

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

**2008/2009**



**TII**

**DOCUMENTO DE TRABALHO**

**O TEXTO CORRESPONDE A TRABALHO FEITO DURANTE A FREQUÊNCIA DO CURSO NO IESM SENDO DA RESPONSABILIDADE DO SEU AUTOR, NÃO CONSTITUINDO ASSIM DOCTRINA OFICIAL DA FORÇA AÉREA PORTUGUESA**

**MODELO CONCEPTUAL PARA A IMPLEMENTAÇÃO  
DE UM SERVIÇO DE MEDICINA DO TRABALHO NAS  
FORÇAS ARMADAS**

***EDUARDO MANUEL NUNES TORPES SANTANA***

***CORONEL MÉDICO***



# **INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES**

## **MODELO CONCEPTUAL PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE MEDICINA DO TRABALHO NAS FORÇAS ARMADAS**

**Coronel Médico Eduardo Manuel Nunes Torpes Santana**

Trabalho de Investigação Individual do CPOG

Lisboa, 2009



# **INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES**

## **MODELO CONCEPTUAL PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE MEDICINA DO TRABALHO (SMT) NAS FORÇAS ARMADAS**

**Coronel médico Eduardo Manuel Nunes Torpes Santana**

Trabalho de Investigação Individual do CPOG

Orientador: Capitão-de-Mar-e-Guerra ECN Rapaz Lérias

Lisboa, 2009



## **DEDICATÓRIA**

À Minha Mãe  
Aos Meus Filhos  
À memória de Meu Pai



## **AGRADECIMENTOS**

Aos Meus Pais, pela referência que para mim constituem, pelos valores que me transmitiram e pelos sacrifícios porque passaram, para me poderem proporcionar uma vida com outros horizontes.

À minha Família, pela solidariedade e compreensão que evidencia perante os constrangimentos resultantes da minha opção de vida e da entrega e empenhamento que lhe dedico em detrimento do seu bem-estar.

À Medicina, pela qual um dia me deslumbrei e apaixonei e, aos meus mestres, de quem tento diariamente ser merecedor dos seus ensinamentos e cuidados.

Ao Senhor MGEN MED Rui Gonçalves pelo seu exemplo como médico e militar que o torna uma referência para todos nós na Força Aérea e especialmente pelos ensinamentos e tolerância que sempre me dedicou e me fazem sentir um privilegiado, em poder tê-lo como amigo.

A todos os oficiais e civis que comigo trabalharam, por terem acreditado nas minhas capacidades e pela distinção que me proporcionaram ao ter sido superiormente escolhido para a frequência deste curso, só possível pela sua colaboração, pelo seu reconhecimento e pela sua generosidade fruto de mais de 25 anos de trabalho em comum.

A todos os militares do meu País porque acreditam nos supremos valores da Pátria e porque por eles estão dispostos a lutar com compromisso da própria vida, constituindo-se como um exemplo e um garante da Liberdade e da Independência Nacional, fazendo-me sentir orgulhoso de lhes pertencer.

A todos os camaradas da Marinha, do Exército e da Força Aérea que me acompanharam no CPOG, pela enriquecedora e inesquecível experiência resultante do convívio e da solidariedade evidenciada ao longo de um ano de profícuo e, nem sempre fácil, trabalho conjunto.

Ao Senhor MGEN MED Mateus Cardoso, ao Senhor CALM MEDN Eduardo Teles Martins, ao Sr. TCOR MED João Pires, ao Sr. CAP TS Enfermeiro Pereira, ao Professor Doutor António de Sousa Uva, à Técnica de Segurança e Higiene no Trabalho Maura Fernandes pela valiosa colaboração e disponibilidade evidenciadas, imprescindíveis para a concretização deste trabalho de investigação.



Por último um reconhecido e sentido agradecimento ao Senhor CMG NCN Rapaz Lérias, meu orientador neste trabalho de investigação, pelo seu inextinguível contributo e pela disponibilidade evidenciada a todo o momento mas, sobretudo, pelos seus conhecimentos abrangentes, pelos seus dotes pedagógicos e pela sua invulgar capacidade de trabalho que o tornam, na minha modesta opinião, um Oficial de referência.



## ÍNDICE

<b>DEDICATÓRIA .....</b>	<b>II</b>
<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>III</b>
<b>ÍNDICE.....</b>	<b>V</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>VIII</b>
<b>PALAVRAS-CHAVE.....</b>	<b>IX</b>
<b>LISTA DE ACRÓNIMOS .....</b>	<b>X</b>
<b>1. Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>a. Objectivo da Investigação.....</b>	<b>1</b>
<b>b. Base conceptual.....</b>	<b>1</b>
<b>c. Contexto actual .....</b>	<b>2</b>
<b>d. Delimitação do Estudo .....</b>	<b>3</b>
<b>e. Organização Sequencial.....</b>	<b>3</b>
<b>f. Metodologia.....</b>	<b>4</b>
<b>2. História da Medicina do Trabalho.....</b>	<b>4</b>
<b>a. No Mundo Ocidental .....</b>	<b>4</b>
<b>b. Em Portugal .....</b>	<b>8</b>
<b>c. Da Medicina do Trabalho à Saúde Ocupacional.....</b>	<b>9</b>
<b>3. A Saúde Ocupacional .....</b>	<b>10</b>
<b>a. Definição.....</b>	<b>10</b>
<b>b. Objectivos.....</b>	<b>11</b>
<b>c. Competências e atribuições .....</b>	<b>11</b>
(1) Do Médico e da Medicina do Trabalho.....	12
(2) Do Técnico e da Higiene e Segurança .....	14
(3) Do Ergonomista e da Ergonomia do Trabalho.....	15
(4) Do Psicólogo e da Psicologia do Trabalho.....	15
(5) Do Enfermeiro e da Enfermagem do Trabalho .....	16
<b>4. O Futuro da Medicina do Trabalho .....</b>	<b>16</b>
<b>a. O contexto .....</b>	<b>16</b>
<b>b. Os recursos.....</b>	<b>18</b>
<b>c. O desempenho.....</b>	<b>19</b>



d.	As mais-valias .....	20
5.	Saúde Militar .....	20
a.	Enquadramento .....	20
b.	População alvo .....	21
c.	Vectorios de sustentação .....	22
d.	Recursos humanos .....	22
6.	Saúde Ocupacional Militar .....	24
a.	Especificidade .....	24
b.	Tempo de paz .....	26
c.	Síntese conclusiva .....	27
7.	Serviços Militares de Medicina Preventiva.....	28
a.	Específicos .....	28
b.	Inespecíficos .....	30
c.	Síntese conclusiva .....	31
8.	Importância da SOM .....	31
a.	Experiência Internacional .....	31
b.	Tempo de conflito .....	34
c.	Síntese conclusiva .....	36
9.	O Hospital das Forças Armadas .....	36
a.	O modelo .....	36
b.	Síntese conclusiva .....	38
10.	Modelo Conceptual.....	38
11.	Conclusão .....	40
12.	Glossário de Conceitos .....	41
13.	Bibliografia.....	44
a.	Livros e Revistas .....	44
b.	Legislação .....	47
c.	Sítios consultados.....	52
ANEXO “A” .....		A - 1
Médicos Militares Especialistas por Ramo e Especialidade em 31 de Dezembro de 2008 .....		A - 1
Médicos Militares Internos de Especialidade por Ramo e Especialidade em 2009.....		A - 2



## **RESUMO**

Após definir o objectivo primordial deste trabalho de investigação, assim como algumas questões com ele relacionadas, o autor descreve a evolução da Medicina do Trabalho ao longo dos tempos – quer no mundo ocidental, em geral, quer em Portugal, em particular – e o progressivo alargamento dos seus conceitos e competências iniciais, originando uma muito mais ambiciosa e complexa área de intervenção, modernamente designada como Saúde Ocupacional (SO).

Neste contexto e, porque se julga ser imprescindível fazê-lo, para melhor compreensão do problema, identifica e define, de forma inequívoca, o espectro de competências inerentes a um serviço desta natureza servindo-se para isso do recurso à descrição pormenorizada das funções assumidas pelos diferentes tipos de profissionais que devem assegurar a sua composição.

Tendo efectuado uma análise sucinta do que tem sido realizado, a nível dos três Ramos, no domínio da Medicina do Trabalho, o autor conclui que é desejável e oportuno a criação de um Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) das Forças Armadas (FFAA) que permita a optimização dos recursos humanos e dos meios materiais actualmente disponíveis.

Este SSO, coordenado por um órgão de cúpula constituído por alguns (poucos) elementos e aproveitando muitas das estruturas já existentes, na dependência do Estado Maior General Das Forças Armadas (EMGFA), teria uma capacidade de actuação muito mais ampla e coerente que o somatório das actuais actividades realizadas, a nível dos três Ramos, no âmbito da MT, e constituiria uma mais-valia para as FFAA, quer em tempo de paz ou de guerra, em Forças operacionais ou de apoio, projectando-as, na área da Saúde, para um patamar de excelência e modernidade, de acordo com os padrões vigentes em outros países considerados de referência.

Por último, o presente trabalho reflecte a tentativa em conciliar tão abrangente e relevante tema, com os condicionalismos formais a que se encontra necessariamente condicionado.



## ABSTRACT

*After defining the main objective of this thesis the author describes the evolution of Occupational Medicine through the times – in the western world and, particularly, in Portugal –and the progressive widening of its initial concepts and proposes, originating a much more ambitious and complex branch of Medicine, presently designated as Occupational Health and Safety .*

*In this context, and because it seems to be important, for better understanding the problem, he identifies and defines, unequivocally, the spectrum of skills inherent to such service, using for this the detailed description of tasks performing the different kind of professionals who ensure their composition.*

*The author makes a succinct analysis of what's has been done in the field of Occupational Medicine in the Army, Navy and Air Force, and suggests that the creation of an Occupational Health and Safety Service of the Armed Forces is desirable and essential to give coherence and optimize the use of currently available human and material resources.*

*This Occupational Health Service of the Armed Forces, coordinated by a board of a few elements, integrating existing facilities and in the hierarchical dependence of the General Chief of Staff, should have a much broader spectrum of duties and responsibilities than the sumo of the activities in the area of Occupational Medicine, presently under way in the three branches of the Armed Forces, and should be assumed as an important step towards efficiency and modernity.*

*At last, this work expresses the author's attempt in reconcile this reach and relevant subject, with the formal conditions that it may necessarily obey.*



## **PALAVRAS-CHAVE**

Acidente de trabalho, Doença profissional, Equipamentos de protecção, Indicadores de exposição, Medicina do Trabalho, População alvo, Risco profissional, Saúde Ocupacional, Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho, Forças Armadas, Serviço de Saúde.



## **LISTA DE ACRÓNIMOS**

- ACT** – Autoridade para as Condições de Trabalho.
- APGRES** – Associação Portuguesa de Gestão do Risco em Estabelecimentos de Saúde.
- ARS** – Autoridade Regional de Saúde.
- CIPSO** – Centro de Investigação e Planeamento em Saúde Ocupacional.
- CEMA** – Chefe de Estado-maior da Armada.
- CEMGFA** – Chefe do Estado-Maior General das Forças Armadas.
- CIMO** – Centro de Investigação em Medicina Ocupacional.
- CMA** – Centro de Medicina Aeronáutica.
- CMH** – Centro de Medicina Hiperbárica.
- CMN** – Centro de Medicina Naval.
- CMMP** – Centro Militar de Medicina Preventiva.
- CPH** – Centro de Performance Humana.
- CPISFA** – Centro de Psicologia da Força Aérea.
- ELA** – Escola de Limitação de Avarias.
- EMFAR** – Estatuto dos Militares das Forças Armadas.
- EMGFA** – Estado-Maior General das Forças Armadas.
- ENSA** – Escola Nacional de Saúde Pública.
- EPC** – Equipamento de Protecção Colectiva.
- EPI** – Equipamento de Protecção Individual.
- EUA** – Estados Unidos da América.
- EUROMIL** – European Organization of Military Association.
- EUROSTAT** – Observatório Estatístico da Comissão Europeia.
- FAP** – Força Aérea Portuguesa.
- FFAA** – Forças Armadas.
- FS** – Forças de Segurança.
- GPA** – Gabinete de Prevenção de Acidentes.
- HFA** – Hospital da Força Aérea.
- HFFAA** – Hospital da Forças Armadas.
- HIP** – Hipótese.
- HM** – Hospital da Marinha.



- HMB** – Hospital Militar de Belém.  
**HMP** – Hospital Militar Principal.  
**IESM** – Instituto Ensino Superior Militar.  
**INE** – Instituto Nacional de Estatística.  
**MDN** – Ministério da Defesa Nacional.  
**MGF** – Medicina Geral e Familiar.  
**MM** – Medicina Militar.  
**MP** – Medicina Preventiva.  
**MS** – Ministério da Saúde.  
**MT** – Medicina do Trabalho.  
**OIT** – Organização Internacional do Trabalho.  
**OM** – Ordem dos Médicos.  
**OMS** – Organização Mundial de Saúde.  
**ONU** – Organização Das Nações Unidas.  
**OSHA** – Occupational Safety and Health Administration.  
**OTAN** – Organização do Tratado do Atlântico Norte.  
**PIB** – Produto Interno Bruto.  
**PSLT** – Promoção da Saúde no Local de Trabalho.  
**QD** – Questão Derivada.  
**RU** – Reino Unido.  
**SHST** – Serviço de Higiene e Saúde no Trabalho.  
**SM** – Saúde Militar.  
**SPMT** – Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho.  
**SO** – Saúde Ocupacional.  
**SP** – Saúde Pública  
**SNS** – Serviço Nacional de Saúde.  
**SMT** – Serviço de Medicina do Trabalho.  
**SSO** – Serviço de Saúde Ocupacional.  
**SSOM** – Serviço de Saúde Ocupacional Militar.  
**SUC** – Serviço de Utilização Comum.  
**UE** – União Europeia.  
**UTITA** – Unidade de Tratamento Intensivo da Toxicodependência e Alcoolismo.  
**TII** – Trabalho de Investigação Individual.



## **1. Introdução**

### **a. Objectivo da Investigação**

A razão da escolha deste tema para trabalho de investigação individual (TII) resulta da inequívoca relação que existe entre o seu enunciado e a minha diferenciação profissional enquanto médico militar, bem como das circunstâncias inerentes ao processo de escolha e selecção levado a cabo pelo corpo docente do Instituto de Ensino Superior Militar (IESM). A comprovar a minha predisposição está o facto de, por iniciativa da Força Aérea Portuguesa (FAP) ter já realizado uma pós graduação em Medicina do Trabalho (MT) na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) em 1986/87, tendo-me tornando Especialista pela Ordem dos Médicos (OM) em 2000, em acumulação com a diferenciação em Gastrenterologia, já anteriormente obtida em 1992 e à qual dediquei a maior parte da minha vida profissional, tendo atingido o grau de Chefe de Serviço.

### **b. Base conceptual**

Desde o início da Revolução Industrial que se tem progressivamente vindo a reconhecer, nem sempre de forma consensual, serem os recursos humanos e as suas competências o melhor património das organizações e ser neles e nas suas capacidades que reside a sua maior vantagem competitiva.

Torna-se assim estratégico, apostar na preservação da saúde dos trabalhadores e promover o seu bem-estar enquanto profissionais, contribuindo desta forma para aumentar a sua motivação e, implicitamente, o rendimento das organizações.

Por outro lado, estes princípios representam, por si só, um compromisso ético e social que hoje em dia não pode, nem deve ser subestimado pelas organizações, tal como vem acontecendo com as preocupações de índole ambiental e de promoção da qualidade de vida dos cidadãos em geral, a que vimos assistindo, um pouco por todo o lado, por representarem recursos escassos e por isso mesmo de valor a preservar.

Estamos, assim, perante a necessidade de efectuar uma opção clara e inequívoca: ou se aposta e investe em melhores condições de trabalho como forma de acrescentar valor às organizações, tornando-as mais competitivas e socialmente aceites na comunidade, ou se desprezam esses valores e atenta contra estes princípios e aquelas tornam-se alvo de exclusão por parte de trabalhadores e consumidores, de crítica social e penalizações de ordem legal.

Como tal, temos vindo a assistir ao crescente aparecimento de diversas organizações promotoras dos direitos dos trabalhadores e da melhoria das suas condições de trabalho. Entre



estas, assume papel relevante a Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919 após a Primeira Guerra Mundial, e que hoje em dia congrega mais de 190 países, entre os quais Portugal. Nela se encontram representados empregados e empregadores na busca das mais adequadas soluções para este tipo de problemas nem sempre pacíficos, por habitualmente se situarem numa zona de interface, onde impera um histórico conflito de interesses, como é o que ainda hoje opõem o operariado ao patronato.

Ficam, deste modo, os governos aderentes e subscritores responsabilizados pela adopção de legislação específica a aprovar sobre estas matérias, estabelecendo regras e penalizações pelo incumprimento das directrizes e recomendações que venham a ser por si ratificadas. É, aliás, graças á OIT que em 1959, através da sua Recomendação nº 112, começaram a proliferar por toda a Europa, Serviços de Saúde no Trabalho (SST). É, também, com esse propósito que se celebra, a nível europeu, a Semana Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, todos os anos subordinada a uma diferente temática.

É neste contexto, que se deve perspectivar o contributo que a MT possa trazer para melhorar o desempenho e o bem-estar dos militares, o que constituirá certamente uma mais-valia que convém não descurar e que importa explorar. Quanto mais não seja, como forma de otimizar as suas actuais capacidades e recursos e, deste modo, contribuir para aumentar a sua aceitabilidade e atractividade e, assim corresponder aos compromissos éticos e sociais a que hoje em dia, todas as organizações se encontram vinculadas.

