

INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES
CURSO DE PROMOÇÃO A OFICIAL SUPERIOR – MARINHA

2008/2009



BREVE ESTUDO

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 DOUTRINA OFICIAL DA MARINHA PORTUGUESA.

**CARREIRA MÉDICA HOSPITALAR VERSUS CARREIRA MÉDICA
OPERACIONAL**

SANDRA CARVALHO RODRIGUES

Primeiro Tenente MN

NÃO CLASSIFICADO



INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES

**CARREIRA MÉDICA HOSPITALAR VERSUS CARREIRA
MÉDICA OPERACIONAL**

Sandra Carla Caldeira de Carvalho Rodrigues

Trabalho de Investigação Individual do CPOS-M

IESM, 2009

NÃO CLASSIFICADO

NÃO CLASSIFICADO



INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES

**CARREIRA MÉDICA HOSPITALAR VERSUS CARREIRA
MÉDICA HOSPITALAR**

Sandra Carla Caldeira de Carvalho Rodrigues

Trabalho de Investigação Individual do CPOS-M

Orientador: CFR M MARTINS DA CRUZ

IESM, 2009

NÃO CLASSIFICADO

AGRADECIMENTOS

Uma palavra de apreço é devida a todos quantos directa ou indirectamente contribuíram para a execução do presente estudo.

Ao Sr. CFR M Martins da Cruz, nobre orientador deste Breve Estudo, o meu sincero agradecimento pela sua orientação, auxílio e disponibilidade prestada no decorrer das diversas etapas deste trabalho.

A todos os Médicos Navais que atenciosamente responderam ao questionário enviado.

Um agradecimento muito especial aos senhores: CMG MN Rui Martins, ao CMG MN Filipe Roque e ao CFR MN Jesus Silva pelo tempo dispensado durante as entrevistas e disponibilidade demonstrada para esclarecimento de dúvidas que foram surgindo na elaboração deste trabalho.

Aos camaradas do CPOS-M 2008/2009, pela amizade e amável disponibilidade para a discussão de assuntos de interesse.

À minha família, que, manteve a capacidade de me apoiar, demonstrando sempre paciência e compreensão.

A todos o meu bem hajam!

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO	iv
ABSTRACT.....	v
PALAVRAS CHAVE.....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	vii
1. INTRODUÇÃO	
2. VERTENTE MÉDICA HOSPITAR	2
3. VERTENTE MÉDICA OPERACIONAL.....	2
4. A ACTUALIDADE NOS OUTROS RAMOS DAS FORÇAS ARMADAS.....	3
5. A ACTUALIDADE DA MARINHA PORTUGUESA	4
6. SEPARAÇÃO DAS CARREIRAS.....	6
a. Política Favorável à Separação.....	7
1) Separação numa fase inicial da carreira.....	9
2) Separação realizada na transição para Oficial Superior.....	10
3) Associação das duas hipóteses anteriores.....	11
b. Política Não Favorável à Separação.....	11
1) Curriculum Operacional.....	13
2) Treino Programado.....	15
7. CONCLUSÕES	15
8. RECOMENDAÇÕES.....	17
ANEXOS	
Anexo A – Tratamento estatístico dos dados obtidos pelas respostas aos questionários.....	19
Anexo B – Conteúdos do Curriculum da Pós-Graduação em Saúde Militar	21
BIBLIOGRAFIA	26
APÊNDICES	
Apêndice I – Questionário enviado aos Médicos Militares Navais	
Apêndice II – Entrevista realizada ao CMG MN Filipe Roque	

Apêndice III – Entrevista realizada ao CFR MN Jesus Silva

Apêndice IV – Entrevista realizada ao CFR MN Rui Martins

RESUMO

A mudança que caracteriza o sector da saúde dos nossos tempos, estimula, impõe à Marinha, modificações no seu Serviço de Saúde. Cada vez mais a sua missão passa por manter e promover a saúde dos militares, assegurar a prontidão para o serviço e permitir o cumprimento da missão à componente operacional naval do Sistema de Forças Nacional.

Face à nova envolvente estratégica a medicina militar enfrenta novos desafios, passando a ser um factor multiplicador da Força Militar, nas diversas operações conjuntas e combinadas.

Surge então a questão: “ Existe a necessidade da separação da carreira médica militar em hospitalar e operacional”?

Ao longo da elaboração deste trabalho reflectiu-se sobre esta questão, avaliando-se o contexto das duas vertentes com base em pesquisa bibliográfica, realização de questionários e entrevistas aos médicos navais. Ponderou-se os argumentos a favor e contra.

O conceito de duplo uso da Saúde Militar, em que os médicos desempenham funções hospitalares e rotativamente funções na área operacional, à semelhança da própria Marinha, continua a ser considerada pela maioria dos médicos militares como a resposta correcta a esta questão. Só assim pode permitir constituir uma estrutura flexível, adaptável e projectável, capaz de responder às necessidades operacionais da Marinha, actuando de modo competente, rigoroso e dedicado, procurando a excelência nas suas áreas de intervenção fundamental e específica, garantindo uma dimensão hospitalar generalista que permita manter uma resposta coerente e adequada.

É importante termos a percepção de que o Sistema de Saúde Militar ainda tem um longo caminho a percorrer, a sua reorganização é imprescindível, no entanto existe entre os médicos navais a convicção que não poderá dar-se a separação entre as duas carreiras, pois a qualificação de excelência depende de uma prática mantida e um constante estudo e desenvolvimento de boas técnicas, condicionamentos fundamentais para o êxito das diversas missões.

ABSTRACT

The change that characterizes the Health Sector of our time, encourages, requires, to the Navy, changes in its Health Service. Increasingly its mission is to maintain and promote the health of military personnel to ensure readiness for the service and allow compliance with the mission to the naval component of the operating system of National Forces.

In the new strategic environment military medicine is facing the challenge to become a multiplying factor of Military Force, in the various joint and combined operations.

Then comes the question: "There is a need for separation of the military medical career in hospital and operational?"

Throughout the preparation of this work we reflected on this issue, evaluating the context of two parts based on literature search, development of questionnaires and interviews with Naval Doctors. There are the arguments for and against.

The concept of double use of the Military Health, in which the doctors fulfil hospital and operational functions, like the Navy itself, keeps on being considered by most of the military doctors as the correct answer to this question. Only this can provide a flexible, adaptable, projective structure, able to respond to the operational necessities of the Navy, acting in competent, rigorous and dedicated way, looking for the excellence in this areas of basic and specific intervention, guaranteeing a generalist hospital dimension that should allow to maintain a coherent and appropriate answer.

It is important has the perception that the Military Health System still has a long way to run, this reorganization is inevitable, however navy doctors have the conviction that will not be able to give itself the separation between two runs, since the qualification of excellence depends on a maintained practice and constant study and development of good techniques, basic conditionings for the positive results in our missions.

PALAVRAS-CHAVE

- Apoio logístico
- Cadeia logística
- Desenvolvimento organizacional
- Gestão das operações
- Integração
- Marinha
- Organização logística
- Parcerias com os fornecedores
- Serviço ao cliente
- Sistema Integrado de Gestão do Ministério da Defesa Nacional
- Sistemas de Informação
- Tecnologias de Informação

PALAVRAS-CHAVE

- Carreira Hospitalar
- Carreira Operacional
- Clínica Geral
- Curriculum
- Emergência
- Marinha
- Medicina curativa
- Medicina preventiva
- Médico-sanitária
- Missão
- Saúde ocupacional
- Saúde Militar

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AJP4.10	–	Allied Joint Doctrine for Medical Support
CEMA	–	Chefe do Estado-Maior da Armada
CIOM	–	Centro de Informações Operacionais Marinha
CITAN	–	Centro de Instrução de Tática Naval
CMN	–	Centro de Medicina Naval
NATO	–	Organização do Tratado Norte Atlântico
NBQ	–	Nuclear, Biológica e Química
NEO	–	Operação de Evacuação de Não Combatentes
MC326/2	–	NATO Principles and Policies of Medical Support
MDN		Ministério de Defesa Nacional
ONU	–	Organização das Nações Unidas
UE	–	União Europeia
SAR	–	Save and Rescue
SSM	–	Sistema de Saúde Militar

“Um exército que não sofra de muitas doenças, será vitorioso em combate.” (Sun Tzu)

1. INTRODUÇÃO

O fim da Guerra Fria determinou a emergência de uma nova ordem internacional, marcada pela formação de um sistema unipolar e pelo fenómeno da globalização. Mas o fim do confronto Leste-Oeste e do equilíbrio do Terror determinou, por sua vez, a emergência de um novo quadro de segurança internacional, marcado por novos tipos de ameaças, riscos e conflitos.

