

**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS
CURSO DE PROMOÇÃO A OFICIAL GENERAL**

2016/2017



TII

**CAUSAS DE INCAPACIDADE E ABSENTISMO NAS FORÇAS
ARMADAS**

**O TEXTO CORRESPONDE A TRABALHO FEITO DURANTE A
FREQUÊNCIA DO CURSO NO IUM SENDO DA RESPONSABILIDADE DO
SEU AUTOR, NÃO CONSTITUINDO ASSIM DOCTRINA OFICIAL DAS
FORÇAS ARMADAS PORTUGUESAS OU DA GUARDA NACIONAL
REPUBLICANA.**

**Regina Maria de Jesus Ramos Mateus
CORONEL/MÉDICA**

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS
CAUSAS DE INCAPACIDADE E ABSENTISMO NAS
FORÇAS ARMADAS

Coronel/MED Regina Maria de Jesus Ramos Mateus

Trabalho de Investigação Individual do CPOG 2016/2017

Pedrouços 2017



**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS**

**CAUSAS DE INCAPACIDADE E ABSENTISMO NAS
FORÇAS ARMADAS**

Coronel/MED Regina Maria de Jesus Ramos Mateus

Trabalho de Investigação Individual do CPOG 2016/2017

Orientador: CORONEL/PILAV Rui José dos Santos Pedroso Pinheiro de Freitas

Pedrouços 2017



Declaração de compromisso Antiplágio

Eu, Regina Maria de Jesus Ramos Mateus, declaro por minha honra que o documento intitulado Causas de Incapacidade e Absentismo nas Forças Armadas corresponde ao resultado da investigação por mim desenvolvida enquanto auditora do Curso de Promoção a Oficial General 2016/2017 no Instituto Universitário Militar e que é um trabalho original, em que todos os contributos estão corretamente identificados em citações e nas respetivas referências bibliográficas.

Tenho consciência que a utilização de elementos alheios não identificados constitui grave falta ética, moral, legal e disciplinar.

Pedrouços, 02 de maio de 2017

Regina Maria de Jesus Ramos Mateus
CORONEL/MED



Agradecimentos

À Maria, ao José e ao Duarte pela parcialidade temporária da minha presença.

Aos auditores do Curso de Promoção a Oficial General 2016/2017, pelo excepcional e exemplar espírito de camaradagem que todos proporcionaram e pelo apoio interpares sempre presente.

Ao Coronel Rui José dos Santos Pedroso Pinheiro de Freitas, meu orientador, pela empatia, tranquilidade transmitida, colaboração e permanente disponibilidade.

Ao Coronel José Manuel Freitas Santiago, pela camaradagem de sempre, pela amizade e pelo contributo para a elaboração da componente formal deste trabalho, sem o qual a tarefa teria sido de dificuldade acrescida.

Aos entrevistados (vide Anexo C) pela disponibilidade, total sinceridade, franqueza e transparência com que transmitiram os seus conhecimentos, opiniões e sugestões, contribuindo de forma indelével para a consecução deste trabalho.

A todos os militares e civis da Força Aérea, profissionais de excelência, colaboradores e amigos, de sempre e para sempre, que me têm acompanhado ao longo da minha carreira e que, de forma constante, têm mantido o seu incentivo, mesmo quando o afastamento transitório se impôs.



Índice

Introdução.....	1
1. Revisão da literatura e metodologia.....	6
1.1. Modelos implementados nas FFAA com impacto na Incapacidade Médica.....	6
1.1.1. Modelos transversais aos três Ramos das Forças Armadas.....	7
1.1.1.1. Recrutamento.....	7
1.1.1.2. Seleção Psicofísica.....	7
1.1.1.3. Medicina Assistencial.....	8
1.1.2. Marinha.....	9
1.1.2.1. Recrutamento.....	9
1.1.2.2. Seleção Psicofísica.....	9
1.1.2.3. Segurança e Saúde no Trabalho.....	9
1.1.2.4. Cuidados de Saúde de Proximidade.....	10
1.1.2.5. Manutenção da Aptidão Física.....	10
1.1.2.6. Verificação da Condição Psicofísica.....	10
1.1.3. Exército.....	11
1.1.3.1. Recrutamento.....	11
1.1.3.2. Seleção Psicofísica.....	11
1.1.3.3. Segurança e Saúde no Trabalho.....	12
1.1.3.4. Cuidados de Saúde de Proximidade.....	12
1.1.3.5. Manutenção da Aptidão Psicofísica.....	12
1.1.3.6. Verificação da Condição Psicofísica.....	13
1.1.4. Força Aérea.....	13
1.1.4.1. Recrutamento.....	13
1.1.4.2. Seleção Psicofísica.....	13
1.1.4.3. Segurança e Saúde no Trabalho.....	14
1.1.4.4. Cuidados de Saúde de Proximidade.....	14
1.1.4.5. Manutenção da Aptidão Física.....	14
1.1.4.6. Verificação da Condição Psicofísica.....	15
1.2. Síntese conclusiva.....	15
1.3. Modelo de Análise.....	15



2.	Sistema de registos de Incapacidade Médica e Absentismo Laboral de causa médica em vigor nas Forças Armadas	17
2.1.	Enquadramento	17
2.2.	Marinha.....	23
2.3.	Exército.....	28
2.4.	Força Aérea.....	29
2.5.	Síntese conclusiva.....	31
3.	Implementação de um Sistema Eletrónico de Registos de Incapacidade Médica e Absentismo Laboral nas Forças Armadas.....	33
3.1.	Enquadramento	33
3.2.	Sistemas eletrónicos aplicados à saúde.....	35
3.3.	Sistemas Eletrónicos aplicados à saúde em outros países e Organização do Tratado do Atlântico Norte	36
3.3.1.	<i>Defense Medical Surveillance System</i> do <i>Armed Forces Health Surveillance Branch</i> , Estados Unidos da América	36
3.3.2.	Sistema do <i>Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées</i> , do <i>Service de Santé des Armées</i> , República Francesa.....	38
3.3.3.	Sistema de Vigilância Médica para Destacamentos da Organização do Tratado do Atlântico Norte	40
3.4.	Sistema Eletrónico de Registos Médicos nas Forças Armadas Portuguesas	41
3.5.	Síntese conclusiva.....	44
	Conclusões.....	45
	Bibliografia.....	53

Índice de Anexos

Anexo A - Resposta do Exército à solicitação de dados estatísticos referentes à incapacidade por doença e acidentes em serviço.....	Anx A-1
Anexo B - Anexo ao Ofício de resposta da Força Aérea à solicitação de dados estatísticos referentes à incapacidade por doença e acidentes em serviço	Anx B-1



Índice de Apêndices

Apêndice A - Dados de Incapacidade Temporária Absoluta da Marinha referentes a 2015	Apd A-1
Apêndice B - <i>International Classification of Diseases – ICD -10, Version 2016 ...</i>	Apd B-1
Apêndice C - Tabelas de entrevistas	Apd C-1
Apêndice D - Corpo de conceitos e definições	Apd D-1

Índice de Figuras

Figura 1 - Distribuição dos Fatores de absentismo	18
Figura 2 - Distribuição dos recursos humanos por absentismo	18
Figura 3 - Mortalidade proporcional por doenças crónicas, em Portugal, em 2014	20
Figura 4 - Exemplo do formato e padrão de registos de dados de ICM e dias de AL relativos à ITA, efetuados pela JSN	24
Figura 5 - Total de dias de inaptidão por grupos de patologias, segundo a ICD-10, referentes ao total das três categorias, à ITA e ao ano de 2015 – MAR	25
Figura 6 - Total de militares, por cada categoria, segundo a ICD-10, referentes à ITA e ao ano de 2015 – MAR	25
Figura 7 - Doenças que geraram número de dias de inaptidão superior a 1000, referentes à ITA e ao ano de 2015 – MAR	26
Figura 8 - Total de militares, por categorias, por cada doença do grupo de patologias, M00-M99, que gerou maior número de dias de inaptidão, segundo a ICD-10, referentes à ITA e ao ano 2015 – MAR	26
Figura 9 - Dias de incapacidade total por grandes grupos de patologias, segundo a ICD-10, referentes ao somatório para as três categorias e ao ano de 2015 – FA ...	30
Figura 10 - Dias de incapacidade total por grandes grupos de patologias, segundo a ICD-10 e número total de militares que os geraram, referentes ao ano de 2015 – FA	30
Figura 11 - Incidência anual da rabdomiólise relacionada com o exercício físico, por ramo, militares no ativo, FFAA dos EUA, 2012-2016.....	37
Figura 12 - Incidência de casos de rabdomiólise relacionada com exercício físico, por mês, para o total de cinco anos, militares no ativo, FFAA dos EUA, 2012-2016..	37
Figura 13 - Circuito de informação epidemiológica das FFAA francesas.....	39



- Figura 14 - Ofício do GABCEME em resposta à solicitação de dados estatísticos de incapacidade por doença e acidentes em serviço de um de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2015..... Anx A-1
- Figura 15 - Registo de dados por grupo de patologias, segundo a ICD-10, categorias, género e dias de inaptidão referentes à Incapacidade Total e Parcial para o ano de 2015 – FA Anx B-1
- Figura 16 - Listagem inicial dos vinte e dois grupos de patologias da ICD-10 versão 2016Apd B-2
- Figura 17 - Exemplo de seleção do grupo de patologias I, *certain infectious and parasitic diseases*, com códigos entre A00-A99. Apd B-2
- Figura 18 - Exemplo de seleção do grupo I e subgrupo A00 – A09, *intestinal infectious diseases*, permitindo identificar a doença específica Apd B-3
- Figura 19 - Exemplo de seleção do grupo de patologias XIII, dos subgrupos M00-M25, M00-M03 e M01.3 obtendo-se a listagem de doenças infecciosas articulares (*arthritis in other bacterial diseases classified elsewhere*) de onde se pode selecionar a que se pretende Apd B-3

Índice de Tabelas

- Tabela 1 - Dados por grupo de patologias, segundo a ICD-10, doença, categorias e dias de AL, referentes à ITA e ao ano de 2015 – MAR..... Apd A-1
- Tabela 2 - Dados por grupo de patologias, segundo a ICD-10, doença, categorias e dias de AL, referentes à ITA e ao ano de 2015 – MAR (continuação)..... Apd A-2
- Tabela 3 - Dados por grupo de patologias, segundo a ICD-10, doença, categorias e dias de AL, referentes à ITA e ao ano de 2015 – MAR (continuação)..... Apd A-3
- Tabela 4 - Dados por grupo de patologias, segundo a ICD-10, doença, categorias e dias de AL, referentes à ITA e ao ano de 2015 – MAR (continuação)..... Apd A-4
- Tabela 5 - Dados por grupo de patologias, segundo a ICD-10, doença, categorias e dias de AL, referentes à ITA e ao ano de 2015 – MAR (fim) Apd A-5
- Tabela 6 - Entrevistas aos Diretores de Saúde dos Ramos Apd C-1
- Tabela 7 - Entrevista aos Diretores de Saúde Militar, cessante e em funções..... Apd C-3
- Tabela 8 - Entrevista conjunta aos gestores da *Global Intelligent Technologies* (glintt): António Dias - *Senior Manager*, Mercado – *Healthcare*, Sandra Caldeira –



<i>Sénior Consultant, Healthcare Consulting e Catarina Santos – Account Manager, Mercado – Healthcare</i>	Apd C-4
Tabela 9 - Entrevistados.....	Apd C-4



Resumo

Às Forças Armadas impõe-se uma adequada gestão do seu capital humano já que a este são exigidas capacidades e prontidão permanentes, que garantam o empenhamento operacional a todo o tempo.

A condição psicofísica dos militares é uma preocupação sistemática dos Órgãos de Gestão das Forças Armadas, encontrando-se a mesma sob a responsabilidade direta dos Órgãos de Saúde.

Seguindo uma associação de raciocínios, indutivo e dedutivo e de estratégias, qualitativa com contributos quantitativos, foi analisada a configuração atual de atuação dos Serviços de Saúde Militares enquanto responsáveis pela seleção médica de candidatos com uma adequada condição psicofísica e pela garantia de que a mesma será a prevalente ao longo da sua carreira profissional.

Tratando-se a Incapacidade Médica de uma causa relevante de Absentismo Laboral nas organizações, no decurso do estudo efetuado foi analisado o modelo atual de registos específicos, neste âmbito, em vigor nas Forças Armadas.

Recorrendo à análise de modelos adotados em outros países e na Organização do Tratado do Atlântico Norte, é proposta a criação de um modelo eletrónico de registos de Incapacidade Médica e seu reflexo no Absentismo Laboral, que possibilite uma abordagem centralizada, abrangente e sistemática, permitindo a implementação de medidas preventivas e corretivas apropriadas.

Palavras-chave

Incapacidade Médica, Absentismo, Condição Psicofísica, Sistema Eletrónico de Registos Médicos, Medidas Preventivas, Medidas Corretivas



Abstract

To the Armed Forces is imposed an adequate human capital management, since permanent capabilities and readiness to guarantee operational commitment at all times is required.

The military psychophysical condition is a systematic concern to Armed Forces Management Staff, under Health Bodies direct responsibility.

Following an inductive and deductive reasoning association and a qualitative strategy with quantitative contributions, an analysis was carried out concerning the current Military Health Services performance configuration, as responsible for candidate's adequate psychophysical condition selection and for assuring that the same condition will prevail throughout their professional career.

Being Medical Disability a relevant Labor Absenteeism cause in organizations, the current records specific model implemented in the Armed Forces, concerning these matters, was analyzed in the course of the investigation.

Through models adopted in other countries and in North Atlantic Treaty Organization analysis, a Medical Disability and its reflection on Labor Absenteeism electronic records model is proposed, which allows a centralized, comprehensive and systematic approach, making possible preventive and corrective measures implementation.

Keywords

Medical Disability, Absenteeism, Psychophysical Condition, Electronic Health Records System, Preventive Measures, Corrective Measures



Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ACSS	–	Administração Central do Sistema de Saúde
ADM	–	Assistência na Doenças aos Militares
AFHSB	–	<i>Armed Forces Health Surveillance Branch</i>
AFOM	–	<i>Australasian Faculty of Occupational Medicine</i>
AL	–	Absentismo Laboral
AMedP	–	<i>Allied Medical Publication</i>
Anx	–	Anexo
Apd	–	Apêndice
AR	–	Assembleia da República
ARSLVT	–	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
ASTER	–	<i>d'Alerte et de Surveillance en Temps Réel</i>
AUSVLRC	–	<i>Australian Victorian Law Reform Commission</i>
BrInt	–	Brigada de Intervenção
BrRR	–	Brigada de Reação Rápida
CCOHS	–	<i>Canadian Center for Occupational Health and Safety</i>
CEFA	–	Centro de Educação Física da Armada
CIPSO	–	Centro de Investigação e Planeamento em Saúde Ocupacional
CMA	–	Centro de Medicina Aeronáutica
CMN	–	Centro de Medicina Naval
CMSH	–	Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica
CNPD	–	Comissão Nacional de Proteção de dados
CPA	–	Centro de Psicologia Aplicada
CPESFA	–	Comando de Pessoal da Força Aérea
CPsicFis	–	Condição Psicofísica
CS	–	Centros de Saúde
CSMC	–	Centro de Saúde Militar de Coimbra
CSMTSM	–	Centro de Saúde Militar de Tancos/Santa Margarida
CSP	–	Cuidados de Saúde de Proximidade
DCSSA	–	<i>Direction Centrale du Service de Santé des Armées</i>
DESP	–	<i>Département d'Épidémiologie e de Santé Publique</i>
DGRDN	–	Direção-Geral de Recursos da Defesa Nacional
DGS	–	Direção Geral da Saúde
DGSS	–	Direção Geral da Segurança Social
DHS	–	<i>Deployment Health Surveillance</i>
DHSC	–	<i>Deployment Health Surveillance Capability</i>
DIRSAM	–	Direção de Saúde Militar
DIVREC	–	Divisão de Recursos
DMO	–	Diretor Médico Operacional
DMSS	–	<i>Defense Medical Surveillance System</i>
DP	–	Direção de Pessoal
DR	–	Decreto Regulamentar
DRep	–	Diário da República



DSA	–	Direção de Saúde da Armada
DSE	–	Direção de Saúde do Exército
DSFA	–	Direção de Saúde da Força Aérea
DSS	–	<i>Direction du Service de Santé</i>
EMGFA	–	Estado-Maior General das Forças Armadas
EN	–	Entidade Nosológica
ERS	–	Entidade Reguladora da Saúde
ex.	–	Exemplo
EXE	–	Exército
FA	–	Força Aérea
FEMCVT	–	Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida no Trabalho
FFAA	–	Forças Armadas
FND	–	Forças Nacionais Destacadas
GABCEME	–	Gabinete do Chefe do Estado-Maior do Exército
GCS	–	Gabinetes de Classificação e Seleção
glintt	–	<i>Global Intelligent Technologies</i>
HFAR	–	Hospital das Forças Armadas
ICD	–	<i>International Classification of Diseases</i>
ICM	–	Incapacidade Médica
IDN	–	Instituto de Defesa Nacional
IEFP	–	Instituto do Emprego e Formação Profissional
IESM	–	Instituto de Estudos Superiores Militares
ITA	–	Incapacidade Temporária Absoluta
IUM	–	Instituto Universitário Militar
JHI	–	Juntas Hospitalares de Inspeção
JRCM	–	Junta de Recrutamento e Classificação da Marinha
JS	–	Juntas de Saúde
JSFA	–	Junta de Saúde da Força Aérea
JSN	–	Junta de Saúde Naval
MAR	–	Marinha
MCD	–	Meios Complementares de Diagnóstico
MDN	–	Ministério da Defesa Nacional
MDN-MF	–	Ministério da Defesa Nacional – Ministério das Finanças
MSaúde	–	Ministério da Saúde
MSMR	–	<i>Medical Surveillance Monthly Report</i>
MT	–	Medicina do Trabalho
MTSS	–	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
MTSSS	–	Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social
NCD	–	<i>Non-Communicable Diseases</i>
NEP/ACA	–	Norma de Execução Permanente/ Académica
OE	–	Objetivos Específicos
OECD	–	<i>Organization for Economic Cooperation and Development</i>
OIT	–	Organização Internacional do Trabalho



