quatro hospitais militares, um central em Bissau e três regionais. Em 1964 em Moçambique existiam os hospitais militares de Nampula, da Beira e de Porto Amélia que foi mais tarde desactivado e criado o hospital de Lourenço Marques.

No respeitante à assistência médica e hospitalar aos militares dá-se em 1970 o alargamento aos familiares, e em 1973 estabelecem-se as bases da Assistência na Doença dos Militares, pelo Dec. Lei n.º 585/73, de 6 de Novembro. É inaugurada a Casa de Saúde da Família Militar no Hospital da Estrela.

Em 1975 a reforma da Saúde Militar é apreciada nas actas do Conselho da Revolução, tendo sido criada uma comissão para a integração dos serviços de saúde das Forças Armadas.

Em 1976 terminou a acumulação de carreiras médicas civil e militar. Uma portaria de Fevereiro regulamenta a Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (prevista no Dec. Lei n.º 585/73), estabelecendo que a ADME funcionaria na Direcção do Serviço da Administração do Quartel-Mestre-General, a ADMA na Direcção do Serviço de Pessoal da Marinha e a ADMFA na Direcção do Serviço de Intendência e Contabilidade da Força Aérea.

Em 1979 é criada a Escola do Serviço de Saúde Militar (ESSM), sendo extintas as pré-existentes Escola de Serviço de Saúde do Exército e a Escola de Enfermagem da Armada.

Em 1992 têm início as missões humanitárias/apoio sanitário FND (Forças Nacionais Destacadas). Especial destaque para os apoios sanitários/humanitários na UNPROFOR (Fevereiro 93-Maio 94), nos quais Portugal participou com três equipas. Principia a actividade do Laboratório de Toxicologia do Exército, fazendo parte de um projecto de investigação e desenvolvimento do Ministério da Defesa Nacional, como elemento de apoio ao programa de prevenção e combate à droga e alcoolismo nas Forças Armadas.

Em 1994-1995 os Despachos n.º 182/MDN/94, de 29 de Dezembro, e n.º 188/MDN/95, de 31 de Julho, enunciaram princípios orientadores com prioridade para a implementação de serviços de utilização comum (SUC), determinando oito SUC: na Marinha - Medicina Hiperbárica, Unidade de tratamento intensivo de tóxico dependentes e alcoólicos (UTITA) e Laboratório de Hemodinâmica, que não chegou a ser concretizado; no Exército - Hemodiálise, Infeciologia e Imuno-hemoterapia; na Força Aérea - Medicina Aeronáutica e Medicina Nuclear.

Em 1995 pelo Dec. Lei n.º 284/95, de 30 de Outubro, deu-se a criação do Instituto de Acção Social das Forças Armadas (IASFA), que integrou os Serviços So-

ciais das Forças Armadas, o Cofre de Previdência das Forças Armadas, o Lar de Veteranos Militares, o Complexo Social de Oeiras e o Complexo Social do Alfeite.

A ESSM passa em 1998 a conferir o grau de bacharel aos cursos de enfermagem e de tecnologias de saúde e em 2001 passou a conferir o grau de licenciatura nos cursos de enfermagem (Portaria nº 853/2001, de 31 de Julho).

Em 2002 estabeleceu-se o protocolo do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) com a ESSM. Deu-se o fim da inspecção médica obrigatória para os cidadãos do sexo masculino.

Verificou-se em 2005 a fusão dos subsistemas ADM na Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas, colocada sob gestão do IASFA (Decreto-Lei nº 167/2005, de 23 de Setembro).

No cumprimento do Despacho Conjunto n.º 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. Foi proposta a constituição de uma sociedade portuguesa de saúde militar, pelos assessores para a saúde militar do Ministério da Defesa Nacional.

Em 2008 entra em vigor o primeiro protocolo entre os Ministérios da Saúde e da Defesa, em relação ao internato complementar dos oficiais médicos. Pela resolução de Conselho de Ministros n.º 39/2008, de 7 de Fevereiro, do XVII Governo Constitucional sendo 1º Ministro José Sócrates, foi tomada a decisão de criar um Hospital das Forças Armadas (HFAR), na dependência do CEMGFA, com dois pólos, um em Lisboa e outro no Porto.

O anteprojecto dos estatutos da sociedade portuguesa de Saúde Militar é apreciado a nível do Conselho Consultivo da Saúde Militar em 2009.

Pela portaria n.º 1034/2009, de 11 de Setembro a assistência na doença aos beneficiários titulares da ADM passa a abranger o pagamento das despesas de saúde decorrentes de acidentes de trabalho e doenças profissionais.

Em 2009-2010 houve a participação de três equipas médico-sanitárias conjuntas (Marinha, Exército e Força Aérea), no Hospital de Kaia, em Kabul sendo Força Aérea a entidade primariamente responsável.

Em 2010 pelo Despacho n.º 10825/2010, de 16 de Junho, do Ministro da Defesa Nacional criou-se um grupo de trabalho para estudo e implementação do HFAR. Planeou-se a constituição de vinte serviços conjuntos, 12 no hospital da Estrela e 8 no hospital do Lumiar, com entrada em funcionamento prevista em Dezembro de 2010. Foi mais tarde escolhida a localização do Lumiar para o futuro polo de Lisboa do HFAR.

Por Despacho de 29 de Agosto, do MDN em 2010 foi nomeada a direcção do polo de Lisboa do HFAR, iniciando funções efectivas a 5 de Setembro. O Decreto Regulamentar nº 51/2012, de 12 de Dezembro, estabeleceu as suas estruturas orgânica e funcional assim como os princípios de gestão a serem aplicados.

Em 2013, a 1 de Abril, dá-se a concentração de todas as instituições hospitalares militares da capital no polo de Lisboa do HFAR, no hospital do Lumiar. Posteriormente é publicado um despacho que anuncia a desafecção

do domínio público militar e preconiza a ulterior rentabilização dos seguintes imóveis, anteriormente ligados à saúde militar: Hospital da Marinha; Hospital Militar de Belém; Quartel de Campo de Ourique (ESSM), Cerca do Convento da Estrela, alas Sul e Norte e Casa de Saúde da Família Militar.

4.3 Referências mais significativas respeitantes à Marinha.

Pelo Alvará de 27 de Setembro de 1806 concedido por D. João Príncipe Regente, foi inaugurado o Hospital Real da Marinha, primeiro hospital militar construído de raiz e também primeiro hospital de raiz criado em Lisboa.

Em 1811 é criado o Instituto Vacínico, por proposta de Bernardino António Gomes, médico naval. No ano seguinte publica o “Ensaio sobre o cinchonino, e sobre sua influencia na virtude da quina, e d’outras cascas”.

Em 1822 é fundada a sociedade de “Ciências Médicas de Lisboa”. Até 1866, a presidência foi preponderantemente de médicos militares, como por exemplo Bernardino António Gomes (filho), médico naval e precursor da psiquiatria portuguesa. Este médico naval posteriormente publicou. “Dos Estabelecimentos de Alienados nos Estados Principais da Europa, 1843” e cria no Hospital da Marinha o Asilo dos Inválidos da Marinha, o primeiro serviço de psiquiatria em Portugal.

Em 1849 é aprovado o quadro da classe de farmacêuticos da Marinha.

Por proposta do médico naval Manuel Maria Rodrigues Bastos em 1860 são impostas regras obrigatórias de higiene nos navios com inspecções médicas regulares para avaliar o estado das guarnições e efectivos. Antes da partida para as possessões ultramarinas, todos os navios, guarnição e passageiros passaram a ser inspecionados. Rodrigues Bastos promove ainda a criação do corpo de enfermeiros da Armada e unificação do quadro de enfermagem contemplando o hospital, os navios e o quadro do ultramar.

Em 1892 é criada a Escola de Enfermagem da Armada a mais antiga escola de enfermagem de Portugal que encerrou, conforme referido, em 1979.

Em 1902, a 24 de Abril, é criada a “Escola de Medicina Tropical”, na Cordoaria. Até então o ensino da medicina tropical processava-se na Escola Naval.

O primeiro serviço de anestesia do universo hospitalar português é criado em 1948 pelo médico naval Mário Santos.