Em termos da aliança NATO enfrentam-se ameaças como conflitos assimétricos e terrorismo, que afectam não só as forças militares, mas também a sociedade civil.

No caso de Portugal, além das influências já referidas, associou-se-lhes o final da guerra de África em 1974, dando início a um processo de reestruturação das Forças Armadas, incluindo os seus Serviços de Saúde.

O Programa do XVII Governo Constitucional defende uma reforma do Sistema de Saúde Militar, de modo a assegurar a continuidade da qualidade dos serviços e garantindo articulação funcional e optimização de meios, em especial com o Serviço Nacional de Saúde. Devendo desenvolver-se serviços de utilização comum, mas mantendo-se especial atenção à medicina militar e à sua capacidade de participação em missões internacionais.

No contexto actual, com as várias reestruturações que se aproximam, com a alteração dos cenários em que participam os médicos militares, levantam-se várias questões. Pelos múltiplos aspectos que possam influenciar o desígnio da missão da Saúde Militar, com mais evidência sobre a Naval nos nossos dias, uma das questões, mais prevalentes será: *Existe a necessidade da separação da carreira médica militar em hospitalar e operacional?* A partir desta questão central, outras questões derivadas se podem colocar: *a) Se sim, quando deve ser efectuada essa separação? b) Como seriam enquadrados os médicos de carreira hospitalar nas missões em que participassem? c) Se não, em que fase da carreira médica deveria ser introduzido o curriculum da medicina*

Operacional? d) Este curriculum deve ser apenas respeitante à componente naval ou ser um curriculum conjunto?

É objectivo deste trabalho reflectir sobre estas questões, colocá-las a outros profissionais médicos militares através de entrevistas e elaboração de questionários individuais, com o intuito de perceber a eficácia das várias hipóteses levantadas, equacionando à luz dos critérios, formação, experiência, polivalência e padrões de prontidão, de maneira que se possa propor uma carreira médica militar orientada para a actualidade, bem definida e estruturada, compreendida pelos médicos militares actuais e para os vindouros, adequada ao nosso contexto. E acima de tudo, orientada para um serviço eficaz, seguro e válido no âmbito dos desafios a que hoje a Marinha é chamada a responder.

2. VERTENTE MÉDICA HOSPITALAR

O médico de carreira hospitalar é definido como um profissional habilitado para exercer funções hospitalares assistenciais, de investigação e ensino, exercer em acção integrada multidisciplinar de trabalho e de equipa hierarquizada em conexão com os cuidados de saúde primários. (Pina, 1998)

No caso militar é desejável a existência de uma adequada rede de cuidados diferenciados que deverão englobar uma Unidade Hospitalar Generalista preferencialmente com internamento, consultas externas e exames complementares de diagnóstico, capaz de projectar a sua intervenção às diferentes unidades navais em terra ou no mar.

3. VERTENTE MÉDICA OPERACIONAL

A primeira referência a um Role 1¹ deu-se durante as campanhas napoleónicas, em 1792 Dominique Larrey, cirurgião militar com vasta experiência, introduziu o conceito de actuação precoce nos ferimentos de guerra, promovendo o transporte do ferido, rápido, para o centro de assistência mais próximo, assim como melhorou a organização dos

¹ Role 1 – Suporte médico com capacidade para proceder a suporte avançado de vida durante uma hora.

cirurgiões militares no campo de batalha. Criou as “flying ambulances”, as quais, equipadas com cirurgiões e ajudantes, se deslocavam até à frente de batalha. (Lima, 2001)

Podemos então perceber que já no século XVIII se desenhava uma carreira médica militar operacional, sendo esta edificada sobre sólidos conhecimentos de cuidados primários, com decisão sobre a aptidão para a vida militar activa e de acompanhamento da mesma, sob o ponto de vista de monitorização de rotina ou em situações extraordinárias. Aqui também estão englobadas as áreas da prevenção, do diagnóstico e da reabilitação.

Associa-se a todas estas valências um profundo conhecimento em planeamento operacional. São médicos com qualificações que lhes permitem proceder a formação, verificação e certificação das diferentes unidades para o cumprimento das suas missões, no âmbito da saúde e emergência médica – ou seja fazer a avaliação dos critérios de prontidão operacional e proceder ao comando e controlo médico operacional.

Dentro do âmbito da saúde operacional temos, ainda, de considerar a formação e treino em saúde militar e informação médica.

É nesta área que compete garantir o planeamento e a sustentabilidade da capacidade operacional na pré-missão, missão e na pós-missão, no respeito pela doutrina nacional e dos princípios NATO, nomeadamente do expresso nos AJP4.10 – Allied Joint doctrine for Medical Support e MC326/2 – NATO Principles and Policies of Operational Medical Support. Este é um importante documento que procura identificar as políticas operacionais NATO referentes ao suporte médico. A intenção é guiar as nações no desenvolvimento de conceitos, planos, estruturas e procedimentos de suporte médico em ordem a uma mais profícua participação de todos os membros nas missões da NATO.

4. ACTUALIDADE NOS OUTROS RAMOS DAS FORÇAS ARMADAS

Nos três ramos das Forças Armadas não existe a separação da carreira médica militar em operacional e hospitalar. À semelhança do exemplo da medicina naval, o mesmo pessoal médico que se forma para as suas especialidades, mantém intervenção generalista e específica operacional.

O facto de não existir uma participação médica permanente no planeamento operacional, com uma transmissão específica da missão e do meio envolvente pode ser dramático, como nos é relatado por um brilhante cirurgião do Medigan General Hospital,

convocado para a guerra da Coreia, sujeito a uma difícil situação, com dificuldade de ligação com as diversas estruturas, conjuntura de que resultou uma elevada taxa de mortalidade. (Feherenbach, 2001)

5. A ACTUALIDADE NA MARINHA PORTUGUESA

A Saúde Naval como entidade organizadora tem mais de duzentos anos e é contemporânea da fundação da Marinha de Guerra como corpo militar do Estado Português. Os seus médicos e enfermeiros sempre estiveram na linha da frente. Vivem, comem, trabalham e dormem numa plataforma acanhada, oscilante e rodeada por um meio hostil.

Não há médicos do Exército em veículos blindados ou médicos da Força Aérea em meios aéreos. Mas, neste caso, os médicos Navais fazem parte da guarnição do navio, liderando uma equipa mais vasta e que a bordo tem outras actividades, fazendo parte integrante do “seu” navio. (Abreu, 2006)

Em 1999, a Marinha iniciou um processo de reestruturação, com modificações estruturais e organizacionais do seu Serviço de Saúde, com vista a poder responder de um modo mais eficaz aos vários desafios que vão sendo colocados, como é o caso dos padrões de prontidão a atingir pelos meios operacionais, onde é englobada a área da Saúde, publicados pelo Estado Maior da Armada. Estes padrões de prontidão na área da Saúde estão estabelecidos no IONAV 8000 (A).

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

A Saúde Naval passou a ser encarada como um garante da sustentabilidade operacional das forças envolvidas. Por outro lado, a participação de Portugal na estrutura da NATO e da UE implica o cumprimento da doutrina e política de Apoio Médico-Sanitário vigentes.

Decorrendo destes processos, procura-se progressivamente adaptar a Saúde Naval aos diferentes contextos: preventivo, curativo, ocupacional e operacional.

Ainda durante o ano de 1999 é emitido o Despacho n.º 17/99 de 03 de Março, do Almirante Chefe do Estado – Maior da Armada, sobre a reestruturação da Superintendência dos Serviços de Pessoal que cria o CMN (Centro de Medicina Naval), atribuindo-lhe responsabilidade “*pela coordenação e controle da actividade médico-sanitária, de medicina preventiva, da saúde ocupacional e da assistência médica e apoio às operações*”.

Neste mesmo ano é criado o Centro de Abastecimento Sanitário, responsável pela logística operacional e do medicamento.