OM	–	Ordem dos Médicos
OMET	–	<i>Operational Medicine Education and Training</i>
OTAN	–	Organização do Tratado do Atlântico Norte
pdf	–	<i>Portable Document Format</i>
PN	–	Pessoal Navegante
PNN	–	Pessoal Não Navegante
ProcClin	–	Processo Clínico
QC	–	Questão Central
QD	–	Questão Derivada
QG	–	Quartel-General
QP	–	Quadro Permanente
RC	–	Regime de Contrato
ReabMed	–	Reabilitação Médica
ReabProf	–	Reabilitação Profissional
Rec	–	Recrutamento
RH	–	Recursos Humanos
RTO	–	<i>Research and Technology Organization</i>
RV	–	Regime de Voluntariado
SelPsicFis	–	Seleção Psicofísica
SERM	–	Sistema Eletrónico de Registos Médicos
SERM's	–	Sistemas Eletrónicos de Registos Médicos
ServSM	–	Serviços de Saúde Militares
SMU	–	<i>Service Médical d'Unité</i>
SNS	–	Serviço Nacional de Saúde
SO	–	Saúde Ocupacional
SP	–	Superintendência de Pessoal
SSA	–	<i>Service de Santé des Armées</i>
SSM	–	Sistema de Saúde Militar
SST	–	Segurança e Saúde no Trabalho
TIC	–	Tecnologias da Informação e Comunicação
TII	–	Trabalho de Investigação Individual
TO	–	Teatro Operacional
TratMed	–	Tratamento Médico
UM	–	Unidades Militares
US	–	Unidades de Saúde
USDHHS	–	<i>United States Department for Human Health Services</i>
USTE	–	Unidade de Saúde Tipo II de Évora
UT	–	Unidades Tipo
WHO	–	<i>World Health Organization</i>
ZMA	–	Zona Militar dos Açores
ZMM	–	Zona Militar da Madeira



Introdução

“Quem não pode o que quer, queira o que pode”

Leonardo da Vinci

Enquadramento e justificação do tema

“Causas de Incapacidade e Absentismo nas Forças Armadas” é o tema tratado no presente Trabalho de Investigação Individual (TII), encontrando-se a sua escolha relacionada com o facto de se tratar de um assunto de particular relevância para a gestão dos Recursos Humanos (RH) nas Forças Armadas (FFAA).

As FFAA¹ são uma organização não empresarial, já que criam um valor público, um bem comum – garantia de soberania nacional – não regendo a sua atividade com o objetivo de obtenção de lucro economicamente quantificável. No entanto, estrutura-se de forma em muitos pontos análoga ao sistema de uma empresa (Maximiano, 2000, p. 265; Conceito.de, 2011; IDN, 2013, p. 2; Pais, 2016).

A análise conceptual no que refere ao papel das pessoas enquanto colaboradores afere que as correntes atuais consideram uma impossibilidade a separação do comportamento das mesmas do das organizações (Chiavenato, 2014, p. 8).

Segundo Chiavenato (2014, p. 6), as pessoas que integram uma organização são contemporaneamente consideradas “(...) talento humano, capital humano, capital intelectual (...)”.

O relatório de 2015 do *Programme for International Student Assessment* da *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) (2016) revela a evolução na formação dos jovens em 72 países. Neste estudo, Portugal encontra-se na 23^a posição no *ranking da performance in science, reading and mathematics*. Verifica-se assim, que os jovens que se candidatam às FFAA constituem um capital intelectual progressivamente mais elaborado.

Com relevante impacto no Absentismo Laboral (AL), o Recrutamento (Rec) dedica-se à aplicação de “(...) políticas e ações destinadas a atrair e agregar talentos à organização para a dotar das competências necessárias ao seu sucesso (...)” (Chiavenato, 2014, p. 101). A vocação profissional é um dos motivos de menor relevância estatística para o ingresso nas FFAA, invocado por jovens portugueses com 18 anos (Cardoso, et al., 2009).

¹ “As Forças Armadas Portuguesas são um pilar essencial da defesa nacional e constituem a estrutura do Estado que tem como missão fundamental garantir a defesa militar da República” (AR, 2014b).



A preocupante crise de vocações para a defesa da pátria foi igualmente aferido no estudo realizado pela Marktest (2015) para a *Win Gallup International*, em que foi colocada a questão “Se houvesse uma guerra que envolvesse o seu país, estaria disposto a lutar pelo seu país?” a habitantes de 63 países. Em Portugal, apenas 28% responderam que o fariam.

Moskos (1970, p. 570), sociólogo militar Norte-Americano, referiu que a instituição militar tem partilhado progressivamente mais atributos com as sociedades civis. Apesar desta convergência entre entidades militares e civis, a exigência de vocação para abraçar a vida militar mantém-se (Scott G. Frickenstein, 2004, pp. 14-15).

O Rec, sistema primariamente responsável pela agregação dos mais vocacionados, situa-se a montante do primeiro envolvimento dos Serviços de Saúde Militares (ServSM) no processo de ingresso, na fase de Seleção Psicofísica (SelPsicFis) (MDN, 2000a).

É apanágio das FFAA a codificação específica das características psicofísicas que são importantes para o alcance dos seus objetivos organizacionais e para a sua cultura interna, escolhendo as pessoas que as devem possuir em elevado grau (MDN, 1999).

Associada às competências intelectuais e à vocação, aos jovens que ingressam nas fileiras, escolhendo a vida militar como um projeto de vida profissional, é exigida uma Condição Psicofísica (CPsicFis) exemplar (AR, 2015b; MDN, 1999).

No decurso de um processo de Rec externo, a realização inicial de provas de aptidão física e de exames médicos e psicológicos pretendem garantir que, tendencialmente, os mais aptos possam ser selecionados (MDN, 1999; AR, 1999).

Elaborada por seres humanos, o processo de SelPsicFis pode ser passível de falhas, a evitar. No entanto, segundo Rodrigues (2012, p. 11), “O erro está intrinsecamente ligado à natureza humana e não poderá nunca ser abolido, isto é, os erros são inevitáveis”.

Tratando-se de Rec interno, o processo de SelPsicFis está facilitado em virtude de se encontrar disponível o historial clínico registado. Esta possibilidade confere maior segurança à decisão médica final (Sousa, 2015).

No âmbito da manutenção da saúde, Tratamento Médico (TratMed) e Reabilitação Médica (ReabMed) a rede de cuidados de saúde ao dispor dos militares das FFAA é ampla, de proximidade e de qualidade (OECD, 2015; ERS, 2017; MDN, 2014a).

O artigo 64º da Constituição da República (2005) prevê o direito universal à proteção da saúde, concretizado pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS). Os militares têm acesso adicional ao apoio médico garantido pelo Sistema de Saúde Militar (SSM) e por diferentes



entidades com as quais a Assistência na Doenças aos Militares (ADM) estabeleceu protocolos (MDN-MF, 2007; ADM, 2008a; 2008b; MDN, 2014c).

A especificidade do exercício da atividade profissional dos militares prende-se com o risco inerente ao empenhamento em Teatro Operacional (TO) (OTAN, 2015a). A responsabilidade do apoio sanitário neste contexto é dos ServSM, devendo ser tão próximo quanto possível do nível de cuidados praticados no país de origem. O não cumprimento deste preceito comporta questões não aceitáveis à luz da deontologia médica (OM, 2016a).

Tendo como referência a criação do Hospital das Forças Armadas (HFAR), entidade conjunta dedicada à prestação de cuidados assistenciais aos militares, outras versões de abordagem comum na área da saúde seriam aplicáveis (MDN, 2015a).

Tratando-se de uma tarefa da Saúde Ocupacional (SO), a análise sistematizada e fundamentada das causas de Incapacidade Médica (ICM), por doença ou sinistro, e da dimensão do AL das mesmas advindo nas FFAA, impõe a edificação de uma capacidade de registos em programa informático conjunto e centralizado, que possibilite a agregação, análise e interpretação de dados, com as subsequentes conclusões, permitindo a implementação de medidas preventivas e corretivas.

Objeto da investigação e sua delimitação

O Objeto da investigação é a Incapacidade Médica e Absentismo Laboral nas Forças Armadas.

O trabalho é delimitado ao universo dos militares, não abrangendo a situação referente aos funcionários civis e forças militarizadas das FFAA.

A análise de dados de ICM e AL nas FFAA pretendeu abranger o período temporal compreendido entre 1 de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2015, tendo sido considerado o mínimo adequado para a consecução de uma análise de dados com a dimensão apropriada.

Objetivos da Investigação

O Objetivo Geral da investigação é contribuir para o conhecimento das causas médicas de absentismo nas Forças Armadas no sentido de se poder intervir adequadamente.

Os Objetivos Específicos (OE) são os seguintes:

OE1: Caracterizar a situação atual dos modelos de seleção psicofísica, deteção e tratamento de doenças, Reabilitação Médica e Reabilitação Profissional nas Forças Armadas.

OE2: Identificar as limitações do sistema de registos e agregação de dados de Incapacidade Médica nas Forças Armadas.



OE3: Propor a criação de um Sistema Eletrónico de Registos Médicos nas Forças Armadas que permita a agregação de dados de Incapacidade Médica e Absentismo Laboral, no sentido de possibilitar a intervenção médica.

Questão Central e Questões Derivadas

Questão Central (QC): Em que medida o conhecimento sistematizado e abrangente das causas de Incapacidade Médica e Absentismo Laboral nas Forças Armadas permite atuar, ao nível médico, preventiva e corretivamente?

Da QC derivam as seguintes Questões Derivadas:

Questão Derivada (QD)1: Como se encontram estruturados os modelos de seleção psicofísica, deteção e tratamento de doenças, Reabilitação Médica e Reabilitação Profissional das Forças Armadas?

QD2: De que forma a inabilidade de conhecimento sistematizado e abrangente das causas médicas se repercute na incapacidade de intervir ao nível do Absentismo Laboral?

QD3: Em que medida a existência de um Sistema Eletrónico de Registos Médicos permite a adequada agregação de dados de Incapacidade Médica contribuindo para o planeamento e aplicação de medidas preventivas e corretivas?

Metodologia, percurso e instrumentos

O presente trabalho de investigação segue a orientação metodológica implementada no Instituto Universitário Militar (IUM), contemplada na Norma de Execução Permanente/ Académica (NEP/ACA) – 010 e na NEP/ACA – 018 (IESM, 2015a; 2015b).

A investigação seguiu uma associação de abordagens, do tipo indutivo e dedutivo, e uma combinação de estratégias qualitativa e quantitativa.

O desenho de pesquisa é do tipo “Estudo de Caso”.

Foi elaborado com recurso à análise de suporte documental, bibliográfico e legislativo existente e à realização de entrevistas semiestruturadas.

O percurso da investigação foi organizado em três fases, a exploratória, a analítica e a conclusiva.

No decurso da fase exploratória foram realizadas leituras preliminares de suporte documental, bibliográfico e legislativo, referente ao tema, e entrevistas exploratórias.

A fase analítica consistiu na recolha, análise e apresentação de dados.

A fase conclusiva incluiu a avaliação e discussão dos dados, a apresentação das conclusões e dos contributos para o conhecimento bem como as subsequentes recomendações.



Organização do estudo

O trabalho encontra-se organizado em três capítulos, para além da introdução e das conclusões.

No primeiro capítulo é efetuada uma revisão da literatura referente ao “estado da arte” e adequação do modelo dos ServSM, sendo ainda analisada a metodologia aplicada.

No segundo capítulo são analisados os sistemas de registos e os dados referentes à ICM e seu impacto no AL nas FFAA.

No terceiro capítulo é efetuada a análise de Sistemas Eletrónicos de Registos Médicos (SERM's) já implementados em outros países e na Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN) e efetuada uma proposta de criação de um sistema análogo de agregação e análise de dados de ICM e AL nas FFAA.

Por fim são apresentadas as conclusões, identificados os contributos da investigação e as implicações que se traduzem em recomendações.



1. Revisão da literatura e metodologia

O presente estudo enquadra-se na área do conhecimento das Ciências Médicas, da Medicina Humana e da Saúde Coletiva, aplicada ao contexto militar, no âmbito da ICM e seu impacto no AL.

Numa abordagem inicial do tema importa saber quais os modelos atualmente implementados nas FFAA, transversais e aplicados por cada Ramo, referentes às diferentes vertentes de intervenção dos ServSM com impacto na ICM e AL.

Para o cumprimento deste desiderato, foi efetuada uma revisão da literatura sobre a estrutura dos ServSM.

1.1. Modelos implementados nas FFAA com impacto na Incapacidade Médica

A missão primordial dos ServSM concretiza-se na realização da SelPsicFis, na garantia de que os profissionais mantêm a sua aptidão ao longo da sua vida profissional e a recuperam na totalidade após situações de ICM (FEMCVT, 1997; ARSLVT, 2013).

Nas situações em que a incapacidade se torna parcial e permanente deverá ser estudada a possibilidade de Reabilitação Profissional (ReabProf) (IEFP, 2016). Por vezes não será possível retomar qualquer atividade, configurando-se uma incapacidade absoluta, permanente (ARSLVT, 2013, p. Anexo 1). Em todas as situações os cuidados médicos estão assegurados (AR, 2015a; MDN, 2015a; FA, 2016).

A SelPsicFis dos candidatos que pretendem ingressar nas FFAA em Regime de Contrato (RC), Regime de Voluntariado (RV) ou integrando o Quadro Permanente (QP), é da responsabilidade direta dos ServSM, obedecendo a critérios regulamentados em tabelas (AR, 1999; MDN, 1999; AR, 2015a).

O modelo do SSM em vigor desde 2014 criou o HFAR, determinando a atribuição dos Cuidados de Saúde de Proximidade (CSP) aos ServSM dos Ramos, utilizando Unidades Tipo (UT) I, II e III (MDN, 2014a).

A classificação das UT é a inerente ao risco associado à missão das Unidades Militares (UM) a que se encontram atribuídas. As UT I, em UM de baixo risco, integram apoio de enfermagem, e as UT II, em UM de risco de nível médio, acrescem ao apoio de enfermagem o apoio de Medicina Geral e trauma. As UT III, em UM de risco considerado elevado, garantem cuidados de saúde mais especializados podendo incluir Medicina Dentária, Fisioterapia, Radiologia Básica, entre outras, garantindo ainda o apoio às Forças Nacionais Destacadas (FND) (MDN, 2014a; 2015g).



As demais tarefas da responsabilidade dos ServSM encontram-se igualmente a cargo de cada um dos Ramos das FFAA (MDN, 2015d; 2015b; 2015f). Estes serviços garantem a execução das mesmas tarefas de forma autónoma, em que se enquadram as relacionadas com a SO ou Segurança e Saúde no Trabalho (SST) (MSaúde, 2012; DGS, 2013, p. 5).

As atividades no âmbito da SO são da responsabilidade de múltiplas entidades que, entre outras, incluem as Direções de Saúde, as Juntas de Saúde (JS), o Centro de Medicina Naval (CMN), o Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica (CMSH), o Centro de Medicina Aeronáutica (CMA), o Centro de Saúde Militar de Coimbra (CSMC), o Centro de Saúde Militar de Tancos/Santa Margarida (CSMTSM), Unidade de Saúde Tipo II de Évora (USTE) e as UT I e II da Força Aérea (FA) (MDN, 2015b; 2015e; 2015c).

1.1.1. Modelos transversais aos três Ramos das Forças Armadas

1.1.1.1. Recrutamento

O planeamento e coordenação do Rec são da responsabilidade de uma entidade central do Ministério da Defesa Nacional (MDN), a Direção-Geral de Recursos da Defesa Nacional (DGDRN), que enquadra entre as suas atribuições as “Competências de órgão central de recrutamento e divulgação, (...)”, encontrando-se a execução atribuída às entidades de Rec dos Ramos (MDN, 2000a, p. 6427; DGRDN, 2017).

Os deveres exigidos aos militares ao longo da sua carreira profissional são exclusivos da mesma, de relevância incontornável, devendo ser de particular preocupação a consciencialização dos candidatos da relevância dos mesmos. As entidades responsáveis pelo processo de Rec atribuem especial atenção à necessidade de os candidatos que incorporam as fileiras se revelarem vocacionados. Se tal não se concretizar surgirá uma fraca adesão à missão das FFAA, com repercussão negativa no AL através da somatização ou simulação de doenças (Scott G. Frickenstein, 2004; AR, 2015a, p. 3203).

1.1.1.2. Seleção Psicofísica

Os critérios de SelPsicFis encontram-se definidos em moldura legal, obrigando os médicos ao seu cumprimento, garantindo a uniformização e minimizando a subjetividade.

Em 1999 foram aprovadas em Portaria as “(...) tabelas gerais de inaptidão e de incapacidade para a prestação de serviço por militares (...)”, obrigando ao seguimento da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde e Afins definida pela *World Health Organization* (WHO), conhecida em contexto médico internacional como *International Classification of Diseases* (ICD), encontrando-se disponível desde 1993, com a última atualização em 2016 (MDN, 1999; WHO, 2017a).



A referida Portaria inclui dois Anexos, a saber:

Anexo A – Tabelas gerais de inaptidão e de incapacidade para o serviço nas FFAA, para uso pelas juntas médicas e centros de seleção.