### **c. Contexto actual**

Com efeito é no trabalho que mais de 43% dos cidadãos europeus – população considerada activa num universo de mais de 530 milhões de habitantes – passa mais de dois terços da sua vida. É por isso, que segundo dados da OIT referentes a 2005, morrem diariamente cerca de 5.000 trabalhadores vítimas de doenças relacionáveis com esse trabalho.

Para além destes números, aquela organização estima que ocorram anualmente 270 milhões de acidentes de trabalho no mundo inteiro e mais de 160 milhões de casos de doença associados ao exercício de uma qualquer actividade profissional.

Perante uma tragédia de tamanha grandeza, a nova estratégia a cinco anos para a saúde e a segurança no trabalho, adoptada em Fevereiro de 2007 pela Comissão Europeia, aponta para o objectivo prioritário de se alcançar uma redução nos estados membros de 25% no número de acidentes e de doenças ligadas ao trabalho. Tudo, porque a maioria destes acidentes e doenças seria evitável, e o primeiro passo para que tal acontecesse seria uma aposta na prevenção e na rigorosa avaliação de riscos que lhes estão associados.



Na verdade, os trabalhadores activos representam metade da população mundial e são os maiores contribuintes para o seu desenvolvimento económico e social, pelo que a prevenção dos riscos profissionais deve ser considerada uma prioridade de todos os países e governos.

#### d. Delimitação do Estudo

O presente estudo tem como objectivo identificar as características do trabalho actualmente desenvolvido pelos serviços médicos dos três Ramos das FFAA no âmbito da MT no que respeita às condições de trabalho dos militares que se encontram na efectividade de funções e do seu pessoal civil em idêntica situação. Não se debruça nem contempla a actividade laboral nos estabelecimentos fabris militares actualmente existentes e que se regem por legislação própria<sup>1</sup>. Aceita também como validada a existência de um Hospital das Forças Armadas (HFFAA) comum aos três Ramos nas condições e princípios enunciados recentemente pelo governo no quadro da reestruturação da Saúde Militar por este preconizada.

Pretendem-se definir, de acordo com o “estado da arte”, as áreas para a intervenção de um Serviço de Medicina do Trabalho Militar (SMTM) e as razões que sustentam a sua criação, tendo em conta a especificidade das funções militares, as missões que lhes são inerentes, a legislação que lhe está subjacente e os exemplos observados em outros países.

#### e. Organização Sequencial

Neste contexto e na sequência do anteriormente exposto, a questão central a que importa dar resposta será:

**“Qual o modelo conceptual mais adequado cuja aplicação conduza à implementação de um SMT nas FFAA?”**

Desta questão central derivam, implicitamente, outras a que importa dar resposta:

**QD1** – Existirá um conceito de MT aplicável à natureza específica das missões cometidas às FFAA?

**QD2** – Conseguem os actuais serviços de saúde militar dar resposta ao espectro de competências inerentes à MT?

**QD3** – É possível medir o contributo que um SMT das FFAA pode trazer ao desempenho das forças operacionais e das unidades de retaguarda nas missões que lhes são confiadas?

<sup>1</sup> Organizações industriais a cuja actividade se aplicam os princípios que regulam a actividade das empresas privadas; Nº 1 do DL nº 252/72 de 27/07.



**QD4** – Podem os actuais recursos existentes ser disponibilizados para otimizar a implementação de um SMT nas FFAA?

**QD5** – Que modelo de SMT é mais adequado à estrutura organizacional das FFAA e à natureza da Medicina Militar (MM)?

Para responder às questões derivadas levantam-se as seguintes hipóteses:

**HIP1** – Os actuais serviços de Saúde Militar conseguem hoje em dia desempenhar todas as funções inerentes à MT.

**HIP2** – Existem funções específicas de um SMT que o podem tornar uma mais-valia para as FFAA.

**HIP3** – São quantificáveis os benefícios decorrentes da intervenção de um SMT nas FFAA.

**HIP4** – Uma boa gestão dos actuais recursos de saúde dos Ramos, pode transformar os gastos inerentes à criação de um SMT num investimento.

**HIP5** – O modelo de enquadramento institucional que vier a ser adoptado para um SMT poderá condicionar a rentabilidade e a capacidade de intervenção deste Serviço.

## f. Metodologia

O presente trabalho de investigação obedecerá ao Método Padrão de Abordagem Científica, contemplado na NEP nº DE 218 e seus anexos em vigor desde 27 de Julho de 2007. A investigação seguirá o método dedutivo, com recurso a pesquisa documental e bibliográfica, à interpretação do suporte documental e legislativo existente, à análise das anteriores e actuais experiências vividas nesta área e dos seus resultados e às orientações decorrentes das entrevistas exploratórias e selectivas efectuadas e dirigidas ao objecto do estudo.

## 2. História da Medicina do Trabalho

### a. No Mundo Ocidental

A história da MT confunde-se com a do próprio Homem na sua luta pela subsistência e desenvolvimento enquanto membro de sistemas sociais organizados do ponto de vista político e económico. Aquele sempre se sentiu impulsionado para enaltecer o contributo do trabalho para o moldar da personalidade e do carácter, reconhecendo ao mesmo tempo os malefícios que dele poderiam resultar para o corpo e para a saúde. De alguma forma sempre se compreendeu e aceitou esta dicotomia pois dela é indissociável a luta pelo desenvolvimento, a preocupação em criar riqueza e a conquista de poder e prestígio.



Desta forma se conhecem referências datadas de 2.500 a.c. onde já se fazia alusão a patologias inerentes ao trabalho nas pirâmides e nas grandes construções da época. Hipócrates, prestigiado médico da Antiguidade e considerado o pai da Medicina clássica, concluiria 450 anos a.c., que a asma era uma doença mais comum em determinadas profissões enquanto noutras parecia assumir presença irrelevante ou inexistente. Encontram-se hoje em dia referências bíblicas de constrangimentos físicos associados à pesca e à pastorícia.

Paracelso (1493-1541), médico alemão tido para muitos como o precursor da Medicina do Trabalho ao escrever o primeiro livro da história da Medicina sobre doenças profissionais, descreve pela primeira vez os riscos associados à extração e tratamento de minérios e à intoxicação profissional pelo radão.

Bernardo Ramazini (1633-1714), professor de medicina em Pádua, foi seguramente o mais notável investigador da patologia do trabalho do seu tempo ao abordar e estudar os acidentes de trabalho e as doenças profissionais. Graças a ele viria a ser editado o livro “*De Morbis Artificum Diatriba – Tratado das doenças dos artesãos*”, importante obra de carácter científico que se iria constituir como referência sobre esta matéria, durante mais de duzentos anos, para toda a comunidade científica da época.

Mais tarde, o médico inglês Charles Thackard (1795-1833), natural de Leeds, publicaria o primeiro livro em língua inglesa sobre doenças relacionadas com o trabalho e a forma de as evitar. Percival Pott (1713-1788), cirurgião seu compatriota, associou pela primeira vez a ocorrência do cancro do escroto à profissão de limpa chaminés em Londres, estabelecendo uma inequívoca relação etiológica entre esta função e a doença por acção da fuligem acumulada na pele destes operários. O próprio Benjamin Franklim (1706-1790), eminente físico americano, revelar-se-ia um estudioso do chumbo e das suas implicações para a saúde do homem, nomeadamente no que diz respeito à intoxicação por ele causada em trabalhadores da indústria vidreira e da cerâmica.

O verdadeiro pioneiro da MT numa perspectiva mais social e integrista terá sido, provavelmente, Villerme Louis René (1782-1863), cirurgião militar francês que, pela primeira vez, chamou a atenção para as condições deploráveis do trabalho nas fábricas então existentes, tendo sido responsável, na sequência do seu trabalho e da contestação que então encabeçou, pela publicação de legislação proibindo o trabalho a menores de 8 anos em fábricas com mais de 20 trabalhadores e o trabalho nocturno a menores de 12 anos.

Ironicamente seria, contudo, o patronato a introduzir pela primeira vez os médicos nas suas empresas em finais do século XIX, já numa fase avançada da Revolução Industrial. Não por qualquer atitude filantrópica ou altruísta mas sim como forma de combater as



devastadoras consequências para a saúde dos operários que as nefastas condições de trabalho da altura exerciam sobre eles, dizimando-os e incapacitando-os de tal modo que punham em risco a própria produção e contribuía para um insustentável clima de mal-estar nas empresas e de conturbação social na comunidade.

Assim, a primeira referência conhecida do emprego de um médico numa fábrica data de 1789 em Quarri Bank e o primeiro SMT poderá, provavelmente, datar de 1830 e ter sido fundado pelo médico inglês Robert Baker (1803-1880) em Leeds, o qual viria mais tarde a assumir as funções de Sub-inspector Fabril, cargo então criado com a intenção de vistoriar as condições de trabalho nas fábricas e zelar pelo cumprimento da legislação então publicada, nomeadamente no respeitante ao trabalho efectuado por menores e por mulheres. Ele próprio se viria a notabilizar pela sensibilidade e preocupações que demonstrou pelas miseráveis condições de vida dos operários de então, tornando-se num iminente reformador particularmente admirado e referenciado por ideólogos e políticos dedicados aos problemas da luta de classes e à defesa do proletariado, então muito em voga.

A obrigatoriedade da notificação das doenças profissionais irá ocorrer no Reino Unido (RU) em 1895 e o direito à indemnização dos trabalhadores vítimas de acidente de trabalho ocorrerá dois anos mais tarde, enquanto a devida a doença, apenas acontecerá em 1906.

Nesse tempo, estas alterações eram já consequência da forte pressão social e do persistente assédio político de que eram alvo os industriais de então sobre as condições deploráveis e o clima de confrontação vivido nas suas empresas. Não é, por isso, de estranhar a publicação da primeira lei visando melhorar as condições de trabalho de mulheres e crianças em França em 1898, a qual irá abrir caminho a que sejam indemnizadas inicialmente as vítimas de acidente de trabalho e, mais tarde, em 1919, as de doença profissional, tal como já acontecera alguns anos antes no RU.

Seria em Itália em 1901, que Luigi Devoto publicaria a primeira revista de segurança e saúde no trabalho, ainda hoje editada apesar dos vários interregnos, e onde em 1902, se realizaria a primeira conferência internacional sobre doenças profissionais. Caberia, aliás, a este prestigiado médico italiano, a fundação e a direcção da primeira Clínica de Medicina do Trabalho do mundo, instituída em Milão em 1910.

Em 1919 nasce, como já vimos, a OIT na sequência de diversas convenções internacionais então realizadas para discutir problemas transversais à saúde dos trabalhadores, tais como os que resultavam do trabalho nocturno das mulheres e dos riscos inerentes à utilização de certos compostos utilizados na indústria química. Em 1920 nasceria a *Società*



*tragli Amici della Clinica del Lavoro* cujo objectivo fundamental seria promover o estudo e a implementação da Medicina do Trabalho em Itália.

Será preciso esperar, contudo, pelo pós-guerra e num contexto de grande esforço laboral, motivado pela reconstrução, e na sequência da já célebre Recomendação nº 112 da OIT, para que se começassem a desenvolver e a generalizar por toda a Europa, Serviços de Saúde no Trabalho, então denominados de – *Occupational Health Services* em Inglaterra ou *Services de Médecine du Travail*, nos países francófonos.

Em 1946 os SMT tornar-se-iam obrigatórios em França situação que, por exemplo, apenas viria a ocorrer na Bélgica em 1965.

Nesse mesmo ano, seria criada nos Estados Unidos da América (EUA) a *American Academy of Occupational Medicine* onde desde 1954 a MT já era reconhecida como uma especialidade médica autónoma, com capacidade de poder integrar os seus serviços públicos e, inclusive, as suas FFAA.

Alice Hamilton (1869-1970), médica americana, tornar-se-ia a precursora da moderna Higiene Industrial e a primeira mulher a ser convidada para leccionar, como residente, essa cadeira na Universidade de Harvard, vindo a ser consagrada após a sua morte como patrona do prestigiado Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional dos EUA.

Alain Wisner (1923-2004), médico francês, tornar-se-ia entretanto o precursor da ergonomia, como ciência associada aos constrangimentos do trabalho resultantes do binómio homem-máquina, conjuntamente com o também francês François Daniellou, até há pouco professor desta cadeira na Universidade de Bordéus. Também Cristophe Defoure, ex. director do Laboratório de Psicologia do Trabalho de França, seria um dos precursores do papel relevante e da importância desta cadeira na abordagem e estudo das implicações da componente psicossocial do trabalho nas organizações.

Em 1971 nasce nos EUA a *Occupational Safety Health Administration* (OSHA) organização que se viria a tornar a maior associação mundial de defesa e promoção da saúde dos trabalhadores ao assumir funções de carácter técnico, científico e de regulação para as condições de trabalho nesse país, abrangendo dessa forma, mais de 100 milhões de trabalhadores.

Ultimamente, a 60ª Assembleia Mundial da Saúde viria a aprovar o plano global sobre Saúde dos Trabalhadores, documento orientador das políticas nacionais a adoptar na defesa e promoção da saúde nos locais de trabalho para o decénio de 2008 – 2017.

Mais recentemente, a 15 de Janeiro de 2008, o Parlamento Europeu aprovaria a estratégia comunitária para a saúde e segurança no trabalho para 2007-2012, na qual é



proposta a criação de um quadro normativo moderno e o reforço da aplicação da legislação actual pelos estados membros, o aprofundamento da cooperação entre si e a troca de experiências vividas por cada um deles.

## **b. Em Portugal**

Numa primeira fase (1850 – 1950) foram criados nalgumas empresas de grande dimensão<sup>1</sup> serviços médicos próprios orientados para o diagnóstico e tratamento da doença do seu pessoal, independentemente da sua etiologia, num contexto de medicina curativa e de socorro aos acidentados de trabalho. Mais tarde (1960 – 1980) esses serviços médicos seriam orientados para o diagnóstico de patologias específicas da sua actividade e às quais se encontravam expostos os seus operários. Foram então criados os Serviços Médicos de Empresa exclusivamente para a prevenção dessas doenças, de entre as quais a silicose<sup>2</sup> viria a constituir o exemplo mais emblemático. Estima-se que nessa altura, esta tivesse uma incidência de 0,44 a 30% entre os mais de 75.000 mineiros das 54 minas de sílica então existentes no nosso país<sup>3</sup>. É nesse contexto que assumem particular relevância os exames médicos realizados com o intuito de obter um diagnóstico precoce e orientado para a doença. Os serviços viviam centrados exclusivamente na pessoa do médico do trabalho e a sua intervenção não contemplava qualquer outro papel no que diz respeito ao diagnóstico, prevenção ou profilaxia de qualquer outro tipo de patologia.

É em 1963 que se inicia o ensino regular da MT com a criação de um primeiro curso no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge<sup>4</sup>, inicialmente apenas para médicos com formação em Saúde Pública (SP), tendo em consideração o ênfase que na altura era dado à componente sanitária da MT e que se viria a manter até aos nossos dias nos países anglo-saxónicos. É só a partir de 1967/68 que o curso se iria abrir a todo e qualquer licenciado em medicina que para o efeito se candidatasse, perdendo essa concepção sanitarista moderna<sup>5</sup>, de que os exames de sanidade, o rastreio da tuberculose, os dispensários, a vacinação, a medicina escolar, a venereologia e a luta anti sazonal foram paradigmas e, que perduraria no nosso Sistema de Saúde e na instituição militar até meados dos anos setenta<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> Caminhos-de-ferro e Companhia União Fabril.

<sup>2</sup> Doença respiratória causada pela inalação de poeiras de sílica que provoca inflamação e fibrose pulmonar.

<sup>3</sup> ISHST: Diagnóstico e Gestão do Risco em Saúde Ocupacional.

<sup>4</sup> Decreto-lei nº 45160 de 25 de Julho de 1963.

<sup>5</sup> Reforma (1899-1901) de Ricardo Jorge.

<sup>6</sup> Reforma da Saúde de 1971.



Apenas em 1967, um ano após a criação da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, é publicada legislação<sup>1</sup> que iria obrigar todas as empresas industriais e comerciais do país a terem serviços médicos do trabalho, situação que nos colocava na altura, cerca de vinte anos atrasados em relação à França e a muitos outros países europeus onde essa obrigatoriedade datava já de 1946.

Em 1979 a OM viria a reconhecer pela primeira vez a MT como especialidade médica e a partir de 1991 passaria a realizar-se anualmente o Fórum Nacional de MT, encontro de carácter científico onde se reúnem profissionais dos diferentes sectores da saúde no trabalho.

Finalmente, em 2008 e, na sequência da política europeia para o sector, o Conselho de Ministros aprova a Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho onde se configura o quadro global da política de prevenção de riscos profissionais e de promoção do bem-estar no local de trabalho no nosso país, para o horizonte temporal de 2008-2012.

### **c. Da Medicina do Trabalho à Saúde Ocupacional**

É só a partir de 1980 que a MT assume carácter multidisciplinar e multiprofissional<sup>2</sup>. É assim que enfermeiros, engenheiros, ergonomistas, técnicos de higiene e segurança e psicólogos passam a integrar esses serviços retirando-lhes a sua tradicional concepção medicocêntrica e unidisciplinar transmitindo-lhe uma dimensão mais integral. Adopta-se a partir de então uma visão mais ampla dos factores que estão na génese da patologia laboral como os estilos de vida as condições ambientais (físicas e psicossociais), os equipamentos, as infra-estruturas e assumem-se responsabilidades em áreas respeitantes à prevenção da doença<sup>3</sup> e à promoção da saúde no local de trabalho.