Em 2001 é emitido o Despacho n.º001/01 de 14 de Março, do VALM (Vice-Almirante) Superintendente dos Serviços de Pessoal, que estabelece o conceito de Saúde Operacional: “assegura o *aprontamento médico-sanitário* das Forças e Unidades operacionais para as missões, *avaliando* as necessidades, *planeando e propondo* superiormente as estruturas de saúde e o apoio médico e, providenciando os exames médicos, vacinações e outras medidas profiláticas e o reabastecimento sanitário necessário para o cumprimento da missão”. A saúde operacional ficou sob a alçada do CMN, criado anteriormente, como já foi referido.

No discurso de tomada de posse de sua Excelência o Contra-Almirante MN Teles Martins em 20 de Fevereiro de 2009, mantém-se a ideia da uma Saúde Naval duplo uso, à semelhança da própria Marinha em si, ou seja o mesmo pessoal forma-se para as especialidades e mantém intervenção generalista e específica. No entanto, é referido várias vezes, ao longo do seu discurso, a necessidade de promover, desenvolver e consolidar a vertente da medicina operacional, incidindo inclusive na formação em saúde operacional no exterior, em especial nas estruturas NATO.

Actualmente vive-se uma mudança significativa das missões em que podemos ser chamados a intervir no âmbito da NATO, ONU ou EU – em situações de artigo 5º, com a possibilidade de conflitos assimétricos e de operações não artigo 5º, situações de resposta à crise, que se baseiam fundamentalmente em Operações de Apoio à Paz e outras operações e tarefas de resposta a crises como é o caso de Operações de Evacuação de Não – Combatentes / Repatriação (NEO), Operações Busca e Salvamento (SAR) no Mar, Combate à poluição, Ajuda Humanitária, Assistência a deslocados e refugiados, Assistência a desastres, Operações de Extracção, Apoio a Autoridades Cíveis e Imposição de Sanções e Embargos.

É baseando-se nestas novas condições que alguns autores referem a necessidade da separação da carreira médica militar em hospitalar e operacional. No entanto a maioria dos médicos militares navais não concorda com essa separação, referindo que para a realização com sucesso estas diversas missões têm de existir alicerces de qualificações médicas muito sólidas.

6. SEPARAÇÃO DAS CARREIRAS

Um sistema de saúde militar efectivo e de confiança ajuda a manter o moral do pessoal militar e do público, em geral, nos militares e na sua condução política. Os cuidados médicos, nos vários contextos, mas em especial no contexto NATO, tornam-se uma responsabilidade dos comandos operacionais e em certas situações pode tornar-se a sua maior preocupação.

Baseando-se nestes aspectos, colocam-se questões fundamentais como seja o caso da necessidade ou não da separação das carreiras médicas em hospitalar e operacional.

A separação da carreira médica militar em duas vertentes tem sido apoiada por muitos, face às profundas transformações na prestação do apoio sanitário militar, que se iniciaram com o fim da guerra-fria, mudanças essas verificadas a vários níveis: na sociedade, na medicina, na estrutura do Sistema de Forças e com grande evolução, nas próprias ameaças.

Por outro lado, existe quem defenda que o médico militar só conseguirá realizar em pleno a sua missão se, para além de conhecer perfeitamente a missão da Unidade, dos indivíduos que a integram, estiver bem preparado para actuação em condições extremas, possuir prática hospitalar que lhe permita fazer face às situações graves e difíceis de controlar, que possa ter de fazer face. Associa-se a esta ideia o facto do número de efectivos de médicos militares ser reduzido.

a. Política Favorável à Separação

Esta temática assume um papel muito importante, uma vez que Portugal como membro da NATO tem sido chamado a participar em várias missões, entre 1997 e 2007 realizaram-se 20 missões de humanitárias e de apoio à paz, tendo sido empenhados 42 meios operacionais.

Os defensores da política de separação das carreiras baseiam-se fundamentalmente na grande modificação que tem ocorrido na medicina militar nestes últimos anos e na grande importância que esta valência operacional tem assumido. Em termos de critérios NATO foram estabelecidas capacidades necessárias a desenvolver em áreas funcionais chave na medicina militar: sistema de comando e controlo médico, em que o staff médico deve ser adequado em tamanho, treinado e experiente para desenvolver um plano médico apropriado à situação e ao timing, assegurar protecção médica da força, desenvolver um sistema integrado de tratamento e evacuação de doentes, sistema médico logístico e organização de áreas especializadas como cuidados estomatológicos ou psicológicos.

Na saúde militar de países como a França e Holanda existe a separação entre medicina hospitalar e operacional, que se caracteriza pelas seguintes especificidades: o núcleo de médicos dedicados à medicina operacional é restrito, mas com uma grande diferenciação na área, participam como *Advisers* em todos os patamares do planeamento, desde o estratégico ao tático, passando pelo operacional, onde participam activamente nos planeamentos operacionais das diferentes missões. Um dos exemplos dados pelo Dr. Jesus Silva relaciona-se com a experiência francesa, em que o médico pertencente ao staff operacional é um médico militar, especialista em Medicina Familiar, mas “...que não trata um doente há mais de 15 anos...”

O pessoal médico militar de carreira hospitalar encontra-se integrado em hospitais, civis ou militares e são mobilizados, quando existe essa necessidade para missões específicas, após planeamento e coordenação pelos médicos da vertente operacional.

É com base nestas experiências que existem alguns médicos militares navais que consideram que devem ser dados passos no sentido, de num futuro próximo, dar-se início a uma separação das carreiras médicas militares em operacional e hospitalar.

Em 1998, segundo o Dr. Jesus Silva foi realizado um estudo pela Marinha Portuguesa nesse sentido e obteve-se como resultado o consenso que sim, deveria existir uma separação entre as duas carreiras. No entanto nada se fez nesse sentido até hoje sendo alegado como principal causa para este facto o pequeno número de médicos pertencentes ao quadro.

Quem defende a separação ou a criação de uma medicina operacional naval baseia-se nas experiências positivas de países como a França, a Inglaterra e a Holanda. Segundo este grupo de médicos a especificidade da medicina operacional não se coaduna com o

amadorismo que tem sido prática na nossa Marinha, até aos dias de hoje, embora se tenha observado neste últimos anos uma tentativa para organizar toda a medicina operacional.

O CMN tem um papel activo desde o processo de treino e avaliação dos padrões de prontidão operacional das unidades navais (Flotilha) e de fuzileiros (Corpo de Fuzileiros), do comando e controlo médico operacional (Comando Naval e CITAN), do sistema de informação operacional (CIOM), até ao apoio na definição dos requisitos formativos em saúde para todos os militares/militarizados da Marinha (Direcção do Serviço de Formação) e no processo de ensino já instituído (Escola de Fuzileiros, Escola de Tecnologias Navais – Departamento de Limitação de avarias, Escola de Serviço de Saúde Militar).

Estes profissionais médicos dedicados à operacionalidade devem acrescentar à sua formação técnico-profissional, competências diversas em áreas estruturantes da sua condição militar, como seja a medicina preventiva, medicina ambiental, medicina NBQ, medicina tropical, medicina de emergência e trauma, medicina de catástrofe, logística e administração em saúde e tratamento do stress de combate.

Segundo estes autores compete à medicina operacional naval o ensinamento, treino e avaliação de situações de emergência médica (pré-hospitalar), como são os casos de: assistência humanitária em situações de catástrofe (**DISTEX**), assistência a navios sinistrados no mar. (**STRICKEN VESSEL**), assistência de emergência em situações de combate e de acidente (**EMERGÊNCIA A BORDO**), recolha e assistência ao naufrago (**HOMEM AO MAR**), assistência a vítimas de ataque com armas NBQ, assistência a vítimas em consequência de ataque externo em portos hostis (**SHIP PROTETION EXERCISE**).

Na vertente da medicina operacional, após a atribuição da missão existem fases importantes do planeamento operacional que devem ser bem conhecidas da equipa médica:

A fase pré-missão que consiste em verificar as capacidades materiais e competências humanas, promoção/controle do estado de saúde (Aptidão Física e Psíquica) e aprontamento médico-sanitário de base.

A fase de aprontamento que consiste em reunir a informação médica, protecção da força, aprontamento, situações específicas, estimativa de baixas, cálculo dos meios necessários e estabelecimento de uma cadeia de evacuação médica, fase de projecção, fase

de sustentação, fase de retracção e fase pós-missão, onde deve ser realizada a avaliação e o registo de lições aprendidas.

São áreas muito diversificadas, mas fundamentais para o sucesso das missões, só o seu conhecimento profundo pode permitir uma actuação eficaz e sólida.