Nelas se encontram definidas as múltiplas entidades nosológicas² (EN) determinantes de inaptidão ou incapacidade, emolduradas em 18 capítulos, iniciando-se pela “Constituição Geral”, no Capítulo I e terminando nas EN referentes aos “Traumatismos, intoxicações e outras lesões de causas externas”, no capítulo XVIII.

Anexo B – Quadro das condições sensoriais gerais, referentes aos sistemas otorrinolaringológico e oftalmológico, que preveem diferentes critérios de exigência para determinadas especialidades dos três Ramos (MDN, 1999).

Segundo Chamorro-Premuzic e Furnham (2010, p. 234), as EN discriminadas no Capítulo VI do Anexo (Anx) A (1999, p. 6230), referentes às “Perturbações mentais e de comportamento”, serão as que maiores desafios colocam aos médicos e psicólogos responsáveis pela avaliação psicológica elaborada no exame de seleção, nomeadamente nos processos de Rec externo.

As restantes EN previstas nos Anexos A e B referidos são passíveis de identificação, recorrendo a um adequado exame semiológico e a Meios Complementares de Diagnóstico (MCD) (Faculdade de Medicina Sobral UFC, 2013; ACSS, 2011).

Em 2000 e 2001 foram introduzidas algumas alterações às referidas tabelas no que concerne aos critérios da “Constituição Geral” e aos requisitos das condições oftalmológicas, mantendo-se os restantes critérios previamente regulamentados (MDN, 2000b, p. 6998; MDN, 2001, p. 6552).

1.1.1.3. Medicina Assistencial

A criação do HFAR em 2014 implementou um modelo conjunto de Medicina Assistencial, capacitado com infraestruturas, equipamentos e pessoal de saúde dedicados à deteção da doença, ao TratMed e à ReabMed dos militares, garantindo ainda o apoio à Medicina Operacional (MDN, 2014a).

Esta Unidade Hospitalar, com dois Polos, em Lisboa e no Porto, constitui-se como o núcleo de referência do SSM, de utilização transversal aos Ramos, possuindo uma vasta rede de serviços, incluindo um Serviço de Urgência disponível 24/24 horas (EMGFA, 2017a; 2017b; 2017c).

² “Doença individualizada, com características e propriedades inerentes à patologia” (DicionárioMédico.com, 2014).



1.1.2. Marinha

Em 31 de julho de 2015 foi publicado em Diário da República (DRep) o Decreto Regulamentar (DR) que “(...) estabelece a organização e competências das estruturas principais da Marinha (...)” (MDN, 2015b). A gestão dos processos, no âmbito do presente estudo, encontra-se nele definida.

1.1.2.1. Recrutamento

As competências da Divisão de Recursos (DIVREC) incluem a elaboração de estudos, planos, pareceres e propostas no âmbito do Rec. Ao Superintendente do Pessoal, à Superintendência do Pessoal (SP) e à Direção de Pessoal (DP) compete a gestão de RH, incluindo os aspetos relacionados com o Rec (MDN, 2015b, pp. 5204-5205).

O Centro de Rec da Armada é a entidade responsável pela atividade de divulgação da imagem e dos concursos de ingresso na Marinha (MAR) e pela “Execução das operações relativas ao processo de ingresso na Marinha (...)” (MAR, 2011a).

1.1.2.2. Seleção Psicofísica

Sob a responsabilidade da SP, a SelPsicFis na MAR é gerida pela Direção de Saúde da Armada (DSA) e executada pelo CMN através da Junta de Recrutamento e Classificação da Marinha (JRCM) (MDN, 2015b, p. 5217).

No caso específico dos mergulhadores, especialidade exigente de capacidades específicas, a avaliação da aptidão física para execução de atividades em ambiente hiperbárico é efetuada pelo CMSH, centro de referência, possuidor de equipamentos adequados e pessoal de saúde especializado em Medicina Hiperbárica (Morrison e Kirkby, 2001; Sousa, 2006; OM, 2014).

1.1.2.3. Segurança e Saúde no Trabalho

A SST é uma das competências da DIVREC da MAR (MDN, 2015b, p. 5202).

Segundo Silva (2017), o CMN, entidade dependente da DSA, integra um Departamento de SO.

As competências de promoção, manutenção e reabilitação da saúde do pessoal da MAR, de recomendação de normativos dietéticos, promovendo a sua divulgação, e de propor, acompanhar e validar os programas para a dissuasão do consumo do tabaco, do álcool e das drogas prejudiciais à saúde, são da DSA.

O CMSH exerce tarefas em âmbito da SST, assegurando a certificação médica permanente dos mergulhadores e apoiando as operações militares desenvolvidas em meio hiperbárico (MDN, 2015b, p. 5223).



1.1.2.4. Cuidados de Saúde de Proximidade

Sob a coordenação da DSA, o CMN tem por missão a coordenação e controlo da “(...) atividade médico-sanitária, (...) assistencial de ambulatório e de apoio à atividade operacional a fim de assegurar a prontidão do pessoal da Marinha”. Configura uma UT III já que garante o aprontamento médico-sanitário das forças para missões, cuidados de saúde, primários e especializados, incluindo Medicina Dentária, fisioterapia, radiologia básica e colheita de sangue (MDN, 2014a; 2015b).

A análise prévia do risco de cada missão permite definir o apoio sanitário a bordo dos navios, incluindo as atividades específicas e de elevado risco, exercidas em ambiente hiperbárico, pelos mergulhadores.

1.1.2.5. Manutenção da Aptidão Física

O Centro de Educação Física da Armada (CEFA) é um órgão de execução, dependente do Diretor de Formação da MAR.

A missão “(...) de assegurar e promover atividades dirigidas ao desenvolvimento e manutenção da condição física do pessoal (...)” está atribuída ao CEFA, cujas competências incluem o apoio ao treino e à avaliação do desempenho físico dos militares (MDN, 2015b, p. 5222).

À DSA cabe o apoio à prática das atividades físicas e do desporto na MAR (MDN, 2015b, p. 5206).

1.1.2.6. Verificação da Condição Psicofísica

As Juntas Médicas da Armada são órgãos técnicos de consulta “(...) destinados a pronunciar-se sobre a aptidão física e psíquica do pessoal militar (...)” (MDN, 2015b, p. 5261).

Além da JRCM, responsável pela SelPsicFis, a MAR dispõe de outras três Juntas:

- A Junta Médica de Revisão da Armada, que estuda e emite pareceres sobre recursos referentes aos pareceres emitidos por outras Juntas Médicas da MAR (MDN, 2015b, p. 5219);
- Junta de Saúde Naval (JSN), dependente do Superintendente do Pessoal, com competências para a apreciação física e psíquica para o exercício de funções profissionais e emissão de pareceres sobre: propostas de evacuação para o continente, propostas de observação e tratamento fora do SSM, acidentes em serviço e atribuição de desvalorização, quando aplicável (MTSS, 2007; MDN, 2015b, pp. 5218-5219);



- JS dos Comandos da MAR que podem ser constituídas nos comandos, nas forças ou unidades navais, fora do continente, tendo carácter permanente ou eventual. As suas competências incluem avaliação da CPsicFis “(...) dos militares para efeitos de promoção, concessão de licença para tratamento e convalescença e regresso ao continente do pessoal que sofra de doença prolongada ou grave, propor a apresentação à JSN, quando aplicável, e avaliar clinicamente os militares que indiciem perturbações físicas ou psíquicas” (MDN, 2015b, p. 5217).

1.1.3. Exército

Em 31 de julho de 2015 foi publicado em DRep o DR que “(...) estabelece a organização e competências das estruturas principais do Exército (...)” (MDN, 2015c). A gestão dos processos, no âmbito do tema em análise, encontra-se nele definida.

1.1.3.1. Recrutamento

No âmbito do Rec no Exército (EXE), as competências estão atribuídas a três entidades:

- DIVREC, que realiza estudos e elabora sobre os princípios orientadores do Rec (MDN, 2015c, p. 5240);
- Divisão de Administração de RH, à qual compete a promoção da divulgação e a execução das operações relativas ao Rec, normal, especial e excecional, de pessoal militar (MDN, 2015c, p. 5244);
- Centros de Rec do EXE. Estão disponíveis dois, em Lisboa e em Vila Nova de Gaia, com competências para efetuar ações de divulgação da prestação do serviço militar e executar operações de Rec (MDN, 2015c, p. 5253).

1.1.3.2. Seleção Psicofísica

O Centro de Psicologia Aplicada (CPA) encontra-se habilitado em métodos e técnicas de classificação e seleção, definição e elaboração de perfis de seleção e competências para as diferentes categorias, cargos e áreas funcionais (MDN, 2015c, pp. 5252-5253).

Aos dois Gabinetes de Classificação e Seleção (GCS) do EXE, localizados na Amadora e Vila Nova de Gaia, cabe classificar e selecionar os cidadãos para a prestação de serviço militar e executar operações de seleção para funções específicas (MDN, 2015c, p. 5253).

A Direção de Saúde do Exército (DSE) colabora em estudos inerentes à classificação e seleção de RH.



As competências dos três Centros de Saúde (CS) Militares, CSMC, CSMTSM e USTE, incluem a prestação de apoio sanitário às ações de seleção (MDN, 2015c, p. 5255).

1.1.3.3. Segurança e Saúde no Trabalho

A promoção das medidas necessárias à SST é uma das competências da Unidade de Apoio do Estado-Maior do EXE, encontrando-se atribuídas à Direção de Serviços de Pessoal as incumbências de promover, difundir e supervisionar os programas e normas técnicas, neste âmbito, e de prevenção de acidentes bem como na área da prevenção e combate à droga e ao alcoolismo (MDN, 2015c, pp. 5242-5245).

DSE tem competências no âmbito da SST através da elaboração, promoção e coordenação do programa de Medicina Preventiva, seguindo orientações emanadas superiormente. Colabora ainda em estudos relacionados com as instalações, alimentação, e fardamento (MDN, 2015c, p. 5246).

Os CS Militares do EXE executam atividades de promoção e proteção da saúde (MDN, 2015c, p. 5255).

1.1.3.4. Cuidados de Saúde de Proximidade

À DSE compete o planeamento, direção, coordenação e gestão do apoio sanitário, a promoção do aprontamento sanitário e a prestação de CSP através das UM.

A execução encontra-se a cargo dos três CS Militares do EXE, CSMC, CSMTSM e USTE, constituindo-se as duas primeiras como UT III e a terceira como UT II, com múltiplas competências, em que se incluem as de atividades de Medicina Operacional, cuidados de saúde, primários e especializados, e apoio sanitário de área, no órgão e na unidade aos militares (MDN, 2015c, p. 5255; EXE, 2016a).

No entanto, verifica-se que a competência da prestação de “(...) cuidados de saúde de proximidade, através da Unidade de Saúde, aos militares do Exército (...) de acordo com as diretivas superiores e ao abrigo de protocolos estabelecidos (...)” encontra-se igualmente atribuída a múltiplas entidades do EXE: Unidade de Apoio do Estado-Maior, Unidade de Apoio do Comando e Logística, Quartel-General (QG) da Zona Militar dos Açores (ZMA), QG da Zona Militar da Madeira (ZMM), QG da Brigada de Intervenção (BrInt), QG da Brigada de Reação Rápida (BrRR), aos Regimentos do EXE, à Escola de Armas e à Escola de Sargentos (MDN, 2015c, pp. 5242 - 5256).

1.1.3.5. Manutenção da Aptidão Psicofísica

A DSE colabora nos estudos respeitantes à educação física e desportos.



A organização e desenvolvimento do treino individual, garantindo a manutenção dos padrões de desempenho operacional encontram-se atribuídos a várias entidades: QG da ZMA, QG da ZMM, QG da BrInt, QG da BrRR e Regimentos (MDN, 2015c, pp. 5250-5253).

1.1.3.6. Verificação da Condição Psicofísica

É efetuada na fase de ingresso pelos CPA e GCS do EXE e, no decurso da permanência no EXE, pelas Juntas Hospitalares de Inspeção (JHI), coordenadas pela DSE.

As JHI possuem competências para propor licença para convalescença, verificar a aptidão psicofísica para frequência de cursos de promoção ao posto imediato e atribuição de ICM, temporária ou permanente, com proposta ou não de desvalorização (MTSS, 2007). As propostas das JHI são passíveis, ou não, de homologação pela DSE (EXE, 2008; 2009a; 2009b).

À Junta Médica de Recurso do EXE compete o estudo e emissão de pareceres interpostos relativos a decisões de outras Juntas do mesmo Ramo (MDN, 2015c, p. 5252).

1.1.4. Força Aérea

Em 31 de julho de 2015 foi publicado em DRep o DR que “(...) desenvolve a reorganização da estrutura orgânica da Força Aérea (...)” (MDN, 2015e). A gestão dos processos, no âmbito do tema em análise, encontra-se nele definida.

1.1.4.1. Recrutamento

As competências da DIVREC da FA incluem a de “(...) elaborar e promover a definição de métodos de recrutamento, (...)” (MDN, 2015e, p. 5261).

A DP da FA tem como missão “(...) gerir os recursos humanos (...)”, sendo uma das suas competências “ (...) colaborar no recrutamento do Pessoal Militar (...)” (MDN, 2015e, p. 5264).

Dependente do Comando de Pessoal da Força Aérea (CPESFA), é ao Centro de Rec da FA que está atribuída a missão de “Proceder à divulgação e recrutamento, seleção e classificação de cidadãos com destino à prestação voluntária do serviço militar (...)” (FA, 2017c).

1.1.4.2. Seleção Psicofísica

A determinação da aptidão psicofísica dos cidadãos para a prestação de serviço militar está atribuída à Direção de Saúde da Força Aérea (DSFA) (MDN, 2015e).

Dela dependem as Junta de Rec e Seleção de Pessoal Não Navegante (PNN), que se destina a realizar a SelPsicFis dos voluntários à admissão a diferentes categorias de pessoal



militar da FA, com exceção do Pessoal Navegante (PN), e a Junta de Rec de PN, que tem como missão realizar a SelPsicFis de voluntários candidatos às especialidades envolvidas na atividade aérea (MDN, 1987).

Sob a dependência da DSFA, ao Centro de Psicologia da FA compete a realização de exames psicotécnicos de seleção aos candidatos a PN e PNN (FA, 2017b).

1.1.4.3. Segurança e Saúde no Trabalho

À Inspeção-Geral e aos Comandos Logístico e Aéreo da FA estão atribuídas competências para assegurar o cumprimento dos planos e da regulamentação, promoção, direção e controlo das atividades relativas à prevenção de acidentes (FA, 2017g).

Entre as múltiplas competências da DSFA encontra-se a de elaboração de programas para a promoção da saúde, prevenção da doença ou do acidente (MDN, 2015f; 2017h; 2017i).

Na dependência da DSFA, o CMA, centro de referência, apoia a segurança de voo garantindo a prontidão psicofísica permanente do pessoal envolvido na atividade aérea, realizando exames regulares de reavaliação médica e garantindo a formação e atualização em Fisiologia de Voo, Medicina Aeronáutica e Evacuações Aeromédicas (Mateus, 2016, pp. 28-32; OM, 2016b; FA, 2017a).

A promoção e colaboração no âmbito da prevenção e combate às toxicodependências e alcoolismo competem à DSFA e ao Serviço de Ação Social (MDN, 2015e).

1.1.4.4. Cuidados de Saúde de Proximidade

O CPESFA inclui nas suas competências as de garantir a prestação de assistência médico-sanitária e manutenção do estado sanitário do pessoal da FA.

A competência de coordenação de ações de assistência e socorro relativas a acidentes ocorridos com aeronaves cabe ao Comando Aéreo.

Delegada pelo CPESFA, a DSFA exerce autoridade técnica e funcional sobre as seis UT I e seis UT II, que asseguram os CSP nas UM e Bases Aéreas da FA, no continente e Ilha Terceira (MDN, 2015f; DSFA, 2016).

A responsabilidade da programação, coordenação e controlo do apoio sanitário em TO é da DSFA (MDN, 2015e, p. 5264).

1.1.4.5. Manutenção da Aptidão Física

A competência de “Programar, promover e controlar as atividades de educação física e desportos (...)” encontra-se atribuída à Direção de Instrução da FA (FA, 2017d).



O CPESFA inclui igualmente nas suas competências as de programar e controlar as atividades, no mesmo âmbito.

1.1.4.6. Verificação da Condição Psicofísica

A verificação da CPsicFis é realizada, na fase de seleção, pelas Juntas de Rec e no decurso da permanência na FA, pelas Juntas de Avaliação para a Frequência dos Cursos de Formação, de Qualificação e de Promoção da FA e Junta de Saúde da Força Aérea (JSFA), sendo esta a responsável por “(...) avaliar da aptidão física e psíquica do pessoal militar e civil para o exercício das respectivas funções, (...) propor a concessão de licença para tratamento e convalescença (...)” (MDN, 1987, p. 2789).

À Junta Superior de Saúde da FA compete a emissão de pareceres sobre recursos relativos a decisões baseadas em pareceres de outras JS do mesmo Ramo (MDN, 2015e, p. 5271).

1.2. Síntese conclusiva

A revisão documental referente aos modelos atualmente implementados nas FFAA, nas diferentes vertentes com impacto na ICM e AL, permitiu constatar:

- Que as competências para a deteção de doenças e para o TratMed e ReabMed encontram-se organizadas numa estrutura conjunta, o HFAR;
- Que os processos de Rec e SelPsicFis, embora regulamentados em documentos de abrangência transversal, são executados de forma autónoma em cada Ramo;
- Que se encontram edificados processos autónomos de SelPsicFis, SST, CSP, Manutenção da Aptidão Física e Verificação da CPsicFis em cada um dos Ramos;
- Que as responsabilidades de gestão e execução dos referidos processos estão atribuídas a diversas entidades de forma não homogénea em cada Ramo a que acresce uma importante divergência de organização entre Ramos.