Convém referir que tudo isto ocorreu num contexto marcado por profundas transformações a nível do mundo laboral, dos recursos disponíveis e dos sistemas de saúde e solidariedade social fruto de um crescimento económico nunca antes observado de forma tão consistente. Muitas grandes e médias empresas do sector agro-alimentar, dos transportes, da metalomecânica pesada, da reparação e construção naval, da indústria mineira e química assumem a partir dos meados dos anos sessenta serviços próprios de medicina curativa independentes dos de MT já existentes sendo esses, na maioria dos casos, extensões dos serviços médicos sociais da então Caixa de Previdência. Este processo irá culminar com a

<sup>1</sup> Decretos-lei nº 47511 e 47512 de 25 de Janeiro.

<sup>2</sup> Recomendação nº 171 da OIT, 1985.

<sup>3</sup> Conjunto de medidas destinadas não só a prevenir a ocorrência de doença, designadamente a eliminação ou redução de factores de risco (prevenção primordial ou primária), mas também, uma vez estabelecida a doença, a conter a sua evolução e reduzir as suas consequências (prevenção secundária e terciária).



atribuição, pela primeira vez a esses serviços, da dupla missão de prevenção dos riscos profissionais e da promoção e vigilância da saúde dos trabalhadores.

Deixa, pois, de fazer sentido a partir de então falar-se em SMT centrados exclusivamente na pessoa do médico e no seu trabalho mas antes em SSO ou SHST, onde essas funções passam a ser desempenhadas por equipas multidisciplinares, normalmente dirigidas por Médicos do Trabalho, facto em si justificável não só pelas origens do processo como pelo objecto da sua intervenção que, apesar de tudo, não deixa de ser a preservação da saúde do homem enquanto trabalhador.

É por isso que a partir de 1990 podemos constatar a presença de SSO em todo o mundo desenvolvido em consequência de uma nova abordagem científica dos riscos associados ao trabalho.

Em 1994/95 o curso de MT passa a denominar-se Curso de Especialização em Medicina do Trabalho com dois anos de duração e cerca de 1.050 horas de carga horária, ministrado pelas Universidades Nova de Lisboa, do Porto e de Coimbra apesar de apenas reconhecido como tal pela OM, a partir de Outubro de 2000.

### **3. A Saúde Ocupacional**

#### **a. Definição**

Como vimos, a MT e em sentido mais lato a SO, não se constituem como uma ciência em si próprias; são antes um conjunto multidisciplinar de conhecimentos, organizados e estruturados com um objectivo comum, exercido por profissionais com formações distintas. Desta forma estabelecem regras e procedimentos que visam preservar e promover a saúde do homem no local de trabalho com ganhos de eficiência e economia de custos, através de um sistema coerente e integrado de acções. Adoptam também a designação de SHST tendo como missão promover, vigiar e manter o mais elevado padrão de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores, enquanto profissionais, seja qual for o tipo de organização, instituição ou empresa, pública ou privada em que operem. A sua actividade cumpre-se no terreno e baseia-se na observação dos trabalhadores, dos locais e dos postos de trabalho, na forma como estes se encontram organizados e na análise científica da informação recolhida. O conhecimento do meio ambiente, dos equipamentos, dos processos e dos comportamentos são fundamentais para a qualidade da resposta que poderá fornecer ao Homem enquanto trabalhador. Não interfere com a cultura institucional ou se inibe com a especificidade das organizações – por mais excêntricas ou tradicionais que sejam – desde que respeitem os pressupostos éticos e



legais inerentes, tanto no sector público como no privado, tal como se prevê e deseja que aconteça nas Forças Armadas.

Actualmente os SSO constituem-se como serviços autónomos, de exercício profissional não tutelado, subordinados à hierarquia ética e deontológica da OM e técnica das Autoridades Regionais de Saúde e da Autoridade para as Condições de Trabalho (ACT). Este facto torna-os enquanto serviços médicos, livres de qualquer hierarquia médica que possa, eventualmente, colidir com a sua independência técnica como acontece, por exemplo, nos estabelecimentos hospitalares ou centros de saúde, onde se constituem como serviços que não dependem das suas direcções clínicas. Devem por isso, possuir Arquivo Clínico e ficheiros próprios, independentes e inacessíveis a quaisquer outros profissionais de saúde estranhos ao serviço e não mandatados judicialmente para o efeito.

Desta perspectiva resulta interessante condicionalismo ético e deontológico<sup>1</sup> à prática da MT, o qual desaconselha e reprova que o médico do trabalho possa desempenhar perante a população de que é responsável outras funções clínicas, nomeadamente a prática de actos de medicina curativa que não resultem de situações inopinadas de emergência médica.

## **b. Objectivos**

São objectivos comuns a qualquer SSO:

- Estabelecer um conjunto de metodologias, regras e procedimentos, tendentes a prevenir as alterações de saúde – doenças profissionais e acidentes de trabalho – resultantes da actividade laboral, tal como previsto no Código do Trabalho<sup>2</sup>.

- Proteger os trabalhadores dos riscos<sup>3</sup> a que estão expostos, evitando a ocorrência de acidentes<sup>4</sup> de qualquer natureza, relacionados com o trabalho.

- Incrementar ambientes e práticas de trabalho saudáveis e promover<sup>5</sup> a saúde nos locais de trabalho.

## **c. Competências e atribuições**

Não existe melhor forma de demonstrar em que consiste o espectro de funções da SO do que descrever as competências que os seus diferentes profissionais devem assegurar numa organização onde estejam presentes:

---

<sup>1</sup> Código Internacional de ética para os profissionais de saúde no trabalho (ICOM, 2005)

<sup>2</sup> Lei nº 7/2009, de 12 de Fevereiro.

<sup>3</sup> Algo indesejável ou que se desconhece, que pode trazer dano ou insucesso a pessoas, bens ou projectos, em função da probabilidade e frequência com que ocorre e que irá determinar a sua gravidade e aceitabilidade.

<sup>4</sup> Todo o acontecimento inesperado, incluindo os actos de violência, derivados do trabalho ou com ele relacionado, do qual resulta uma lesão corporal, uma doença ou a morte, de um ou vários trabalhadores.

<sup>5</sup> Comité misto OIT/OMS, 1950.



## (1) Do Médico e da Medicina do Trabalho

Funções obrigatoriamente desempenhadas por licenciados em medicina com especialidade em Medicina do Trabalho reconhecida pela OM e que têm como função assegurarem:

- A caracterização da população alvo sob sua dependência clínica, através de indicadores – sociais, culturais, profissionais, demográficos, económicos e biométricos – de modo a poder caracterizar uma matriz que permita mais tarde correlacionar com os dados clínicos e epidemiológicos<sup>1</sup> julgados importantes.

- Avaliar os riscos de cada função, o tipo de exposição a eles inerente e identificar os trabalhadores a eles, potencialmente expostos.

- Seleccionar os indicadores biológicos<sup>2</sup> e ambientais de exposição, definindo a periodicidade da sua realização, e forma de monitorizar os seus resultados.

- Diagnosticar e prevenir as doenças profissionais<sup>3</sup>, as “doenças agravadas pelo trabalho” e as “doenças com ele relacionadas”.

- Promover as imunizações e profilaxias inerentes aos riscos de exposição e não incluídas no programa nacional de vacinação e, avaliar o grau de imunização obtido. Definir para os atópicos os procedimentos adequados ao exercício de tarefas de risco.

- Planear e orçamentar os custos inerentes às campanhas de vigilância de saúde e prevenção tendo em de conta as respectivas relações custo – benefício.

- Promover a recuperação e reintegração dos trabalhadores vítimas de exclusão, discriminação, agressão, assédio ou em processo de recuperação de diferentes formas de adição ou de perturbações com origem social ou familiar.

- Determinar a composição da grelha de exames médicos a realizar e definir a sua periodicidade de acordo com o sexo, profissão, grupo etário e riscos de exposição.

- Promover o relacionamento institucional com os médicos assistentes dos trabalhadores e com as instituições e os organismos considerados imprescindíveis à concretização dos seus propósitos.

- Vistoriar os locais de trabalho, de modo regular e periódico, elaborando estudos e relatórios, para o grau hierárquico superiormente definido, sobre as desconformidades identificadas e as soluções preconizadas.

<sup>1</sup> Estudo dos determinantes da saúde ou acontecimentos a eles associados em populações específicas e a aplicação desse estudo ao controlo dos problemas de saúde.

<sup>2</sup> Toda a substância, estrutura ou processo que pode ser quantificado no organismo ou nos seus meios biológicos, que influencia ou prediz a incidência de um acontecimento ou de uma doença.

<sup>3</sup> Decreto – regulamentar 6/2001, de 5 de Maio.



- Requalificar, recolocar ou reconverter os trabalhadores, vítimas de doença ou acidente dos quais tenha resultado incapacidade<sup>1</sup>.
- Definir os equipamentos de protecção individual<sup>2</sup> e colectiva necessários e adequados à actividade profissional, garantindo a sua correcta utilização e avaliando a sua eficácia.
- Analisar, caracterizar e quantificar o absentismo por doença<sup>3</sup> e por sinistro na população alvo tentando intervir nas causas de modo a atenuar o seu impacto.
- Calcular o “*turn-over*”, as taxas<sup>4</sup> de morbilidade e mortalidade e o seu impacto na organização.
- Identificar os constrangimentos físicos e psíquicos, decorrentes do trabalho realizado em condições hostis.
- Propor superiormente o modelo de SSO<sup>5</sup> adequado à empresa ou instituição, face às necessidades identificadas e aos requisitos legais a cumprir.
- Proteger a vida, a segurança e os bens de terceiros, que possam ser potenciais vítimas de erros cometidos por trabalhadores, sob sua responsabilidade clínica laboral
- Analisar e intervir nas causas da sinistralidade de modo a eliminá-las de acordo com os seus índices de frequência e gravidade e participando – os às entidades competentes.
- Avaliar a eficiência e eficácia dos meios e procedimentos de socorro existentes nos locais de trabalho através de exercícios e simulações.
- Promover a recuperação e reintegração dos sinistrados no seu regresso ao trabalho e participar no processo de compensação pelos danos<sup>6</sup> sofridos e legalmente previstos<sup>7</sup>.
- Servir de intermediários nas organizações entre as chefias e os representantes dos trabalhadores<sup>8</sup> para as questões de saúde e condições de trabalho.
- Assegurar a confidencialidade e segurança dos dados clínicos a seu cargo e garantir a independência técnica do Serviço face á entidade patronal, de acordo com os requisitos éticos e legais em vigor.

<sup>1</sup> Total, parcial, temporária ou definitiva; decreto-lei 341/93, de 30 de Setembro.

<sup>2</sup> Todo o dispositivo de uso individual destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador.

<sup>3</sup> Não comparência ao trabalho de um trabalhador por razões de saúde ou outras, nas condições em que seria de esperar a sua comparência.

<sup>4</sup> Medida de frequência de um acontecimento, número de casos num dado período de tempo.

<sup>5</sup> Interno ou próprio da empresa e externo ou contratado; decreto-lei nº 109/2000, de 30 de Junho.

<sup>6</sup> A lesão corporal, perturbação funcional ou doença que determine redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte do trabalhador.

<sup>7</sup> Decreto-lei nº 248/99, de 2 de Julho.

<sup>8</sup> Decreto-lei 488/99, de 17 de Novembro.



- Fornecer as aptidões médicas para o desempenho de funções – que não para a profissão – através da realização dos exames médicos<sup>1</sup>.

- Elaborar a história clínica laboral dos trabalhadores e o cadastro individual dos riscos a que estiveram expostos e as avaliações a que foram submetidos. Emitir a ficha de aptidão do trabalhador para a entidade patronal e para os organismos oficiais competentes.

- Fornecer pareceres técnicos, no âmbito das suas competências, para os níveis hierárquicos superiores, sempre que nas organizações se proceda à aquisição de máquinas, equipamentos, vestuário ou à realização de alterações estruturais dos locais de trabalho.

- Participar em acções de educação<sup>2</sup> e promoção da saúde em geral ou sobre matérias específicas da actividade laboral e avaliar, através de questionários e entrevistas, o grau de satisfação dos trabalhadores.

- Elaborar, de acordo com a legislação<sup>3</sup>, o relatório e o plano de actividades anuais para a entidade patronal e para as diferentes entidades oficiais previstas.

## (2) Do Técnico e da Higiene e Segurança

- Funções obrigatoriamente exercidas por profissionais com formação técnico profissional ou pós graduada – nível 3 (técnico) ou nível 5 (técnico superior) – em Segurança, Higiene e Ambiente, reconhecida e validada pelo ACT<sup>4</sup>. De acordo com a lei<sup>5</sup> prevê-se que devam existir em cada empresa dois técnicos por cada médico do trabalho, tendo em linha de conta o número de trabalhadores existente na organização e o sector de actividade em que esta opere e a quem compete:

- Controlar os riscos associados às infra-estruturas e ao processo produtivo no local de trabalho. Proceder à sua análise<sup>6</sup> e avaliação, de modo a propor as alterações conducentes a atenuar ou eliminar esses efeitos.

- Participar, de acordo com o regulamentado<sup>7</sup>, na elaboração dos planos de emergência e de evacuação, na formação da rede interna de coordenadores de higiene e segurança, na rotulagem e identificação de manipulados, na vigilância, acondicionamento e armazenagem de produtos, no estabelecimento de regras de manipulação e transporte de

<sup>1</sup> Iniciais, periódicos e ocasionais a pedido do próprio ou da entidade empregadora; portaria 1031/2002, de 10 de Agosto.

<sup>2</sup> Construção consciente de oportunidades de aprendizagem com vista à facilitação de mudanças de conhecimentos, atitudes e comportamentos.

<sup>3</sup> Portaria 200/09 de 20 de Março.

<sup>4</sup> Decreto – Lei nº 110/2000, de 30 de Junho.

<sup>5</sup> Lei n.º 35/2004, de 9 de Julho, artigo 230º.

<sup>6</sup> O processo de uso de informação susceptível de identificar factores de risco e de estimar a probabilidade de ocorrência de um efeito adverso para a saúde e segurança.

<sup>7</sup> Decreto-lei nº 488/99, de 17 Novembro.



cargas, na implementação da sinalética obrigatória nos locais de trabalho e espaços públicos, no estabelecimento dos circuitos de segurança das instalações, na definição dos meios e procedimentos de socorro para cada local de trabalho.

- Colaborar na implementação das metodologias não médicas, necessárias à prevenção das doenças profissionais, através da identificação, avaliação e controlo dos agentes físicos, químicos e biológicos presentes nos componentes materiais – estruturas e equipamentos – do local de trabalho tais como: iluminação, ruído, temperatura, vibração, humidade, qualidade do ar, poluentes tóxicos, contaminação microbiológica ambiental, gestão de resíduos, qualidade da água de consumo, higiene e segurança alimentar, tratamento das águas residuais, sistemas de esgotos e exaustão de fumos e vapores.

### **(3) Do Ergonomista e da Ergonomia do Trabalho**

Funções inerentes a profissionais com licenciatura ou pós graduação em ergonomia que muitas vezes as exercem em acumulação com competências já adquiridas na área da higiene e segurança e a quem compete:

- Actuar na concepção de equipamentos e desenvolver metodologias que permitam tirar o máximo rendimento das suas potencialidades, sem causar dano ao homem.

- Conceber e reformular serviços e equipamentos em função dos seus utilizadores, inseridos em equipas multidisciplinares de SO.

- Participar na escolha e aquisição de novos equipamentos e infra-estruturas, na gestão de espaços e na introdução de novas tecnologias ligadas à produção.

- Intervir sobre os métodos de trabalho e na velocidade e ritmo de execução das tarefas.

### **(4) Do Psicólogo e da Psicologia do Trabalho**

Profissionais com licenciatura em psicologia e especialização em psicologia da empresa e análise de processos que, desejavelmente, asseguram entre outras as seguintes funções:

- Procedem à análise de funções por posto de trabalho e intervêm no recrutamento, na selecção e na integração de trabalhadores vítimas de acidente, doença, discriminação, violência ou assédio no local de trabalho;

- Participam na avaliação do desempenho e das competências profissionais desenvolvendo programas de formação e de gestão de carreiras;

- Intervêm na gestão de conflitos, na negociação e mediação laboral sempre que necessário;



- Identificam e avaliam os riscos psicossociais no contexto do trabalho e desenvolvem estratégias e intervenções para a sua eliminação e prevenção;
- Realizam diagnósticos tendo em conta os constrangimentos decorrentes da organização do trabalho e das capacidades requeridas para a sua execução;
- Realizam investigação psicológica e promovem o relacionamento social e laboral no local de trabalho.

#### **(5) Do Enfermeiro e da Enfermagem do Trabalho**

Funções exercidas obrigatoriamente por licenciados em enfermagem com especialização em Saúde Comunitária ou pós graduação em Saúde Ocupacional e a quem compete:

- Participar e intervir nas campanhas de educação no âmbito da saúde e bem-estar, tendo em conta as necessidades identificadas;
- Acompanhar os trabalhadores perante constrangimentos externos que tenham implicações na sua actividade ou contribuam para aumentar os riscos a que este possa estar exposto;
- Averiguar os casos de violência ou assédio nos locais de trabalho promovendo o seu encaminhamento para o médico do trabalho;
- Realizar acções de formação em saúde, higiene e segurança no trabalho quando da admissão dos trabalhadores e sempre que ocorra uma mudança de função;
- Organizar a emergência interna em colaboração com técnicos e trabalhadores com funções atribuídas nesta área e manter actualizados os meios de primeiro socorro e participar em acções de formação dos trabalhadores em procedimentos de emergência.

### **4. O Futuro da Medicina do Trabalho**

#### **a. O contexto**

A existência de serviços onde impera cada vez mais o trabalho administrativo ou intelectual em detrimento do trabalho manual<sup>1</sup> – nos últimos cem anos mais de 50% dos trabalhadores passaram do sector primário para o terciário – característico das fábricas dos princípios do século XIX e do taylorismo,<sup>2</sup> tem progressivamente posto fim aos modelos profissionais característicos da era industrial.