Uma das lições aprendidas pelo Contingente Britânico (BRITCON), aquando da sua participação na Operação GABRIEL, no Ruanda, em 1994 foi que os serviços médicos devem estar empenhados na definição da missão, centralmente no seu planeamento, execução e avaliação das “performances” para o sucesso pleno da missão. Evidenciando assim a importância da medicina operacional, contribuindo na sua medida para o sucesso da missão. (HAWLEY, 1997)

Baseando-se na análise destes vários dados aqui apresentados, poderemos concluir que o desenvolvimento da vertente operacional da carreira médica militar é uma mais valia no contexto da medicina militar naval, mas esta diferenciação não implica forçosamente a separação da carreira.

No entanto é importante a percepção de como poderia ser realizada esta separação e em que fase da carreira médica pode ser realizada. Após a análise dos diferentes dados obtidos pelas respostas aos questionários e pelas entrevistas, surgem três hipóteses:

1) Separação numa fase inicial da carreira médica

A separação numa fase inicial da carreira médica é defendida por 80% dos médicos militares que responderam afirmativamente à primeira pergunta do questionário realizado.

Dada a importância dos cuidados primários, da saúde preventiva e medicina do trabalho no âmbito da saúde operacional, existem autores que defendem que a especialidade que mais se perfila para ocupar esta carreira operacional será a especialidade em Medicina Familiar, antigamente denominada como especialidade em Clínica Geral.

No entanto, como resultado do questionário elaborado aos médicos navais subalternos, são apontadas ainda outras especialidades, como: Anestesiologia, Cirurgia Geral, Ortopedia e Medicina Interna.

Deveriam ser iniciadas políticas de recrutamento de médicos com essa especialidade ou então com base nos médicos formados na Escola Naval.

Dever-se-ia estabelecer aquando das candidaturas para o curso de medicina nesta unidade, o número de vagas necessárias para a especialidade de Medicina Familiar, para que os candidatos tivessem esse tipo de informação prévia e pudessem decidir em consciência.

Este exemplo é seguido pela Medicina Militar Francesa há vários anos, com bastante sucesso.

2) Separação realizada na transição para Oficial Superior

Nesta hipótese a separação seria realizada na transição para Oficial Superior, se possível, recorrendo à escolha individual, para os elementos que se considerassem mais aptos a enveredar pela carreira operacional ou que tivessem gosto nisso.

Os médicos na sua fase inicial de carreira estariam apenas ligados à sua especialidade, optimizando os conhecimentos e treino, seriam destacados para as diversas missões, como até aqui se tem realizado, na maioria das vezes por uma escala de embarque e escala de situações inopinadas.

A sugestão da divisão ser dada na passagem para Oficial Superior, deve-se ao facto de no decorrer do Curso de Preparação para Oficial Superior esta temática ser ministrada. Por outro lado, neste caso, a profundidade da matéria deveria ser maior no que respeita aos médicos a frequentar este curso, à semelhança do que já é realizado para os médicos pertencentes ao quadro do Exército.

Esta hipótese, segundo os autores seria a menos viável, uma vez que apenas tardiamente os médicos teriam contacto com a saúde operacional e com os desígnios do planeamento operacional, por outro lado os médicos dedicados às suas especialidades durante anos e numa fase de grandes projectos e trabalhos, dificilmente se empenhariam profundamente na saúde operacional.

3) Associação das duas hipóteses anteriores

Neste caso estariam definidas desde o início as vagas para medicina operacional, para as quais concorreriam os médicos após a entrada no quadro e em qualquer altura um médico mais dedicado à medicina hospitalar poderia iniciar funções operacionais.

Esta situação permitiria que os médicos navais já com experiência consolidada na sua especialidade e com interesse na área operacional se dedicassem à vertente operacional, aliando vontade e experiência.

b. Política Não favorável à Separação

A preocupação crescente pelo padrão “zero baixas” que no mundo ocidental foi sendo imposto pelas opiniões públicas, faz com que a saúde militar seja cada vez mais exigente, mais especializada e levada à frente de combate, numa perspectiva em que os cuidados ali prestados sejam tendencialmente do mesmo padrão de qualidade, acessibilidade e oportunidade que os de tempo de paz.

Os autores que estão contra a separação das duas carreiras fazem referência a um encontro que ocorreu em 1997, no Vimieiro, promovido pelo MDN, “Encontro para Reflexão sobre a Reestruturação da Saúde Militar”, onde foram debatidos vários temas, entre os quais a proposta apresentada pela DGP/MDN, para a implementação de dois subsistemas de Saúde Militar: a Saúde Operacional e a prestação de Cuidados de Saúde. A análise e discussão provaram não ser desejável por estar a desenvolver uma medicina mais desligada da prática clínica hospitalar, menos capaz de prestar cuidados adequados aos elementos combatentes no decurso das operações militares.

A reorganização na saúde militar é inevitável, à semelhança do que já ocorreu em outros países como é o caso do Canadá, Noruega e Dinamarca onde já não existem hospitais militares ou o caso da Alemanha e Reino Unido, que reduziram o número de hospitais militares em que, especificamente no caso do Reino Unido, a maior parte dos hospitais militares, antes na dependência dos ramos, foram entregue ao SNS e passaram a fazer parte da rede hospitalar pública. As Forças Armadas passaram a ter nestes hospitais uma ou duas enfermarias, guarnecidas por médicos militares e outros profissionais para

treino do pessoal de saúde dos diferentes ramos. Toda a administração é civil e o orçamento provém do Ministério da Saúde. Existe apenas um Hospital Militar de certa dimensão, utilizado pelos três ramos.

No entanto, o nosso país não dispõe, ainda, de uma rede de hospitais civis, capaz de responder, em prontidão, eficácia e eficiência, com as exigências dos corpos militares. Nomeadamente não estão vocacionados para uma prática de inspecções sanitárias obrigatórias, rigorosas e periódicas.

Para os autores que defendem a não separação, o pessoal de saúde constitui o recurso mais valioso, muito qualificado do ponto de vista técnico-profissional, adquirindo esta qualificação e aptidão em instituições académicas e hospitalares especializadas. A manutenção desta qualificação em padrões de excelência depende de uma prática mantida e um constante estudo e desenvolvimento de boas técnicas.

A maioria dos médicos militares navais, não concorda com a separação da carreira médica, alegando que nas ocasiões em que são chamados a participar nas mais variadas missões a experiência, os conhecimentos e a prática são fundamentais para o sucesso destas.

Um dos critérios NATO evidenciados é de que os cuidados prestados em situações de conflito devem ser o mais possível, semelhantes aos prestados em tempo de paz. A abordagem de feridos ou doentes durante os conflitos recebeu um novo estatuto de qualidade e quantidade, requerendo da Aliança uma reorganização médica grande.

No seio da própria Aliança um grave problema se coloca, – os médicos militares, em muitas nações são escassos, o que torna uma grave limitação na capacidade operacional, este mesmo problema coloca-se no seio das Forças Armadas Portuguesas, uma vez que em 2006 existiam no total dos três ramos 259 médicos militares (81 de Marinha, 88 do Exército e 90 da Força Aérea), actualmente, dados de 2009, pertencem ao quadro da Marinha 87 médicos. Os médicos militares portugueses encontram-se distribuídos pelos vários serviços de saúde e seis hospitais, comparativamente neste mesmo ano (2006), na Alemanha existiam 2400 médicos militares em oito hospitais militares, prevendo-se neste caso o encerramento até ao final desse mesmo ano o encerramento de três. A divisão das carreiras iria, sem dúvida agravar ainda mais esta realidade.

Nos USA existe publicado um guia que rege a carreira médica militar “ Medical Corpus Professional Development Guide”, que indica a necessidade de uma prática operacional e hospitalar em que todos os médicos participam rotativamente. Neste guia está explicada de uma maneira muito clara o trajecto militar de médico, o seu

desenvolvimento profissional, os lugares na medicina operacional que pode ocupar, dependente da diferenciação citada anteriormente e ainda a sua colaboração no ensino e na investigação.

Portugal é um país pequeno, com um número reduzido de médicos militares, à semelhança dos outros parceiros da NATO, não faz sentido a separação da carreira médica, pois levaria a escassear os recursos; por outro lado, as missões em que temos participado, não são suficientes para o desenvolvimento dos “skills” médicos necessários, o que ocasionaria que existissem profissionais pouco treinados e com défice de qualificações.