1.3. Modelo de Análise

A referência metodológica para a elaboração deste trabalho é a implementada no IUM, nomeadamente na NEP/ACA – 010 e na NEP/ACA – 018 (IESM, 2015a; 2015b).

A estratégia foi marcadamente qualitativa com contributos quantitativos sempre que considerado adequado, numa lógica de reforço do conteúdo temático.

A abordagem do tema abrangeu uma associação de raciocínios, do tipo indutivo e dedutivo.



O desenho de pesquisa é do tipo “Estudo de Caso”.

O percurso da investigação compreende três fases: exploratória, analítica e conclusiva.

Na fase inicial, de exploração do tema, procedeu-se a uma revisão da literatura e a entrevistas semiestruturadas aos responsáveis pela gestão do SSM nacional, delineando-se a metodologia a adotar no decurso da investigação bem como o modelo de análise a utilizar.

A fase analítica compreendeu a recolha de dados, de informação, determinações e orientações publicadas, através da revisão bibliográfica e documental, a análise dos dados enviados pelos Ramos sobre ICM e AL e a realização de entrevistas semiestruturadas a especialistas em programas informáticos de registos em saúde.

Na fase conclusiva são apresentadas as conclusões, os contributos da investigação para o conhecimento e as subsequentes recomendações.



2. Sistema de registos de Incapacidade Médica e Absentismo Laboral de causa médica em vigor nas Forças Armadas

“Se queres algo novo deves parar de fazer algo velho”

Peter Draker

2.1. Enquadramento

O AL é genericamente entendido como a ausência do trabalhador do seu local de trabalho, quando se esperava a sua presença, independentemente das razões da mesma ausência (Borges, Fernandes e Pile, 2011, p. 3).

Como se pode observar nas figuras 1 e 2, o AL prevê causas diversas. A ICM, nas suas diferentes manifestações e definições, seja por doença natural, profissional ou em contexto de sinistro, será a causa de AL que está subentendida no contexto do tratamento do tema (AR, 2009b; DGS, 2015a, pp. 1-2).

O AL acarreta impactos negativos múltiplos para as organizações e trabalhadores:

- Elevados custos económicos;
- Diminuição da produtividade e da qualidade dos resultados;
- Afetação da moral dos trabalhadores que mantêm a atividade, que vêm as suas tarefas acumuladas;
- Perda de qualificações e custos associados para as readquirir;
- Ansiedade e frustração para as chefias e maior necessidade de atividades de supervisão;
- Não consecução de objetivos definidos e dificuldade na recuperação das mais-valias perdidas;
- Para o próprio trabalhador, já que perde a sua capacidade de auferir o vencimento na totalidade (AFOM, 1999; Borges, Fernandes e Pile., 2011, p. 11; DGSS, 2015, pp. 2-3).

Segundo a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida no Trabalho (FECVT) (1997, p. 10) “Os governos (...) não podem suportar os elevados custos da invalidez e das reformas antecipadas (...) é importante que as pessoas possam trabalhar até à idade da reforma e que possam contribuir para o produto interno”.

Diferentes estudos têm demonstrado que a causa mais frequente de AL é a ICM, por doença e sinistros, quando comparada com as restantes causas.



De facto, no estudo efetuado por Borges, Fernandes e Pile (2011, p. 13) verificou-se que a ICM por doença é a causa mais frequente de AL, tornando-se ainda mais relevante se adicionada aos acidentes, como se pode constatar na figura 1.

Assim, a taxa de absentismo por doença foi de 47,3% que, somada à causada por acidente de trabalho no itinerário e no local de trabalho perfazem um valor total de 55,3%, substancialmente superior a qualquer das outras causas de AL possíveis.

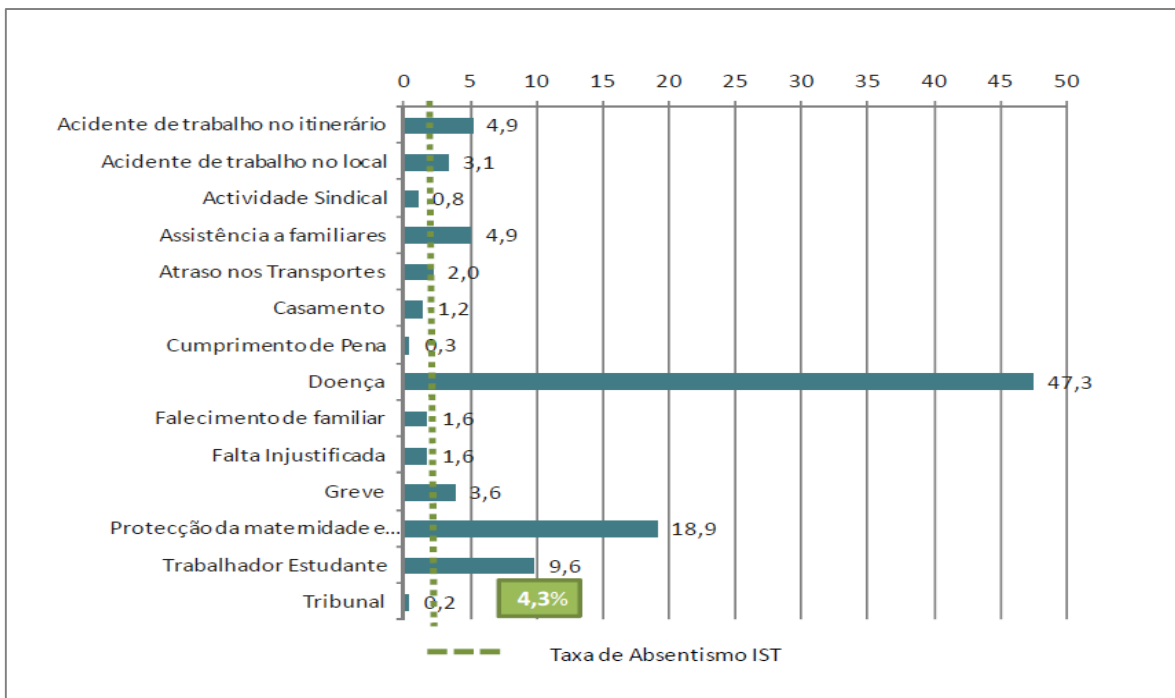


Figura 1 - Distribuição dos Fatores de absentismo

Fonte: (Borges, Fernandes e Pile, 2011)

Corroborando os dados do estudo atrás referido, a idêntica conclusão chegou Patinha (2012, p. 48), como se pode verificar na figura 2.

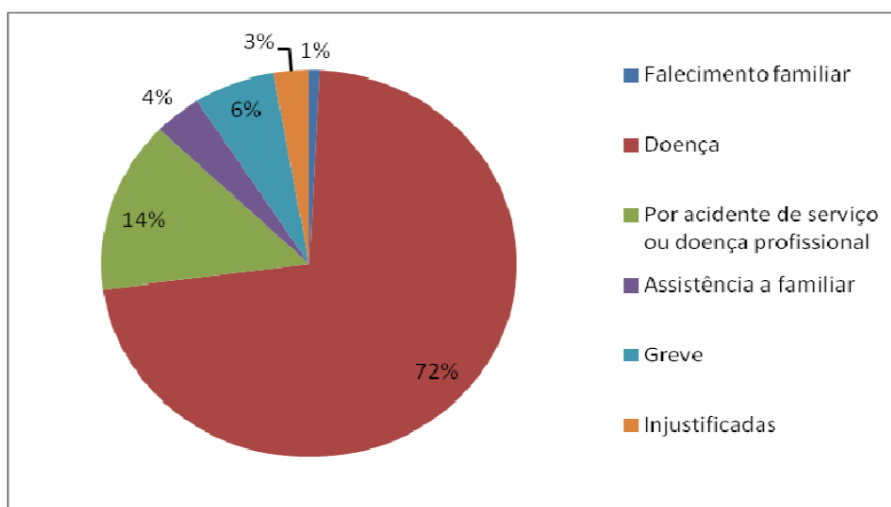


Figura 2 - Distribuição dos recursos humanos por absentismo

Fonte: (Patinha, 2012, p. 48)



Neste estudo, o somatório de taxa de absentismo causada por doença com as causadas por acidente de serviço e doença profissional resulta num valor total de 86%, ainda mais significativo do que o referido no estudo de Borges, Fernandes e Pile.

Não é uma preocupação para as FFAA a obtenção de lucro economicamente valorizável, nem para os militares a perda da capacidade de auferir parte do vencimento já que, nesta matéria, não lhes é aplicada a legislação em vigor para os trabalhadores da administração pública (Pais, 2016; DGSS, 2015; AR, 2014a).

O impacto negativo do AL por ICM nas FFAA reflete-se em três áreas fundamentais: compromisso do aprontamento para o efetivo cumprimento da missão que lhes está atribuída, a prontidão e disponibilidade permanentes para a defesa da pátria, sobrecarga de tarefas para os militares que se mantêm aptos e diminuição da segurança de atividades que comportam risco (AR, 2009a, pp. 4344 (2)-4344 (3)).

A ineficácia dos processos de Rec e sua repercussão negativa nos quantitativos dos efetivos jovens nas FFAA constituem uma preocupação atual e premente, transmitida pelo Ministro da Defesa Nacional quando referiu que a “(...) descapitalização brutal que ocorreu nos últimos anos nesta área com números dramáticos e a diminuição da base de incidência de recrutamento (...)” teve como consequência “(...) um défice que dificilmente será colmatado” (Lopes, 2016).

À referida constatação associa-se outra de importante relevância para o AL por ICM, plasmada no Estatuto dos Militares das Forças Armadas (2015a, p. 3199) onde é referido que “Atendendo à alteração da base demográfica do país e ao aumento sustentado da esperança média de vida (...) otimiza-se o desenvolvimento da carreira militar para um horizonte temporal de 40 anos (...) e aumento dos limites de idade de passagem à reserva”.

Assim, as FFAA integram progressivamente um número insuficiente de efetivos jovens e saudáveis verificando-se que os militares que compõem as fileiras vão, tendencialmente, pertencendo a grupos etários mais elevados, logo, com maior probabilidade de padecerem de doença crónica e/ou degenerativa ou neoplasia maligna, com implicações muito significativas na aptidão para a missão (Campisi, 2014; WHO, 2017b).

Este progressivo desequilíbrio dos grupos etários, com o tendencial envelhecimento de um grupo profissional que se pretende jovem, causa alguma apreensão.

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) (2013, p. 5) “A crescente importância dos fatores etários na determinação de riscos profissionais (...)” constitui uma preocupação já que “O aumento da idade média da força de trabalho, sobretudo decorrente da idade de



reforma mais tardia, tem conduzido a um maior número de trabalhadores seniores. Estes podem estar em maior risco para certos tipos de acidentes de trabalho ou problemas de saúde do que os colegas mais jovens (...).”

A DGS (2013, p. 32) refere ainda que “O atual contexto socioeconómico nacional (...) potenciam o desencadear de situações, atitudes e comportamentos disfuncionais no trabalho (ex. quadros de ansiedade, desânimo e de depressão) (...) podem também influenciar a adoção de estilos de vida prejudiciais à saúde do trabalhador, (...). Estes fatores, quando abordados em conjunto, representam uma das principais causas de acidentes, lesões fatais, doenças e absentismo nos locais de trabalho”.

Os estilos de vida descritos potenciam o surgimento de doenças crónicas como a diabetes mellitus, a hipertensão arterial, as doenças respiratórias crónicas, a obesidade, as doenças cardiovasculares, entre outras, todas passíveis de programas de medidas preventivas e corretivas, desde que conhecida a prevalência (Forallpoints, 2009).

Segundo a WHO (2017c), “Chronic diseases, such as heart disease, stroke, cancer, chronic respiratory diseases and diabetes, are by far the leading cause of mortality in the world, representing 60% of all deaths”.

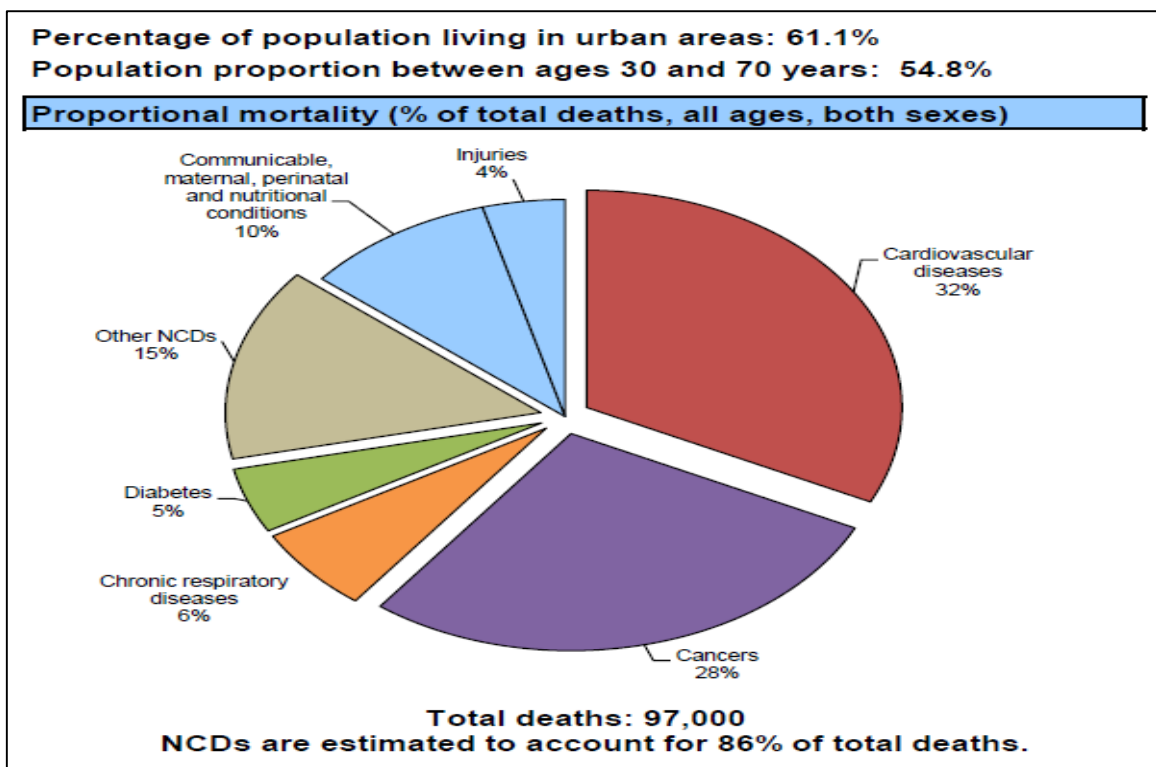


Figura 3 - Mortalidade proporcional por doenças crónicas, em Portugal, em 2014

Fonte: (WHO, 2017d)



A figura 3 mostra os dados publicados pela WHO referentes ao perfil estatístico de doenças crónicas em Portugal, em 2014, revelando que foram responsáveis por 86% do total de mortes, sendo assim mais relevantes do que para a média geral de 194 países estudados, que é de 60% como já referido.

A simulação de doenças é uma EN reconhecida e codificada na ICD-10, com o código Z 76.5 *Malingering (conscious simulation)* (WHO, 2017a; Resnick e Knoll, 2005).

O elevado nível de formação da generalidade população, associado ao fácil acesso às Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), permitem que a literacia em saúde seja progressivamente mais abrangente e a subsequente possibilidade de simulação de doenças constitua um verdadeiro desafio para os médicos (MSaúde, 2017).

Cabe aos médicos, militares e civis, que colaboram com os ServSM, únicos responsáveis pela atribuição de ICM, o dever de identificar a simulação da doença, evitando o “(...) o risco de decidir displacentemente (...)” e de evitar um “(...) fenómeno, já integrado no nosso quotidiano e por muitos tido como normal (...)” (Sequeira, 2016).

À relevante necessidade de se conhecerem as diferentes EN específicas geradoras de ICM acrescem-se três outras vertentes de importante impacto neste âmbito, a saber:

- O regime laboral em que se enquadram os militares, RC, RV ou QP (MDN, 2000a). Não se encontrando disponíveis estudos estatísticos com dados comparativos relativos ao AL por regime laboral nas FFAA, encontram-se publicadas estatísticas que analisam a comparação entre setores público e privado e empregador/empregado. O *Office for National Statistics* (2014, pp. 6-9), no relatório referente ao AL no mercado de trabalho no Reino Unido, de 1993 a 2013, demonstra que o AL por ICM é superior no setor público e nos empregados, quando comparados com o setor privado e empregadores, respetivamente. Este facto demonstra uma variabilidade de motivações e adesão à atividade laboral, dependente da responsabilidade, estabilidade e garantias inerentes à mesma. Assim, haverá certamente impacto diverso no AL relacionado com o regime laboral nas FFAA que importaria conhecer e analisar. Os militares do QP colocam particulares preocupações no que refere às causas de ICM por doenças crónicas ou incapacidade permanente parcial, já que irão permanecer nas fileiras no decurso de toda a sua vida profissional, não sendo procedimento habitual, embora possível, a aplicação das tabelas de incapacidade e inaptidão em vigor (Duarte, 2016). Os militares do RC e RV



são sujeitos a escrutínio anual da CPsicFis para renovação do contrato (MDN, 1999);

- O grupo de classes, armas, quadros especiais, áreas funcionais e especialidades que os militares integram, totalizando 102 para os três Ramos, que se podem agrupar em 33 grupos de risco ocupacional, de que são exemplos as Forças Especiais (Fuzileiros, Comandos e Paraquedistas) ou área da Saúde (Médicos, Técnicos de Saúde, Serviço de Saúde, Técnicos de Diagnóstico e Farmacêuticos). De facto, as tarefas específicas comportam riscos ocupacionais diversos no exercício da atividade profissional. É exemplo deste diferencial de risco a comparação entre a atividade de um militar da especialidade Piloto Aviador de aeronave caça e de um militar da especialidade do Serviço de Hotelaria e Subsistências, de um militar da classe de Engenharia Naval e de um militar da classe de Fuzileiros ou de um militar do quadro especial da arma de Transmissões e de um militar do quadro especial de Medicina (MAR, 2011a; EXE, 2016d; FA, 2017f). No decurso do empenhamento em TO é acrescido o risco militar inerente ao mesmo, que é igualmente de nível diverso entre os diferentes grupos profissionais;
- Os postos dos militares, já que a cada um se encontram atribuídos níveis de responsabilidade profissional diversa na hierarquia militar, sendo relevante conhecer-se o quantitativo de militares de cada posto que se encontram inaptos para o serviço a cada momento. Como exemplo, se houver uma prevalência significativa de militares do posto Sargento-Mor inaptos para a missão num determinado Ramo irá verificar-se um impacto de gestão e coordenação da atividade em todos os serviços que chefiam, em simultâneo, com repercussão no cumprimento da missão.