Na década de 1950 por proposta do médico naval Gualter Marques foi introduzida na Marinha a obrigatoriedade da vacinação com BCG, o que antecedeu o Plano Nacional de Vacinação, que só entrou em vigor em 1965,

Na década de 1980 é criada a Unidade de Tratamento Intensivo a Tóxico dependentes e Alcoólicos (UTITA) no Hospital da Marinha. Passa para instalações próprias e na dependência da Direcção do Serviço de Saúde, nos finais da década de 1990.

Em 1989 entra em funcionamento o Centro de Medicina Hiperbárica, no Hospital da Marinha. Prestou assistência aos três Ramos das Forças Armadas, sendo um serviço de utilização comum, mas principalmente utilizado por

utentes civis. Foi modernizado em 1999. Na segunda década do século XXI foi iniciado o Mestrado em Medicina Hiperbárica por protocolo com a Faculdade de Medicina de Lisboa.

4.4 Referências mais significativas referentes ao Exército

Em 1805 foram restaurados os postos de Físico-Mor e de Cirurgião-Mor do reino, que tinham sido extintos em 1792. O Serviço de Saúde do Exército passou a depender da Junta Central. Foi extinta a Junta do Proto-Medicato.

No período de 1812-1814 devido ao avanço das tropas aliadas em Espanha e no sul de França, no quadro das guerras peninsulares, é constituído um hospital militar português em Santander.

Em 1821 tem lugar a reestruturação do Serviço de Saúde Militar, por decisão das Cortes Geraes, de 14 de Dezembro. O sistema até aí vigente formado “para o tempo da Guerra he mui dispendioso, e não póde ser conveniente, applicado ao estado presente da Paz (...)”. Ocorreu ainda a extinção, não só dos cargos de Físico-Mor e Cirurgião-Mor posteriormente reintroduzidos por D. Miguel, mas também do Deputado do Físico-Mor, sendo criado o cargo de Deputado Graduado. O Serviço de Saúde passou a ser dirigido por este último, que ficava colocado na repartição de saúde da secretaria do Ministério da Guerra.

Foi inaugurado em 1827 o Hospital Real dos Inválidos Militares, fundado pela Infanta D. Maria Francisca Benedita. A sua construção tinha sido iniciada em 1792.

Em 1830, no reinado de D. Miguel, é fundado o ensino veterinário em Portugal com a Escola Veterinária Militar. Localizava-se no sítio da Luz, em dependências do Real Colégio Militar.

Com a extinção das ordens religiosas, o Convento de Nossa Senhora da Estrela em 1834 é adaptado a hospital militar, com a designação de Hospital Militar de Lisboa.

Em 1837 é criado o Conselho de Saúde do Exército. É feito o Regulamento Geral do Serviço de Saúde do Exército.

Em 1859 é criado o quadro de oficiais farmacêuticos do Exército.

É iniciada no Porto em 1862, a construção do Hospital Militar D. Pedro V. Foi o primeiro hospital do Exército construído de raiz para esse efeito.

Em 1864 dá-se a extinção da 6ª Repartição e a criação de uma repartição de saúde, independente das direcções da Secretaria da Guerra e chefiada pelo Cirurgião-em-Chefe. Dá-se depois, numa nova reforma, a reversão com a reorganização da Secretaria da Guerra. A Repartição de Saúde deixa de ser independente e retomou a designação de 6ª Repartição, passando a integrar uma Direcção-Geral única. Isto manteve-se até à 1ª República.

Entre 1884 e 1886 organizou-se um cordão sanitário ao longo da fronteira com a Espanha devido a epidemia de cólera. Foram mobilizados médicos militares, alguns civis, militares e guardas-fiscais. Em toda a campanha empenharam-se significativamente 3000 guardas-fiscais e 11183 militares.

Tem início de actividade do Hospital Militar de Belém em 1890, com a designação de Hospital Regimental de Infantaria nº 1.

Em 1896 o já citado cirurgião do Exército, Cunha Belém publica “Breves Noções de Hygiene Militar” para uso nas escolas dependentes do Ministério da Guerra.

Por diploma de 7 de Setembro, publicado na OE nº 10 em 1899, há nova organização do Exército e os cirurgiões passam a ser chamados pelos postos, seguido da palavra médico.

Em 1909 é regulamentado o Serviço de Saúde do Exército.

Em 1911 foram criadas a 1ª e a 2ª companhias de saúde localizadas respectivamente, em Lisboa e em Coimbra.

O ministério da guerra publicou a “Cartilha de Higiene” em 1912.

Em 1917 o Dec. Lei n.º 3471, de 20 de Outubro cria no Exército a Comissão de Assistência aos Militares Tuberculosos (CAMT).

Determina o Dec. Lei n.º 3732, de 2 de Janeiro de 1918 que passem para a posse do Ministério da Guerra: o Instituto Clínico da Cruzada das Mulheres Portuguesas, em Campolide; o seu auxiliar n.º 1; o Hospital Português de Hendaia; e o Instituto de Reeducação dos Mutilados de Guerra, de Arroios. Doze enfermeiras da Cruz Vermelha Portuguesa desligam-se da Instituição e solicitam ao comando do CEP a passagem à dependência directa da estrutura militar. Foi a primeira incorporação de mulheres nas fileiras, tendo-se formado o 1º Grupo Auxiliar de Damas Enfermeiras. Foram colocadas no Hospital de Sangue nº 8, em Herbelles.

Em 1926 pelo Dec. Lei n.º 11858, de 5 de Julho, é criada a Direcção do Serviço de Saúde do Exército (DSS). O Hospital Militar Permanente de Lisboa passa a designar-se Hospital Militar Principal (HMP) e o do Porto por Hospital Militar Regional nº1 (HMR1).

A Farmácia Central do Exército passou a denominar-se Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos (LMPQF) em 1948.

Em 1959 pelo Dec. Lei n.º 42564, de 7 de Outubro, a DSS é colocada na dependência do General Quartel-Mestre. Ocorre o primeiro curso de enfermeiras pára-quedistas militares.

Decorreu a Guerra do Ultramar entre 1961 e 1974 com uma forte exigência de resposta do componente sanitário do Exército.

Em 1965 é criado o Regimento de Saúde de Coimbra que foi extinto em 1975.

O Hospital Cirúrgico Móvel, actualmente, designado por Hospital de Campanha é criado em 1981.

Em Dezembro de 1993 é inaugurado o Hospital de Equinos, em Mafra, dependendo do Centro Militar de Medicina Veterinária que no ano seguinte é integrado na DSS, por Despacho nº 190/94, de 12 de Setembro, do General CEME.

O último concurso ordinário para a admissão de Oficiais Médicos com destino ao quadro permanente do Exército tem lugar em 2003. Nesse ano é criado o Laboratório de Bromatologia e Defesa Biológica do Exército.

Por despacho do General Chefe do Estado-Maior do Exército em Dezembro

de 2007, o Hospital Militar de Coimbra (HMR2) passa a Centro de Saúde Militar.

Em 9 de Fevereiro de 2011 há a inauguração do novo Laboratório de Toxicologia do Exército.

4.5 Referências mais significativas referentes à Força Aérea

Sendo o ramo das Forças Armadas mais recente tem naturalmente um historial mais curto

Tem lugar a criação do Serviço de Saúde da Força Aérea em 1956 sendo o seu primeiro director o coronel médico José Fernandes Lopes, embora, desde 1952, pelo Dec. Lei n.º 38805, de 28 de Junho, já existisse na estrutura do Subsecretariado de Estado da Aeronáutica, um oficial superior médico e respectivo adjunto, para os “assuntos de saúde e higiene das tropas das forças aéreas”. Previa-se também que os oficiais médicos, que já prestavam serviço em unidades da aeronáutica, pudessem ingressar nos quadros privativos da FAP ficando, porém, na situação de adidos nos ramos de origem.

Têm depois início as actividades do Centro de Medicina e Psicologia da Força Aérea, precursor do Centro de Medicina Aeronáutica, em 1972. Foi o seu primeiro chefe, na altura, o major médico João Varela.

Em 1966 é constituído, por decisão do Chefe do Estado-Maior da Força Aérea, o Centro de Diagnóstico e Tratamento do Quartel de Adidos da FAP, no Paço do Lumiar, considerado o embrião do Hospital da Força Aérea.