<sup>1</sup> Source. 1890 – 1950: Adapt. de / Nunes (1989).

<sup>2</sup> Corrente de análise científica do trabalho introduzida por Frederick Taylor.



A crise petrolífera dos anos setenta (1973) veio demonstrar que são escassos os recursos que o homem tem à sua disposição, obrigando-o desde então a pensar na sua gestão criteriosa e eficiente. O acesso a cuidados de saúde é cada vez mais oneroso e a incapacidade competitiva resultante da doença perspectiva-se como cada vez mais penalizante.

Será necessário responder aos novos desafios transversais à sociedade tais como os novos modelos de reforma, o desemprego de curta e longa duração, as incapacidades e doença, qualquer deles exigindo soluções adequadas dos estados e organizações em geral e dos profissionais de saúde em particular. Passam, deste modo, a ter a sua actividade mais centrada no indivíduo do que no posto de trabalho, mudando deste modo o paradigma clássico da sua esfera de intervenção contribuindo decisivamente para aquilo que hoje em dia se intitula de “*health management*”.

O aumento da mobilidade, flexibilidade e polivalência dos trabalhadores constituirão armas para enfrentar o desemprego e a competitividade com repercussões para o homem, para o seu agregado familiar e para o tecido social onde se encontra inserido. Simultaneamente, sobressai a necessidade em conciliar precariedade de trabalho com maior longevidade activa o que irá transferir o “choque de gerações” para o interior das organizações, exigindo conciliar inovação e competitividade com envelhecimento natural, situações que se perspectiva poderem também vir a ocorrer nas FFAA.

Uma das questões que se irá colocar aos médicos do trabalho é a de identificar contributos para humanizar locais considerados como “áreas de criação de valor”, inseridos em sociedades cada vez menos solidárias, mais mercantis e globalizadas, num ambiente de feroz competitividade no qual as empresas lutam permanentemente pela sobrevivência.

Nesse sentido começaram a surgir no norte e centro da Europa, no fim do século passado, correntes de opinião defendendo um novo modelo de SO que permita adaptar a sua acção a esses novos paradigmas, modelo que foi, aliás, enunciado em 1997 através da Declaração do Luxemburgo pela Rede Europeia para a Promoção da Saúde no Local de Trabalho (PSLT). Esta nova visão assenta no esforço conjunto que se exigirá a empregadores, trabalhadores e sociedade em geral no sentido de melhorarem as condições de saúde e o bem-estar nos locais de trabalho, através de uma combinação de estratégias, troca de conhecimentos e de experiências vividas por cada um e trocadas em rede entre os países subscritores.



A concretização da PSLT pressupõe por um lado a adopção das medidas constantes na Directiva Quadro sobre Saúde e Segurança no Trabalho<sup>1</sup>, a qual lançou as bases para a reorientação das práticas e da legislação referentes à SO e, por outro, o incentivo e convite ao investimento nos locais de trabalho enquanto ambientes privilegiados para a promoção e manutenção da saúde.

As organizações internacionais de saúde estimam que até 2020 a depressão venha a tornar-se a principal causa de incapacidade para o trabalho e, assim sendo, o local de trabalho deve ser considerado como um espaço privilegiado para prevenir problemas psicológicos e promover a saúde mental. Nas FFAA americanas o suicídio entre veteranos de guerra é três vezes superior ao da população em geral e constitui, actualmente, um flagelo social e de SP nesse país.

O papel da saúde e segurança no trabalho é vital para reforçar a competitividade nas instituições. A título de exemplo, diga-se que múltiplos estudos demonstram que a correcção de um só factor de risco para doença cardiovascular num trabalhador implica um aumento da sua produtividade em cerca de 9% e uma quebra no absentismo por doença a ela associado de 2%<sup>2</sup>. Reconhece-se, assim, que só uma população saudável, motivada, qualificada e disponível poderá contribuir para o desenvolvimento e sucesso das organizações e para aumentar a sua competitividade bem como para diminuir os custos individuais e sociais decorrentes das incapacidades, evitáveis, contraídas no local de trabalho.

#### **b. Os recursos**

Existem hoje em dia cerca de 865 médicos inscritos na OM como especialistas em MT. Cada um deles, de acordo com a actual legislação,<sup>3</sup> poderá ser responsável por um número de trabalhadores que corresponda a 150 horas por mês do seu trabalho, tendo em linha de conta que cada hora corresponde a 10 trabalhadores do sector industrial ou a 20 se pertencentes a qualquer outro sector de actividade.

Torna-se evidente que esse número de especialistas, neste contexto, é manifestamente insuficiente para o nosso país, tendo em linha de conta que a sua população activa requereria 1.500 a 2.300 especialistas a tempo completo.

As próprias FFAA, a terem de obedecer a estes critérios, necessitariam de acordo com o seu actual número de efectivos no activo de 13 a 27 médicos do trabalho exercendo a tempo completo. Simultaneamente, convém referir que muitos dos actuais especialistas nesta área

<sup>1</sup> Directiva nº 89/391/CEE.

<sup>2</sup> José Soares; Executive Health & Wellness, Público. Março 2009.

<sup>3</sup> Decreto-lei nº 35/2004, de 9 de Julho.



exercem a MT a tempo parcial, acumulando essas funções com outras actividades. Isto deve-se, fundamentalmente, a uma maior atracção dos actuais especialistas por actividades de índole predominantemente hospitalar ou estritamente clínica, exercida entre pares, em detrimento do trabalho em ambiente fabril, rodeado de profissionais com formação e interesses distintos, com quem nem sempre é possível estabelecer canais fáceis de comunicação.

Por outro lado, o tecido empresarial português, composto essencialmente por micro e pequenas empresas<sup>1</sup> – mais de 80% tem menos de nove trabalhadores – torna pouco sedutor para os médicos do trabalho o exercício da sua especialidade em “palcos” desta dimensão tendo em conta o enquadramento legislativo e o regime contratual a que o médico fica exposto, em contraste com a segurança e estabilidade que ainda hoje pode obter nas instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

### **c. O desempenho**

Mais recentemente, a possibilidade de as empresas de pequena e média dimensão poderem contratualizar serviços externos<sup>2</sup> de MT, com o fim de legitimarem as suas obrigações e responsabilidades nesta matéria, tornou esta especialidade num negócio vulnerável a todo o tipo de más práticas por parte de empresários e profissionais menos escrupulosos ou com formação menos adequada. Transmite-se, assim, para o exterior uma imagem deturpada dos verdadeiros objectivos da especialidade, reduzindo-a a um negócio pouco qualificado e sedutor para profissionais e empresários.

Simultaneamente, o exercício da MT coloca o médico perante uma encruzilhada de interesses nem sempre de gestão pacífica ao situar-se entre a entidade patronal, os trabalhadores e os organismos oficiais perante os quais respondem o que constitui razão para tornar o exercício da profissão alvo fácil de todo o tipo de constrangimentos apenas solucionáveis através de mudanças profundas da actual legislação.

Por último, convém referir que os trabalhadores, ainda hoje, pouco empenhados no que diga respeito às regras de prevenção da saúde e às condições de higiene e segurança no seu local de trabalho, ficam muitas vezes decepcionados por não encontrarem na SO resposta aos seus pedidos de receituário, de exames médicos, de rastreios, ou até de baixas clínicas, evidenciando um claro desconhecimento de quais as competências da SO, situação que é comum à maioria dos empresários e, lamentavelmente, a muitos profissionais de saúde.

---

<sup>1</sup> INE (1998); Anuário Estatístico de Portugal.

<sup>2</sup> Prestados por empresas contratadas de prestação de serviços.



#### **d. As mais-valias**

Assim, nem sempre se torna fácil demonstrar às organizações de modo tangível a mais-valia que representa a existência de um SSO. Esta, no entanto, pode medir-se pelos resultados observados que possam sejam a consequência da existência de uma população laboral saudável, motivada, protegida, presente e disponível. Essa avaliação do custo-eficácia inclui, entre outros indicadores possíveis, o número de casos de doença profissional ou acidente de trabalho ocorridos e os custos directos (segurados) e indirectos (não segurados) a eles associados, bem como o seu impacto nas quotas de produção alcançadas e, porque não considera-lo também, as suas repercussões no erário público.

Para se ter uma ideia mais objectiva da dimensão deste problema e de acordo com relatórios datados de 1999 da Organização Mundial de Saúde (OMS) e editados pelo *European Center for Environment and Health*, as perdas económicas resultantes dos acidentes de trabalho de alguns países industrializados têm sido calculadas em 3 a 5% do seu produto interno bruto (PIB) e as resultantes da incapacidade para o trabalho e da mortalidade prematura relacionada com a exposição a factores de risco de natureza profissional poderiam atingir 10 a 15% do PIB. Se tivermos em comparação que o orçamento geral do estado para 2008 foi para as FFAA de 1,2% do PIB poderemos ter uma noção mais exacta da dimensão e gravidade deste problema.

### **5. Saúde Militar**

#### **a. Enquadramento**

É neste contexto que se perspectiva e analisa o contributo que a MT poderá trazer às FFAA e o modo como ele poderá ser implementado. Estas cumprem uma multiplicidade de funções que vão desde a gestão e administração de uma unidade ao comando de um tanque, de um navio, de um avião ou de um submarino, à programação e operação informática de um reactor sem margem de erro, à construção e reparação de estradas, pontes e veículos, ao despoletar de engenhos explosivos ou ao manipular de sistemas de armas em ambientes hostis ou em situações de elevada pressão psicológica e tensão emocional. O militar executa tarefas nestas e em muitas outras áreas de trabalho onde se confronta com diferentes tipos de exigências físicas e mentais e onde se expõe a diversos riscos, de forma recorrente e intensa. Talvez por isso, as FFAA tenham, de há muito, adoptado procedimentos exigentes e rigorosos quanto à segurança e prevenção de acidentes do seu pessoal tanto em terra como no mar ou no ar. Esses têm evoluído de acordo com os novos equipamentos, armas e meios postos ao



seu serviço. Esta visão, apesar de redutora quando enquadrada numa análise mais abrangente característica da SO, não deixa de ser importante para a diminuição do número de acidentes e das suas consequências bem como, para a definição de regras e procedimentos conducentes à implementação de uma cultura institucional de segurança que hoje caracteriza todo o ambiente militar. Na Guerra Colonial (1960-1974), 51,5%<sup>1</sup> das baixas verificadas nas FFAA ficaram a dever-se a acidentes ou doença ocorridos em campanha. Situação idêntica ocorre com o exército dos EUA nos recentes conflitos do Iraque e Afeganistão em que o número de baixas por acidente ou doença segundo o *Congressional Research Service* ultrapassam 30% das observadas em combate.

#### **b. População alvo**

Presentemente, as FFAA têm cerca de 41.000 efectivos e 8.000 civis nas suas fileiras, todos profissionais, independentemente do vínculo que possuam, dos quais cerca de 13% pertencem ao sexo feminino. Aproximadamente 4.000 pertencem à reserva activa e cerca de 18% constituem pessoal contratado em regime de voluntariado e a quem é preciso assegurar formação militar básica e uma posterior especialização nas mais diferentes áreas de desempenho. Grande parte desse efectivo, cumpre contratos até 6 anos de serviço sendo, por isso, responsável pelo elevado “*turn-over*” de pessoal que a estrutura militar regularmente suporta e no caso presente potenciador da ocorrência de acidentes indesejáveis e de um esforço formativo recorrente. Apesar de a maioria ser jovem, com idade inferior a 30 anos e, portanto, potencialmente saudável, tal facto apenas aumenta perante a sociedade civil a responsabilidade ética da Instituição Militar em assegurar a defesa e promoção da saúde desses jovens profissionais, independentemente das funções que venham a exercer e, simultaneamente, imbuir-lhes uma cultura de prevenção e segurança no trabalho que lhes irá ser particularmente útil na sua futura vida civil. Procura-se, assim, melhorar o bem-estar dos militares enquanto profissionais, aumentar a atractividade da Instituição enquanto organização cada vez mais concorrencial no mercado de trabalho e dar resposta aos compromissos éticos e sociais a que hoje em dia todas as organizações modernas se encontram vinculadas.

Isto, apesar da excepção que as FFAA ainda hoje constituem sob o ponto de vista legislativo<sup>2</sup> ao não serem obrigadas a ter SHST, tal como acontece com as Forças de Segurança e com a Protecção Civil. Apesar de tudo, o legislador reconhece o direito destas

<sup>1</sup> Cronologia da Guerra Colonial; José Brandão. Editora Prefacio, citando dados do EMGFA.

<sup>2</sup> Decreto-lei nº 488/99, de 17 de Novembro.



instituições poderem e deverem adoptar as medidas julgadas adequadas que visem garantir a segurança e a saúde do seu pessoal. Este aparente salvo-conduto legislativo, mais do que um convite à inércia e demissão de responsabilidades, deverá constituir – e na verdade sempre constituiu – um estímulo e incentivo para que as Forças Armadas ganhem competência e qualificação nesta área do conhecimento.

### c. Vectores de sustentação

A Saúde Militar assenta, na nossa modesta opinião, em três vectores que são os seus pilares de sustentação e que abordaremos de modo muito sintético e sem qualquer critério de prioridade:

Um constituído pela **Medicina Curativa** exercida nos *Hospitais Militares* e acessoriamente nas *Secções de Saúde das Unidades Militares*, a cargo de médicos com diferenciação em especialidades clínicas, na maioria dos casos de cariz eminentemente hospitalar.

Outro constituído pela **Medicina Preventiva** a cargo de médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar (MGF), Saúde Pública (SP) e MT ou com competência clínica em Medicina Hiperbárica, Medicina Tropical ou Medicina Aeronáutica, exercidas em órgãos específicos como o *Centro de Medicina Preventiva*, o *Centro de Medicina Hiperbárica (CMH)*, o *Centro de Investigação em Medicina Ocupacional (CIMO)*, actualmente suspenso) o *Centro de Medicina Naval (CMN)* ou o *Centro de Medicina Aeronáutica (CMA)* e, também, nas *Secções de Saúde das Unidades*.

E, finalmente, um último, da **Medicina Operacional** onde se inclui a *Medicina de Guerra*, a *Medicina de Catástrofe* e a *Projecção de Forças de Saúde* para os mais diversos destinos e fins como por exemplo, integrar forças de combate, participar em missões humanitárias e em operações de apoio à paz<sup>1</sup> e em acções de cooperação técnico-militar<sup>2</sup> e de apoio à sociedade civil; podem integrar médicos militares de qualquer área de especialização, de acordo com as necessidades impostas pelo tipo de missão a cumprir e da sua dimensão.

### d. Recursos humanos

Existem, actualmente, cerca de 580 médicos nas FFAA (dos quais apenas 45% são militares) e idêntico número de enfermeiros dos quais cerca de 26% são civis<sup>3</sup>. Estes

<sup>1</sup> Decreto-lei nº 233/96, de 7 de Dezembro.

<sup>2</sup> Decreto-lei nº 238/96, de 13 de Dezembro.

<sup>3</sup> Graça, IESM, CPOG, 2008.



números, aparentemente exagerados tendo em conta a população que servem<sup>1</sup>, são enganadores uma vez que, estamos a falar de profissionais que cumprem um leque de missões muito variadas, demasiado específicas e dispersas. Ao mesmo tempo, distribuem-se por diversas especialidades e competências que requerem uma formação extensa, muito dispendiosa e amiúde pouco rentável para a Instituição Militar que a suporta, tendo em conta a sua curta vida útil enquanto profissionais. Por outro lado, muitos dos civis referidos, cumprem avenças que apenas contemplam o desempenho de funções, pontuais, para as quais se encontram especificamente contratados.

O que ressalta destes números – e não deixa de ser preocupante – é que apenas existam actualmente, nos três Ramos das FFAA, quatro especialistas em MT (três deles em acumulação com outras especialidades médicas que exercem preferencialmente), seis médicos de MGF (2,3% do total de efectivos militares; quatro dos quais ainda em formação) e nenhum em SP o que contribui para um notório desequilíbrio entre os vectores de sustentação da SM, a exemplo do que acontece com o nosso Serviço Nacional de Saúde em que a iniquidade e ineficiência associada à prática clínica na área de competências e responsabilidade destes profissionais – onde o consumo de consultas de medicina geral e familiar é de 1,80% contra 19,9% do consumo indexado às outras especialidades médicas – é o inverso do que seria desejável e do que acontece na maioria dos nossos parceiros europeus<sup>2</sup>. A agravar esta situação, e no que concerne especificamente à SO, desconhece-se a existência nas FFAA, de enfermeiros com diferenciação nessa área, ergonomistas ou psicólogos com especialização nos factores psicossociais do trabalho havendo apenas referência a um reduzido número de técnicos superiores de higiene e segurança na Marinha e na Força Aérea nem todos com formação ministrada pelo Ramo a que pertencem.

As consequências na área da saúde são fáceis de adivinhar: por um lado temos falta de uma cultura médica que privilegie a prevenção e a proximidade e, por outro, temos gente a desempenhar tarefas para as quais não se sente motivada, tendo em conta a diferenciação entretanto adquirida. Em última análise este processo, poderá colocar problemas do foro ético e jurídico quanto à qualificação profissional dos médicos militares que retomem a sua especialidade após prolongada ausência da sua prática clínica ou até a verem reconhecida a sua competência para assumir funções do foro de outras especialidades na ocorrência de situações de consequências menos felizes para terceiros sempre passíveis de ocorrerem.

<sup>1</sup> É de 127.000 o número de utentes que compõem o subsistema de saúde militar.

<sup>2</sup> Bago d'Uva et. al. (2006).