Por todas as razões expostas, é relevante a necessidade de ser conhecida a dimensão de cada uma das causas de ICM, nas suas diferentes vertentes e perspetivas, e sua repercussão no AL nas FFAA.

De facto, se não for possível aferir o número de dias de ausência do serviço condicionados por cada uma das diferentes EN causadoras de ICM, não é possível quantificar o impacto diferenciado de cada uma no AL. Esta inabilidade torna inexecutável o planeamento para atuação adequada aos diferentes níveis de interesse na área da saúde: Rec, seleção, prevenção, deteção da doença, TratMed e ReabMed e ReabProf.



Numa Era de evolução exponencial das TIC, para se obter um modelo eficaz de vigilância em saúde são exigidos registos de dados, sistemáticos e sistematizados, efetuados com base em programas informáticos dedicados e adequados, com a inclusão de uma abrangência apropriada de variáveis, que permita a sua análise em diferentes vertentes, a obtenção de conclusões consistentes e a subsequente intervenção em diferentes níveis achados desviantes (Major General Martinez-Lopez, 2004; OTAN/RTO, 2004; USDHHS, 2015).

No âmbito do tema em estudo, para a consecução fundamentada de uma análise da ICM e AL com ela relacionado, nas FFAA, foram solicitados dados aos três Ramos referentes ao período temporal de um de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2015 (IUM, 2016).

Na posse dos dados enviados procedeu-se à sua análise, por Ramo.

2.2. Marinha

Os dados referentes à ICM e AL enviados pela MAR abrangem o período temporal solicitado (MAR, 2016).

Apresentam as seguintes particularidades, algumas patentes no exemplo na figura 4:

- São originários dos registos efetuados pela JSN, incluindo apenas períodos de inaptidão igual ou superior a 30 dias;
- Apresentam-se em formato *Portable Document Format (pdf)*;
- Encontram-se intitulados como “Estatística de Saúde (Causas de Inaptidão e Incapacidade)”;
- A classificação de ICM comporta as seguintes possibilidades: “Inatividade Temporária”, “Inapto Temporariamente” e “Apto Condicionalmente”;
- A codificação aplicada é a ICD-10, sendo registados os grupos principais de patologias (ex. A00-B99) e subgrupos de doenças, mas estes últimos sem a respetiva codificação numérica (WHO, 2017a);
- Os registos são efetuados por categorias, oficiais, sargentos e praças, por ano em que ocorreu a incapacidade e o somatório total do número de dias de inaptidão para o total de cada categoria, para a mesma EN.



88.901		1949		INAPTO TEMPORARIAMENTE (ITA)	
(dias)	(PAX)	Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)			
1.374	26				
(dias)	(PAX)	Conjuntivite viral			
54	2				
1	(PAX)	PRAÇA	30	(dias)	
		2013	1	(PAX)	30 (dias)
1	(PAX)	SARGENTO	24	(dias)	
		2015	1	(PAX)	24 (dias)
(dias)	(PAX)	Hepatite aguda B			
210	4				
4	(PAX)	PRAÇA	210	(dias)	
		2012	3	(PAX)	180 (dias)
		2013	1	(PAX)	30 (dias)
(dias)	(PAX)	Hepatite viral crónica			
120	3				
2	(PAX)	MILITARIZADO	90	(dias)	
		2014	1	(PAX)	30 (dias)
		2015	1	(PAX)	60 (dias)
1	(PAX)	PRAÇA	30	(dias)	
		2013	1	(PAX)	30 (dias)

Figura 4 - Exemplo do formato e padrão de registos de dados de ICM e dias de AL relativos a ITA, efetuados pela JSN

Fonte: (MAR, 2016)

Segundo Silva (2017), os dados constantes das tabelas enviadas em *pdf* não são sujeitos a outro tratamento sistemático além do que consta das mesmas ou utilizados para a implementação de medidas preventivas ou corretivas, com exceção de alguns casos pontuais.

Como referido, e confirmado por Silva (2017), os dados enviados referem-se exclusivamente a períodos de inaptidão de 30 ou mais dias.

Encontra-se estudado e estabelecido o facto de o AL por ICM de curta e média duração serem os de maior relevância estatística nas empresas ou organizações (Office for National Statistics, 2014, p. 1; FEMCVT, 1997, p. 11). Esta situação repercute-se na inabilidade de aferição da efetiva prevalência da ICM e consequente AL na MAR, não permitindo assim uma análise abrangente e estatisticamente fundamentada, como seria pretensão desta investigação.

No entanto, e a título exemplificativo, foram utilizados os dados cedidos pela MAR, procedendo-se ao seu tratamento estatístico parcial, apenas referente ao ano de 2015 e à Incapacidade Temporária Absoluta (ITA), inserindo-os em formato *Microsoft Office Excel* com a subsequente elaboração de gráficos, como se pode verificar no exemplo do Apêndice (Apd) A e figuras 5, 6, 7, e 8, respetivamente.

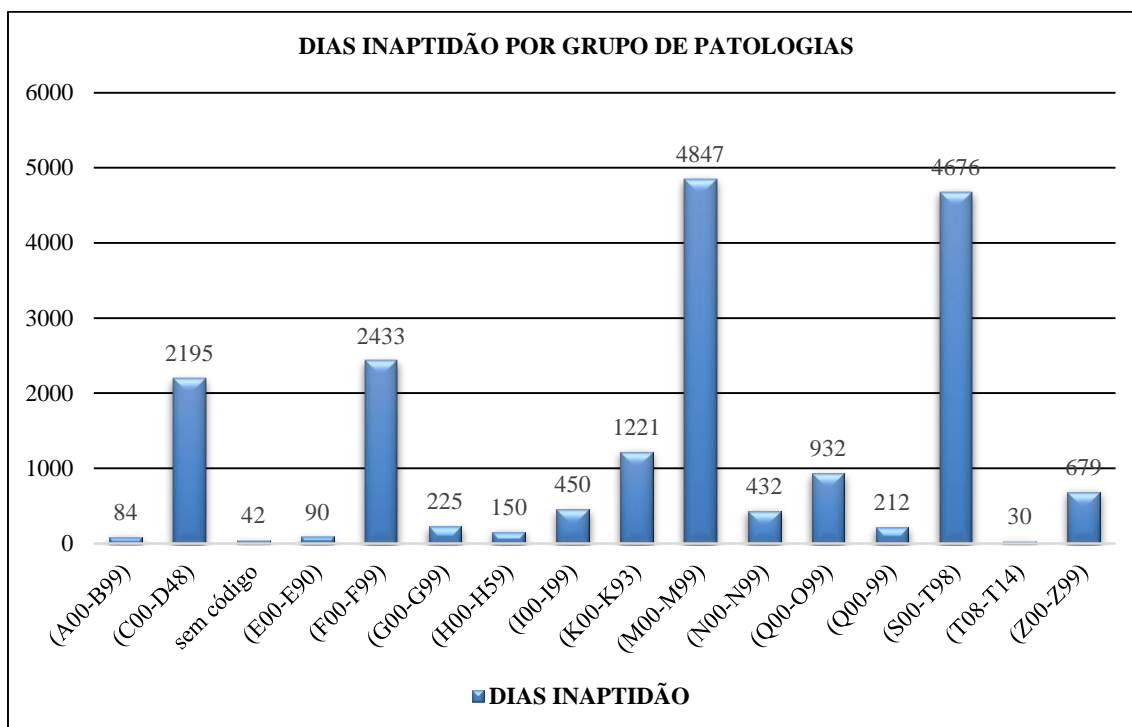


Figura 5 - Total de dias de inaptidão por grupos de patologias, segundo a ICD-10, referentes ao total das três categorias, à ITA e ao ano de 2015 – MAR

Fonte: adaptado (MAR, 2016)

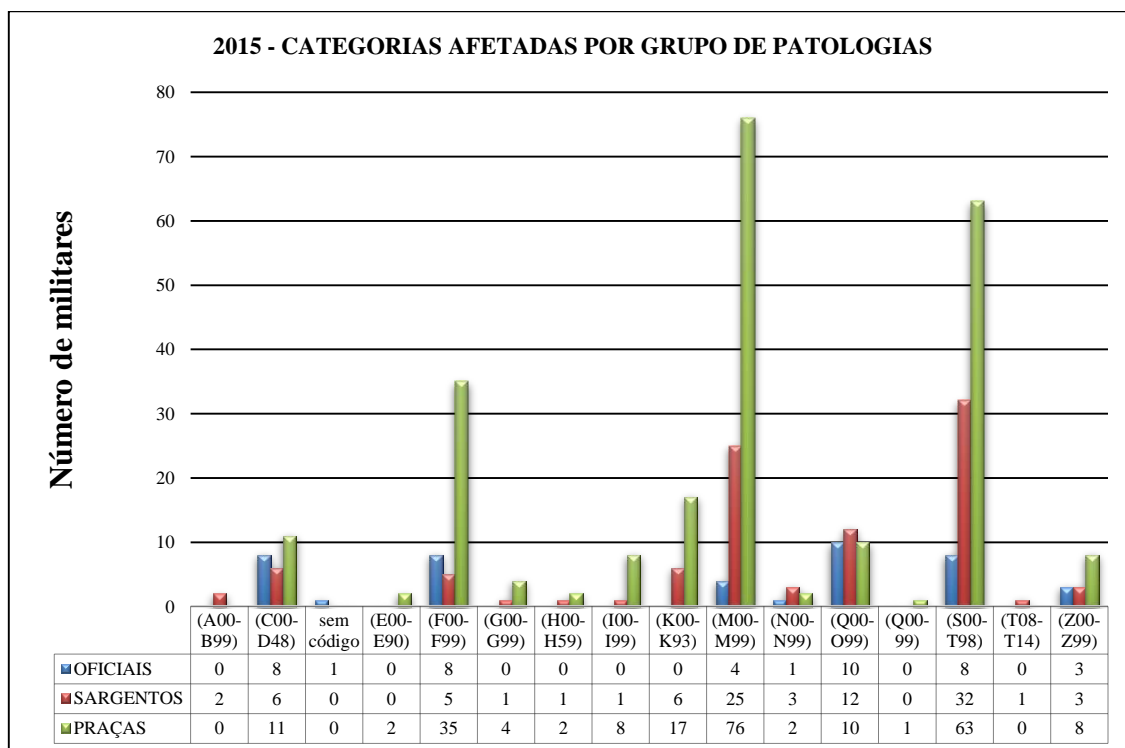


Figura 6 - Total de militares, por cada categoria, segundo a ICD-10, referentes à ITA e ao ano de 2015 – MAR

Fonte: adaptado (MAR, 2016)

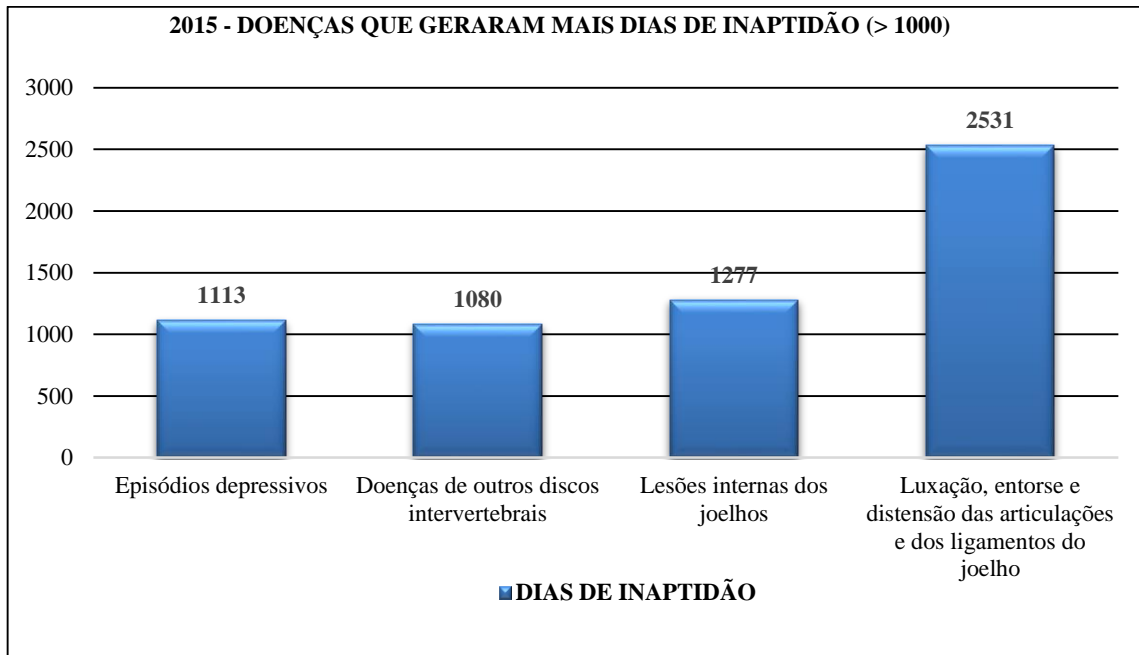


Figura 7 - Doenças que geraram número de dias de inaptidão superior a 1000, referentes à ITA e ao ano de 2015 – MAR

Fonte: adaptado (MAR, 2016)

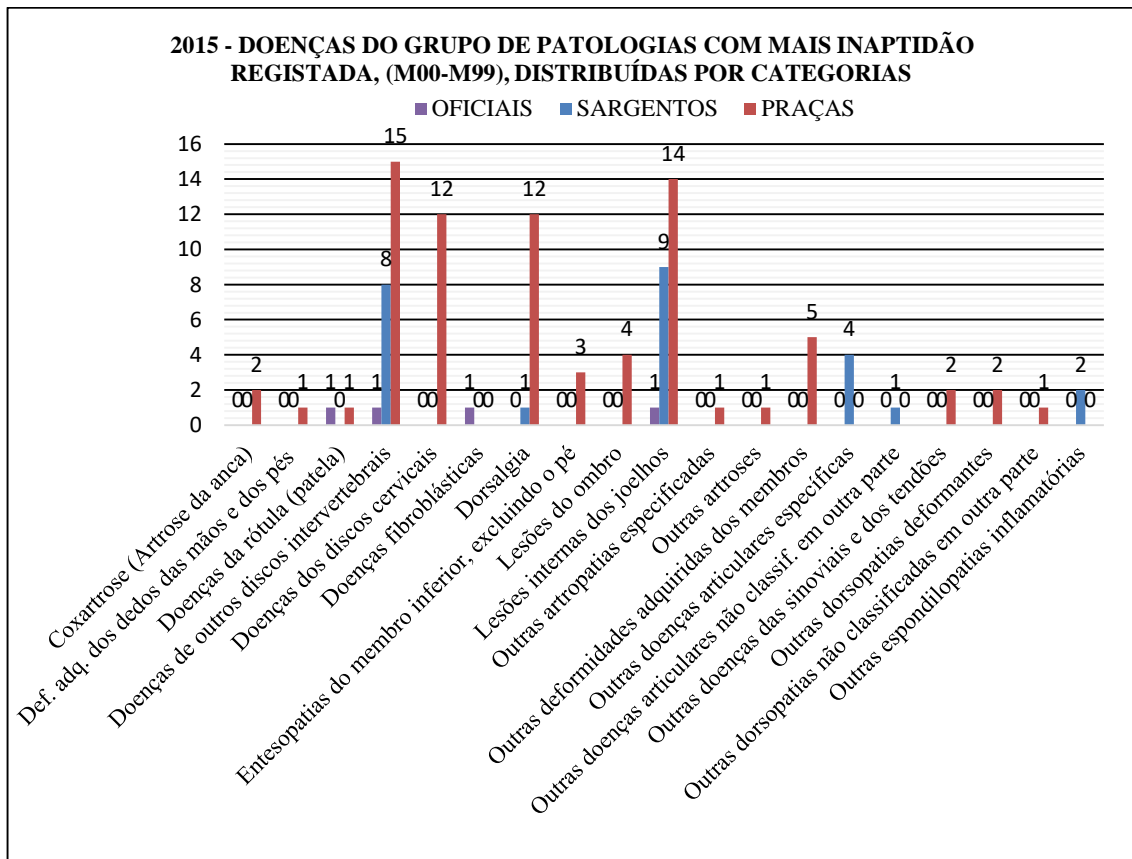


Figura 8 - Total de militares, por categorias, por cada doença do grupo de patologias, M00-M99, que gerou maior número de dias de inaptidão, segundo a ICD-10, referentes à ITA e ao ano 2015 – MAR

Fonte: adaptado (MAR, 2016)



Da análise dos gráficos constantes das figuras 5, 6, 7 e 8 releva-se o seguinte:

- Que o grupo de patologias M00-M99, “doenças do sistema músculo-esquelético e do tecido conjuntivo”, foi a geradora de maior número de dias de AL seguida do grupo S00-T98, “lesões, envenenamentos e certas outras consequências de causas externas” – figura 5. Estes dados contrariam as estatísticas da *Eurostat Statistics* referentes a 2009, divulgadas pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) (2013, pp. 5-6), que mostram que o segundo grupo de patologias mais prevalente em nove atividades profissionais é o do *stress*, ansiedade e depressão, sendo o primeiro o das doenças músculo-esqueléticas;
- Que na maioria dos grupos de patologias há uma prevalência relativa de dias de inaptidão na categoria das praças, seguida dos sargentos e oficiais, embora não se afira qual a prevalência relativa ao total de militares de cada categoria – figura 6;
- Que as EN geradoras de maior número de dias de AL são a luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos dos joelhos, seguida das lesões internas dos joelhos, das doenças de outros discos intervertebrais e dos episódios depressivos – figura 7;
- Que dentro do grupo de patologias gerador de maior número de dias de AL, M00-M99, é a categoria das praças a responsável pelo maior número de dias de AL, não se podendo aferir a prevalência relativamente ao total de militares da MAR, da mesma categoria – figura 8.