Em 1979 é criado o Hospital da Força Aérea pelo Dec. Lei n.º 114/79, de 4 de Maio.

5. Instituições hospitalares

Não se consideram neste texto hospitais fora dos principais centros urbanos, apesar da sua dimensão e da importância que têm tido ou que tiveram na cobertura sanitária das áreas correspondentes. Não se incluem também os hospitais actualmente existentes pertencentes a grupos privados da área da saúde não obstante o relevante protagonismo que têm tido no apoio à população e nomeadamente a elementos das forças armadas e seus familiares. A sua actuação intermediada por convénios, nem sempre estáveis ou através de seguros de saúde, tem permitido complementar a oferta do serviço estatal. A intervenção dos hospitais na presente situação epidémica está fora da retrospectiva e análise deste texto, na certeza que a curto prazo não deixará de ser feita por diversos comentadores e por diferentes pontos de vista.

5.1 Hospitais militares

Estão actualmente reduzidos ao Hospital das Forças Armadas com dois polos um em Lisboa e outro no Porto. Em relação aos seus antecessores, ainda que numa forma sintética, não é demais referir a participação que tiveram e que muito marcaram a cultura sanitária portuguesa.

5.1.1 Hospital das Forças Armadas

Na filosofia que presidiu à sua criação esteve a concentração de capacidades anteriormente “dispersas” nos hospitais da Marinha, do Exército e da Força Aérea sem nenhum propósito de limitar o âmbito de intervenção. Tem, pois, esta instituição, ainda com menos de uma década de existência, a herança dum importante contribuição prestada a Portugal pelos seus antecessores, os hospitais dos Ramos. Face ao desafio em que ficou colocado, continua a esperar-se do HFAR uma resposta à altura, necessitando naturalmente dum correspondente investimento em recursos, justificado pela justa expectativa suscitada. Pretendeu-se que fosse depositário da eficácia de actuação e do legado cultural militar outrora dependentes dos ramos. Preservaria e desejavelmente incrementaria as capacidades que nele foram legadas. Tal até agora não se verificou e uma regressão na sua prestação assistencial é do domínio público. Uma futura recuperação é um objectivo naturalmente por todos desejada.

5.1.2 Antigo Hospital da Marinha

1797 e 2012, duas datas que balizaram o funcionamento do Hospital da Marinha. Em termos históricos dez gerações abrangendo toda a idade contemporânea desde os finais do século XVIII até à segunda década do século XXI. Em termos de contributo, para além do extenso período de assistência prestada aos recursos humanos da Marinha, teve diversas inovações pioneiras com inegável impacto na assistência hospitalar portuguesa. No final do século XVIII, o conceito de hospital como interveniente terapêutico aparece como uma novidade. A consciência de dever ser um estabelecimento destinado a curar e não um asilo, é materializada por uma nova prática de que fazem parte a visita e a observação sistemática e comparada. Surge nesta altura, acompanhando a criação do Hospital da Marinha, a noção da necessidade da presença e da participação contínua do médico no hospital o que se designou por “medicalização hospitalar”.

Como edifício hospitalar erigido de raiz, conforme referido, é único em Lisboa até à construção do Hospital de D. Estefânia, 70 anos mais tarde. Inaugurado a 1 de Novembro de 1806, foi para a época uma construção de vanguarda. Teve um conjunto de inovações que o colocaram num patamar de modernidade único na capital. Dispunha, por exemplo, circuitos de água quente e de água fria numa altura em que a distribuição de água ao domicílio em Lisboa não existia.

Foi palco desde a sua inauguração, e quase de imediato, de diversos eventos marcantes. Teve a presença de cirurgiões e médicos franceses do exército de Junot, e em seguida no cumprimento do estipulado na convenção de Sintra, a presença e colaboração de médicos portugueses, ingleses e franceses, com enfermarias separadas atribuídas a doentes destas três nacionalidades.

Durante a guerra civil serviu de hospital prisão.

Na segunda metade do século XIX, no âmbito duma série de inovações na concepção hospitalar decorrentes de obras inspiradas pelos trabalhos de Pasteur sobre o papel das bactérias como agente de doenças e de Kock sobre os perigos do contágio, sofreu uma reestruturação ficando contemplados o espaçamento das camas, as condições de insolação e ventilação das salas, as instalações de calefação e a circulação do ar.

Bernardino António Gomes, pai, médico do primeiro corpo clínico do Hospital de Marinha, é considerado precursor da dermatologia portuguesa. Botânico e químico com prestígio europeu, autor de estudos científicos de relevo foi também um promotor da vacinação anti-varíola em Portugal, ao fundar, junto com outros médicos, a Instituição Vacínica em 1812, da qual foi director.

Bernardino António Gomes, filho, formado em Paris, nomeado director do Hospital em 1834 pelo duque de Bragança, após o término da guerra civil, foi

o primeiro médico a utilizar o clorofórmio em Portugal e um aparelho de inalação de éter, como forma de anestesia. Estudou a fundo as epidemias, motivado em grande parte pelo contacto que tivera no decurso da guerra com a “cólera-morbus” no cerco do Porto e que em seguida se disseminou por todo o país, causando um número de mortos superior ao da própria guerra. Fundador e colaborador da Gazeta Médica de Lisboa e do Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, participou em 1876 na farmacopeia portuguesa. Criou ainda, conforme referido, o primeiro serviço de psiquiatria com características modernas de acordo com um modelo que depois foi reproduzido no estabelecimento do Hospital de Rilhafoles, antecessor do hospital Miguel Bombarda.

A ligação do Hospital de Marinha à pesquisa médica internacional era um dado objectivo na última fase do século XIX. Em 1888 estabeleceu-se contacto directo entre o Hospital de Marinha e o muito recentemente criado Instituto Pasteur em Paris. Eça de Queirós então Secretário da Embaixada de Portugal na capital francesa por carta datada de 27 de Novembro de 1888 intermediou a comunicação entre as duas instituições. Isto na análise de material histológico proveniente dum caso suspeito de morte por raiva ocorrido no hospital de Marinha e que o Instituto Pasteur confirmou

Ainda no séc. XIX é elaborada para o hospital uma tabela de dietas com suporte científico.

Após a implantação da República criou-se uma inovadora sala de cirurgia precursora dos actuais “Blocos Operatórios”, com mesa operatória móvel e iluminação adequada.

Parte do hospital o primeiro serviço de apoio assistencial aos tuberculosos da Armada. A vacinação pela BCG é obrigatória na Armada três anos antes de se generalizar no país.

Na década de 30 do século XX decorreram, por iniciativa da Marinha, as primeiras campanhas com suporte científico contra as doenças sexualmente transmitidas.

Já no fim da década de 40 o médico naval Tovar Faro funda o “Dispensário de Higiene da Armada” com um programa de profilaxia de doenças venéreas que teve um reconhecido êxito. Em 1948, sendo director do Hospital da Marinha, este oficial é nomeado Enfermeiro-Mor dos Hospitais Cíveis de Lisboa, designação atribuída ao médico responsável máximo daquele agrupamento hospitalar.

Neste mesmo ano de 1948, conforme já referido, nasceu o primeiro serviço de anestesia do universo hospitalar português por iniciativa do oficial médico naval Mário Santos. Aí é instalado o primeiro ventilador de respiração assistida existente em Portugal.

Desde o início da década de 60 até 1974, com a guerra de África, o hospital adapta-se a uma nova realidade de final da cadeia de evacuação dos múltiplos

tiplos serviços de saúde operacionais espalhados pelos diversos territórios ultramarinos.

Posteriormente, em 8 de Julho de 1980, foi inaugurado o Laboratório de Análises Fármaco-Toxicológicas, onde pela primeira vez em Portugal e de forma pioneira a nível mundial a par com os EUA, se criou um programa de rastreio a consumos abusivos. Também o tratamento de toxicodependências, seguindo o método Minesotta, teve início no Hospital da Marinha nos anos 80 com a criação da UTITA.

Em 1989 entra em funcionamento conforme também já referido o Centro de Medicina Hiperbárica, utilizando conhecimento proveniente do serviço de saúde da Esquadilha de Submarinos. Foi progressivamente modernizado e posto ao serviço dos três Ramos e da população civil.