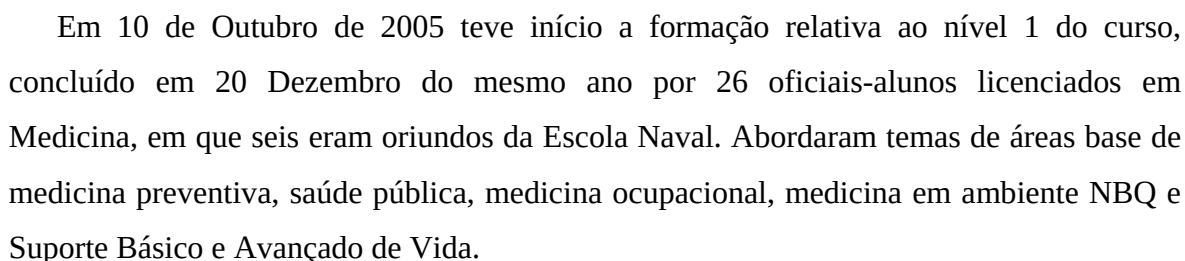
No entanto quem defende a não separação, tem noção que é necessário ter conhecimentos profundos na área operacional. Será necessário definir como se poderá colmatar esta lacuna.

1) Curriculum Operacional

Apesar de defenderem a não separação existe a consciência de que é necessário a formação, em forma de pós-graduação na área operacional da saúde, para todos os médicos militares navais, de forma a habilitar os profissionais para actuarem em todas as fase e ambientes operacionais.

A participação em missões de Apoio à Paz demonstrou não estarem os oficiais do serviço de saúde suficientemente preparados para o desempenho das mesmas, por falta de uma prévia formação pós-graduada em matérias do foro da medicina exercida em enquadramento militar neste tipo de ambientes. Esta preocupação foi sentida com intensidade pelo Exército que para dar resposta a esta questão lançou em 1992, um programa de reforma da formação ministrada aos médicos militares após a sua entrada no Quadro Permanente. Nessa altura, com base na reformulação dos conteúdos do Curso de Promoção a Oficial Superior (CPOS), criou-se um programa específico da saúde militar, acoplado ao curriculum anterior de matérias das áreas da Tática, Estratégia e Administração. Mas a experiência demonstrou que muitos médicos eram empenhados naquele tipo de missões antes deste curso.

Em 2004 criou-se uma plataforma de entendimento entre os três Serviços de Saúde dos Ramos e Faculdade de Ciências Médicas com entrega de uma proposta por parte dos Ramos de um conteúdo curricular de três níveis para um Curso de Pós-Graduação em Saúde Militar. Este curso está dividido em etapas escalonadas ao longo da carreira de saúde militar (nível 1- após o curso de licenciatura; nível 2- ministrado durante a



NÃO CLASSIFICADO

2) Treino Programado

A aquisição de conhecimentos não é suficiente para podermos cumprir os objectivos das várias missões. O treino frequente é fundamental, assim como a coordenação de práticas e apreensão de conceitos.

Com especial atenção ao desenvolvimento da saúde operacional, tem-se feito, por parte do CMN, um grande esforço no processo de reequipando técnico essencial à prestação de cuidados de emergência pré-hospitalar nos diferentes serviços ou secções de saúde, que precisa contudo ser consubstanciado por uma adequada formação dos elementos das equipas de saúde e da guarnição em geral, em primeiros socorros, suporte básico de vida, suporte avançado de vida e trauma.

Foi inaugurado nos finais de 2008 o Centro de Simulação Médica da Marinha com vista ao ensino e treino das guarnições no âmbito da medicina de urgência e emergência. Este simulador permite ao pessoal médico treinar algumas situações que possam surgir durante as missões, no entanto não lhes consegue transmitir o acumular de experiências vivificadas ao lado dos doentes.

As novas missões e conceitos operacionais colocam uma ênfase cada vez maior em operações conjuntas e combinadas, o que aumenta a importância da coordenação do apoio médico nas operações de manutenção de paz, de ajuda a catástrofes e de assistência humanitária. O Comité de Chefes dos Serviços Médicos Militares da NATO foi criado, em 1994, no sentido de dar resposta a esta questão, que à luz dos conceitos da Aliança se tem tornado fundamental, o treino conjunto e combinado, nesta área.

7. CONCLUSÕES

As novas missões para as Forças Armadas, em especial para a Marinha Portuguesa, implicam a adequação do Serviço de Saúde Militar.

A minha opinião pessoal confunde-se com a da maioria dos médicos navais inquiridos, dos mais diversos postos, de que não deve existir separação entre a carreira militar hospitalar e operacional, em especial no nosso pequeno universo de orçamento reduzido.

Em ambientes extremos, tendo por inimigos o tempo, recursos escassos, a imprevisibilidade, a adversidade, a pressão da guerra ou da catástrofe, o médico militar tem de estar habilitado a responder com prontidão a estes desafios, em que é posto à prova a sua competência médica. Só poderão estar preparados para estes desafios os médicos que aliem os conhecimentos à prática do dia-a-dia. Isto só é possível no seio da família hospitalar, em que todos os dias existem desafios mais ou menos controlados, que nos colocam à prova. Superamo-los num sentido de crescer, como médicos e como militares, numa incessante troca de valores e experiências com os outros médicos que aí trabalham.

Mas nas situações extremas, não é apenas colocada à prova a nossa capacidade técnica mas também a nossa coragem moral, o nosso espírito de equipa, a nossa capacidade de liderança e o conhecimento do enquadramento táctico e estratégico das situações. Para lidar com estas vertentes o médico militar tem de ter conhecimentos profundos de medicina operacional, que lhe devem ser ministrados sob a forma de uma pós-graduação.

Com a manutenção do sistema de Saúde Militar de duplo uso, continuando a trilhar os caminhos da organização da vertente operacional, como tem sido a prioridade nos últimos tempos, a Saúde Militar Naval surgirá como uma estrutura flexível, adaptável e projectável, capaz de responder às necessidades operacionais da Marinha.

Os esforços da Direcção do Serviço de Saúde, segundo as informações do seu Director e Subdirector, serão no sentido de edificar um sistema de saúde compreensivo, autónomo, cooperante com a sociedade, orientado para o apoio à missão da Marinha e das Forças Armadas, com elevados padrões de qualidade técnico-científica, digno embaixador do País e catalizador de mudança.

Por último, temos de ter em mente, que em termos de Aliança caminhamos, face às grandes dificuldades apresentadas por várias nações pelo escasso número de médicos militares, para soluções médicas multinacionais, o que implica treino conjunto e combinado em tempo de paz, para se colherem dividendos no futuro. Só assim poderemos integrar este sistema de cuidados de saúde global, capaz de estabelecer e manter medicina de alta qualidade nas suas vertentes preventiva, primária, curativa e de trauma, a todos os elementos militares, com um sistema efectivo de evacuação, actuando em qualquer tempo e em qualquer lugar.

Temos a certeza, nos nossos dias que o sistema de saúde é a chave multiplicadora do poder militar!

8. RECOMENDAÇÕES

A Saúde Militar Naval apoiando-se na sua Direcção do Serviço de Saúde deve estabelecer planos para potenciar a qualidade e a produtividade de toda a actividade, designadamente:

Criar as condições necessárias para obtermos as idoneidades dos Serviços.

Manter o desenvolvimento do Curso de Pós Graduação em Saúde Militar, ministrando-o a todos os médicos militares, de maneira credenciada, formalizada em diploma que reconheça as competências respectivas.

Desenvolver no CMN um Departamento de Formação e Treino, com implementação de cursos modulares na área da saúde operacional para todos os médicos militares navais, em áreas específicas da saúde naval a bordo dos navios. Esta área dependente do planeamento interno de cada ramo, tem de ser integrado, numa visão conjunta de formação de pessoal que permita responder adequadamente às situações operacionais que a actual situação estratégica condiciona.

Estabelecer, para todos os médicos, acções de recertificação e treino no âmbito da saúde operacional, com periodicidade de 1 ano.

Participar activamente, em tempo de paz, em operações de treino multinacional conjunto e combinado.

Encetar uma via de desenvolvimento do ensino, investigação e formação em Saúde Militar, compatível com a exigência do novo ambiente estratégico.

“Não é por as coisas serem difíceis que não ousamos, mas é porque não ousamos que elas são difíceis.”