Os dados cedidos pela MAR não permitem aferir:

- O AL por ICM gerado por inaptidões com períodos inferiores a 30 dias;
- Qual a codificação das EN específicas causadoras das ICM, dentro dos grandes grupos de patologias da ICD-10, dificultando a agregação, análise e gestão dos dados;
- Nos casos em que se verifica que a patologia dos joelhos e os episódios depressivos são os prevalentes, como aferido no gráfico da figura 7, não se pode concluir em que contexto surgem (laboral ou outro), a especialidade dos profissionais, os grupos etários ou o regime laboral em que se encontram;
- Se a patologia é consequente a doença natural, profissional ou acidente;



- Grupos etários em que prevalecem as diferentes patologias;
- O regime laboral, RC, RV ou QP, em que se encontram os militares (AR, 2015a, p. 3202);
- Classes em que se enquadram os militares, totalizando 33 possíveis que podem ser agrupados em 12 grupos profissionais de risco ocupacional (AR, 2015a, pp. 3231, 3239, 3242; MAR, 2011b);
- Postos dos militares, totalizando 19 possíveis, 10 da categoria de oficiais, seis da categoria de sargentos e três da categoria da praças;
- Em que contexto, serviço ou fora do serviço, surgiram as doenças ou os sinistros;
- Se as patologias foram causadas por acidente em serviço ou não e se desportivo ou não (AR, 2009b; DGS, 2015a);
- Situação em que se encontrava o militar à data do início da doença ou sinistro. Se no local de trabalho e qual, em trânsito de ou para o local de trabalho, em TO, de licença de férias ou outra;
- Se o mesmo militar gerou, ele próprio, maior número de presenças na JSN, contribuindo para um maior número de dias. Não é possível saber se o mesmo militar repete a presença na JSN, pela mesma patologia ou outra, de novo.

Constata-se assim que a análise dos gráficos realizados tendo como suporte os dados enviados pela MAR não permite retirar conclusões com a desejada abrangência de variáveis. Alguns resultados incongruentes poderão resultar de falta de rigor na inserção dos registos, tarefa que exige formação específica e treino como se pode observar no Apd B.

2.3. Exército

Como se pode verificar no Anx A, os dados enviados referem aos relatórios de acidente em serviço do Gabinete de SST do EXE, dos anos de 2014 e 2015 (EXE, 2016b).

Os dados enviados permitem aferir o seguinte:

- Reportam apenas a dois do total de quatro anos solicitados;
- Não incluem dados referentes a ICM por doença, fazendo exclusivamente referência a acidentes em serviço;
- Que no ano de 2014 foram reportados 78 acidentes em serviço e no ano de 2015, 91;



- O critério de classificação de grau de gravidade do acidente em serviço sustenta-se no total de dias de inatividade. É considerado sério entre os 15 e os 45 dias, significativo entre os três e os 10 dias e moderado até três dias;
- No ano de 2014 ocorreram três sérios, 50 significativos e 25 moderados;
- No ano de 2015 ocorreram um sério, 40 significativos e 54 moderados;
- Não são identificados grupos de patologias ou EN resultantes dos acidentes.

A análise do modelo de registos e dos dados enviados pelo EXE não permite aferir as causas de ICM e seu impacto no AL, no mesmo Ramo.

2.4. Força Aérea

Os dados referentes à ICM e AL enviados pela FA abrangem o período temporal solicitado (FA, 2017e).

Apresentam as seguintes particularidades, que podem ser observadas no Anx B:

- São originários dos registos efetuados pela JSFA incluindo apenas períodos de inaptidão iguais ou superiores a 30 dias;
- Apresentam-se em formato *Microsoft Office Excel*;
- A classificação de ICM comporta as seguintes possibilidades: “Total (1) Ausência total ao Serviço; Parcial (2) Limitações ao Serviço”.
- A codificação aplicada é a ICD-10, incorporando o primeiro nível de grandes grupos de patologias, não sendo particularizados especificamente subgrupos de doenças ou EN (WHO, 2017a);
- Os registos são efetuados por ano em que ocorreu a incapacidade, por categoria, por género e o somatório total do número de dias de inaptidão para o total de oficiais, sargentos e praças, para o mesmo grupo de patologias.

Segundo Neves (2017), não se encontra implementado na FA um sistema informatizado de registos de ICM e inerente AL tendo o registo de dados, neste formato, sido efetuado especificamente para a elaboração do presente TII (IUM, 2016; FA, 2017e).

Os dados cedidos pela FA não refletem o valor real dos dias de AL por ICM em virtude de apenas serem referentes aos registados pela JSFA e, logo, a períodos de inaptidão iguais ou superiores a 30 dias (Neves, 2017).

Assim, e a título exclusivamente exemplificativo, dos dados enviados pela FA foram apenas tratados os referentes ao ano de 2015, através da criação dos gráficos constantes das figuras 9 e 10.

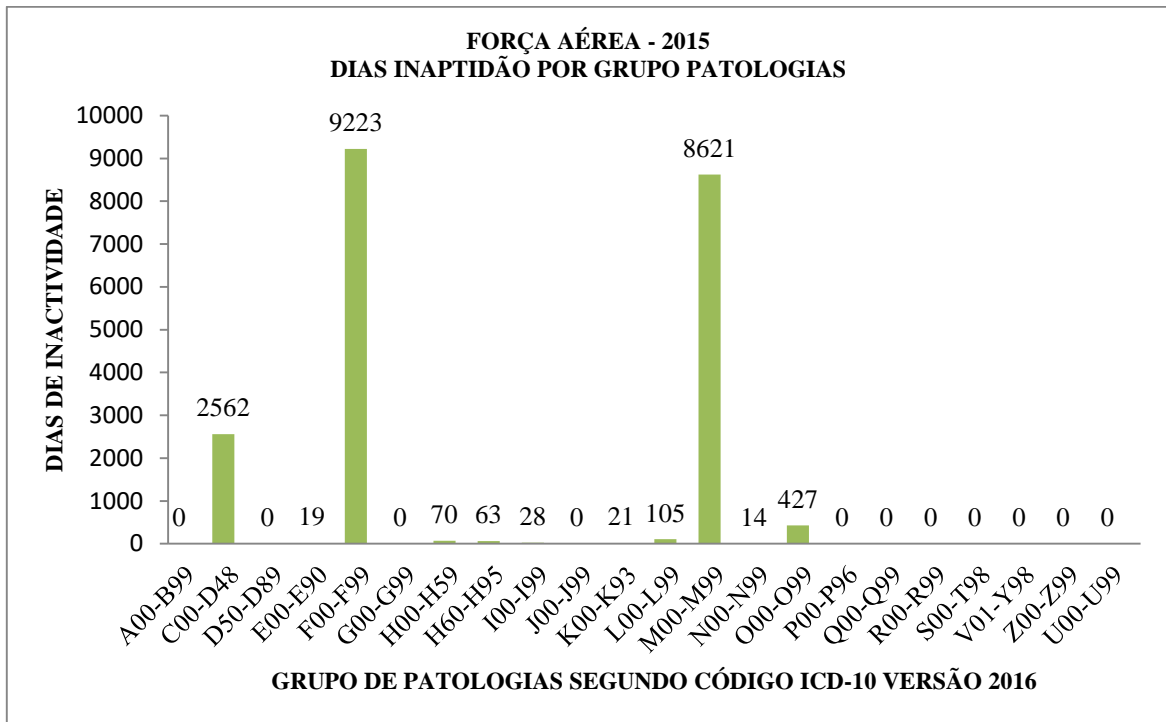


Figura 9 - Dias de incapacidade total por grandes grupos de patologias, segundo a ICD-10, referentes ao somatório para as três categorias e ao ano de 2015 – FA

Fonte: adaptado (FA, 2017e)

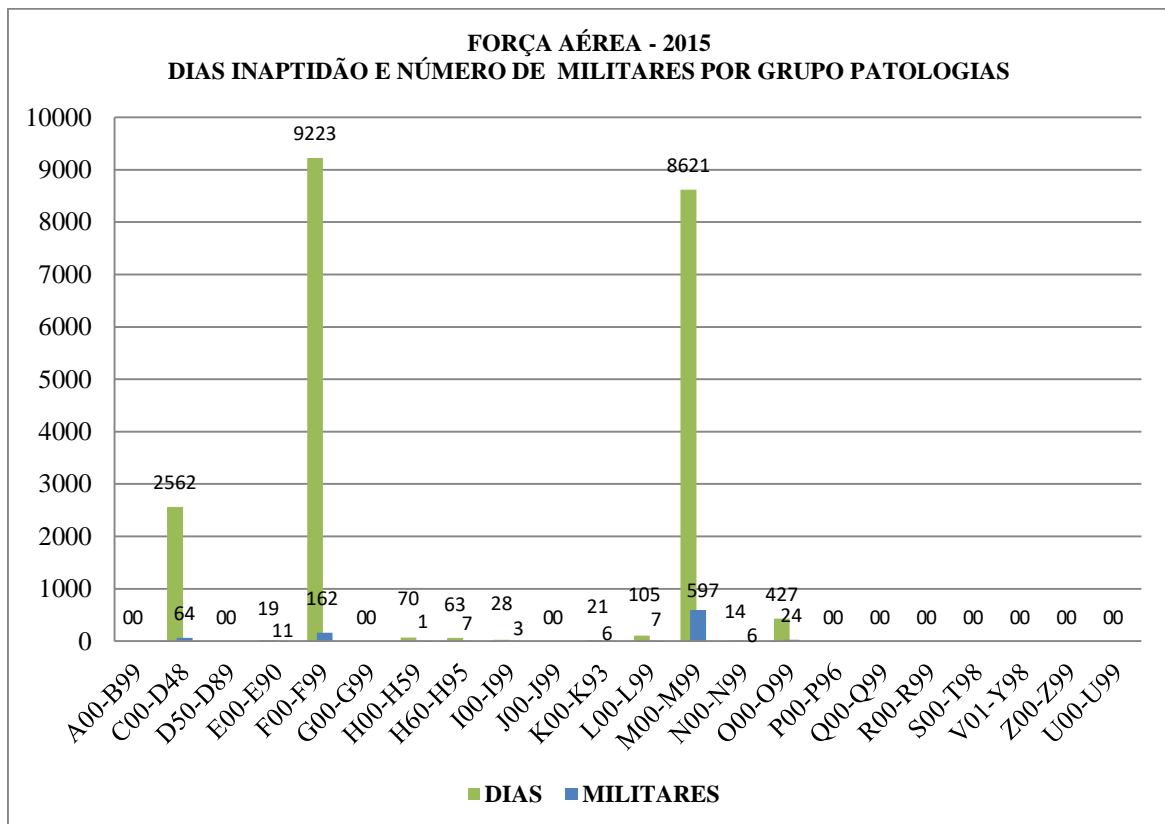


Figura 10 - Dias de incapacidade total por grandes grupos de patologias, segundo a ICD-10 e número total de militares que os geraram, referentes ao ano de 2015 – FA

Fonte: adaptado (FA, 2017e)



A análise dos gráficos das figuras 9 e 10 permite retirar algumas conclusões:

- O grupo de patologias que maior número de dias de ICM total gerou em 2015 foi o das “perturbações mentais e comportamentais” (código F00-F99) seguido do grupo das “doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo” (código M00-M99) contrariando as estatísticas de 2009, da *Eurostat Statistics*, divulgadas pela ARSLVT (2013, pp. 5-6), que revelam um resultado com relevância inversa destes dois grupos de patologias, como já referido na análise dos dados enviados pela MAR;
- Que no grupo das “perturbações mentais e comportamentais” (código F00-F99), um menor número de militares inaptos (162) gerou um maior número de dias de incapacidade (9223) do que um maior número de militares (597) gerou no grupo das “doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo” (código M00-M99) (8621). Esta situação sucede devido ao facto de as doenças do foro psíquico serem de difícil tratamento e responsáveis por períodos prolongados de inaptidão.

Constata-se que o modelo de registos e dados estatísticos enviados pela FA, relativos à ICM e AL, são redutores, desadequados e insuficientes para uma análise consubstanciada, por razões idênticas às explicadas para o caso dos dados enviados pela MAR.

2.5. Síntese conclusiva

O AL tem impactos negativos muito relevantes ao nível dos países, das organizações e dos trabalhadores, constituindo-se como um óbice para a produtividade e para o desenvolvimento económico de todos os envolvidos.

Na conjuntura atual, verifica-se uma ineficácia do processo de Rec que decorre em simultâneo com o acréscimo temporal de permanência dos militares nas fileiras, o conseqüente envelhecimento dos RH e a maior probabilidade de ocorrência de ICM por doenças crónicas de que é importante conhecer a realidade estatística sob diferentes vertentes.

As entidades responsáveis pela gestão dos RH nas FFAA poderão vir a constatar um compromisso do estado de prontidão do sistema de forças e os militares a sua atividade sobrecarregada, com repercussões relevantes na motivação, dedicação e segurança.

A ICM, por doença ou sinistro, constitui-se como a de maior relevância estatística para o AL relativamente a todas as outras causas.



O conhecimento sistematizado e pormenorizado das EN geradoras de ICM nas FFAA permitiria uma abordagem adequada e a correção dos desvios detetados.

A análise dos sistemas de registos de dados de ICM atualmente em vigor nos três Ramos das FFAA permite concluir que, por insuficiência e inadequação, não possibilitam a aferição do impacto de cada uma das EN no AL, impedindo a implementação de medidas preventivas e corretivas.



3. Implementação de um Sistema Eletrónico de Registos de Incapacidade Médica e Absentismo Laboral nas Forças Armadas

“Não se pode melhorar o que não se pode medir”

Peter Draker

3.1. Enquadramento

As soluções conjuntas em saúde permitem rentabilizar recursos e valorizar sinergias.

O desígnio da unificação de capacidades em saúde nas FFAA encontra-se plasmado em Decreto-Lei, onde é referido: “Com a criação efetiva do HFAR, enquanto hospital militar único, (...) fica dado mais um passo decisivo no sentido da concretização da reforma do sistema de saúde militar (...)” (MDN, 2014b). Assim, subentende-se que se trata de um processo continuado, com futuras possíveis evoluções de integração.

Os ServSM implementaram modelos independentes de realização das tarefas inerentes à SST, descentralizadas entre Ramos e dentro de cada Ramo, dispersas por diferentes entidades, constatando-se que não se encontra estruturado em nenhum deles como serviço único e autónomo. No entanto, é consensual entre todos os responsáveis pela gestão do SSM que a missão, em âmbito de MT, é efetuada de forma adequada (Duarte, 2016; Santos, 2017; Silva, 2017; Mendes, 2017; Neves, 2017).

Por outro lado, não se poderá conceber outra organização que, por inerência de quantitativo de colaboradores, elevado risco profissional e necessidade premente de prontidão permanente, pudesse obter maior proveito da disponibilidade de uma capacidade unificada e abrangente de SST.

Embora não aplicada às FFAA, por não serem conceptualmente consideradas uma empresa, ou os militares trabalhadores da administração pública, encontra-se legalmente identificada a obrigatoriedade da implementação, pelo empregador, de serviço interno de SST em “(...) estabelecimentos que tenham pelo menos 400 trabalhadores (...)” e “(...) estabelecimento ou conjunto de estabelecimentos que desenvolvam actividades de risco elevado (...)”, encontrando-se elencadas as atividades de risco elevado, incluindo várias realizadas por militares (AR, 2009c, pp. 6167-6183; AR, 2014a; 2014b).

Encontra-se prevista a possibilidade de dispensa da edificação de um serviço interno de SST pelo empregador, sendo para tal necessário comprovar o cumprimento de múltiplos parâmetros, por requerimento e sujeição a vistoria. Um dos parâmetros que poderá determinar a dispensa é o não exercício de “(...) actividades de risco elevado (...)” logo, não aplicável às FFAA (AR, 2009c, p. 6183).



A DGS (2013, p. 5) refere que SST e SO são designações a que se aplicam os mesmos conceitos razão porque, dependendo da origem do documento em análise, poderão ser utilizados ambos os termos.