**Pessoal Médico e de Enfermagem<sup>1</sup> das FFAA**

	MARINHA	EXÉRCITO	F. AÉREA	TOTAL	%
<b>Médicos Militares</b>	81	88	97	266	45,8
<b>Médicos Cívicos</b>	34	236	45	315	54,2
<b>Total de Médicos</b>	115	324	142	581	100
<b>Enfermeiros Militares</b>	171	153	97	421	73,3
<b>Enfermeiros Cívicos</b>	7	102	44	153	26,7
<b>Total de Enfermeiros</b>	178	255	141	574	100

Este desequilíbrio, contribui, para que ocorra um exagerado, por deficiente referenciação, consumo de consultas de especialidade situação que não pode ser considerada como a forma mais eficiente de assegurar cuidados de saúde a uma população bem balizada.

As soluções possíveis passam, em primeiro lugar, por uma inequívoca redefinição das missões e competências a atribuir superiormente aos Serviços de Saúde que permita adequá-los aos desafios do futuro e corrigir os desequilíbrios identificados, de modo a que estes estejam melhor preparados para cumprirem as missões que lhes forem destinadas.

Em segundo lugar, por uma racionalização de meios e recursos, concentrando os já existentes na direcção mais adequada às necessidades e criando sinergias que permitam fazer mais e melhor do que se julga importante fazer, com menos custos.

Em terceiro lugar, exigindo a certificação dos procedimentos, das competências e das estruturas, de modo a melhorar a qualidade dos serviços que nelas são prestados e, dessa forma, aumentar a sua credibilidade perante quem os procura.

E, por último, mas não por isso menos importante, definindo uma política de recursos humanos e diferenciação técnica adequada, que melhor sirva os objectivos institucionais definidos e resista à parafernália de especialidades, sub – especialidades e competências<sup>2</sup> médicas a que vimos hoje em dia assistindo e que será impossível e indesejável que as FFAA possuam na sua totalidade.

## **6. Saúde Ocupacional Militar**

### **a. Especificidade**

Uma das principais competências da SO consiste em avaliar a aptidão dos trabalhadores para o desempenho de funções, após terem sido contratados, de forma periódica ou sempre que julgado necessário por si ou pela sua entidade patronal. Reside nesta matéria,

<sup>1</sup> Ferreira, João José Brandão (2006). O Serviço de Saúde Militar no princípio do Século XXI em Portugal.

<sup>2</sup> Segundo a OM existem 47 especialidades médicas, 13 sub-especialidades e 8 competência médicas.



em nosso entender, a principal diferença entre o exercício da SO em meio civil e militar. Na verdade, a aptidão dos militares para a profissão é determinada pelos Centros de Recrutamento e Selecção e revalidada periodicamente através de exames médicos regulares a que estes se submetem sendo propostos a Juntas Médicas de Saúde sempre que essa condição, temporária ou definitivamente, se deixe de verificar por alguma razão<sup>1</sup>.

No que respeita à emissão de aptidão para o desempenho de funções pelos SSOM, esta deverá constituir uma forma de otimizar recursos, tendo em conta as vantagens que daí decorrem no que respeita à escolha de classe, arma, serviço ou especialidade<sup>2</sup> a que o militar pertença ou sempre que se considere oportuno ou necessário a sua reconversão por menor vocação ou capacidade demonstradas. Neste contexto fará toda a diferença se essa avaliação tiver lugar em tempo de paz ou de conflito não podendo nunca dela resultar qualquer constrangimento que limite ou impeça o cumprimento da missão. Assim, não faz qualquer sentido dar à SOM o mesmo enquadramento que possui na sociedade civil, onde gere o seu campo de intervenção dentro de um quadro legislativo laboral próprio, irreproduzível em meio militar. Tem assim a SOM um papel centrado no grupo como um todo e atento às condições em que este intervém ou para as quais deve estar preparado. Assim deverá promover a identificação de constrangimentos, a análise de resultados e a elaboração de programas que visem o benefício global das Forças e só em circunstâncias muito específicas os aspectos de carácter estritamente individual, sem repercussões no grupo, que assolem os seus elementos.

A condição militar não só limita alguns dos direitos de cidadania como impõe aos militares uma disponibilidade absoluta e uma aptidão total para o serviço, condições essenciais para o cumprimento do dever mesmo quando sob risco da própria vida<sup>3</sup>.

Esta visão normativa é, no entanto, hoje em dia alvo de alguma controvérsia em forças europeias pertencentes a países onde o associativismo e o sindicalismo militar são uma realidade<sup>4</sup> e onde se assiste a uma tendência para a uniformização legislativa entre militares e civis no que respeita a direitos e deveres de cidadania. Estes movimentos, com representatividade em diferentes fóruns internacionais<sup>5</sup>, devem merecer-nos uma particular

---

<sup>1</sup> EMFAR – Artigos 203º.

<sup>2</sup> EMFAR – Artigo 91º.

<sup>3</sup> EMFAR – Artigos 9º, 14º e 15º.

<sup>4</sup> Países filiados na EUROMIL – Associação europeia, criada em 1972, representativa do associativismo e sindicalismo militar para quem um militar é “um cidadão com arma que deve gozar dos mesmos direitos e deveres de cidadania que qualquer cidadão civil.”

<sup>5</sup> A EUROMIL é membro do Conselho da Europa, com estatuto de observador na Assembleia Parlamentar da NATO.



atenção e acompanhamento, pois coloca-nos perante delicados desafios a que convém estar atento.

**b. Tempo de paz**

A SO militar deverá assumir funções, sob o ponto de vista técnico e científico, sobreponíveis às que assume na sociedade civil, salvaguardadas as restrições já descritas anteriormente.

Para além de intervirem no diagnóstico precoce da patologia laboral, na análise da sinistralidade e no cálculo da sua frequência e gravidade, os elementos da MT identificam e mapeiam os riscos, definem os equipamentos de protecção a utilizar e seleccionam os indicadores de exposição a monitorizar, participando na análise do absentismo por doença e no estudo da morbilidade e mortalidade associada ao desempenho.

Colaboram ainda na formação do seu pessoal perante riscos emergentes de natureza química, nuclear e biológica a que poderão vir a estar expostos, em caso de conflito ou acidente. Estes foram, aliás, recentemente referenciados por entidades civis e militares, na 6ª Conferência Internacional organizada pela Comissão Internacional em SO e pelo seu Comité Científico em Educação e Treino, que teve lugar em Outubro de 2002 em Baltimore, EUA, sob a égide do John Hopkins University.

Os militares em tempo de paz estão expostos aos riscos inerentes ao seu treino operacional, à sua condição profissional e ao exercício da sua especialidade. Entre estes os mais comuns e relevantes são:

- Exposição a radiações – ionizantes ou electromagnéticas;
- Manipulação e armazenamento de químicos e combustíveis;
- Exposição a ecrãs de raios catódicos e a visores;
- Exposição a laser e radiação óptica;
- Posturas e atitudes incorrectas;
- Utilização de armas e manipulação de munições;
- Utilização de equipamentos e ferramentas;
- Exposição a agentes biológicos;
- Trabalho em hangares, oficinas e espaços confinados;
- Exposição ao ruído e vibrações;
- Barotraumatismos;
- Choque e desconforto térmico;
- Uso de equipamento e vestuário inadequado;



- Higiene colectiva e contaminação ambiental;
- Regime alimentar e de hidratação inadequados;
- Adaptabilidade à violência e à tensão operacional;
- Manipulação e transporte de cargas;
- Condução de máquinas e veículos;
- Exposição ao chumbo, metais pesados ou radiação nuclear;
- Traumatismos físicos ou psíquicos;
- Burnout e stress;
- Tempos e ritmos de trabalho.

Em conclusão, os SSO devem investigar, ensinar e simular em tempo de paz modelos de onde resultem regras e procedimentos de actuação face a potenciais agressões com o intuito de os aplicarem, com sucesso, em ambientes de conflito e instabilidade real e, deste modo, atenuar ou eliminar as consequências perversas evitáveis daí decorrentes.

Os benefícios desta intervenção avaliam-se através de indicadores tangíveis tais como o número de acidente e mortes evitadas, o quantitativo de missões anuladas por incapacidade dos efectivos, os dias de incapacidade registados, a poupança nos custos a ela indexados e ao seu tratamento e reabilitação, o número de horas x homem trabalhadas ou outro indicador previamente escolhido e validado; e também através de indicadores intangíveis como sejam o grau de satisfação, o espírito de coesão e confiança, a sensação de segurança ou o sentimento de pertença transmitidos ao grupo.

### **c. Síntese conclusiva**

Estamos em condições de poder responder à QD1 e validar a HIP1, inicialmente formuladas neste trabalho. Existe, na verdade, um conceito de MT aplicável à natureza das FFAA, tendo em conta a especificidade das missões que lhe estão atribuídas e o facto de possuírem uma organização modular bem definida e reproduzível, obedecendo a critérios uniformes de qualidade e segurança. Este modelo contrasta com o da estrutura diversificada e heterogénea que caracteriza a sociedade civil e que requer outro tipo de intervenção. No caso das FFAA, deseja-se um modelo de SSO assente numa estrutura central que estenda em rede o resultado do seu trabalho e permita realizar as observações e os registos a ele inerentes e implementar as suas determinações superiormente aprovadas. Este modelo conceptual apenas será viável através do recurso aos profissionais de saúde e aos técnicos de segurança e prevenção de acidentes já colocados nas diferentes unidades e a quem deve ser assegurada formação, complementar adequada nesta matéria. Esse desiderato deverá constituir condição



prioritária a ver consagrada, sem excepção, em todas as unidades militares, particularmente, nas de ensino, de instrução e operacionais das FFAA.

Uma modalidade idêntica à imposta legislativamente às instituições civis tornar-se-ia impraticável e ineficiente, face aos recursos que iria exigir e aos constrangimentos, já referidos, que poderia trazer ao cumprimento da missão.

## **7. Serviços Militares de Medicina Preventiva**

Nenhuma organização investe tanto em cuidados de saúde com o seu pessoal como a Instituição Militar. Talvez porque nenhuma outra profissão esteja sujeita aos riscos e ao sofrimento a que estes regularmente estão expostos e talvez porque ninguém melhor do que os militares sabe os efeitos nefastos que a dor e o sofrimento têm na moral e no espírito de corpo dos seus homens.

É por isso que as FFAA têm, desde sempre, demonstrado uma elevada preocupação com a saúde do seu pessoal, desde o seu recrutamento e selecção, à sua orientação profissional, à avaliação regular e periódica da sua aptidão e capacidade física e ao apoio na doença e na incapacidade extensível aos que em tempos as serviram e aos familiares a seu cargo, tornando-se neste campo um modelo de referência para a sociedade civil.

Esse apoio, aliás, faz-se sentir nas diferentes vertentes que constituem a Saúde Militar e nesse sentido também, na sua componente preventiva, onde reside e se deve inserir, boa parte da actuação da SO. É, por isso, importante ter em conta essa dimensão para que se conheça o que de bom já se encontra feito nessa matéria e para que eventuais propostas a ser formuladas para melhorar o que actualmente existe não tornem redundante o emprego de meios e o consumo de recursos nem impliquem investimentos inadequados.

### **a. Específicos**

A FAP entendeu precocemente a relevância que esta matéria assumia para a melhoria das condições operacionais, tendo criado em 1990, por acção do médico militar e investigador da patologia laboral, COR Castelo Branco, o Centro de Performance Humana,<sup>1</sup> que dois anos mais tarde daria origem<sup>2</sup> ao Centro de Investigação de Medicina Ocupacional (CIMO) que passou a funcionar em anexo ao Hospital do Lumiar e na superior dependência do Comando do Pessoal. A sua missão já então contemplava as nossas actuais motivações e aspirações<sup>3</sup> ao

---

<sup>1</sup> Despacho CEMFA, de 11 Julho de 1991.

<sup>2</sup> Decreto-lei 51/93, de 26 de Fevereiro.

<sup>3</sup> Decreto Regulamentar n.º 51/94, de 3 de Setembro.



englobar a promoção de projectos, programas, estudos e actividades de investigação científica, nos domínios da SO.

Para esse efeito, compreendia quatro Departamentos e respectivos laboratórios – de anatomia patológica, de neuropatologia, de neurofisiologia, de psicofisiologia, de patologia vascular, de fisiopatologia da visão e da audição e até um biotério – de apoio, respectivamente, às áreas da Medicina do Trabalho, da Patologia Aeroespacial, da Medicina Tropical e da Investigação de Acidentes/Incidentes.

Através desta estrutura procurava actuar ao nível da investigação das doenças profissionais, da análise das relações homem-máquina, do ambiente de trabalho em instalações militares, na investigação de acidentes/incidentes e na avaliação do impacto das novas tecnologias sobre o ser humano. Desafortunadamente e por razões circunstanciais, como refere o MAJGEN MED Rui Gonçalves,<sup>1</sup> a sua acção não viria a concretizar-se de forma duradoura, sendo a sua actividade actual pouco mais do que residual. Partilhando incondicionalmente desta opinião diria, subscrevendo as suas recentes palavras “...*tal facto, é tanto ou mais amargo quando se constata que hoje em dia, tal como há quinze anos atrás, existe um espaço real de intervenção a preencher por um órgão que assuma, se não na totalidade, pelo menos alguns dos seus objectivos, numa perspectiva de Serviço de Utilização Comum (SUC)*”.

Também a Marinha dedica particular atenção a estas matérias quando em 1999 procede por determinação do Sr. Almirante Chefe do Estado-Maior da Armada (CEMA)<sup>2</sup> à introdução de novos conceitos de intervenção na logística médico sanitária da Armada. Nesse sentido, é criado o Centro de Medicina Naval (CMN) que viria a assumir as atribuições e as instalações do então Serviço de Saúde da Base Naval do Alfeite, na dependência da Direcção do Serviço de Saúde. Este passaria a desempenhar funções de coordenação dos cuidados de saúde primários da Marinha, dos serviços de SO e Medicina Preventiva (MP) e das evacuações sanitárias sendo, simultaneamente, responsável por propor os princípios orientadores e as normas para a execução da SO e apoiar os comandos das unidades nas tarefas operacionais do seu âmbito que lhes fossem solicitadas.

Deste modo, passou a estar organicamente dividido em quatro Departamentos: Cuidados de Saúde Primários, de SO e MP, de Saúde Dentária e de Saúde Operacional, contando para o efeito e no que respeita à SO com a colocação de uma médica militar com a especialidade de MT.

<sup>1</sup> Tópicos sobre o Serviço de Saúde da Força Aérea Portuguesa (2008), FAP.

<sup>2</sup> Despacho Almirante CEMA, nº 17/99, de 3 de Março.



Mais relevante, no entanto, parece ser, no que à SO diz respeito, a recente criação por determinação do ALM CEMA do Observatório de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (OSHS)<sup>1</sup>, na dependência do Superintendente dos Serviços de Pessoal, por este reconhecer que “a SHST constitui um elemento determinante de prevenção de riscos profissionais e de promoção da segurança de todo o pessoal que serve na Marinha, visando a prevenção de acidentes e danos à saúde, resultantes das condições de trabalho ou com ele relacionados”.

## **b. Inespecíficos**

Também neste âmbito se podem considerar os actuais Serviços de Psicologia das FFAA existentes nos três Ramos – Centro de Psicologia da Armada (CPA), Centro de Psicologia Aplicada do Exército (CPAE), Centro de Psicologia da FAP (CPISFA), – os quais, apesar da sua preeminente actividade clínica e de selecção e recrutamento, desenvolvem importante papel na orientação profissional, na análise da resposta comportamental ao stress e aos constrangimentos inerentes ao desempenho militar, bem como à definição de perfis adequados a funções de risco específico.

No mesmo sentido, o Centro de Medicina Hiperbárica (CMH), desde 1953, e o Centro de Medicina Aeronáutica (CMA), desde 1972, cumprem uma missão relevante no que respeita à concessão de aptidão e de licenças para o mergulho profissional e actividade subaquática e para o voo, a civis e militares, encontrando-se ambos certificados e prestigiados internacionalmente, em função da sua relevante acção.

Também no que diz respeito à segurança e prevenção de acidentes, quer a Força Aérea através do Gabinete de Prevenção de Acidentes (GPA), quer a Marinha através da sua Escola de Limitação de Avarias (ELA), desenvolvem papel importante no que respeita à investigação, análise e prevenção dos acidentes ocorridos em terra, no mar e no ar, desenvolvendo uma rede de vigilância e intervenção que abrange todas as suas unidades. Competirá ao SSOM fomentar uma rede militar de delegados de higiene e segurança, com formação tão completa quanto possível em cada unidade das FFAA, que funcionem como provedor do cumprimento das normas e dos procedimentos aprovados para os diferentes locais de trabalho e que procedam à recolha da informação técnica julgada pertinente.

Ainda nesta matéria, nunca é de mais referir o contributo enquanto serviço de Utilização Comum (SUC) que assume o Centro Militar de Medicina Preventiva (CMMP) e a Consulta do Viajante, no que concerne ao rastreio da tuberculose e à profilaxia dos militares que integram Forças a destacar no estrangeiro, bem como o papel da Unidade de Tratamento

<sup>1</sup> Despacho Almirante CEMA, nº 26/07, de 23 de Maio.



Intensivo da Toxicodependência e Alcoolismo (UTITA)<sup>1</sup> na recuperação de militares alvos dessas patologias.

Por último, e ainda neste contexto da SO, merece destaque o papel assumido pelo Sistema de Segurança Alimentar do Exército (SSME) no que respeita à salvaguarda e promoção das condições de higiene e segurança alimentar das suas unidades através da realização de vistorias, acções de formação e educação dirigidas aos profissionais das messes e refeitórios, a que se junta o contributo do Laboratório de Bromatologia e Defesa Biológica na promoção da qualidade alimentar e luta contra o bioterrorismo.