Na primeira década do século XXI o Hospital sofre notável inovação. É o seu último grande impulso de modernização. Ficam serviços de ponta a Estomatologia, o Bloco Cirúrgico, a Imagiologia e a Medicina Física e de Reabilitação.

Em Agosto de 2012 foi determinada a fusão dos hospitais militares na área metropolitana de Lisboa. Nos oito meses que se seguiram foram sendo progressivamente desactivadas as valências existentes e transferidas para o Hospital das Forças Armadas. No final do mês de Abril de 2013 encerrou o último serviço hospitalar, a Imagiologia.

Para a história e para as gerações futuras o Hospital fará parte indissociável do património cultural da Marinha Portuguesa ocupando o lugar de destaque que seguramente não deixará de lhe ser reconhecido.

5.1.3 Antigo Hospital Militar Principal

Teve origem no Hospital Militar da Corte fundado em 1624. Em 1836, conforme já referido, após a extinção das ordens religiosas e por determinação da Comissão de Saúde Militar instalou-se, num edifício junto à Basílica da Estrela, onde até ao fim se manteve. Toma então o nome de Hospital Militar de Lisboa. Este convento, entre 1797 e o final da guerra peninsular, já havia sido usado como hospital, sucessivamente, de ingleses, de portugueses (1804-1805), de franceses (1807-1808) e novamente de Ingleses (1808).

Em Outubro de 1851 é assinado um decreto, determinando a centralização de todos os hospitais regimentais de Lisboa. Tinha por objectivo um melhor controlo administrativo. Só foi, no entanto, publicado no Diário do Governo a 2 de Dezembro de 1852. A necessária expansão referida teve lugar através de diversos anexos, completamente separados do edifício principal. No final do século XIX foi designada uma comissão para estudar a remodelação do hospital que concluiu que era indispensável a construção de um edifício próprio no espaço adjacente à Basílica da Estrela e ao Convento do Santíssimo Coração de Jesus.

Em 1918, o hospital iniciou obras de ampliação para o lado do Jardim da Estrela. Por decreto de Agosto de 1926, a designação oficial passou a ser “Hospital Militar Principal”.

Em 1927 num edifício situado na retaguarda da Basílica da Estrela, foi instalada a Escola do Serviço de Saúde do Exército (ESSE), que funcionou até 1979, data em que se fundiu na já referida ESSM, destinada aos três ramos das Forças Armadas.

Em 1946 foi feito o primeiro transplante de córnea em Portugal pelo major médico Henrique Moutinho.

Na década de 1950, foi aberta a moderna avenida Infante Santo que dividiu a cerca hospitalar. A estrutura hospitalar bipartida deu lugar a três áreas separadas pela via pública, o que tornou mais complexo o circuito intra-hospitalar. A transferência de doentes internados ficou dependente de ambulâncias.

Em 1961 tem início a guerra do ultramar, o que obrigou a um redimensionamento do Serviço de Saúde, quer em homens quer em camas. Dado que se encontrava desocupado, desde 11 de Junho de 1961, o aquartelamento de Campolide do Regimento de Artilharia 1, foi aproveitado para ali se instalar o chamado Centro Ambulatório de Doentes e Convalescentes, mais conhecido como “Anexo do HMP”. O HMP fica então com quatro áreas clínicas fisicamente isoladas.

No decurso da guerra do ultramar pelo Exército são mobilizados cerca de 1100 Médicos Milicianos. Conforme referido, o hospital tem grande incremento e desenvolve novas capacidades relevantes como a cirurgia plástica, a fisioterapia, e a neurocirurgia.

Na década de 1970 foram efectuadas as primeiras discectomias cervicais por via anterior pelo Dr. Moradas Ferreira. O sector de fisiopatologia respiratória dispôs do primeiro pletismógrafo adquirido em Portugal. É criada a unidade de hemodiálise que mais tarde seria um serviço de utilização comum.

Em 18 de Outubro de 1973, é inaugurada a Casa de Saúde da Família Militar na ala poente da “Cerca”, possuindo doze pisos. Na mesma data foi inaugurado o chamado “Edifício Dois” onde em 1977 iniciou funções um novo bloco operatório, destinado essencialmente ao serviço de Ortopedia.

Em 1989 o “Anexo do HMP” é desactivado e o hospital regressa à anterior estrutura tripartida.

Na última década de século XX, em 1991, no hospital foi protagonizada a primeira cirurgia endoscópica pelo professor Trindade Soares integrado na equipa do professor Alves Pereira.

No início do século XXI houve melhoria nos serviços de urgência e nas áreas de internamento. Foi implementada a departamentalização hospitalar.

O Hospital é extinto na sequência da unificação das instalações militares em Agosto de 2012.

5.1.4 Antigo Hospital Militar do Porto

Apesar de já anteriormente existirem hospitais militares no Porto, um hospital construído de raiz, conforme já referido, foi autorizado por Carta de Lei de 18 de Abril de 1854, pelo regente D. Fernando II, em nome do seu filho menor o rei D. Pedro V sucessor de Dona Maria II. A construção do hospital acabou por ser iniciada apenas em 1862, sendo o mesmo baptizado em homenagem ao soberano, entretanto falecido no ano anterior. O hospital recebe os primeiros doentes apenas em 1869, quando ainda estava concluído em apenas 1/3.

Na sequência do golpe republicano de 1910 passa a designar-se “Hospital Militar do Porto”.

Na continuidade da reorganização do Exército de 1926, o estabelecimento passou a ser o hospital da 1ª Região Militar, com a designação de “Hospital Militar Regional nº 1”. Em 1990, o hospital voltou a incluir o nome de D. Pedro V. Sofreu obras de ampliação que terminaram em 1993.

No âmbito da criação do Hospital das Forças Armadas, ocorrida em 2012 deu-se a transformação do hospital de D. Pedro V no polo do Porto da nova instituição.

5.1.5 Antigo Hospital Militar de Doenças Infecto Contagiosas

Criado em 1890, funcionou desde então no edifício do antigo convento da Boa Hora que havia sido construído pelos frades Agostinhos Descalços no século XVIII. No século XX, desde a década de 30 especializou-se em doenças infecto-contagiosas. Em 1950 a Portaria n.º 13101, de 18 de Maio, constituiu o Hospital Militar de Doenças Infecto-Contagiosas (HMDIC). Na década de 90 deixou de ser autónomo, passando a estar sob a dependência do Hospital Militar Principal, com a designação de “Hospital Militar de Belém”. Foi uma instituição importante na luta contra a patologia infecto contagiosa e nomeadamente contra a tuberculose. Sob a direcção do médico do Exército Esmeraldo Alfarroba na transição para o século XXI foram nele criadas áreas em pressão negativa, com filtros adequados para dar segurança ao pessoal médico e de enfermagem, em contacto com patologia infecciosa. Ficaram localizadas em 3 pisos, tornando-se o HMDIC o hospital com maior área com estas características a nível nacional. Situararam-se em unidade de cuidados intensivos, quartos de isolamento e laboratório de bacteriologia. Quando o HMDIC fechou em 2010 não foi desenvolvida nenhuma área de diferenciação em dimensão equivalente.

5.1.6 Antigo Hospital da Força Aérea

Com base no já citado Centro de Diagnóstico e Tratamento do Quartel de Adidos da Força Aérea, localizado no Paço do Lumiar, foi criado em 1972 o Núcleo Hospitalar Especializado da Força Aérea Nº1 (NHEFA1). Nesse ano o Hospital Militar da Base Aérea nº 4 criado em 1946 na Ilha Terceira nos Açores passa a denominar-se Núcleo Hospitalar Especializado da Força Aérea Nº 2. É extinto em 1975 tornando-se a partir daí o NHEFA1 a única instalação hospitalar de carácter geral da Força Aérea Portuguesa. Esta unidade em 1979 passa a denominar-se Hospital da Força Aérea, vocacionado, essencialmente, para a prevenção, tratamento e reabilitação dos militares da FAP e suas famílias.

Em Dezembro de 1981, foram inauguradas significativas obras de ampliação e melhoria das condições de atendimento.