Sendo o médico especialista em Medicina do Trabalho (MT) o elemento fulcral e responsável pela equipa de SO, esta pode incluir diversos especialistas em diferentes áreas para o exercício da atividade, de que são exemplos: a enfermagem, a psicologia, a ergonomia, a informática, a estatística, a epidemiologia, entre outros (WHO Europe, 2000, pp. 23-24; DGS, 2013, p. 5). A constituição da equipa ficará ao critério da instituição que a estrutura.

Santana (2009, p. 38) defendeu a criação do Centro de Investigação e Planeamento em Saúde Ocupacional (CIPSO), que teria como missão: “(...) elaborar programas de promoção e prevenção da saúde nos locais de trabalho, combater a sinistralidade, monitorizar os resultados das exposições de risco, (...) os constrangimentos existentes, os locais de trabalho a vistoriar e acompanhar as Forças (...)”. Neste trabalho encontra-se plasmada com particular pormenor a relevância que teria para as FFAA a criação de uma entidade, conjunta e de gestão centralizada, que garantisse toda a atividade relativa à SO.

Na análise referente às “competências e atribuições” constantes da proposta de Santana (2009, pp. 12-14) são discriminadas as funções que os médicos especialistas em MT estão comprometidos a assegurar, totalizando 27, entre as quais se encontra prevista a seguinte: “Analisar, caracterizar e quantificar o absentismo por doença e por sinistro na população alvo tentando intervir nas causas de modo a atenuar o seu impacto”.

Duarte (2016) e Santos (2017) quando questionados sobre a necessidade da criação de um Núcleo/Centro/Grupo Coordenador de MT na Direção de Saúde Militar (DIRSAM), que integrasse representantes dos três Ramos responderam, respetivamente, que “No figurino atual da saúde militar não se configura essa hipótese já que não poderiam ser incluídos os Ramos, cuja gestão de saúde é autónoma e não depende da DIRSAM” e que “É uma necessidade. A centralização do conhecimento permite a criação de normas e procedimentos”.

Ao impedimento referido por Duarte (2016) é acrescido outro obstáculo relacionado com os avultados custos que a implementação de um serviço de SO comportaria, não aceitáveis na conjuntura económica vigente.



3.2. Sistemas eletrónicos aplicados à saúde

A utilização das TIC em saúde tem vindo a verificar um veemente progresso, assumindo na atualidade uma considerável responsabilidade “(...) pela promoção da saúde, pela prevenção da doença, pela prestação de cuidados de saúde e pela governação dos sistemas de saúde (...)” (MSaúde, 2011, p. 3).

Segundo OECD (2010, p. 11), “*Today the range of possible applications of information and communication technologies (ICT) in the health sector is enormous. The technology has progressed significantly and many estimate that ICT implementation can result in care that is both higher in quality, safer, and more responsive to patients needs and, at the same time, more efficient (appropriate, available, and less wasteful)*”.

Um Sistema Eletrónico de Registos Médicos (SERM) é a capacidade suportada por uma plataforma eletrónica que permite efetuar registos de informação relacionados com saúde. Os registos podem ser criados, agregados, geridos e consultados por pessoal de saúde autorizado, dentro de uma organização médica. A possibilidade da sua utilização permite obter substanciais benefícios para o pessoal de saúde por facilitarem a fluidez de informação, melhorarem a qualidade dos cuidados médicos e a segurança do doente (Health.mil, 2017d).

A WHO (2017e) instituiu um sistema internacional de vigilância epidemiológica, *The Weekly Epidemiological Record*. Este constitui-se como um instrumento essencial de disseminação e informação, célere e preciso, em situações de surtos de doenças, incluindo infecciosas, emergentes ou re-emergentes (Pereira e Veiga, 2014).

Para a *Research and Technology Organization* (RTO) da OTAN (2004, p. III) a vigilância médica consubstancia-se em sistemas de informação designados, integrados e utilizados para a proteção da saúde física e mental do pessoal militar ao longo da carreira profissional.

As FFAA Canadianas (2006, p. 955) consideram que os sistemas de vigilância em saúde são um elemento essencial para a prevenção e controlo das forças militares. Permitem a colheita, análise, interpretação e disseminação sistemática de eventos médicos em curso, providenciando informação crítica do estado de saúde dos militares e possibilitando a identificação precoce de ocorrências em saúde que ameaçam a prontidão da força.

Como se pode verificar no Apd C, Duarte (2016), Santos (2017), Silva (2017), Mendes (2017) e Neves (2017), quando questionados sobre a possibilidade da criação de um programa/sistema de registos estatísticos informáticos de causas de ICM temporária e



permanente e de dias de absentismo resultantes das mesmas nas FFAA e HFAR, controlado pela DIRSAM, concluíram unanimemente pela sua adequabilidade.

3.3. Sistemas Eletrônicos aplicados à saúde em outros países e Organização do Tratado do Atlântico Norte

3.3.1. Defense Medical Surveillance System do Armed Forces Health Surveillance Branch, Estados Unidos da América

A *Defence Health Agency* integra o *Armed Forces Health Surveillance Branch* (AFHSB) constituindo-se este como um recurso central no âmbito da epidemiologia, conduzindo a vigilância médica dos militares norte americanos a servir no país ou no exterior. Assume como missão: “*Provide timely, relevant, actionable, and comprehensive health surveillance information to promote, maintain, and enhance the health of military and military-associated populations*”. Garante: a aquisição, análise, interpretação, disseminação da informação e recomenda políticas baseadas na evidência; desenvolve e aperfeiçoa os métodos de vigilância; serve como ponto fulcral de partilha de produtos de vigilância com múltiplas entidades, militares e civis, e coordena um programa global de vigilância de surtos de doenças infecciosas de interesse militar (Health.mil, 2017e) .

O AFHSB, através do *Defense Medical Surveillance System* (DMSS), opera uma base de dados que documenta os acontecimentos de saúde dos militares ao longo das suas carreiras. Como repositório central de informação em saúde das FFAA, a DMSS gere dados permanentemente atualizados das doenças e outros eventos médicos, de todo o pessoal (Health.mil, 2017d).

O veículo de disseminação de informação de vigilância médica, *Medical Surveillance Monthly Report* (MSMR), permite publicar sumários em que constam as patologias de interesse especial, no âmbito da mesma vigilância. É garantida assim, a deteção e descrição de focos de doenças e da ocorrência de casos de saúde de interesse transversal (Health.mil, 2017c).

O MSMR é emitido mensalmente desde 1995. Trata-se de uma publicação sujeita a revisão entre pares e constitui o produto fundamental de divulgação de informação do DMSS. Disponível *online*, o último referente ao mês de março de 2017, providencia estimativas mensais de incidência, distribuição, impacto e tendências de condições médicas referentes aos militares (Health.mil, 2017a).

Exemplificando as virtualidades do MSMR refere-se aqui um dos artigos constantes do relatório de março do corrente ano, de interessante e relevante pertinência relacionada



com acontecimentos recentes nas FFAA nacionais (Círculo da Inovação, 2016; Academia Militar, 2016). Sob o título *Update: Exertional Rhabdomyolysis, Active Component, U.S. Armed Forces, 2012–2016*, o artigo explica pormenorizadamente a patologia, em que contexto surge, os fatores de risco e quais as suas consequências para o organismo e a origem e modo de registos. Publica ainda gráficos de que são exemplos os das figuras 11 e 12 (Health.mil, 2017b).

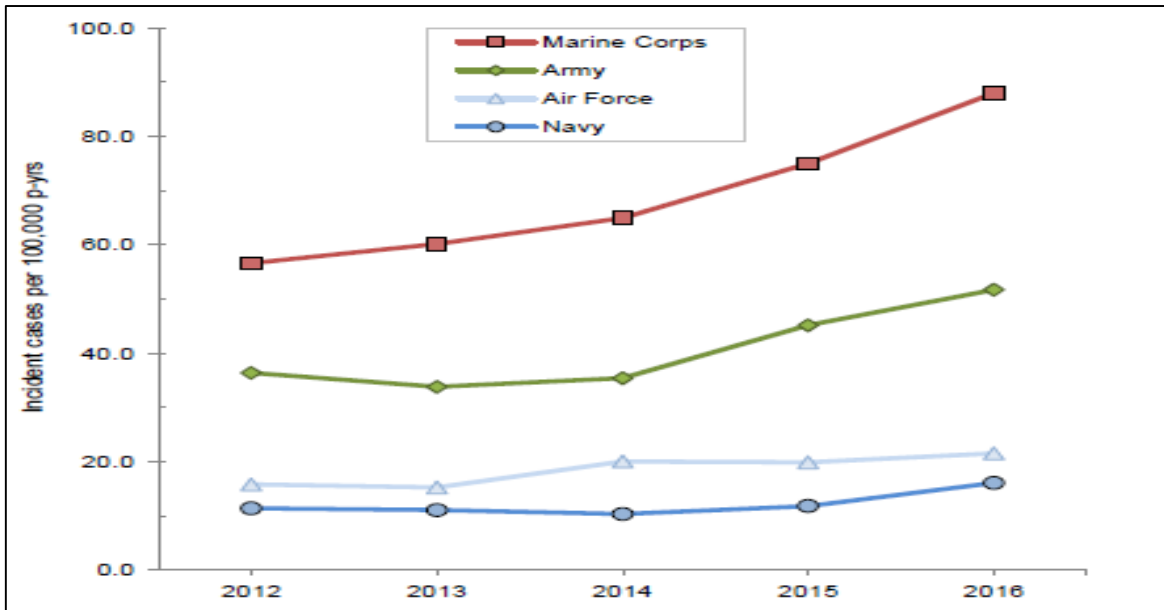


Figura 11 - Incidência anual da rabdomiólise relacionada com o exercício físico, por ramo, militares no ativo, FFAA dos EUA, 2012-2016

Fonte: (Health.mil, 2017b)

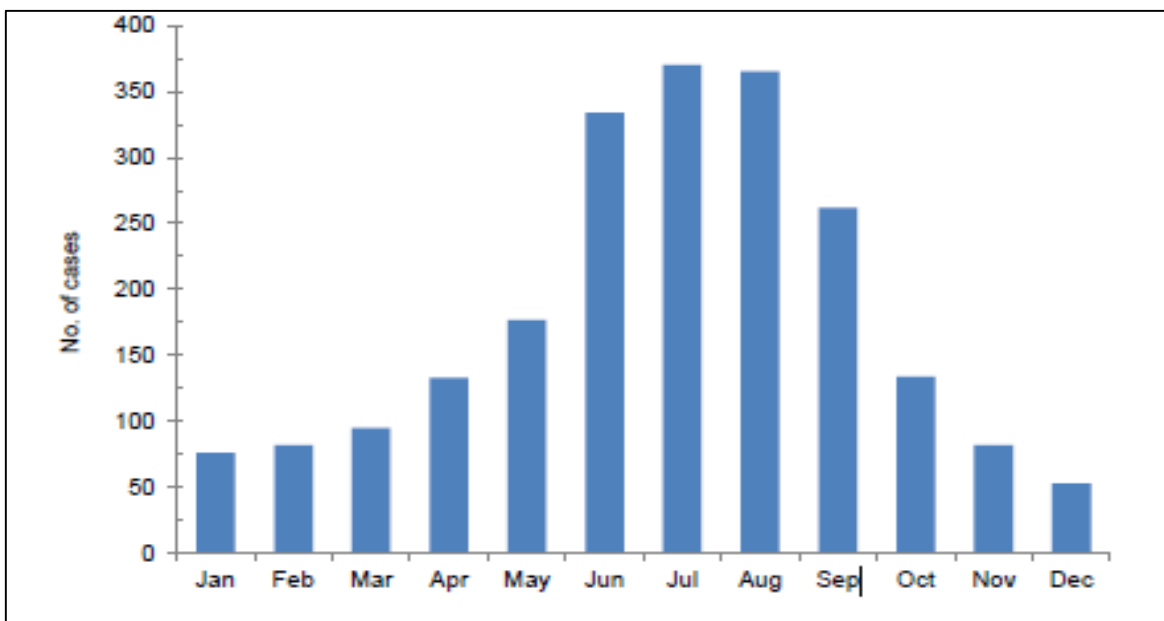


Figura 12 - Incidência de casos de rabdomiólise relacionada com exercício físico, por mês, para o total de cinco anos, militares no ativo, FFAA dos EUA, 2012-2016

Fonte: (Health.mil, 2017b)



A análise sumária dos gráficos das figuras 11 e 12 permite aferir que: tem havido uma tendência crescente para o surgimento de casos, que o *Marine Corps* é o ramo em que surgem sustentadamente mais casos e que, ao longo dos anos analisados, nos meses em que as temperaturas são mais elevadas a incidência de casos é maior, em consonância com a relação da patologia com o calor.

Este sistema, de aplicação transversal, abrangente e de elevado pormenor em âmbito de vigilância médica, constitui uma relevante mais-valia para a gestão do RH das FFAA, para o pessoal de saúde, que o alimenta e dele obtém o *feedback*, para os militares que vêm a sua saúde e prontidão permanentemente monitorizadas e vigiadas e para a definição de planos de prevenção e intervenção.

3.3.2. Sistema do *Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées*, do *Service de Santé des Armées*, República Francesa

O SSM nas FFAA francesas é integrado para os três Ramos em todas as vertentes, designando-se *Service de Santé des Armées* (SSA). É constituído pela *Direction Centrale du Service de Santé des Armées* (DCSSA) de que dependem 14 *Direction du Service de Santé* (DSS), seis regionais e oito localizadas no exterior do país.

O *Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées* (CESPA) é um centro de referência do SSA, adotando como missão a vigilância epidemiológica minuciosa dos militares no próprio país e destacados em TO. Tem descritos como objetivos a identificação de problemas de saúde, urgentes ou não, e a implementação imediata de medidas corretivas, quando identificados (Ministère de la Defence, 2014; SNS, 2016).

Identifica-se como um centro de conhecimento, avaliação, formação e ensino, sustentado pelo sistema de vigilância de saúde edificado (Ministère de la Defence, 2014).

Neste sistema, cuja estrutura se pode analisar na figura 13, o *pivot* da vigilância epidemiológica nas FFAA é o *Service Médical d'Unité* (SMU), no país ou destacada em TO.

Os SMU encontram-se ligados a um de dois *Département d'Épidémiologie e de Santé Publique* (DESP): um localizado no Instituto de Medicina Tropical do SSA, em Marselha e outro no Hospital de Bégin, em St. Mondé. A organização e coleta de dados são da responsabilidade do DESP, sendo o seu chefe responsável pela coordenação e gestão da informação obtida (Richard, et al., 2003).

O CESPA edificou, em 2002, em colaboração com a Universidade do Mediterrâneo, o sistema *d'Alerte et de Surveillance en Temps Réel* (ASTER), que permite detetar, em tempo real, eventos de saúde inesperados e potencialmente responsáveis por epidemias.

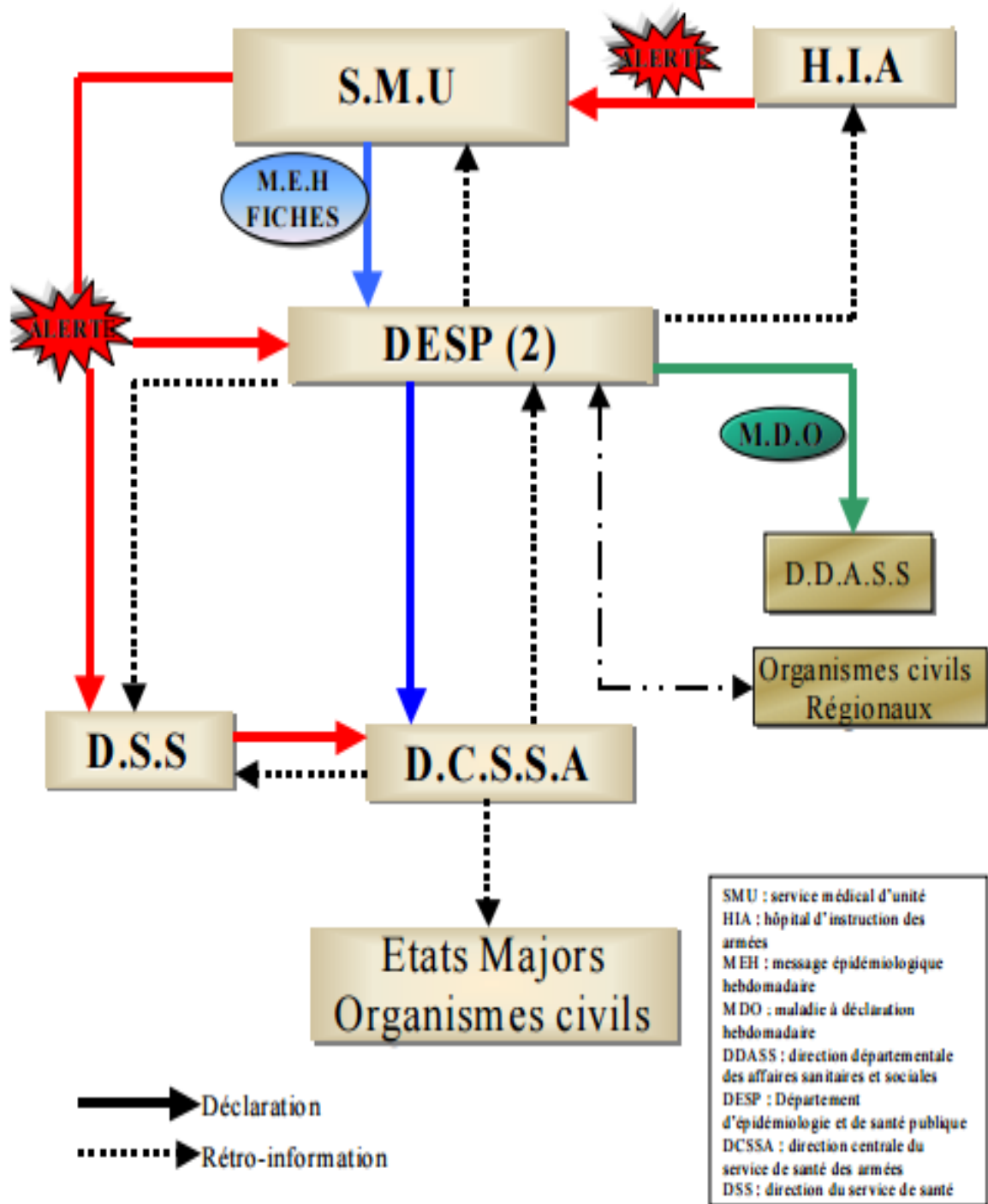


Figura 13 - Circuito de informação epidemiológica das FFAA francesas.