### c. Síntese conclusiva

Muitas das funções, inerentes à MT são, hoje em dia, asseguradas pelos serviços de SM, apesar de tal não acontecer num contexto de SO. Parte delas, pela sua importância e pela mais-valia que trazem às condições de trabalho, devem continuar a ser praticadas, salvaguardada que esteja a redundância de procedimentos e de custos. As FFAA já hoje assumem, de um modo nem sempre tão coerente e eficaz como desejável, muitas das competências inerentes à SO, não constituindo estas, na maioria dos casos, novidades ou surpresa para a saúde militar. A MT organizada sob a forma de SSO permite utilizando muitos dos recursos de saúde já existente, desenvolver um papel da máxima utilidade, com custos controlados, através da análise epidemiológica, recolha estatística e investigação técnica dos resultados obtidos, dando coerência e estabelecendo prioridades para muitos do trabalho efectuado. Estamos, deste modo, em condições de responder à QD2 validando a HIP2, no que diz respeito a esta matéria.

## 8. Importância da SOM

### a. Experiência Internacional

Convém referir que, actualmente, a maioria das FFAA dos países da Europa Ocidental e da América do Norte e Brasil possuem SSO, muitos deles assumindo papel relevante ao nível da investigação e análise científica do trabalho e dos riscos inerentes à condição militar.

Inúmeros trabalhos de investigação publicados em revistas científicas de prestígio são resultados das suas investigações e do trabalho que executam junto das forças que servem. É nesse campo interessante a abordagem dos efeitos da exposição dos militares a gases tóxicos, a agentes biológicos, ao ruído e vibração, a alterações-limite da velocidade e da pressão, a

---

<sup>1</sup> Desde 1993.



radiações electromagnéticas e ionizantes, à violência urbana, bem como o estudo retrospectivo das baixas e causas de incapacidade em combate e da incidência de doenças prevalentes em grupos seleccionados expostos a ambientes hostis bem identificados.

Os serviços de saúde americanos, ao contrário dos europeus, associam à SO uma forte componente ambiental<sup>1</sup> e social – *Occupational Health and Environment Services* – matérias que na Europa em geral e, em particular no nosso país, se encontram atribuídas à SP<sup>2</sup> e aos Serviços Sociais; acessoriamente desempenham um papel importante em matérias que tradicionalmente consideramos serem do foro da prevenção pública – rastreios, saúde materno infantil e vacinação para fins não profissionais – que na Europa se inserem nas atribuições dos médicos assistentes ou de família.

A diferença resulta fundamentalmente da existência de uma legislação laboral diferente, menos proteccionista, e de um modelo de saúde menos estatizado e social, que conduzem a uma diferente assunção e divisão de competências na área da saúde.

Tal não invalida que o médico do trabalho não possa assumir, em qualquer das situações, um papel relevante quanto às agressões ao meio ambiente que possam ter repercussões negativas no conforto, na segurança ou saúde das populações que se encontrem sob sua responsabilidade ou de promover o aconselhamento e orientação clínica sempre que tal se mostre importante.

A chamada “*Army Public Health and Occupational Medicine*” cumpre-se nas diferentes unidades em serviços próprios existentes para o efeito, tendo em linha de conta a dimensão e o número de efectivos que possuem, a exemplo do que acontece com algumas unidades europeias. Nelas, a SO é responsável pela execução de programas que se aplicam ao nível de toda a Força, onde quer que opere, como o demonstram alguns dos actuais programas em execução no exército americano, que referimos nos seguintes programas<sup>3</sup>:

- Entomological Sciences Program;
- Ergonomics Program;
- Health Hazard Assessment Program;
- Health Physics Program;
- Industrial Hygiene Field Services Program;
- Industrial Hygiene & Medical Safety Management Program;

<sup>1</sup> Tudo o que é exterior ao indivíduo na sua dimensão bio-psico-social e que pode influenciar, positiva ou negativamente, o seu estado de saúde.

<sup>2</sup> Ciência e arte de proteger, promover e recuperar a saúde de uma dada população através de esforços organizados da sociedade.

<sup>3</sup> A versão digital do trabalho contém hiperligações associadas aos programas referenciados.



- Laser and Optical Radiation Hazards Program;
- Occupational Health Management Information System;
- Radiofrequency Ultrasound Program.

Estes programas resultam dos inúmeros processos de investigação científica levados a cabo pela sociedade civil e pela instituição militar através de protocolos conjuntos e pela análise e estudo das experiências adquiridas pelas forças no teatro de operações. Deles nascem as “*guide lines*” a que vai estar subordinado todo o pessoal das diferentes unidades, fruto de um sistema de comunicação em rede.

Como metodologia, muitos dos programas são desencadeados em função das inovações tecnológicas, da característica das forças a que se destinam e das missões a que estas irão executar. É, pois, frequente que estes estudos se dirijam de modo segmentar a forças especiais, pessoal operacional, logístico, administrativo, técnico, oficinal, etc...consoante o tipo, gravidade e intensidade do risco a que se encontram expostos e a característica das funções que irão desempenhar.

- Nas unidades militares, os SSO tem várias atribuições, de entre as quais se destacam:
  - Dar aptidão para o desempenho de funções do pessoal civil e gerir as incapacidades e rescisões de contratos;
  - Promover o rastreio e profilaxia do tétano, tuberculose, poliomielite e hepatite B;  
Implementar programas de protecção respiratória e de desabituação tabágica “*Commit to quit program*”;
  - Assegurar programas de “*Fitness-for-duty*” para o pessoal civil;
  - Fazer avaliações locais de exposição ao ruído, iluminação, ventilação e conforto térmico;
  - Assegurar a qualidade da água potável e de recreio e a política de águas residuais;
  - Combater pragas e controlar vectores de transmissão de doenças infecto-contagiosas;
  - Exercer vigilância alimentar e dar cumprimento aos programas de melhoria nutricional;
  - Promover programas de prevenção e controlo de lesões climáticas;
  - Participar e coordenar reuniões científicas ou outras actividades de promoção da saúde e de bem-estar na comunidade envolvente;
  - Avaliar e monitorizar o risco para doenças de grande incidência social como a diabetes, hipertensão, obesidade e dislipidemias, stress e lesões das extremidades;
  - Executar programas de vigilância, gestão clínica e investigação epidemiológica da infecção por HIV/AIDS;



- Vigiar clinicamente as grávidas, e educar casais aguardando filhos;
- Realizar inquéritos quanto às condições de trabalho, de lazer e de ambiente e diagnosticar os riscos existentes, garantindo a sua avaliação e monitorização;
- Cumprir as regulamentações quanto à manipulação, armazenagem e utilização de sólidos, químicos e tóxicos perigosos “*Medical Waste Control Program*”;
- Realizar inspecções sanitárias e produzir relatórios dessas acções para os níveis hierárquicos competentes;
- Desenvolver acções de sensibilização, formação e ensino nas áreas da higiene, saúde e segurança e avaliar situações particulares requerendo cuidados médicos especiais domiciliários ou continuados.

Os Europeus, por sua vez, têm uma componente operacional menos ligada ao ambiente e à componente civil da Força, sectores que atribuem à SP e às entidades civis ou estão sob sua vigilância.

Tal como os americanos, possuem um órgão de comando e coordenação ao nível do Estado-Maior da Defesa que assegura a prevenção e promoção da saúde no trabalho, normalmente dividido em quatro células, consoante a origem dos constrangimentos se situa: no material, no pessoal, no treino e operações ou na capacidade de adaptação ao esforço e ritmos de trabalho impostos ao militar.

Comum aos diferentes sistemas, é a existência de um órgão coordenador central ao nível mais alto do comando das Forças, desempenhando um papel de assessoria ao planeamento estratégico responsável pelos programas de investigação científica a desenvolver e pela competência dos órgãos de execução sediados nas unidades em sistema de rede.

Em síntese poderemos afirmar que apenas o espectro de atribuições e competências evidencia algumas particularidades que, no entanto, em nossa opinião apenas espelham as diferenças culturais que sustentam a política de saúde nos dois modelos<sup>1</sup> de sociedade e do enquadramento legislativo, específico do país a que as forças pertencam.

## **b. Tempo de conflito**

Poderemos dizer que todo o militar em ambiente operacional se encontra exposto, para além dos riscos já mencionados em tempo de paz, aos inerentes à tecnologia que manipula, aos recursos humanos que o acompanham, ao ambiente onde vai actuar e ao tipo e intensidade de conflito que terá de enfrentar.

---

<sup>1</sup> Modelo social do Estado providência europeu vs modelo liberal Norte-americano.



O risco, neste caso operacional, é o que se pode materializar na perda de homens e equipamentos, fruto de um conflito de natureza armada. A gestão deste risco, como é evidente, é da competência do responsável da Força que, em última análise, assume e chama a si essa responsabilidade.

Em 1991, o Exército norte-americano adoptou formalmente uma metodologia de gestão do **risco operacional**, com o intuito de minimizar os danos daí decorrentes. Os objectivos a alcançar com esse comportamento visavam proteger os indivíduos, os equipamentos e os recursos considerados como vitais e, simultaneamente, prevenir acidentes e reduzir perdas, tendo como ponto de partida a análise e estudo do comportamento das Forças em anteriores teatros de operações.

Desse estudo pode, a exemplo do que acontece noutros ambientes, concluir-se que o factor humano é, seguramente, aquele que mais contribui para a ocorrência do risco, embora se reconheça que, apesar de tudo, continua a ser aquele do qual mais depende o êxito das operações militares, tal como acontece com o sucesso nas organizações civis. É, por isso, que ter o homem saudável, com o perfil psicológico adequado, o equipamento indicado e o fardamento próprio, num ambiente diferente mas não desconhecido, detentor do conhecimento e da experiência apropriada, pode fazer toda a diferença para a conquista dos objectivos com o menor número de baixas como, aliás, a história o comprova através de inúmeros exemplos.

À SO, especialmente aos médicos do trabalho, compete acompanhar as Forças, observando o comportamento de homens, a resistência e adequabilidade dos equipamentos, os meios de protecção individual e colectivos e a efectividade dos serviços, analisando as baixas sofridas e as suas causas como forma de testar o seu trabalho e promover a aprendizagem julgada necessária a futuras intervenções.

Hoje em dia a sociedade civil não tolera baixas militares que ocorram na sequência de missões não sancionadas pela comunidade internacional nem tolera aquelas que possam ocorrer devido a exércitos menos preparados, mal equipados, deficientemente protegidos ou mal comandados, exigindo aquilo que se convencionou chamar de “*full dimensional protection*” dos seus homens.

Deste modo, a SO contribui para que as escolhas mais lógicas sejam as que satisfaçam as exigências das missões em condições adversas, com um risco que seja considerado aceitável para os objectivos a alcançar. No fim, as perdas evitadas e as vantagens competitivas evidenciadas sobre o adversário poderão ser consideradas como a mais-valia da Força em confronto.



Nas suas multifacetadas vertentes, a SO é um factor adjuvante para a protecção e sustentação das forças, contribuindo para lhes assegurar um estado de prontidão e aptidão fundamentais para o êxito da missão e uma antevisão do teatro de operações.

**c. Síntese conclusiva**

Quer através de indicadores quantitativos quer qualitativos é possível demonstrar em tempo de conflito ou de paz – em forças operacionais ou de apoio – os benefícios que a SO pode trazer às FFAA através de diferentes indicadores, identificada que seja a realidade à partida. A SO, entre outros atributos, traz objectividade e racionalidade ao consumo de recursos de medicina preventiva postos à disposição de uma determinada população, tendo em conta os fins pretendidos, e proporciona uma formulação científica na concepção do trabalho e uma análise custo-benefício dos seus resultados, podendo considerar-se respondida a QD3 e validada a sua correspondente hipótese.

**9. O Hospital das Forças Armadas**

**a. O modelo**

Os hospitais são, reconhecidamente, locais de convívio permanente com risco para quem os procura ou neles trabalha. O **risco clínico** será o que resulta do dano que possa ser sofrido pelo doente em consequência dos actos de diagnóstico ou terapêutica a que seja submetido. É, pois, do foro técnico e tem mecanismos próprios para a sua gestão dependendo em última análise, da direcção clínica e dos órgãos que intervêm na promoção e controlo das boas práticas hospitalares. O **risco não clínico** é o que recai sobre os trabalhadores do hospital fruto do seu desempenho profissional e insere-se no âmbito da SO, sendo da responsabilidade da instituição enquanto entidade empregadora, a qual deve assegurar as condições laborais tendentes a minorar ou eliminar os seus efeitos, independentemente do vínculo contratual que possuam os seus funcionários.

São os SSO hospitalares, como quaisquer outros, técnica e hierarquicamente autónomos das suas direcções clínicas, prerrogativa que decorre, como facilmente se compreende, das características inerentes à sua missão e aos aspectos éticos e legais a ela associados.

Da instituição hospitalar a SO utiliza apenas a capacidade diagnóstica instalada e a recolha dos pareceres técnicos que lhe sejam essenciais. Devem assim os SSO possuir ficheiro e arquivo clínico próprios e independente da instituição a que pertençam. O seu enquadramento institucional processa-se, como em qualquer outro tipo de empresa, através



dos canais definidos para o efeito, preferencialmente ao mais alto nível de decisão, tradicionalmente na área dos recursos humanos.

Poucos locais expõem os seus trabalhadores de modo tão constante e a riscos tão variados como os hospitais e poucos são os locais onde as doenças profissionais e os acidentes de trabalho são tão frequentemente sub-diagnosticados, apesar de estes se encontrarem, provavelmente, entre as maiores empresas existentes no nosso país.

Por essa razão são hoje exigidas a todas estas instituições serviços próprios de SO – supervisionados pelas Autoridades Regionais de Saúde e pela ACT – constituindo essa obrigatoriedade condição essencial para a sua acreditação<sup>1</sup>.

A própria Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho (SPMT) ciente dessa importância, organiza de há oito anos a esta parte o Congresso Anual dos SSO hospitalares e de outras Unidades de Saúde, este ano subordinado ao tema: “*Lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho em profissionais de saúde*”; também a Associação Portuguesa de Gestão do Risco em Estabelecimentos de Saúde (APGRES), pelas mesmas razões, organizará o II Encontro de Profissionais de Gestão de Risco em Saúde Ocupacional em Estabelecimentos de Saúde, em Maio deste ano.

Neste contexto, as FFAA possuem, actualmente, cinco hospitais que de acordo com uma recente resolução do Conselho de Ministros<sup>2</sup> irão constituir o futuro Hospital da Forças Armadas (HFFAA), o qual, tal como projectado irá ficar na dependência do Estado Maior das Forças Armadas (EMGFA) sob o Comando do Chefe de Estado-Maior-General das Forças Armadas (CEMGFA).

Nesse modelo e tendo em conta a actual realidade prevê-se que venha a ter ao seu serviço cerca de 1500 elementos<sup>3</sup>, dos quais mais de 50% serão civis, a quem se torna obrigatório assegurar condições idênticas às que teriam direito se trabalhassem num estabelecimento civil da mesma natureza. Este hospital irá constituir, certamente, uma das maiores unidades militares das FFAA e, certamente, aquela em que a multiplicidade de riscos e a panóplia de funções desempenhadas será maior.

Talvez não menos importante será a necessidade de criar as condições para que essa instituição adquira as mesmas certificações quanto à qualidade<sup>4</sup>, que as suas congéneres civis

<sup>1</sup> Processo formal pelo qual um órgão avalia e reconhece que um serviço ou instituição atende a padrões aplicáveis, predeterminados e publicados.

<sup>2</sup> Resolução do Conselho de Ministros nº 39/2008 de 28 de Fevereiro.

<sup>3</sup> XVI Colóquio de Historia Militar, O Serviço de Saúde Militar (2006).

<sup>4</sup> Certificações: ISO 9001; King's Found ou Joint Commission.



possuem, devendo para isso, adquirir as competências necessárias que essas possuem e que, em última análise, passam por ter um SSO apropriado.

**b. Síntese conclusiva**

A SO constitui, do ponto de vista legal, um encargo, obrigatório, exclusivo das organizações e não um custo a debitar ou partilhar com qualquer subsistema de saúde a que o trabalhador pertença devendo por isso adequar os custos que lhe estão indexados ao restrito cumprimento das suas competências. Não restam dúvidas de que o futuro HFFAA requer por inerência das actividades nele praticadas e para efeitos da sua certificação, a instalação de um SSO próprio que lhe permita satisfazer essas condições, sendo pois inquestionáveis as razões que justificam a sua existência.

Tudo aconselha neste contexto que o futuro SSOM se venha a situar num dos corpos hospitalares previstos aproveitando-se desta forma as infra-estruturas já existentes e o acesso aos meios auxiliares de diagnóstico e aos pareceres técnicos que a sua função requer num desejável aproveitamento dos meios existentes e deste modo, respondendo assim à QD4 e validando a HIP4 do presente trabalho de investigação.

**10. Modelo Conceptual**

Um SSO deverá ter como objectivos elaborar programas de promoção e prevenção da saúde nos locais de trabalho, combater a sinistralidade, monitorizar os resultados das exposições de risco, o uso dos equipamentos de protecção individual e colectiva, as características do meio, os constrangimentos existentes, os locais de trabalho a vistoriar e acompanhar as Forças sempre que tal se mostre oportuno e necessário.

Por esse motivo, as estruturas de comando militar têm tido, desde sempre, uma preocupação acrescida com o estado de saúde e segurança dos seus homens, fundamentalmente, pelas exigências de prontidão e capacidade operacional que esses efectivos têm de demonstrar a qualquer momento.

É, actualmente, reconhecido nas FFAA um desequilíbrio no número de profissionais de saúde afectos às valências médicas do foro preventivo em detrimento das especialidades ditas hospitalares. Esta realidade irá obrigar a recorrer a algum pessoal civil para atingir esse objectivo a breve prazo e a reorientar a diferenciação profissional dos seus futuros quadros.