É extinto como unidade da Força Aérea pela fusão hospitalar concretizada em 2012 tornando-se as suas instalações o polo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas.

5.2 Hospitais não militares

A sua enumeração não pretende aqui de forma alguma ser exaustiva. As instituições que são referidas são as que interagem ou interagiram com a saúde militar e nomeadamente na formação dos seus profissionais. Tem oportunidade um breve apontamento sobre os hospitais que neste domínio mais influência tiveram e sobre a evolução dos hospitais que os originaram.

5.2.1 Hospital de Todos-os-Santos

Está em curso um projecto que visa a edificação duma nova entidade hospitalar na região oriental de Lisboa com a designação do primeiro hospital da capital. Integra-se no desígnio duma mais vasta reestruturação hospitalar.

No século XV D. João II mandou construir um hospital na cidade de Lisboa de localização central. A sua arquitectura era inspirada na traça renascentista italiana. Na edificação foram utilizados os legados pios de quarenta e três pequenos hospitais e albergarias de Lisboa, para o que obteve prévia autorização do papa Sisto IV (bula Ex debito sollicitudinis, de 13 de Agosto de 1479) depois confirmada por breve papal de Inocêncio VIII (21 de Janeiro de 1485). Posteriormente, esta autorização foi estendida a outros hospitais fora de Lisboa cujas receitas não excedessem 300 florins em ouro. Como cada

uma das instituições que se fundiram tinha o seu santo padroeiro, o novo hospital foi dedicado pelo rei D. João II a “Todos os Santos”. Foi o próprio monarca quem lançou a primeira pedra em Maio de 1492. O edifício foi concluído em 1504 já com D. Manuel I que promulgou o regimento do hospital. O cunho manuelino ficou registado na arquitectura da igreja central. A gerência do hospital cabia então a um provedor da confiança do rei. O edifício teve obras de reconstrução e ampliação após um incêndio em 1601 sendo novamente aumentado e melhorado em 1631 para dar resposta a uma grave epidemia de peste. As ampliações continuaram numa forma progressiva e em meados do século XVIII já existiam cerca de doze enfermarias

Após 1530 a direcção do hospital passou para os padres da Congregação de S. João Evangelista. A partir de 1564 transitou para a responsabilidade da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

O edifício foi destruído pelo terramoto de 1755 e pelo incêndio que se seguiu. Os feridos do terramoto foram alojados provisoriamente em tendas no Rossio, em palácios e em conventos que não foram afectados pela catástrofe. Após uma tentativa frustrada de reconstrução, o hospital foi transferido para o colégio de Santo Antão, edifício confiscado à Ordem dos Jesuítas, em 1759. O novo hospital foi denominado de Hospital de São José, em atenção ao então rei D. José.

5.2.2 Hospital de S. José. Hospitais Cívicos de Lisboa

Pouco se sabe da organização interna e do movimento assistencial neste fim do Séc. XVIII, descontando a circunstância de o Hospital de S. José, na esteira do seu antecessor, o Hospital de Todos-os-Santos, ter continuado a ser a grande escola de cirurgia do País. Como culminar de tal tradição surge, em 1825, a Real Escola de Cirurgia por decreto de D. João VI, que veio a dar origem à Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa.

A partir de 1844 o hospital de S. José vai incorporando diversos hospitais já existentes. Foram inicialmente a gafaria de S. Lázaro, o manicómio de Rilhafoles e o hospital do Desterro. Outros se seguiram o hospital de D. Estefânia em 1877, o hospital de Arroios em 1892, o hospital de Santa Marta em 1903, o Hospital de Curry Cabral em 1906 e em 1928, o hospital de Santo António dos Capuchos. Fica então completo o denominado grupo Hospitais Cívicos de Lisboa (HCL), designação esta que se tornou efectiva em 1913.

A Escola de Cirurgia, o Banco de Urgência e grandes nomes da medicina portuguesa foram referências do referido Hospital de S. José e Anexos.

Os HCL foram uma entidade formativa médica extremamente exigente para a diferenciação post-graduada dos médicos que neles procuravam especializar-se. Caracterizada por uma selecção rigorosa de quem concorria aos seus quadros marcou de forma inequívoca o panorama da saúde em Por-

tugal durante grande parte do século XX.

O Hospital de S. José viu nascer novas especialidades como a cirurgia plástica e reconstrutiva, a cirurgia maxilo-facial e as primeiras unidades de cuidados intensivos, de queimados, de neurotraumatologia vertebro-medular.

Nos últimos anos o Hospital tem vindo a modernizar-se com os limites decorrentes da sua origem conventual. Tal como em todos os outros hospitais do grupo nele se praticou uma medicina moderna em edifícios velhos e reconstruídos. Juntou ciência e arte naquele que é um dos mais importantes monumentos de Lisboa. A mesma associação moderna e cultural aconteceu com o Hospital da Marinha com a diferença que o seu componente cultural não tinha a parte conventual, mas sim constituía o património hospitalar edificado mais antigo do país.

O agrupamento Hospitais Cívicos de Lisboa (H.C.L.) foi legalmente criado em 1914 pelo Dec. Lei nº 1.137, de 27 de Novembro de 1914, publicado em 3 de Dezembro, promulgado por Manuel de Arriaga e foi extinto pelo Dec. Lei nº 27/2013, de 19 de Fevereiro, assinado por Aníbal Cavaco Silva, ficando a um ano de atingir o centenário.

O hospital de S. José continua em funcionamento integrando actualmente o Centro Hospitalar de Lisboa Central conjuntamente com o hospital de Sto. António dos Capuchos, o hospital de Santa Marta, o hospital de Dona Estefânia, o hospital Curry Cabral e a maternidade Alfredo da Costa.

5.2.3 Hospital de Santa Maria

A história do Hospital de Santa Maria remonta a 1934, aquando da aprovação do Dec. Lei relativo à criação da comissão administrativa dos novos edifícios universitários, presidida pelo professor Francisco Gentil. Esta comissão seria, então, responsável pelos edifícios que iriam albergar os hospitais escolares, tanto em Lisboa como no Porto. O então Hospital Escolar de Lisboa foi concebido por Hermann Distel em 1938 e a sua construção iniciada em 1940, no Campo Grande. Foi concluída em 1953 tendo sido na altura considerada uma das maiores realizações até então efectuada pelo Estado português. Ainda durante a sua edificação, em 1952, foi publicado um Dec. Lei que integrou todos os hospitais no então Ministério do Interior. Daí decorreu que o Hospital Escolar de Lisboa sob a tutela única do Ministério da Educação passasse a ser tutelado por dois diferentes ministérios, o Ministério do Interior e o Ministério da Educação. Essa alteração abrangeu já o então recente hospital de Santa Maria. A inauguração ocorreu em 27 de Abril de 1953 e em Outubro do mesmo ano deu-se a abertura do novo ano lectivo da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, já nas novas instalações do hospital. Em 1968 iniciou-se nos terrenos do Hospital de Santa Maria, a construção dos novos edifícios da Escola de Enfermagem,

financiada pela Fundação Calouste Gulbenkian. As obras foram concluídas em 1972 com a transferência para as novas instalações da então Escola de Enfermagem do Hospital de Santa Maria que passou a ser designada por Escola de Enfermagem de Calouste Gulbenkian e posteriormente Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Em 1975, o Dec. Lei n.º 674/75, de 27 de Novembro, determina a extinção dos hospitais escolares que passaram a ser equiparados aos restantes hospitais e os seus médicos integrados nos quadros dependentes da Secretaria de Estado da Saúde.

Em 2004, o Dec. Lei n.º 206/2004, de 19 de Agosto volta a atribuir ao hospital de Santa Maria a denominação de Hospital Universitário.

Em 2007 o hospital de Santa Maria foi convertido numa Entidade Pública Empresarial (EPE), e nesse ano foi apresentado o projecto do novo edifício Sul, designado Edifício Cid dos Santos para albergar blocos operatórios, cuidados intensivos, cirurgia de ambulatório e ainda uma área dedicada às neurociências e outra aos cuidados materno-infantis. Ainda desde 27 de Dezembro de 2007, o Hospital de Santa Maria passou a integrar, juntamente com o Hospital Pulido Valente o Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE (CHLN).