Sénega

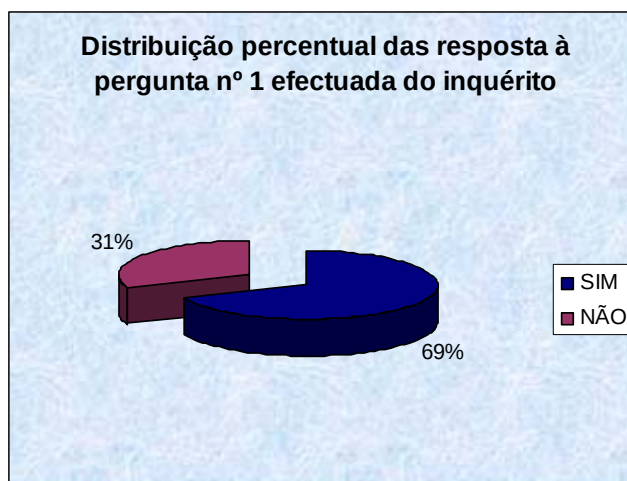
ANEXOS

- Anexo A – Tratamento estatístico dos dados obtidos pelas respostas aos questionários
- Anexo B – Conteúdos do Curriculum da Pós-Graduação em Saúde Militar

ANEXO A

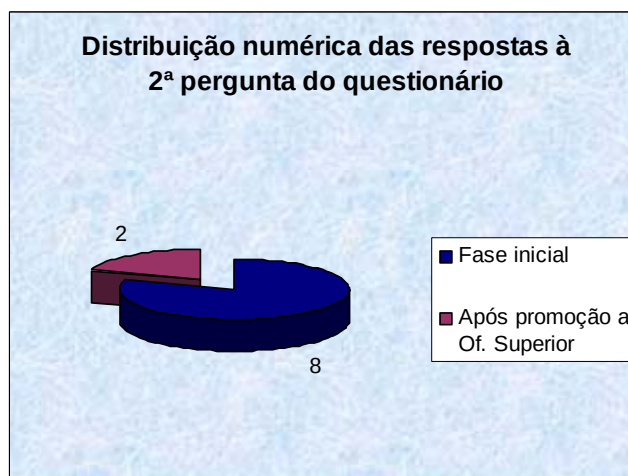
Dos 50 questionários enviados via email, apenas se obteve resposta a 32.

1- Relativamente à pergunta “ Dada a evolução da Saúde Militar, especialmente da vertente operacional, dever-se-á considerar a separação entre as duas carreiras?”, verificou-se o seguinte resultado:



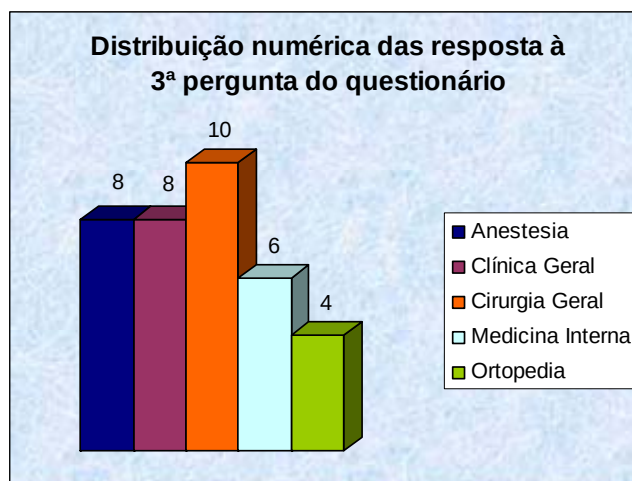
Dos 32 médicos que responderam ao questionário 69% não concordam com a separação da carreira médica militar.

Dos 10 médicos navais que responderam afirmativamente, obtiveram-se os seguintes resultados em relação à pergunta “Em que fase da carreira médica se deverá dar a separação?”



Destes 10 profissionais, 8 subscrevem uma separação numa fase inicial da carreira médica, 2 após a promoção a Oficial Superior e nenhum considerou positivo a associação das duas hipóteses.

Em relação à questão “Que especialidades considera que serão mais indicadas para pertencerem à carreira operacional?”, obteve-se os seguintes resultados:



A especialidade de clínica geral é sem dúvida a que apresenta maior consenso entre os médicos inquiridos.

ANEXO B

Descrição de conteúdos do currículo da Pós-graduação em Saúde Militar

O conteúdo curricular para cada nível tem em conta a fase da formação em que o profissional se encontra, bem como a expectativa de emprego do mesmo.

NÍVEL 1

I. MEDICINA AMBIENTAL

Carga horária: 20 horas

Conteúdos:

1. Fisiologia do exercício – 3 horas
 - . Fisiologia muscular, cárdio-circulatória e respiratória
 - . Metabolismo aeróbio e anaeróbio
 - . Tipologia do exercício
 - . Riscos do exercício mal planeado ou executado
2. Respostas fisiológicas, planeamento e metodologia do apoio sanitário em ambientes extremos – 7 horas
 - . Factores ambientais
 - . Missão
 - . Instrução/treino
 - . Prevenção do risco de stress térmico
 - . Terapêutica das lesões térmicas
 - . Altitude: fisiopatologia, prevenção e tratamento dos seus efeitos
 - . Cronobiologia: suas disfunções
3. Hiperbarismo – 2 horas
4. Hipobarismo – 2 horas
5. Controlo de vectores-desinfestações e desratizações – 1 hora
6. Análise de águas e controlo de ambientes – 1 hora
7. Metodologia do treino físico militar – 2 horas
8. Nutrição operacional – 2 horas

II. MEDICINA NRBQ

Carga horária: 36 horas

Conteúdos:

Curso “NRBQ Saúde” – EPE / Tancos

36 horas – 6 dias

. ESSM – 3 dias

. EPE – 3 dias

III. EPIDEMIOLOGIA

Carga horária – 20 horas

IV. APOIO SANITÁRIO DE CAMPANHA

Carga horária: 6 horas

Conteúdos:

1. A Companhia Sanitária da Brigada e da Divisão
2. O Apoio Sanitário na Zona de Comunicações (Teatro Europa ou África)
3. O Apoio Sanitário no Corpo de Exército
4. Balizamentos éticos nos conflitos (As Convenções de Genebra e o Direito Humanitário)

V. MEDICINA TROPICAL

Carga horária: 36 horas

Conteúdos:

1. Malária
2. Doenças Sexualmente Transmitidas
3. SIDA
4. Doenças por carraças e leptospiros
5. Doenças diarreicas e parasitoses intestinais
6. Tripanosomíases
7. Febre amarela; Febres hemorrágicas; Doença por Hanta-Vírus
8. Hepatites infecciosas
9. Gripe e Gripe das Aves
10. Filarioses
11. Meningites e Encefalites Infecciosas
12. Schistosomíases

VI. APOIO SANITÁRIO EM MISSÕES INTERNACIONAIS

Carga horária: 6 horas

Conteúdos:

1. Normas e procedimentos de actuação em missões da ONU, NATO e de cooperação com países amigos
 - . Ambiente NATO
 - . Ambiente de Forças Conjuntas e Combinadas
 - . Ambiente ONU
2. Plano de aprontamento de Forças, Grupos e Indivíduos
 - . Verificação da aptidão sanitária
 - . Plano de Vacinação
 - . Formação
 - . Material sanitário de apoio

VII. VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO (VMER)

Carga horária: 72 horas

Conteúdos: Curso VMER (inclui SAV – 20 horas)

VIII. MISSÃO E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Carga horária: 6 horas

Conteúdos:

1. Missão
2. Organização
3. Análise comparada com os Serviços de Saúde de outras Forças Armadas

Os níveis 2 e 3 têm a estrutura configurada nas tabelas I e II.