A SOM teve no CIMO e tem actualmente no OHSS dois exemplos da importância que este assunto desperto a nível institucional ao mais elevado nível, podendo qualquer deles funcionar como embrião do que se deseja como futuro SSOM. Este deverá ser constituído,



tanto quanto possível, por militares pertencentes aos três ramos das FFAA e, ficar colocado na dependência do EMGFA.

Qualquer que seja o modelo de SSO a adoptar, este deverá obedecer a alguns pressupostos que o farão distinguir dos serviços civis congéneres, não só em tempo de conflito como de paz, no que concerne à concessão de aptidões, ao modo como se instala e opera, mas também quanto à sua subordinação perante as autoridades de saúde e do trabalho que possam, de alguma forma, colidir com os seus requisitos de segurança ou operacionalidade.

A sua actuação deve, assim, processar-se a três níveis: um superior de assessoria técnica ao Comando, com funções de estado-maior e de planeamento operacional e estratégico quanto aos objectivos a alcançar; um segundo, intermédio, onde se processa a investigação, o estudo e a formação e de onde resultam as normas, os regulamentos e as acções a implementar na Força; e um terceiro, executivo, cumprido no terreno com o apoio dos recurso e meios já aí existentes que assegure a recolha de informação, a execução dos procedimentos aprovados e o contacto com a realidade vivida, sendo responsável pela identificação e avaliação dos riscos e a monitorização dos seus resultados. O registo e a comunicação informática potenciariam a sua capacidade de intervenção e o leque de programas possíveis de implementar. Estes deverão salvaguardar o sigilo médico a que os seus profissionais se encontram vinculados, no que concerne à gestão da informação clínica e ao relacionamento com as chefias dos militares observados.

Finalmente, e pelas razões já anteriormente evocadas, a necessidade de que o SSOM possua uma dependência hierárquica e funcional situada ao nível do CEMGFA ou, por sua delegação, na sua Divisão de Recursos Humanos, independente dos Órgãos de Saúde. Esta será a melhor forma de ver superiormente aprovadas e implementadas nas Forças as recomendações e procedimentos propostos em resultado do trabalho realizado.

O efectivo previsto deverá, inicialmente, contemplar três administrativos, três Médicos do Trabalho – menos de 1% do actual efectivo – três Técnicos de Higiene e Segurança (um com formação superior), dois Psicólogos, dois Ergonomistas e três Enfermeiros com especialização ou experiência em Saúde Comunitária, num total de quinze elementos que assegurariam a SO nos três Ramos das FFAA e no seu hospital sob o comando de um Oficial Médico especialista em MT como parece recomendável tendo em conta o enquadramento histórico da disciplina e o seu objecto último. Existiriam assim quatro áreas de intervenção articuladas entre si que seriam consideradas como Departamentos do mesmo SSOM e que se dividiriam em Medicina do Trabalho, Higiene e Segurança, Estudos Ergonómicos e



Avaliação Psicossocial, todos sob uma mesma Direcção técnica coordenadora e na dependência hierárquica de um único comando.

Estruturalmente, deverá contemplar um secretariado com arquivo e recepção próprias, gabinetes de consulta e de avaliação biométrica, laboratórios, salas de trabalho e espaço adequado para formação e ensino, biblioteca técnica e equipamento médico e técnico de avaliação das condições ambientais – conforto térmico, qualidade do ar, água, contaminação ambiental, luminosidade, ruído e vibração – adequado às necessidades.

## **11. Conclusão**

Conhecidas as razões que estiveram na génese da MT e que mais tarde originariam a sua integração na SO. Definidas as competências que os seus profissionais, com as suas distintas formações, devem assegurar nas organizações onde exercem. Identificadas as idiosincrasias da SO na sociedade civil e as razões que a diferenciam da sua congénere militar, em tempos de paz ou de conflito. Observada a experiência sobre esta matéria tido noutros países. Reconhecidas as exigências e os desafios que o futuro HFFAA irá colocar no que respeita a esta matéria. Estamos agora em condições de poder responder à questão central formulada no início do nosso trabalho.

Nesse sentido podemos concluir que, entre outras opções possíveis, o modelo conceptual aqui preconizado, parece-nos pelas razões evocadas o mais simples, económico e passível de ser implementado recorrendo à capacidade já instalada constituindo a resposta à QD5, e validando consequentemente a HIP5, perfazendo assim o conjunto de resultados que resolve a questão central deste trabalho de investigação.

O modelo mais adequado será aquele que possibilite o enquadramento mais apropriado, a composição mais abrangente e indicada, a localização menos dispendiosa e favorável, as dependências, hierárquica mais favorável à concretização dos seus objectivos e funcional que assegure a sua independência técnica e científica com recurso a um número aceitável de efectivos. Devem ser preservados todos os recursos já existentes que possam constituir contributo importante para a consolidação dos objectivos da SOM.

Tendo em linha de conta estas premissas e nas actuais circunstancias, este Serviço deverá denominar-se Centro de Investigação e Planeamento em Saúde Ocupacional (CIPSO) das FFAA – tendo em conta que irá assegurar as vertentes de investigação, diagnóstico, ensino e assessoria técnica e em simultâneo ser responsável por garantir o desempenho da SO no HFFAA, local onde deverá ficar sedado para melhor operacionalidade e gestão dos recursos de que necessita.



## 12. Glossário de Conceitos

**Absentismo doença** – Não comparência ao trabalho de um trabalhador por razões de saúde ou outras, nas condições em que seria de esperar a sua comparência.

**Acidente de trabalho** – Acontecimento que resulta de um factor profissional determinante para a sua ocorrência de aparecimento inesperado, de que resulta dano.

**Acreditação** – Processo através do qual um órgão avalia e reconhece que um serviço atende a padrões aplicáveis, predeterminados e publicados.

**Ambiente** – Tudo o que é exterior ao indivíduo e pode influenciar, positiva ou negativamente, o seu estado de saúde.

**Análise de risco** – Processo de uso da informação susceptível de identificar factores de risco e de estimar a probabilidade de ocorrência de um efeito adverso para a saúde e segurança.

**Aptidão** – Capacidade de um trabalhador desempenhar um dado trabalho.

**Assédio** – Forma particular de violência no local de trabalho que atenta pela sua repetição e sistematização contra a dignidade ou a integridade física ou psíquica de uma pessoa pondo em perigo o seu emprego ou degradando o clima de trabalho.

**Atopia** – Termo usado para descrever a tendência herdada para desenvolver hipersensibilidade imediata encontrada em alguns seres humanos.

**Avaliação de risco** – Caracterização da probabilidade de ocorrência de um efeito adverso para a saúde e segurança.

**Burnout** – Estado de exaustão prolongada e diminuição de interesse, especialmente em relação ao trabalho, fruto de um esforço excessivo.

**Certificação** – Processo pelo qual um órgão autorizado, seja uma organização governamental ou não, avalia e reconhece um profissional individual ou uma instituição como atendendo a requisitos ou critérios predeterminados.

**Custo-benefício** – Método de avaliação económica que tem por objectivo, identificar, medir e valorizar os custos e benefícios sociais de determinadas acções.

**Custo-efectividade** – Método de avaliação que liga os custos monetários de um programa de saúde aos seus resultados, expressos em unidades físicas mais simples ou em unidades naturais.

**Dano** – Considera-se dano a lesão corporal, perturbação funcional ou doença que determine redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte do trabalhador.



**Deontologia** – Conjunto codificado das obrigações impostas aos profissionais de uma determinada área, no exercício de sua profissão. São normas estabelecidas pelos próprios profissionais.

**Doença agravada pelo trabalho** – Doença em que a influencia dos factores profissionais, não dizendo respeito à sua génese, incide apenas na sua evolução e no correspondente resultado final.

**Doença Profissional** – Doença em que factores inerentes ao trabalho constituem condição “*sine qua non*” para a sua génese.

**Doença ligada ao trabalho** – Aquela em que o trabalho, de alguma forma, interfere na sua etiologia ou na sua história natural.

**Doença relacionada com o trabalho** – Doença em que factores profissionais, diluídos num contexto multifactorial, não tem factor decisivo.

**Epidemiologia** – Estudo da distribuição dos determinantes de saúde ou acontecimentos a eles associados em populações específicas e a aplicação desse estudo ao controlo dos problemas de saúde.

**Ergonomia** – Estudo sistemático das pessoas no seu contexto de trabalho, com o fim de melhorar a sua situação laboral, as suas condições de trabalho e as tarefas que realizam.

**Ética** – O que é bom para o indivíduo e para a sociedade. O seu estudo contribui para estabelecer a natureza de deveres no relacionamento do indivíduo com a sociedade. Representa um conjunto de normas de cumprimento obrigatório, frequentemente incorporadas à lei pública

**Exame de saúde** – Avaliação do estado de saúde individual utilizando um ou mais métodos para avaliar as consequências para a saúde da progressão de uma doença ou de um factor de risco já conhecido.

**Exposição profissional** – Contacto, na perspectiva temporal e espacial entre o trabalhador e um ou mais factores de risco.

**Grupo de risco** – Grupo de pessoas com características comuns que aumentam a probabilidade de contrair uma determinada doença ou lesão.

**Higiene do trabalho** – Ciência que antecipa, identifica, avalia e controla os riscos profissionais susceptíveis de provocar doenças profissionais.

**Incapacidade para o trabalho** – É a incapacidade da pessoa com lesão para executar as tarefas habituais correspondentes, no emprego ou posto de trabalho que ocupava no momento em que sofreu um acidente ou contraiu uma deficiência, não significando necessariamente inaptidão.



**Incidência** – Numero de casos de doença, acidente ou outros acontecimentos ocorridos num determinado período de tempo.

**Indicador de exposição** – Toda a substância, estrutura ou processo que pode ser quantificado no organismo ou nos seus meios biológicos que influencia ou prediz a incidência de um acontecimento ou de uma doença.

**Mapa de riscos** – Mapa elaborado para indicar os diversos tipos de riscos e respectiva gravidade de um ambiente de trabalho.

**Medicina do Trabalho** – Especialidade médica que tem por finalidade a protecção da saúde contra os riscos profissionais.

**Monitorização** – Observação, medição e avaliação contínua e repetida da saúde ou factores de risco profissionais, com objectivos pré definidos em programas específicos, usando métodos comparáveis de detecção e quantificação de dados.

**PIB** – Medida da produção total gerada no seio de uma economia.

**População activa** – População entre os 15 e os 65 anos.

**Prevalência** – Número de casos de uma dada doença ou condição, ocorridos numa dada população e num determinado período de tempo.

**Prevenção** – Conjunto de medidas destinadas a prevenir a ocorrência da doença, designadamente a eliminação ou a redução dos factores de risco ou, uma vez estabelecida conter a sua evolução e reduzir as suas consequências.

**Promoção** – Ciência e a arte de ajudar as pessoas a mudar os seus estilos de vida para obter uma saúde óptima.

**Rastreio** – Conjunto de exames que se faz numa população aparentemente sadia para descobrir doenças latentes ou numa fase precoce desde que daí resultem ganhos em saúde.

**Risco** – Probabilidade de ocorrência de um efeito adverso.

**Saúde** – Estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não a simples ausência de doença ou deformidade.

**Segurança e saúde no trabalho** – Conjunto de intervenções médicas, de engenharia ou outras que objectivam a prevenção dos riscos profissionais e a promoção da saúde dos trabalhadores.

**Sistema de saúde** – Conjunto de recursos, actores e instituições relacionadas com a regulação, financiamento e realização de acções com o objectivo de a promover e proteger a saúde de uma determinada população.

**Taylorismo** – Análise científica do trabalho característica da Revolução Industrial, desenvolvida por Frederick Winslow Taylor (1856-1915), engenheiro norte-americano.



Caracteriza-se pela optimização de resultados de uma empresa aumentando a sua eficiência operacional.

**Vigilância da saúde** – Exploração médico-fisiológica periódica de trabalhadores expostos a factores de risco profissionais com a finalidade de proteger a sua saúde e de prevenir a doença.

### 13. Bibliografia

#### a. Livros e Revistas

BARROS, Pedro Pita (2006). *Economia da Saúde - Conceitos e Comportamentos*, ed. Almedina, Coimbra. Setembro de 2006.

CAMPOS, António Correia (2007). *O Futuro da Saúde em Portugal*, 2ª ed. Almedina, Coimbra, Fevereiro de 2007.

CAMPOS, António Correia (2008.). *Reformas da Saúde – O Fio Condutor*, Almedina, Coimbra, Setembro de 2008.

CASSOU, B., et al. (1985). *Les risques du travail: pour ne pas perdre s'avie a la gagner*. Paris: La Découvert, 1985.

COMISSÃO DO LIVRO BRANCO DOS SERVIÇOS DE PREVENÇÃO (1998). *Livro branco dos serviços de prevenção das empresas*. Lisboa: IDICT. Segurança e Saúde no Trabalho, In (Estudos; I). Lisboa, 1998.

FAP (2005) Despacho nº 44/05/A do CEMFA de 13OUT. *Inspecções médicas para avaliação da aptidão física e psíquica do pessoal militar da Força Aérea*.

FAP (2007) Despacho nº 49/07 do CEMFA de 16MAI. *Controlo e avaliação da condição física do pessoal militar da Força Aérea*.

FAP (2008). Despacho nº 10/2008 do CEMFA de 19FEV. *Normas para a Organização dos processos de averiguações por acidente ou doença em Serviço na Força Aérea*.

FARIA, M. (1987) *Análise do trabalho*. In Revista Portuguesa de Saúde Publica. 14:2 (1987) 5-16.Lisboa, 1987.

FARIA, M.; UVA, A.(1988). *Diagnóstico e prevenção das doenças profissionais: algumas reflexões*. In Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, CL: 9 /10; 360 -371. Lisboa, 1988.



- FERREIRA, João José Brandão (2006). *O Serviço de Saúde Militar no princípio do século XXI em Portugal*. Separata do XVI Colóquio de História Militar, Lisboa. ed. Comissão Portuguesa de História Militar. Lisboa, 2006.
- COOPER, N.K; BRAITHWAITE, M.G.; (2001). *Occupational Medicine and Army Aviation Medicine. The doctors who assess groups as well as individual*. In J.R. Army Med. Corps. 2001:210214.
- GEARY, K.G.; CROFT, M. (2002). *Does military damage females? An analysis of medical discharge data in the British armed forces*. In Occup. Med. Vol. 52 Nº. 2 pp. 85-90, U.K. 2002.
- GONÇALVES, Rui Manuel Luz da Silva, (2006). *Resenha Histórica – O Serviço de Saúde da Força Aérea Portuguesa*. In Revista Militar, Lisboa, Outubro 2004.
- GONÇALVES, Rui Manuel Luz da Silva, (2008). *Tópicos Sobre o Serviço de Saúde da Força Aérea Portuguesa*. Edição do Autor. Lisboa, Junho 2008.
- GRAÇA, L. (1999). *Promoção da Saúde no Trabalho: A Nova Saúde Ocupacional?* Lisboa. Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho. In (C/A - Cadernos Avulsos, 1); (96 pp.).
- GRAÇA, L. (2002) *História da segurança, higiene e saúde no trabalho a Europa e em Portugal*. Disciplina de Sociologia da Saúde/Psicossociologia do Trabalho e das Organizações. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2002. In (Textos, T 1431). Texto policopiado. Lisboa, 2002.
- GRAY, C.G.COATE, R.B. e al. (1996). *The post war hospitalization experience of U,.S. veterans of the Persian Gulf War*. N. Engl. J. Med. 1996, 335:1505 - 13
- GREENBERG, N; IVERSEN, AMY,C e Aut. (2004) *Screening for depleted uranium in United Kingdom armed forces: who wants it and why?* In J. Epidemiology Community Health 2004; 58:558-561. doi: 10.1136 / Jech. 2003.014142.
- LEVY, B. S.; WEGMAN, D: H. (2000). *Occupational health: recognizing and preventing work related disease and injury*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
- MARINHA (1997). Despacho VALM Superintendente dos Serviços de Pessoal, nº 27/97 de 27 Nov. *Saúde Ocupacional. Grupo de Projecto*. Lisboa, 1997.
- MARINHA (2003). *Contributos Para a História da Marinha e do Alfeite*. Edições Culturais da Marinha, 2003. Escola nacional de Saúde Pública. Edições de Saúde, Obras Avulsas 6, Lisboa 2003.