5.2.4 Hospital Egas Moniz

A sua criação teve ligação com a evolução colonial portuguesa e teve uma grande participação da Marinha.

No último quartel do século XIX Portugal concentrou-se na ocupação efectiva e desenvolvimento dos territórios que conseguiu lhe terem sido reconhecidos internacionalmente. Nesse contexto e para reforçar a vertente de desenvolvimento sanitário foi criado o Hospital Colonial de Lisboa, sob a égide do Ministério das Colónias, por Carta de Lei de 24 de Abril de 1902. Inicialmente ficou instalado no edifício da Cordoaria, onde também se iniciou a já referida Escola de Medicina Tropical herdeira do ensino existente na Escola Naval. Tinha como objectivo dar assistência médica a funcionários civis e militares, que regressavam do Ultramar em condições físicas deficitárias e com doenças infecciosas.

Em 1919, o Estado adquire a Quinta do Saldanha à Junqueira para aí construir um pavilhão de internamento, que foi inaugurado em 1925 e que, por ter sido construído a expensas de Macau, recebeu o seu nome. Nos edifícios erigidos nesta área funcionou a enfermaria tropical que se destinava a tratar indigentes vindos do ultramar. O nome do hospital mudou depois para Hospital do Ultramar acompanhando a alteração nominal do ministério da tutela em 1948. A partir dessa data decidiu-se aumentar as valências do hospital com serviço de cirurgia, pavilhão de doenças infecto-contagiosas, radiologia e análises clínicas.

Em 1957 é inaugurado o novo edifício. Ficou organizado por serviços, por um pavilhão de doenças infecto-contagiosas e pela enfermaria tropical. O hospital tinha como objectivo não só o tratamento dos doentes, mas também, em colaboração com o Instituto de Medicina Tropical, na proximidade, dedicar-se à investigação e ao ensino pós-graduado em doenças tropicais e infecciosas, os médicos que partiam para o ultramar.

Em finais da década de 60 o Hospital do Ultramar já não conseguia corresponder às muitas solicitações, pelo que se decidiu construir um novo edifício de oito pisos que entrou em actividade em 06/03/1975. Por força da extinção do Ministério do Ultramar transitou para a dependência do Ministério dos Assuntos Sociais, tendo passado a designar-se por Hospital de Egas Moniz.

Em 2002, através do Dec. Lei n.º 278/2002, de 9 de Dezembro, o hospital é transformado em sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, com a designação de Hospital de Egas Moniz, S.A.

Foi inaugurado em 2004 também nos terrenos do hospital, o Edifício Egas Moniz, destinado à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e a albergar o Instituto de Medicina Molecular.

Em 29 de Dezembro de 2005, o hospital passou a integrar o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., juntamente com os Hospitais de Santa Cruz e de São Francisco Xavier.

6. Formação na saúde.

Como regra em todos os estabelecimentos de saúde com características mais ou menos diferenciadas houve sempre transmissão do conhecimento pela aprendizagem e pelo exercício. Os hospitais militares e não militares não fugiram a isso. A possibilidade de serem acumuláveis carreiras médicas civis e militares até 1976, não obstante suscitar alguns problemas foi, deste ponto de vista, útil. Na diferenciação hospitalar a presença de médicos militares em instituições civis foi sempre determinante na sua formação. No domínio da formação na saúde tem também cabimento referir uma evolução até à actualidade.

O Regimento do Físico Mor de 1515 constitui uma referência da história das profissões de saúde em Portugal. Recupera formalidades já anteriormente registadas. Com excepção dos físicos diplomados pelos Estudos de Lisboa, ou de Coimbra onde se encontravam as universidades todos os candidatos ao desempenho da «arte da física», nacionais ou estrangeiros, deveriam ser examinados pelo Físico-mor, conjuntamente com outros médicos da Corte. O exame constava de uma parte teórica e outra prática. Para além disso, o candidato devia submeter-se a uma avaliação presencial que permitisse aferir da sua capacidade profissional, realizada durante três ou quatro visitas médicas organizadas pelo Físico-mor. O Hospital de Todos-os-Santos foi provavelmente a maior escola cirúrgica

O ensino da cirurgia eminentemente prático, no meio militar tinha lugar nos quartéis com o tratamento dos feridos. A primeira escola tinha sido fundada em Almeida em 1773. Foi concedida a graduação de tenente aos cirurgiões-mores dos regimentos da corte, medida que tendeu a tornar-se posteriormente extensiva a todas as unidades.

A valorização social e técnica da cirurgia está bem patente no número de cirurgiões que vão surgindo ao longo do antigo regime, dos tratados anatómicos e cirúrgicos que publicam, bem como dos cargos que vieram a ocupar. Em França, no século XVIII, um passo importante no sentido do seu reconhecimento foi a criação da Academia Real de Cirurgia (em 1737). Posteriormente os cirurgiões tiveram assento na Sociéte Royale de Médecine, que foi fundada em 1778. Além Pirenéus a evolução do estatuto dos cirurgiões foi de facto mais célere e, portanto, mais favorável à unificação da profissão médica. A revolução francesa vai determinar decisivas mudanças no ensino e na prática da medicina e da cirurgia. O ensino médico e cirúrgico é unificado, são criadas cadeiras de clínica, a atribuição de diplomas passa a depender da presença efectiva dos estudantes nas aulas de anatomia e nas enfermarias e o hospital torna-se um verdadeiro local de aprendizagem.

Em Portugal, no período de 1803-1817 deu-se o encerramento progressivo das aulas de anatomia e cirurgia das unidades militares, o que foi precipitado pelas invasões francesas. Em Fevereiro de 1808, o Príncipe Regente

funda a primeira escola de cirurgia do Brasil na Baía. Seguidamente, em Novembro, cria a Escola de Anatomia Cirúrgica e Médica no Hospital Real Militar e da Marinha da Corte, no Rio de Janeiro.

Em 1825 por influência do cirurgião-mor do reino, Theodoro Ferreira d'Aguiar, D. João VI funda as “Régias Escolas de Cirurgia de Lisboa e Porto”.

Em 1847 o médico naval Bernardino Sousa Gomes filho propõe a criação de escolas médico-cirúrgicas em todas as capitais das possessões portuguesas. Vieram a ser concretizadas em Goa e no Funchal subsistindo, a primeira, até aos dias de hoje como Faculdade de Medicina.

Em Portugal, desde meados do século passado distinguem-se três grandes hospitais escolares universitários: o hospital de Santa Maria, que já foi referenciado, o hospital de São João no Porto e o hospital da Universidade de Coimbra. Constituíram o apoio às respectivas três Faculdades de Medicina clássicas. A esta lista acrescenta-se o Hospital de Santo António, hospital escolar do Instituto Abel Salazar, segunda Faculdade de Medicina no Porto. No que respeita à Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, criada em 1977, segunda Faculdade de Medicina de Lisboa, o apoio hospitalar não existiu esta relação com um único hospital-escola mas com diversos hospitais.

Em Coimbra o ensino médico cirúrgico já existia desde o séc. XII. Presume-se que remonte a 1131 no Mosteiro de Santa Cruz de Coimbra, escola que viria a participar na fundação da própria universidade. A universidade foi por diversas vezes transferida entre Coimbra e Lisboa até 1537, data em que D. João III a fixou definitivamente em Coimbra. A Faculdade de Medicina de Coimbra manteve-se como única escola médica de Portugal até 1825, altura em que foram criadas as Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e do Porto, transformadas em Faculdades de Medicina em 1911, aquando da criação das respectivas universidades.