Tabela I

Nível 2 Pós-graduação em Saúde Militar		
Tema	Carga horária	Docentes
I – Saúde Pública I	12 horas	IHMT**
II – Medicina Tropical II	18 horas	IHMT
III – Medicina de Catástrofes I	30 horas	Prof Romero Bandeira
IV – Apoio Sanitário de campanha II	6 horas	TCor Med Rui André
V – Operações de Apoio à Paz II	6 horas	IESM*
VI – Apoio Sanitário em Missões Internacionais II	6 horas	Direções de Saúde
VII – Tema de Tática Sanitária I	6 horas	Cor Med Abílio Gomes
VIII – Organização do Serviço de Saúde Militar II	6 horas	Direções de Saúde
IX – História do Serviço de Saúde Militar I	6 horas	Cor Med C. Vieira Reis
X – Suporte Avançado de Vida	24 horas	INEM
XI – NRBQ II	30 horas	TCor Med Rui André
XII – Telemedicina	6 horas	Maj Joaquim Cardoso
XIII – Classificação e Seleção de Recursos Humanos	12 horas	Comando do Pessoal
Carga horária total: 168 horas		

* Instituto de Estudos Superiores Militares

** Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Tabela II

Nível 3 Pós-graduação em Saúde Militar		
Tema	Carga horária	Docentes
I – Teoria Geral de Administração	12 horas	IESM
II – Medicina Tropical III	6 horas	IHMT
III – Medicina de Catástrofes II	30 horas	Prof Romero Bandeira
IV – Administração de Recursos Humanos	6 horas	IESM
V – Operações de Apoio à Paz III	6 horas	IAEM
VI – Apoio Sanitário em Missões Internacionais III	6 horas	Direções de Saúde
VII – Tema de Tática Sanitária II	6 horas	Cor Med Abílio Gomes
VIII – Administração de Recursos Materiais	6 horas	IESM
IX – História do Serviço de saúde Militar II	6 horas	Cor Med C. Vieira Reis
X – Administração de Serviços de Saúde	26 horas	Dr António Sá d'Almeida
XI – NRBQ III	28 horas	TCor Med Rui André
XII – Telemedicina II	6 horas	Maj Joaquim Cardoso
XIII – Avaliação Médico-Legal do Dano Corporal	6 horas	Maj Med Eduardo Silveira
Carga horária total: 150 horas		

BIBLIOGRAFIA

DOCUMENTOS OFICIAIS:

- Despacho do Almirante Chefe do Estado-maior da Armada nº 17/99 de 03 de Março, publicado no Anexo H da OA1 10 de 10/03/99
- Despacho do VALM Superintendente dos Serviços de Pessoal nº 001/01 de 14 de Março, publicado na OP1 39 de 24/05/01
- Despacho do Almirante Chefe do Estado-maior da Armada nº 25/06 de 22 de Fevereiro, publicado na OA1 09 de 01/03/06
- IONAV 8000 (A) – Padrões de Prontidão Naval, publicadas no Anexo B da OA1 40 de 27/09/06
- Lei nº 27/2006, de 3 de Julho – Lei de bases da Protecção Civil
- MARINHA, Anuário Estatístico de 2005 (2006). Lisboa: Direcção de Análise e Gestão da Informação – Comissão Eventual.
- Programa do XVII Governo Constitucional – Capítulo V, Portugal na Europa e no Mundo

LIVROS E PUBLICAÇÕES:

- ABREU, R. – “Hospital de Marinha. Uma referência viva de todos os Marinheiros.”, in Revista da Armada nº 396, Abril 2006.
- AJP 4.10 (A) Allied Joint Medical Support Doctrine
- AMEDP 15 – Military Medical Support in Humanitarian and Disaster Relief
- AMEDP 17 – Training Requirements for Health Care Personnel in International Missions.
- BOLAN, D. C. – “Operational Medicine experience integrated into a military Internal medicine residence curriculum”, in Military Medicine, USA 2001
- BUTLER, F. K – “Tactical Medicine Training for SEAL Mission Commanders”, accepted for publication in Military Medicine, Julho 2000

- COELHO, A. R. – “Reforma da Saúde Militar – Uma intenção muitas vezes adiada”, in Revista Militar, Out. de 2006
- COHEN P.S. – “Doctors and Interrogation”, in New England Journal of Medicine, vol 353: 1633-1634, Oct 13, 2005.
- DIAS, C. – “Saúde Naval. Que desafios e expectativas”, in Revista da Armada, nº417, Março 2008.
- FEHERENBACH, T. R. – “This Kind of War, A study in Unpreparedness”, in Operational Medicine 2001
- FERREIRA A.A. – “O Apoio Sanitário no Teatro de Operações evolução do conceito à luz dos novos cenários.”, in Revista Militar nº 2455, pág. 937, Out. 2006, Lisboa.
- FERREIRA, J. B. – “O Serviço de Saúde Militar no Princípio do Século XXI em Portugal”, in Revista Militar, Nov. 2006
- GAWANDE, A. – “Casualties of War- Military Care for the Wounded from Iraq and Afghanistan”, in New England Journal of Medicine, vol 351:2471-2475, Dec. 9, 2004.
- GOMES, A. A. F – “Condição Militar e Militar – aliadas ou inimigas?” Revista Militar, Out. de 2004.
- GOMES, A. A. F – “Importância da formação pós-graduada em Saúde Militar”, in Revista Militar, Out. de 2006
- HAWLEY A.– “Rwanda 1994: A study of medical support in military humanitarian operations”, in JRAMC, 1997, vol 143, nº2, pp 75-82
- KORSHEVER, N. G. – The organization of medical support and professional training of military physicians (a systems approach), Voен Med. Z., 1997 Oct; 318(10):4-11, 79.
- LIMA, J. J. F. – “Apontamentos Cronológicos sobre a História da Anestesia”, 2001
- MARQUES, J. C. – “Organização dos Serviços de Saúde Militares: uma visão actual”, in Revista Militar nº 2455, pág. 857, Out. 2006
- MC 326/1 - NATO Medical Support principles and Policies
- MC326/2 – NATO Principles and Policies of Operational Medical Support
- MEDICAL CORPS PROFESSIONAL DEVELOPMENT GUIDE
- PINA, E. – Responsabilidade Disciplinar administrativa do Médico. Liddell, 2ª edição 1998.

- RHEM, T. K. – “Military Doctors Discuss Humanitarian Assistance”, in American Forces Press Service, September, 2004.
- RODIG, E. – “NATO Joint Medical Support – Reality and Vision”, in RTO-MP-HFM-109, Agosto 2004
- STANAG 2122 – Medical training in First-Aid, Basic Hygiene and Emergency Care.
- STANAG 2358 – NBC / MED (Edition 3) – First-Aid and Hygiene Training in NBC Operations.
- STANAG 2879 – Principles of Medical Policy in Management of Mass Casualty situation

OUTROS DOCUMENTOS:

- Discurso da tomada de posse do Sr. Almirante MN Teles Martins, documento enviado aos Directores de Serviço dos vários organismos de saúde da Marinha.
- CALISTO, P. – “Militares Integração dos Hospitais”, Trabalho Individual disponível na biblioteca do IESM
- SANTOS, J. G. B. – “Anteprojecto de Sistema de Saúde Militar; 94/95”, Trabalho Individual disponível na biblioteca do IESM
- NEP nº 218 em vigor desde 27 Julho de 2007

APÊNDICES

- Apêndice I – Questionário colocado aos médicos militares navais via email
- Apêndice II – Entrevista realizada ao Sr. CMG MN Filipe Roque
- Apêndice III – Entrevista realizada ao Sr. CMG MN Rui Martins
- Apêndice IV – Entrevista realizada ao Sr. CFR MN Jesus Silva

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO ENVIADO VIA EMAIL PARA OS MÉDICOS NAVAIS

Para a elaboração deste trabalho considerou-se importante a auscultação da opinião dos médicos navais subalternos, uma vez que serão eles os principais visados com a possível alteração da carreira médica militar. Enviou-se por email 50 questionários a médicos especialistas ou internos da especialidade diversas colocados no Hospital de Marinha ou a prestar serviço no Centro de Medicina Naval.

QUESTIONÁRIO

Para a elaboração do Breve Estudo cujo o tema é: “ *Carreira Médica Hospitalar versus Carreira Médica Operacional*”, necessito que me respondam a este pequeno inquérito:

1. Dada a evolução da Saúde Militar, especialmente na vertente operacioanl, dever-se-ia considerar a separação entre as duas carreiras? Porquê?
2. Se sim, em que fase da carreira médica se deverá dar a separação?
3. Que especialidades considera que serão mais indicadas para pertencerem à carreira operacional?

APÊNDICE II

ENTREVISTA COM O Sr. CMG MN FILIPE ROQUE

O Sr. CMG Filipe Roque frequenta neste momento o Curso Para Oficial General no IESM, anteriormente exerceu as funções de Director do Hospital de Marinha, foi fundador do Centro de Medicina Hiperbárico. É um profundo conhecedor da Saúde Militar Naval, vocacionado pela sua especialidade, é especialista em Medicina Interna, para a carreira hospitalar.