- MARINHA (2007). Despacho ALM CEMA, 26/07 de 23 Mar. *Criação do Observatório de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho*. Lisboa, 2007.
- MARTIN, J.M. et Aut. (2005). Suicide among Regular – Duty Military Personnel: A Retrospective Case – Control Study of Occupation Specific Risk Factors for Workplace Suicide. In Am. J. Psychiatry 162:9, September, 2005.
- MARQUES J.C.N. (2006). *Organização dos Serviços de Saúde Militares: uma visão actual*. In Revista Militar nº 8/9 – Agosto/Setembro pp. 857- 678. Lisboa 2006.
- MARQUES, R.P.M; MARQUES C. J. S. R.(2004); *A Segurança e Saúde na Profissão Militar*. In Open Forum “Social Dialogue in The EU for/with the Military Personnel”. Lisboa, Março 2004.
- NEVES, E.B. (2007). *Gerenciamento do risco Ocupacional no Exército Brasileiro; aspectos normativos e práticos*. Cad. Saúde Pública vol.25 nº 9. Rio de Janeiro. Setembro, 2007.
- PEREIRA, O.G. CMG. SANTOS; N. CPF. e al. (2008). *Da Estratégia Militar à Investigação Estratégica. Álcool e Drogas em Meio Laboral e Militar (1993-2003)*. In Revista Militar. Lisboa. Setembro, 2008.
- PRISTA, J; UVA, A.(2002) *Aspectos Gerais de Toxicologia para Médicos do Trabalho*. Edição Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa, 2002.
- REIS, Carlos Vieira (2004). *História da Medicina Militar Portuguesa*. Lisboa. ed. Estado-Maior do Exército, Vol. I e II. Lisboa, 2004.
- ROBINETTE, C.D.; SILVERMAN, C. et al. (1980). *Effects upon health of occupational exposure to microwave radiation (radar)*. In Am. J. Epidemiol.1980; 112: 39-53.
- SANTANA, V.S; SILVA, M.(2004). *Ocupação e mortalidade na Marinha do Brasil*. In Rev. Saúde Pública 2004;38 (5): 709-15. Rio de Janeiro, 2004.
- SANTOS, C. S. (2003) *Desenvolvimento da Saúde Ocupacional em Portugal*. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, 2003.
- SIMÕES, Jorge (2004) *Retrato Político da Saúde - Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: da Ideologia ao Desempenho*. Almedina, Coimbra, Setembro de 2004.
- UVA, António de Sousa (2006). *Diagnóstico e Gestão do Risco em Saúde Ocupacional*. ed. ISHST, Lisboa 2006.
- UVA, A; GRAÇA, L.(2004). *Saúde e segurança no trabalho: glossário*. Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, (Cadernos Avulso; 4), Lisboa 2004.



**b. Legislação**

**Regime jurídico dos acidentes de trabalho e doenças profissionais:**

Decreto-Lei n.º 360/71 de 21 de Agosto;

Decreto-Lei n.º 2/82 de 5 de Janeiro;

Decreto – Lei n.º 142/99 de 30 de Abril;

Decreto-Lei n.º 143/99 de 30 de Abril;

Decreto-lei n.º 248/99 de 2 de Junho.

**Lei dos acidentes de trabalho e doenças profissionais:**

Decreto-Lei n.º 360/71 de 21 de Agosto.

**Pensões excluídas da Caixa Nacional Seguros de Doenças Profissionais:**

Decreto-Lei n.º 668/75 de 24 Novembro.

**Declaração de incapacidade temporária:**

Decreto-Lei n.º 307/76 de 26 Abril.

**Tabela nacional de incapacidades:**

Decreto-Lei n.º 341/93 de 30 Setembro.

**Locais de trabalho:**

Decreto-Lei n.º 347/93 de 1 Outubro;

**Trabalho suplementar:**

Decreto-Lei n.º 421/83 de 2 Dezembro;

**Decreto-Lei n.º 441/91, de 14/11;**

Estabelece o regime de organização e funcionamento das actividades de segurança, higiene e saúde no trabalho.

**Decreto-lei n.º 252/72 de 27/07;**

Estabelecimentos Fabris do Exército.

**Decreto-lei n.º 61/06 de 21/03;**

Lei Orgânica do Exército.

**Decreto-Lei n.º 109/2000, de 30/06;**

Altera o Decreto-Lei n.º 26/94, de 1 de Fevereiro, alterado pelas Leis n.os 7/95, de 29 de Março, e 118/99, de 11 de Agosto, que contém o regime de organização e funcionamento das actividades de segurança, higiene e saúde no trabalho.

**Decreto-Lei n.º 110/2000, de 30/06;**

Estabelece as condições de acesso e de exercício das profissões de técnico superior de segurança e higiene do trabalho e de técnico de segurança e higiene do trabalho.



**Decreto-Lei nº 348/93, de 01/10;**

Estabelece o enquadramento relativo às prescrições mínimas de segurança e de saúde para a utilização pelos trabalhadores de equipamento de protecção individual no trabalho.

**Decreto-Lei nº 2/82, de 05-01;**

Determina a obrigatoriedade da participação de todos os casos de doença profissional à Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais.

**Decreto-Lei n.º 341/93, de 30/09;**

Aprova a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais.

**Decreto-Lei n.º 362/93,15/10;**

Regula a informação estatística sobre acidentes de trabalho e doenças profissionais.

**Decreto-Lei nº 142/99, de 30/04;**

Cria o Fundo de Acidentes de Trabalho, com a interpretação do Decreto-Lei Nº 16/2003, de 3/02.

**Decreto-Lei nº 347/93, de 01/10;**

Estabelece o enquadramento relativo às prescrições mínimas de segurança e de saúde nos locais de trabalho.

**Decreto-Lei nº 330/93, de 25/09;**

Estabelece o enquadramento, relativo às prescrições mínimas de segurança e de saúde na movimentação manual de cargas.

**Decreto-Lei n.º 164/2001, de 23/05, alterado pelo Decreto-Lei n.º 69/2003, de 10/04;**

Aprova o regime jurídico da prevenção e controlo dos perigos associados a acidentes graves que envolvem substâncias perigosas.

**Decreto-Lei n.º 292/2000, de 14 de Novembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 76/2002, de 26 de Março e pelo Decreto-lei 259/2002, de 23 de Novembro;**

Aprova o Regulamento Geral sobre o Ruído.

**Decreto-Lei nº 409/98, de 23/12;**

Aprovou o Regulamento de Segurança contra Incêndio em Edifícios de Tipo Hospitalar.

**Decreto-Lei nº 410/98, de 23/12;**

Aprovou o Regulamento de Segurança contra Incêndio em edifícios de Tipo Administrativo.

**Decreto-Lei n.º 220/2008 de 12 de Novembro;**



Estabelece o regime jurídico da segurança contra incêndios em edifícios.

**Decreto-Lei n.º 226/2005 de 28/12 (Rectificações);**

Estabelece os procedimentos de aprovação das regras técnicas das instalações eléctricas de baixa tensão.

**Decreto-Lei n.º 243/86, de 20/08;**

Aprova o Regulamento Geral de Segurança e Higiene do Trabalho nos estabelecimentos Comerciais, de Escritórios e Serviços.

**Decreto-Lei n.º 273/2003,29/10;**

Procede à revisão da regulamentação das condições de segurança e de saúde no trabalho em estaleiros temporários ou móveis.

**Decreto-Lei n.º 82/2003, de 23/04;**

Aprova o Regulamento para a classificação, embalagem, rotulagem e fichas de dados de segurança de preparações perigosas para o homem e o ambiente, quando colocadas no mercado.

**Decreto n.º 15/2004, de 03/06;**

Proibição e adopção de medidas para eliminar e/ou restringir produção, utilização e importação de determinadas substâncias químicas.

**Decreto-Lei n.º 165/2002, de 17/07;**

Estabelece as competências dos organismos intervenientes na área da protecção contra radiações ionizantes.

**Decreto-Lei n.º 167/2002, de 18/07;**

Estabelece o regime jurídico relativo ao licenciamento e ao funcionamento das entidades que desenvolvem actividades nas áreas de protecção radiológica.

**Decreto-Lei n.º 290/2001, de 16/11;**

Estabelece o enquadramento e regulamentação relativa às prescrições mínimas de protecção da segurança e da saúde dos trabalhadores contra os riscos da exposição a agentes químicos durante o trabalho.

**Decreto-Lei n.º 301/2000, de 18/11;**

Estabelece o enquadramento e regulamentação relativa à protecção dos trabalhadores contra os riscos ligados à exposição a agentes cancerígenos ou mutagénicos durante o trabalho.

**Decreto-Lei n.º 84/97, de 16/04;**



Estabelece o enquadramento e regulamentação relativa às prescrições mínimas de protecção da segurança e da saúde dos trabalhadores contra os riscos da exposição a agentes biológicos durante o trabalho.

**Decreto-Lei n.º 236/2003, de 30/09;**

Prescrições mínimas destinadas a promoverem a melhoria da protecção da segurança e da saúde dos trabalhadores susceptíveis de serem expostos a riscos derivados de atmosferas explosivas.

**Decreto – Lei n.º 236/99 de 25 JUN**

Estatuto dos Militares das Forças Armadas

**Caixa nacional de seguros de doenças profissionais:**

Portaria n.º 642/83 de 1 de Junho.

**Locais de trabalho:**

Portaria n.º 987/93 de 6 Outubro.

**Trabalho suplementar:**

Convenção n.º 155 da OIT relativa à segurança e saúde dos trabalhadores e ambiente de trabalho.

**Portaria n.º 609/87 de 16 de JUL**

Regulamento das Juntas Médicas da FAP.

**Portaria n.º 467/2002, de 23/04;**

Regula a instrução do requerimento de autorização de serviços externos.

**Portaria n.º 1179/95, de 26/09;**

Aprova o modelo da ficha de notificação da modalidade adoptada pela empresa para a organização dos serviços de segurança, higiene e saúde no trabalho.

**Portaria n.º 288/2009, de 20/03;**

Aprova o modelo de relatório anual da actividade dos serviços de segurança, higiene e saúde no trabalho.

**Portaria n.º 299/2007, de 16/03;**

Aprova o novo modelo de ficha de aptidão, a preencher pelo médico do trabalho.

**Portaria n.º 988/93, de 06/10;**

Estabelece a regulamentação relativa às prescrições mínimas de segurança e saúde dos trabalhadores na utilização de equipamento de protecção individual.

**Portaria n.º 137/94, de 08/03;**

Aprova o modelo de participação de acidentes de trabalho e o mapa de encerramento de processo de acidente de trabalho.



Portaria nº 11/2000, de 13/01;

Aprova as bases técnicas aplicáveis ao cálculo do capital de remição das pensões de acidentes de trabalho.

**Portaria nº 987/93, de 06/10;**

Estabelece a regulamentação das prescrições mínimas de segurança e saúde nos locais de trabalho.

**Portaria nº 1275/2002, de 19/09;**

Regulamento de Segurança contra Incêndio em Edifícios de Tipo Hospitalar.

**Portaria nº 1276/2002, de 19/09;**

Regulamento de Segurança contra Incêndio em Edifícios de Tipo Administrativo.

**Portaria nº 1456 – A/95, de 11/12 (Supl.);**

Regulamenta as prescrições mínimas de colocação e utilização da sinalização de segurança e de saúde no trabalho.

**Portaria nº 53/71, de 3/02, alterado pela Portaria nº 702/80, de 22/09;**

Aprova o Regulamento Geral de Segurança e Higiene do Trabalho nos Estabelecimentos Industriais.

**Portaria n.º 762/2002 de 01/07;**

Aprova o Regulamento de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho na Exploração dos Sistemas Públicos de Distribuição de Água e de Drenagem de Águas Residuais.

**Portaria n.º 1421/2004, de 23/11;**

Adopta determinadas restrições básicas e fixa os níveis de referência relativos à exposição da população a campos electromagnéticos.

**Portaria nº 989/93, de 06/10;**

Estabelece a regulamentação relativa às prescrições mínimas de segurança e saúde respeitantes ao trabalho com equipamentos dotados de visor.

**Lei n.º 14/2001, de 04/06;**

Estabelece as condições de acesso e de exercício das profissões de técnico superior de segurança e higiene do trabalho e de técnico de segurança e higiene.

**Lei n.º 100/97, de 13/09** Estabelece o regime jurídico dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais.

**Trabalho suplementar:**

Convenção nº 155 da OIT relativa à segurança e saúde dos trabalhadores e ambiente de trabalho.

**Despacho n.º 22 714/2003 do IPQ – II Série n.º 270, de 21/11;**



Publica a lista de normas harmonizadas no âmbito de aplicação da Directiva n.º 89/686/CEE, relativa a equipamentos de protecção individual.

**Decreto Regulamentar n.º 6/2001, de 5/05;**

Aprova a lista actualizada das doenças profissionais e o respectivo índice codificado.

**Decreto do Governo n.º 17/84, de 04/04**

Peso máximo de cargas a transportar por um só trabalhador.

**Decreto Regulamentar n.º 9/92, de 28/04;**

Estabelece a regulamentação relativa à protecção dos trabalhadores contra os riscos devidos à exposição ao ruído durante o trabalho.

**Decreto Regulamentar n.º 9 /90, de 19/04 alterado pelo Decreto – Regulamentar n.º 3 /92 de 06/03;**

Estabelece a regulamentação das normas e directivas de protecção contra as radiações ionizantes. Revogado por Decreto-Lei n.º 165/2002, de 17/07 -derroga parcialmente..

**c. Sítios consultados**

Instituto para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho

<http://www.ishst.pt/>

Direcção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho do Ministério do Trabalho e Segurança Social

<http://www.dgct.mts.gov.pt/>

Direcção-Geral de Estudos, Estatísticas e Planeamento do Ministério do Trabalho e da Segurança Social

[www.dgeep.mtss.gov.pt/edicoes/estatisticas /acidentes. php](http://www.dgeep.mtss.gov.pt/edicoes/estatisticas/acidentes.php)

Direcção-Geral da Saúde

<http://www.dgsaude.pt/>

Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho – (OSHA)

<http://pt.osha.eu.int/statistics/>

American Industrial Hygiene Association

[www.aiha.org](http://www.aiha.org)

Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

[www.anact.fr](http://www.anact.fr)

International Occupational Safety and Health Information Centre

[www.ilo.org/cis](http://www.ilo.org/cis)



Centre National de Prévention et de Protection

[www.cnpp.com](http://www.cnpp.com)

European Agency for Safety and Health at Work

[www.europe.osha.eu.int /](http://www.europe.osha.eu.int/)

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

[www.eurofound.ie](http://www.eurofound.ie)

EUROSTAT

[www.europa.eu.int/comm/eurostat](http://www.europa.eu.int/comm/eurostat)

Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina no Trabalho

[www.fundacentro.gov.br/](http://www.fundacentro.gov.br/)

Health & Safety Executive

[www.hse.gov.uk](http://www.hse.gov.uk)

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo

[www.mtas.es/insht](http://www.mtas.es/insht)

International Labour Organisation

[www.ilo.org](http://www.ilo.org)

Institut National de Recherche et de Sécurité

[www.inrs.fr](http://www.inrs.fr)

Institut de Recherche en Santé et en Sécurité du Travail

[www.irsst.gc.ca](http://www.irsst.gc.ca)

Medicine Arena

[www.medicinearena.com](http://www.medicinearena.com)

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

[www.mtas.es](http://www.mtas.es)

National Institute for Occupational Safety and Health

[www.cdc.gov/niosh](http://www.cdc.gov/niosh)

Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics

[www.oppbtp.fr](http://www.oppbtp.fr)



## ANEXO “A”

### Médicos Militares Especialistas por Ramo e Especialidade em 31 de Dezembro de 2008

ESPECIALIDADE	MARINHA	EXÉRCITO	FORÇA AÈREA	TOTAL
Anatomia Patológica	0	0	0	0
Anestesia	1	0	1	2
Ano Comum	10	0	0	10
Cardiologia	6	3	3	12
Cirurgia Geral	3	1	4	8
Cirurgia Maxilo Facial	1	0	0	1
Cirurgia Plástica	0	2	3	5
Cirurgia Vascular	0	1	0	1
Dermatologia	3	1	1	5
Endocrinologia	0	1	0	1
Estom. /Med. Dentária	2	0	2	4
Fisiatria	4	0	3	7
Gastrenterologia	2	4	3	9
Ginecologia	1	1	2	4
Hematologia	0	1	0	1
Imagiologia	2	2	3	7
Infecciologia	0	1	0	1
Medicina do Trabalho	1	0	3	4*
Medicina G. e Familiar	2	0	0	2
Medicina Interna	8	4	6	18
Nefrologia	1	1	0	2
Neurocirurgia	0	2	0	2
Neurologia	1	1	1	3
Oftalmologia	3	5	3	11
Ortopedia	1	6	1	8
Oncologia	0	0	0	0
Otorrinolaringologia	1	2	1	4
Patologia Clínica	3	1	0	4
Pneumologia	1	1	2	4
Pediatria	1	0	0	1
Psiquiatria	3	2	2	7
Reumatologia	1	1	0	2
Saúde Pública	0	0	0	0
Sem Especialidade	0	1	0	1
Urologia	0	2	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>46</b>	<b>43</b>	<b>140</b>

Fonte: Direcção de Saúde da Marinha, do Exército e da Força Aérea

\* Todos com outra especialidade.



### Médicos Militares Internos de Especialidade por Ramo e Especialidade em 2009

ESPECIALIDADE	MARINHA	EXÉRCITO	FORÇA AÉREA	TOTAL
Anatomia Patológica	0	0	0	0
Anestesia	4	5	1	10
Cardiologia	2	2	2	6
Cirurgia Geral	4	6	1	11
Cirurgia Maxilo Facial	1	0	0	1
Cirurgia Plástica	1	1	3	5
Cirurgia Vascular	1	2	0	3
Dermatologia	1	1	1	3
Endocrinologia	2	1	0	3
Estomatologia/Med.Dentaria	0	0	0	0
Fisiatria	2	1	0	3
Gastroenterologia	5	1	2	8
Ginecologia	3	2	3	8
Hematologia	0	0	0	0
Imagiologia	4	1	0	5
Infeciologia	1	0	0	1
Medicina Interna	0	5	1	6
Medicina Geral e Familiar	1	0	3	4
Medicina do Trabalho	0	0	0	0
Nefrologia	0	0	0	0
Neurocirurgia	0	1	0	1
Neurologia	3	1	1	5
Oftalmologia	2	2	2	6
Oncologia	1	0	0	1
Ortopedia	5	6	5	16
Otorrinolaringologia	3	0	4	7
Patologia Clínica	0	0	0	0
Pneumologia	0	0	0	0
Psiquiatria	4	1	1	6
Reumatologia	0	0	0	0
Saúde Pública	0	0	0	0
Sem Especialidade	0	0	0	0
Urologia	2	2	1	5
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>41</b>	<b>31</b>	<b>124</b>

Fonte: Direcção de Saúde da Marinha, do Exército e da Força Aérea