Theodoro Ferreira de Aguiar foi Cirurgião-Mor da Armada. Elaborou um plano de “Curso de Cirurgia” para funcionar no Hospital Real da Marinha, que veio a servir de matriz para as Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto

A Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa foi um estabelecimento de ensino superior na área da Medicina e Farmácia criada pelo governo presidido por Passos Manoel em 1836 por transformação da Real Escola de Cirurgia, fundada no Hospital de São José em 1825. Da sua fundação até 1911, ministrou o ensino superior de Medicina e Farmácia sendo nesta data transformada na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, a qual manteve agregado a si o ensino de ciências farmacêuticas até 1918. A Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa é assim o antepassado institucional directo das actuais Faculdade de Medicina e Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, sendo actualmente o edifício a sede da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

No Porto a instituição formativa médica superior foi criada em 1825, pelo rei D. João VI, como Real Escola de Cirurgia do Porto. Mais tarde, em 1883, estava instalada em edifício próprio junto ao Hospital de Santo António, onde continuou a decorrer o ensino. Passou a denominar-se Escola Médico-Cirúrgica

gica do Porto. Em 1911, com a criação da Universidade do Porto, a escola foi nela integrada como Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, continuando a utilizar as instalações junto ao Hospital de Santo António. A 24 de Junho de 1959 deu-se a transferência de toda a escola para a área da Asprela onde foi construído o edifício hoje ocupado pela faculdade conjuntamente com o hospital, então designado Hospital Escolar de S. João, tendo sido fundada, no seu anterior lugar junto ao Hospital de Santo António, uma outra escola médica: o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

No respeitante ao ensino da patologia tropical Portugal demonstrou um notável pioneirismo. Em 1887 inicia-se pela primeira vez e o ensino de “Higiene e Doenças Tropicais”. Conforme já referido começa na Escola Naval, muda-se para o Hospital de Marinha e depois para o topo oriental da Cordoaria. Em 1902 por carta do rei D. Carlos toma a designação de Escola de Medicina Tropical. É então director e nela foi professor o médico naval Aires Kopke. Em 1935 passa a ser designada por Instituto de Medicina Tropical e em 1958 transita para um novo edifício vizinho da Cordoaria a Escola de Higiene e Medicina Tropical. Também nesta vizinhança foi edificado o antigo Hospital do Ultramar, hoje o já referido Hospital Egas Moniz.

O ensino da enfermagem no Hospital de Marinha começa em 1892 conforme mencionado prolongando-se até 1979 data em que a Escola de Enfermagem da Armada com então quase um século de existência é incorporada na Escola do Serviço de Saúde Militar. Esta nova instituição tem assegurada a formação de enfermeiros militares e técnicos de diagnóstico e terapêutica dos três ramos e da GNR. Em 2006 realizou-se, na ESSM, de 4 de Setembro a 13 de Outubro, o primeiro curso de pós-graduação em saúde militar para enfermeiros militares e técnicos de diagnóstico e terapêutica também dos três ramos e da GNR.

Na transição para o século XXI tiveram lugar os primeiros cursos de médicos navais e de médicos da Academia da Força Aérea na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Teve também início na Academia Militar curso de médicos do Exército na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova.

Em 1999 ocorre o primeiro curso de oficiais do quadro técnico de enfermagem, diagnóstico e terapêutica (TEDT) do Exército, na Escola Superior Politécnica do Exército (ESPE).

7. Notas finais. O que se pretende da saúde militar

A intervenção da saúde no âmbito militar congrega duas vertentes. A primeira contempla a preparação e suporte a qualquer tipo de operações militares pela preservação do poder da força e da vida humana, e minimização das sequelas físicas e psíquicas do pessoal empenhado. A segunda válida para todo o meio militar e civil, pretende promover o bem-estar físico psíquico e social e não apenas a ausência de enfermidade e doença, isto adoptando uma definição da OMS. Esse bem-estar psíquico e social liga imediatamente o militar ao bem-estar da sua família.

A principal missão do sistema de saúde militar é o apoio sanitário aos efectivos militares e em especial às forças destacadas em operações ou em campanha integrando-se aqui as missões humanitárias e de paz. No entanto esse objectivo requer complementaridade, devendo haver uma extensão a toda a acção que de forma menos directa, mas não menos importante, contribua para o sucesso da missão. Assim as tarefas envolvidas no objectivo da saúde militar podem ser enunciadas da seguinte forma: selecção dos efectivos militares; preservação da capacidade operacional do militar; apoio sanitário às Forças Armadas em território nacional; apoio sanitário às forças nacionais destacadas; evacuação de feridos e doentes das unidades e dos teatros de operações; recuperação de militares indisponíveis; prestação de cuidados de saúde de longa duração aos militares e deficientes das Forças Armadas e prestação de cuidados médicos aos familiares dos militares.

A prontidão e o desempenho nas operações requerem um determinado estado de espírito. Essa disponibilidade mental é um componente indispensável à condição militar principalmente em tempo de guerra, mas também em tempo de paz. É variável naturalmente de indivíduo para indivíduo, mas tem denominadores comuns. Um deles, particularmente importante, é a segurança assistencial hospitalar. O militar deve ter como dado adquirido que tem assistência na doença ou em acidente no teatro de operações e tal não apenas quando está no activo. Quando transitar para a reserva ou para a reforma deve preservá-lo. Deve dispor duma forma específica de “seguro de saúde” inerente à sua condição militar que o liberte da necessidade de procurar outras actividades que lhe assegurem meios económicos para o poder adquirir no mercado. Pela mesma ordem de ideias essa protecção deve ser extensiva á família. O militar deve saber que na sua falta o agregado familiar dependente continua a dispor de assistência hospitalar. O militar que durante o seu período de vida activa é suportado pelo hospital militar, por motivos de garante de operacionalidade, deve continuar a sê-lo quando passa á reserva ou á reforma. Também o seu agregado familiar deve ser abrangido por esse tipo de assistência. Temos assim que o apoio sanitário nomeadamente hospitalar às operações e à família militar constituem um imperativo para o desempenho da missão das Forças Armadas. A alternativa assistencial

poderá de algum modo advir dum subsistema de saúde, neste caso a ADM, mas que deverá, sublinhe-se, ser bem estruturado, abrangente e funcional. No mínimo uma das duas possibilidades terá de existir.

Ainda no que diz respeito à assistência hospitalar, como já foi referido, um hospital é uma entidade onerosa de construir pesada de equipar e dispendiosa de manter em funcionamento. Um hospital diferenciado como deve ser um hospital militar é um encargo significativo para a sociedade e como tal deve ser rentabilizado. A intervenção directa que tem no apoio aos militares no activo não esgota a sua capacidade. A utilização dessa aptidão sobranete no apoio á família militar é uma forma de rentabilização que indirectamente contribui também para o desempenho da missão. A capacidade ainda remanescente pode ser disponibilizada á sociedade civil conforme se tem verificado. O seu maior ou menor potencial é uma segurança de que o Estado dispõe para fazer frente a uma emergência. A elasticidade possível através duma boa gestão permite manter sempre um hospital militar como investimento público rentável.

CADERNOS NAVAIS

Volumes Publicados

- 1. A Marinha e a Revolução nos Assuntos Militares**
Vice-Almirante António Emílio Sacchetti
- 2. Papel das Marinhas no Âmbito da Política Externa dos Estados**
Contra-Almirante Victor Manuel Lopo Cajarabille
- 3. Conceito Estratégico de Defesa Nacional**
Vice-Almirante António Emílio Sacchetti,
Contra-Almirante Victor Manuel Lopo Cajarabille
- 4. O Contexto do Direito do Mar e a Prática da Autoridade Marítima**
Dr. Luís da Costa Diogo
- 5. Considerações sobre o Sistema de Forças Nacional**
Vice-Almirante Alexandre Reis Rodrigues
- 6. Portugal e a sua Circunstância**
Professor Doutor Adriano Moreira,
Vice-Almirante António Emílio Sacchetti,
Dr. João Soares Salgueiro,
Professora Doutora Maria do Céu Pinto,
Professora Doutora Maria Regina Flor e Almeida
- 7. O Poder Naval. Missões e Meios**
Capitão-de-Mar-e-Guerra Carlos Néilson Lopes da Costa
- 8. Sobre o Vínculo do Militar ao Estado-Nação. Breve Abordagem Filosófico-Estatutária**
Segundo-tenente Carla Cristina Martins Pica
- 9. Portugal e os EUA nas Duas Guerras Mundiais: a Procura do Plano Bi-Lateral**
Prof. Dr. José Medeiros Ferreira
- 10. A Estratégia Naval Portuguesa**
Vice-Almirante António Emílio Sacchetti,
Professor Doutor António José Telo,
Vice-Almirante Magalhães Queiroz,
Almirante Vieira Matias,
Contra-Almirante Lopo Cajarabille,
Capitão-de-fragata Marques Antunes,