Entrevista

1. Dr. Filipe Roque, dada a evolução da Saúde Militar, especialmente na vertente operacional, dever-se-ia considerar a separação em duas carreiras, operacional versus hospitalar? Porquê?

R: Considero que não pode existir separação da carreira médica. O médico não pode ser afastado da área hospitalar/clínica, correndo o risco de perder qualidades técnicas e de conhecimentos, é na prática do dia-a-dia, no consultório, enfermaria ou bloco que o médico desenvolve as suas competências e são estas que serão postas à prova em situações de conflito. Pergunto-lhe eu, prefere ser tratada por um médico de saúde operacional, que embora tenha muitos conhecimentos de suporte básico/avançado de vida, não consegue ter capacidade da continuação imediato do tratamento ou por um médico de saúde hospitalar, com conhecimentos das área operacional, mas que saiba apreender todos os pontos da situação médica?

Não nos podemos esquecer, como tem vindo a ser referenciado por vários estudos Norte-Americanos, com base na Guerra do Iraque, muitas das patologias dos militares envolvidos, não resultam directamente do conflito.

2. Na opinião do Dr. Jesus Silva é importante esta separação, baseando-se em experiências de outros países europeus como a França...

R: O número de médicos militares Franceses é muito superior ao nosso, cerca de 2000 efectivos, estes médicos dedicados à área operacional afastam-se da clínica

médica, nas situações de conflito, quem vai para o terreno são os médicos com prática hospitalar.

O nosso sistema de saúde tem falhas e não é dividindo a classe que vamos conseguir melhorar, é com o esforço de todos.

3. Considera importante a instituição de um curriculum médico operacional a par do curriculum médico hospitalar?

R: Sem dúvida que passa por aí a solução para o problema da adequação dos médicos militares Portugueses às situações de conflito e outro tipo de operações, em que são cada vez mais convidados a participar.

4. Em que fase deveria ser instituído este curriculum médico operacional?

R: O mais precoce possível na carreira médica, pois as missões surgem em qualquer fase da nossa diferenciação.

5. Considera importante o treino médico conjunto e combinado?

R: Importantíssimo, todos os conhecimentos adquiridos têm de ser treinados, por isso mesmo defendendo a não separação das carreiras. O treino permite-nos ajustar os conhecimentos à prática e muitas vezes, como sabe, é diferente a teoria da prática, cada caso é um caso! Isto é uma vertente muito importante da medicina, os conhecimentos apreendidos com a experiência.

O modo de actuar entre médicos do mesmo país é por vezes diferente, mais ainda se tivermos de actuar com médicos de outras nacionalidades, por vezes com procedimentos diferentes, para que tudo corra bem durante as situações reais é necessário treino frequente.

APÊNDICE IV

ENTREVISTA COM O Sr. CFR MN JESUS SILVA

O Sr. CFR MN Jesus Silva é subdirector do CMN, exerceu até ao ano de 2008 as funções de Medical Adviser no JC Lisbon. É um grande defensor, baseado na sua experiência dos últimos anos, da separação da carreira médica militar em hospitalar e operacional.

Entrevista

1. Dr. Jesus Silva, dada a evolução da Saúde Militar, especialmente na vertente operacional, dever-se-ia considerar a separação em duas carreiras, operacional versus hospitalar? Porquê?

R: Sem dúvida acredito na separação da carreira em operacional e hospitalar. A medicina operacional tem vertentes tão específicas que não se coadunam com amadorismo, ou seja o individuo que dedicou toda a sua vida ao hospital e que depois sem saber muito bem é colocado num Joint Comand e não percebe metade do que ali se passa e por isso a sua contribuição para o planeamento da missão é muito pequena. Em 1998 foi realizado um estudo pela Marinha Portuguesa nesse sentido e obteve-se como resultado que sim, deveria existir uma separação entre as duas carreiras, no entanto nada se fez nesse sentido até hoje, alegando-se o pequeno número de médicos do quadro.

2. Qual é então a definição de Medicina Operacional?

R: Dificilmente conseguirás encontrar definição escrita! É defendida de forma diferente, por diferentes conceitos e aplica-se tanto à generalidade, como à especialidade, no teatro de Operações. Um conceito possível é considerar tudo o que se relacione com saúde militar, em contexto operacional.

Na forma como é organizada também é diferente, o CMN tem neste momento 3 departamentos: operacional, ocupacional e dos cuidados primários, mas que não podem ser estanques, têm de funcionar em sintonia.

Outra questão e isso também é medicina operacional, como se encaixa e onde o conceito de staff officer? É outra questão que se levanta na nossa prática do dia-a-dia.

3. Da experiência que tem, pela sua colocação recente em Oeiras, como é organização nos outros países da Aliança?

R: Os Holandeses e os Franceses têm medicina operacional. Conheci um médico Francês que já se dedicava a esta vertente da operacionalidade há muitos anos, não via um doente já ia fazer 15 anos!

Os americanos já se comportam de maneira diferente, diferenciam-se na carreira.

4. Quais deveriam ser as especialidades pertencentes à medicina Operacional?

R: Na minha opinião a especialidade mais adequada para pertencer a esta carreira são os especialistas em Medicina Familiar, pois eles lidam todos os dias com as várias componentes da medicina operacional aqui no CMN. No entanto, também poderiam fazer parte desta carreira qualquer médico interessado na operacionalidade.

5. Em que fase da carreira médica se daria essa separação?

R: Logo após o fim da especialização médica.

APÊNDICE III

ENTREVISTA COM O SR. CMG MN RUI MARTINS

O Sr. CMG MN Rui Martins é o Subdirector da Direcção do Serviço de Saúde desde Janeiro de 2009, exercendo até essa data as funções de Director Clínico e de Subdirector do Hospital de Marinha. Como Médico Naval participou em várias missões de âmbito operacional, exercendo mesmo funções de “Medical Adviser” no JC Lisbon.

Entrevista

1. Dr. Rui Martins, dada a evolução da Saúde Militar, especialmente na vertente operacional, dever-se-ia considerar a separação em duas carreiras, operacional versus hospitalar? Porquê?

R: *Considero que não pode existir separação da carreira médica. O médico militar tem de manter os “skills” adquiridos durante a sua diferenciação, só o pode fazer com a prática clínica do dia-a-dia. Apesar do nosso envolvimento num maior número de missões operacionais, não são assim tantas que possam ser consideradas suficientes para a prática médica, elemento fundamental para o bom desempenho médico aquando da missão.*

2. Na opinião do Dr. Jesus Silva é importante esta separação, baseando-se em experiências de outros países europeus como a França...

R: *A realidade de países como a França ou a Holanda é muito diferente da nossa, o número de médicos militares portugueses é bastante menor, assim como o nosso orçamento!...*

Deveríamos perguntar ao Dr. Jesus Silva quem é que foi destacado para participar na missão no Afeganistão que se vai iniciar em Junho? Um médico do CMN, mais direccionado para a medicina operacional ou um médico hospitalar? A Sandra sabe perfeitamente quem vai e é um médico com uma vertente fundamentalmente hospitalar e o mesmo se pode dizer do médico que irá substituir este em Agosto, será novamente um médico com uma especialidade hospitalar.

3. Considera importante a instituição de um curriculum médico operacional a par do curriculum médico hospitalar?

R: *É fundamental e é para isso que temos trabalhado nos últimos tempos, penso que o discurso de tomada de posse do Sr. Almirante MN Teles Martins reflecte bem essa preocupação. Vários cursos já têm sido implementados, nomeadamente o ATLS (Acute Trauma Live Support), temos pensado em muitas outras possibilidades, como por exemplo cursos de liderança.*

Queremos também otimizar a utilização do Centro de Simulação Médica da Marinha, uma mais valia na nossa realidade.

4. Em que fase deveria ser instituído este curriculum médico operacional?

R: *Ainda durante o Internato da Especialidade para os médicos que concorrem após o curso e durante a frequência do curso na Escola Naval para os médicos que ingressam por esta via.*

5. Considera importante o treino médico conjunto e combinado?

R: *Considero muito importante, na minha opinião esse terá de ser o futuro, está provado que com trabalho de equipa os objectivos a alcançar são mais eficazes, mas tem de ser treinado como tudo na vida.*