Dr. Nuno Rogeiro,
Vice-Almirante Ferreira Barbosa,
Dr. Tiago Pitta e Cunha,
Vice-Almirante Reis Rodrigues,
Contra-Almirante Melo Gomes,
Vice-Almirante Alexandre Silva Fonseca,
Vice-Almirante Pires Neves,
Vice-Almirante Rebelo Duarte

11. O Direito Humanitário, as Regras de Empenhamento e a Condução das Operações Militares

Capitão-de-Mar-e-Guerra José Manuel Silva Carreira

12. As Forças Armadas e o Terrorismo

Contra-Almirante José Augusto de Brito

13. O Mar, um Oceano de Oportunidades para Portugal

Almirante Vieira Matias

14. Opções Estratégicas de Portugal no Novo Contexto Mundial

Professor Doutor Ernani Lopes,
Professor Doutor Manuel Lopes Porto,
Dr. João Salgueiro,
Professor Doutor José Carlos Venâncio,
Dr. Salgado Matos,
Dr. Félix Ribeiro,
Professor Doutor Fernando Santos Neves,
Dr. Joaquim Aguiar,
Professor Doutor Adriano Moreira

15. A Security em âmbito marítimo. O Código ISPS

Dr. Luís Manuel Gomes da Costa Diogo,
Capitão-tenente José António Velho Gouveia

16. O Mediterrâneo, Geopolítica e Segurança Europeia

Vice-Almirante António Emílio Ferraz Sacchetti

17. As Grandes Linhas Geopolíticas e Geoestratégicas da Guerra e da Paz

Capitão-tenente José António Zeferino Henriques

18. A NATO e a Política Europeia de Segurança e Defesa. Em Colisão ou em Convergência?

Vice-Almirante Alexandre Reis Rodrigues

19. Segurança e Cidadania. Conceitos e Políticas

Dr. António Jorge de Figueiredo Lopes

- 20. Continentalidade e Maritimidade**
A Política Externa dos Impérios e a Política Externa da China
Professor Doutor António Marques Bessa
- 21. O Poder na Relação Externa do Estado**
Professor Doutor Luís Fontoura,
Embaixador Leonardo Mathias
- 22. Seminário “Uma Marinha de Duplo Uso”**
Intervenções dos Conferencistas
- 23. A Definição de Agressão da Assembleia-Geral das Nações Unidas:
História de uma Negociação**
Dr.ª Maria Francisca Saraiva
- 24. Uma Visão Estratégica do Mar na Geopolítica do Atlântico Coordenadores:**
Professor Doutor António Marques Bessa,
Professor Doutor Pedro Borges Graça
- 25. A Europa da Segurança e Defesa**
Vice-Almirante António Rebelo Duarte
- 26. 1º Simpósio das Marinhas dos Países de Língua Portuguesa**
- 27. Formulação da Estratégia Naval Portuguesa. Modelo e processo**
Contra-Almirante António Silva Ribeiro
- 28. O Sistema de Planeamento de Forças Nacional. Implicações da Adopção do Modelo de Planeamento por Capacidades.**
Capitão-de-Mar-e-Guerra Carlos César Martinho Gusmão Reis Madeira
- 29. Reflexões sobre o Mar**
Uma Homenagem ao Vice-Almirante António Emílio Ferraz Sacchetti
Almirante Fernando Melo Gomes,
Professor Doutor Adriano Moreira,
Vice-Almirante António Ferraz Sacchetti,
Almirante Nuno Vieira Matias,
Vice-Almirante Victor Lopo Cajarabille
- 30. A “Guerra às Drogas”**
Capitão-de-Mar-e-Guerra J. Margalho Carrilho
- 31. Contributos para uma caracterização da Geopolítica Marítima de Portugal**
Primeiro-tenente Humberto Santos Rocha

- 32. 60 anos da Aliança Atlântica. Perspectivas navais**
Almirante Fernando José Ribeiro de Melo Gomes,
Vice-Almirante José Carlos Lima Bacelar
- 33. A Plataforma Continental Portuguesa e o Hypercluster do Mar**
Vice-Almirante Victor Lopo Cajarabille,
Vice-Almirante António Rebelo Duarte,
Dr.^a Patrícia Viana Afonso
- 34. Estratégia Naval Portuguesa - O processo, o contexto e o conteúdo**
Contra-Almirante António Silva Ribeiro,
Capitão-de-Mar-e-Guerra Francisco Braz da Silva,
Capitão-de-Mar-e-Guerra Jorge Novo Palma,
Capitão-de-fragata Nuno Sardinha Monteiro
- 35. O Papel da União Europeia e da União Africana na Prevenção e Gestão de Conflitos em África**
Capitão-de-Mar-e-Guerra Edgar Marcos Bastos Ribeiro
- 36. Oxigénio e medicina subaquática e hiperbárica. Perspectiva histórica e realidade militar em Portugal**
Capitão-de-Mar-e-Guerra José de Gouveia de Albuquerque e Sousa
- 37. Liderança e exercício de comando contributos**
Capitão-de-Mar-e-Guerra Francisco José Costa Pereira,
Capitão-de-Mar-e-Guerra Henrique Eduardo de Gouveia e Melo,
Capitão-tenente Pedro Eduardo Fernandes Fonseca
- 38. O Papel das Forças Armadas nas Operações Inter-Agências de Combate às Ameaças Emergentes em Portugal**
Capitão-de-Mar-e-Guerra Jorge Novo Palma
- 39. Espaços Marítimos sob Soberania ou Jurisdição Nacional. Um Modelo para Potenciar o Exercício da Autoridade do Estado no Mar**
Capitão-de-Mar-e-Guerra António Manuel de Carvalho Coelho Cândido
- 40. Os Media como Vectores na Prossecução dos Objectivos Estratégicos das Forças Armadas**
Capitão-de-Mar-e-Guerra Vladimiro José das Neves Coelho
- 41. O combate à pirataria marítima**
Vice-almirante Alexandre Daniel Cunha Reis Rodrigues

42. Conceitos e Tecnologia das Operações Navais: da II Guerra Mundial aos nossos dias

Almirante Fernando José Ribeiro de Melo Gomes,
Capitão-de-fragata Armando José Dias Correia

43. A Plataforma Continental Portuguesa. Análise do Processo de Transformação do Potencial Estratégico em Poder Nacional

Capitão-tenente Jaime Carlos de Vale Ferreira da Silva

44. A Maritimidade Portuguesa: Do Reavaliar da Consciência à Oportunidade de Desenvolvimento

Vice-almirante Ref João Manuel Lopes Pires Neves,
Vice-Almirante Ref António Carlos Rebelo Duarte

45. Mahan. 7 Virtudes e 7 Pecados

Capitão-de-fragata Nuno Sardinha Monteiro

46. O Processo Estratégico na Marinha

Almirante António Silva Ribeiro

47. Vis per Mare

Breve análise das obras de alguns autores contemporâneos sobre poder no mar

Capitão-de-mar-e-guerra Nuno Sardinha Monteiro

48. Políticas e Estratégias Marítimas da Europa e de Portugal

Vice-Almirante Ref. António Carlos Rebelo Duarte

49. Centro de Decisão de Alcance Global em Contexto Marítimo

Dr. Miguel Marques

50. O mar em perspetiva

Professor Doutor Adriano Moreira

51. Portugal, como potência costeira

Vice-almirante Alexandre Reis Rodrigues

52. A segurança do ciberespaço em Portugal e no setor marítimo

Contra-almirante António Gameiro Marques

53. Uma Marinha útil e minimamente significativa

Vice-Almirante Gouveia e Melo

54. Metodologia dos estudos marítimos

Almirante António Silva Ribeiro

55. As Forças Armadas e a sua capacidade para o empenhamento em cenários complexos de assistência humanitária

Capitão-de-mar-e-guerra Carlos Osvaldo Rodrigues Campos

Nota: Os Cadernos Navais encontram-se disponíveis na internet, no portal da Marinha, sob o título Estudos e Reflexões: <http://www.marinha.pt/pt/a-marinha/estudos-e-reflexoes/cadernos-navais/Paginas/default.aspx>