Fonte: (Richard, et al., 2003)

Alicerça-se em meios físicos, localizados em estações compostas por computadores portáteis e outros meios informáticos instalados nos postos médicos através dos quais são inseridos os dados que permitem gerar alertas (Ministère de la Defence, 2010).

O ASTER é interoperável com outros sistemas de países aliados e integra o *Deployment Health Surveillance Capability* (DHSC) da OTAN, localizado em Munique, Alemanha (Ministère de la Defence, 2014).



3.3.3. Sistema de Vigilância Médica para Destacamentos da Organização do Tratado do Atlântico Norte

O DHSC, integrado no *Centre of Excellence for Military Medicine*, este localizado em Budapeste, é responsável pela orientação dos serviços médicos que garantem a vigilância da saúde e a capacidade da proteção da força nos destacamentos OTAN (OTAN, 2014, pp. 4-1).

A *Deployment Health Surveillance* (DHS) encontra-se definida como: “*The continuous, systematic collection, analysis, interpretation, and dissemination of health-related data with respect to deployed NATO forces*” (OTAN, 2014, pp. 2-1).

O sistema de vigilância epidemiológica que sustenta a execução da DHS denomina-se *EpiNato* e tem como propósito a deteção de casos, grupos ou surtos de doenças e lesões que possam comprometer a eficácia da missão (OTAN, 2014, pp. A-2).

A história do *EpiNato* teve início em 1994 baseado no projeto piloto do EXE Britânico, ainda em suporte-papel mas já utilizando a ICD, denominado J94 (Tuck e Bricknell, 2005).

Instituído desde 1996 sob a designação de *EpiNato*, após uma utilização prolongada de 17 anos em vários TO, foi submetido a uma profunda revisão e atualização em 2013, vertida no *Allied Medical Publication* (AMedP) – 4.1 *Deployment Health Surveillance* e publicado em julho de 2014 (OTAN, 2014).

O Anx A do AMedP – 4.1 contém a explicação pormenorizada do modo de utilização do *EpiNato*, sistema dedicado ao pessoal de saúde a quem está atribuída a missão de execução da DHS. Pode ser gerido a todos os níveis do apoio sanitário OTAN, I, II ou III, pelas equipas de saúde responsáveis por forças destacadas dos diversos países a operar em TO (OTAN, 2015a).

Este sistema permite a colheita, agregação e monitorização de dados de casos de doença ou sinistro, referentes aos militares que recorrem aos serviços de saúde em regime de ambulatório ou que são tratados em regime de internamento. Os dados são registados diariamente por todas as Unidades de Saúde (US) no TO, em *template* pré definido, em formato *Microsoft Office Excel*, segundo codificação dupla, “Reporte de Eventos” e ICD-10, e submetidos semanalmente ao Diretor Médico Operacional (DMO) responsável (OTAN, 2014, pp. A-5 - A-13; WHO, 2017a).

Em situações médicas urgentes, como doenças infecciosas de notificação obrigatória ou incidentes de saúde pública que possam constituir uma ameaça para as forças no terreno,



necessitando de investigação e ação imediata, o relato ao DMO deverá ser efetuado logo que identificadas (OTAN, 2014, pp. A-2 - A-11; DGS, 2016).

As US recebem o *feedback* da informação registada e centralizada bem como diretivas de atuação emanadas pelo DMO, sempre que se verifique necessário.

Este sistema de vigilância garante que a Cadeia Médica de Comando da OTAN possua uma permanente *situational awereness* no que refere à saúde pública da força destacada, permitindo ainda:

- Detetar, tão cedo quanto possível, surtos ou incidentes de saúde, naturais ou não, que possam comprometer as capacidades da OTAN e a missão;
- Avaliar o impacto que óbitos, doenças, ferimentos, síndromes ou consequências da exposição aos fatores de risco ambientais ou ocupacionais, possam ter na capacidade operacional e quais as medidas preventivas que podem ser aplicadas;
- Identificar em que circunstâncias algumas das doenças ocorrem;
- Avaliar a eficácia das medidas preventivas implementadas;
- Identificar potenciais campos de investigação médica (OTAN, 2014, pp. 2-1).

3.4. Sistema Eletrónico de Registos Médicos nas Forças Armadas Portuguesas

Tal como sucede nas situações atrás analisadas e, como pode ser verificado no Anx C, em consonância com Duarte (2016), Santos (2017), Silva (2017), Mendes (2017) e Neves (2017), as FFAA nacionais obteriam relevantes conquistas com a implementação de um SERM, específico e dedicado ao registo e gestão de dados integrados de ICM e inerente AL.

Para tal dever-se-á recorrer a um processo de planeamento, de mudança controlada, que exige uma sequência de ações, de que são exemplos as propostas por Santos (2011): “ i) Diagnosticar problemas; ii) Definir objectivos ou resultados a serem alcançados; iii) Definir meios / recursos para possibilitar a realização de resultados; iv) Tomar no presente decisões que afectam o futuro, para reduzir a sua incerteza e, v) Monitorizar o andamento do processo e avaliar resultados”.

O módulo de saúde “Processo Clínico” (ProcClin) criado, instalado e gerido pela *Global Intelligent Technologies* (glintt)³, encontra-se disponível e a funcionar em rede nos

³ Empresa multinacional baseada na Europa, que colabora com a Saúde Militar nacional há mais de 18 anos, especialista no setor da saúde, que presta serviços de consultoria, *software* especializado, integração e suporte (glintt, 2016).



dois Polos do HFAR, UM da FA e em fase de implementação nas UT III da MAR e EXE, sendo ainda integrável em US no TO.

O ProcClin incorpora dados pessoais, demográficos, clínicos, operatórios e resultados de MCD de todos os utentes que recorrem ao SSM, possibilitando a consulta e registos, a todo o momento, por médicos e enfermeiros, com diferentes níveis de acesso, desde que disponíveis os meios físicos para o efeito.

No entanto, segundo Dias, Caldeira e Santos (2017), não é possível a importação ou agregação da informação constante do ProcClin para elaboração de processos em âmbito de SO, nomeadamente registos de ICM e AL.

A *glintt* desenvolveu um módulo de SO, denominado “Higia-SO”, de utilização multiempresa, que se constitui como uma solução específica e dedicada, já implementado em empresas nacionais de que são exemplos a Bosch, a Wurth e a União de Associações do Comércio e Serviço (Dias, Caldeira e Santos, 2017).

O “Higia-SO” “Tem como base tabelas, onde o cliente pode parametrizar todo o conteúdo a usar antes e durante a utilização da aplicação. As Tabelas estão divididas em 6 conteúdos: 1. Medicina do Trabalho – ramos de atividade, motivos de baixa, etc; 2. Profissionais – funções, categorias profissionais, tipos de contrato; 3. Clínicas – análises, protocolos de exames, problemas de saúde, terapêuticas, agentes químicos, agentes biológicos, etc; 4. Gerais – fornecedores, entidades, macros, etc.; 5. Administrativas – sistemas de saúde, documentos modelo, médicos (carregamento de médicos e profissionais de saúde), especialidades (definição das especialidades com que trabalham), etc, e 6. Supervisão – definições de acessos (*password*) por utilizadores” (glintt, 2014).

Como afirmado por Dias, Caldeira e Santos (2017), também o módulo “Higia-SO” é passível de implementação e gestão em rede em todas as US do SSM, incluindo as localizadas em TO, incorporando potencialidades múltiplas, sendo passível de uma grande diversidade de modelos de parametrização e operacionalização, segundo critérios solicitados pelo cliente que o pretenda implementar. Este módulo permite, adicionalmente, gerar relatórios a todo o momento, em todas as vertentes desejadas, segundo os parâmetros introduzidos e os dados registados pelo pessoal de saúde.

A implementação da solução “Higia-SO”, ou de outra com capacidades análogas, como SERM das FFAA no âmbito da SO, permitiria colocar à disposição da organização militar um instrumento de extrema relevância no âmbito da gestão de RH.



De facto, ao Chefe do Estado-Maior General das FFAA e aos Chefes dos Estados-Maiores dos Ramos interessa manter um permanente controlo da prontidão dos seus efetivos. A obtenção desta informação é da responsabilidade do SSM, centralizada e coordenada pelo Diretor de Saúde Militar, que deverá ser o interlocutor entre os ServSM dos Ramos e as referidas entidades militares de topo.

É dever das entidades responsáveis que integram o SSM fundamentar veementemente junto dos decisores a premente necessidade da edificação desta capacidade, de emprego conjunto.

Para a concretização deste objetivo é essencial a constituição de um Grupo de Trabalho que inclua representantes da DIRSAM e dos três Ramos, com a incumbência de proceder à reflexão neste domínio, à definição de modelos e especificações, ao apoio de convergência dos esforços entre os diversos atores a envolver e à contribuição para o modo de criação, efetivação e implementação do sistema.

Estão definidas orientações-base para a instituição de modelos informáticos partilhados em saúde, que o Grupo de Trabalho a constituir deverá relevar:

- A sua própria constituição, que deverá congrega um conjunto de elementos representantes de vários perfis profissionais, capacitados para a análise das várias vertentes que a implementação de um SERM exige: médicos, enfermeiros, informáticos, juristas, especialistas em estatística, entre outros (MSaúde, 2009);
- A estrita adesão à confidencialidade médica, estabelecendo um regime coerente e robusto de privacidade e proteção de dados (AR, 1998; CNPD, s.d.);
- A criação de um sistema de *backups* e soluções de continuidade em caso de desastres que comprometam o sistema;
- A garantia de que o sistema é *user friendly*, fluido, simples, interoperável, monitorizável, adaptável, escalável e passível de auditorias;
- A obtenção de consensos sobre o bem comum advindo do sistema, da sua credibilidade e vantagens, garantindo a adesão e motivação dos profissionais que o irão utilizar (OECD, 2010; MSaúde, 2011);
- A criação de parcerias com entidades académicas e organismos públicos permitindo a obtenção de sinergias e benefício mútuo.



3.5. Síntese conclusiva

A evolução das TIC e a sua utilização em saúde tem permitido obter ganhos progressivos muito significativos na gestão de processos por todas as entidades envolvidas.

A implementação, adaptação e integração sistemática dos SERM's é uma realidade defendida, estudada, impulsionada e orientada por entidades internacionais, transnacionais e nacionais com responsabilidades na gestão em saúde.

A gestão adequada de RH nas FFAA impõe particulares preocupações já que lhes é exigida a prontidão permanente dos militares para a defesa dos países e a integração em FND, em cumprimento de compromissos internacionais.

A utilização de SERM's em SO permite manter o conhecimento, vigilância e monitorização a todo o tempo do estado sanitário das forças militares e intervir preventiva e corretivamente perante desvios, como se comprovou analisando os sistemas adotados pelas FFAA dos Estados Unidos da América, da República Francesa e pela OTAN, existindo outros exemplos de sucesso em diferentes países.

É consensual entre as entidades responsáveis pelo SSM nacional que a implementação de um SERM em SO nas FFAA, que garantisse a agregação e análise da ICM e AL com ela relacionada, constituiria uma relevante mais-valia para a monitorização do estado de prontidão dos militares e para a aplicação de medidas desejadas.

Foi efetuada uma proposta de criação de um SERM nas FFAA dedicado à SO e sugeridas orientações para a sua implementação.



Conclusões

Linhas do procedimento metodológico seguido

O presente trabalho de investigação seguiu a orientação metodológica determinada nas NEP/ACA – 010 e NEP/ACA – 018 do IUM (IESM, 2015b; 2015a).

O raciocínio aplicado foi do tipo indutivo e dedutivo.

A condução do estudo seguiu uma estratégia primordialmente qualitativa embora recorrendo a relevantes contributos quantitativos, garantindo o reforço do conteúdo temático.

O desenho de pesquisa em que se fundamentou o tratamento do tema foi do tipo “Estudo de Caso”, tendo o percurso da investigação sido organizado em três fases: a exploratória, a analítica e a conclusiva.

A obtenção dos dados necessários para a investigação alicerçou-se na análise de suporte documental, bibliográfico e legislativo disponível bem como em entrevistas semiestruturadas, efetuadas a diferentes personalidades: aos representantes de topo do SSM, conhecedores da realidade vigente e detentores da responsabilidade de gestão da saúde militar nacional e a especialistas em sistemas informáticos de registos em saúde.

A análise do conteúdo dos dados obtidos permitiu fundamentar e estabelecer as respostas às Questões inicialmente formuladas para a consecução deste TII.

Avaliação dos resultados obtidos

Em cumprimento das normas de atribuição dos temas aos discentes do IUM (IESM, 2015b), a investigação efetuada tinha como objetivo inicialmente proposto a avaliação das causas de ICM e absentismo nas FFAA no sentido de se poder proceder à introdução de correções e melhoria nos processos de Rec e seleção bem como ao nível da avaliação e requalificação do pessoal, combate ao absentismo e simulação de doenças.

Impunha-se, então, a necessidade de serem solicitados os dados referentes à ICM e AL aos três Ramos das FFAA, que foram enviados pelos Gabinetes do Chefe do Estado-Maior da Armada (MAR, 2016), do Chefe do Estado-Maior do Exército (GABCEME) (EXE, 2016b) e do Chefe do Estado-Maior da Força Aérea (FA, 2017b).

Perante a realidade aferida da análise dos dados enviados, verificou-se que não seria possível obter resultados com relevância estatística que permitissem fundamentar a pretensão inicial.

Assim, a opção que se considerou adequada foi a de proceder a uma caracterização da situação e adequabilidade, atuais, dos modelos de Rec, SelPsicFis, TratMed, ReabMed e



ReabProf implementados nos Ramos, à análise e verificação das limitações dos sistemas de registos em vigor e efetuar uma proposta de criação de um módulo informático de SO que permita registar, agregar e analisar adequadamente a ICM e AL nas FFAA.

Estruturou-se o estudo em três capítulos.

No primeiro capítulo efetuou-se a revisão documental referente às normas estabelecidas para os processos implementados que, tendencialmente, garantem que os militares sejam submetidos a métodos adequados de Rec e SelPsicFis e a procedimentos que possam vigiar e garantir o estado de prontidão sanitária pretendido ao longo das suas carreiras.

Constatou-se que a regulamentação dos processos de Rec, SelPsicFis, deteção da doença, TratMed e ReabMed é de aplicação transversal aos Ramos embora apenas as três últimas estejam estruturadas em entidade única, conjunta, o HFAR. O Rec e a SelPsicFis são executados por entidades autónomas em cada Ramo, embora em cumprimento de diretivas superiores, da responsabilidade do MDN.

No que refere ao processo de Rec, foi identificada a necessidade de atribuição de particular atenção à vocação dos candidatos para o exercício da atividade militar, já que da fraca adesão à representação simbólica das FFAA pode provir um problema de motivação e dedicação no decurso da vida profissional, com repercussão no AL de difícil, senão impossível, análise, sistematização e resolução.

Verificou-se ainda que a SelPsicFis, embora efetuada recorrendo à aplicação de tabelas de incapacidade e inaptidão devidamente regulamentadas, é passível de falhas, que deverão ser tendencialmente evitadas, colocando especial preocupação a seleção psicológica que se consubstancia como a componente que maiores dificuldades impõe às equipas de saúde responsáveis.

A análise dos DR publicados em julho de 2015, onde se encontra regulamentada e desenvolvida a reorganização das estruturas orgânicas de cada Ramo, sendo neles igualmente discriminada a forma como se encontram edificados os procedimentos em âmbito de Rec e saúde, permitiu concluir que cada Ramo concretiza de forma autónoma e não centralizada os processos de Rec, SelPsicFis, SST, CSP, Manutenção da Aptidão Psicofísica e Verificação da CPsicFis.

De facto, constatou-se que em cada Ramo os mesmos processos são geridos por entidades diversas, encontrando-se dispersa a responsabilidade doutrinária e, em algumas



situações, a da própria execução. Neste âmbito, a disparidade de organização entre Ramos é uma realidade igualmente apurada da análise dos referidos DR.

A noção subjetiva da eficácia dos processos implementados de SO, fundamentada na experiência acumulada de vários anos de exercício de cargos de chefia em âmbito de saúde militar, permitiu a Duarte, Santos, Silva, Mendes e Neves concluir que tem sido adequada, como se pode constatar pela consulta do Apd C.

Assim, as ilações obtidas no primeiro capítulo permitiram atingir o OE1 e responder à QD1 já que foi caracterizada a estrutura instalada e analisada a situação atual dos modelos em vigor nos Ramos das FFAA referentes ao Rec, SelPsicFis, deteção e tratamento de doenças, tratamento médico, ReabMed e ReabProf.

No capítulo dois analisaram-se os sistemas de registos e agregação de dados de ICM e AL nos Ramos das FFAA.

Recorreu-se a um enquadramento inicial salientando a relevância do conhecimento do AL e seu impacto negativo no desenvolvimento económico dos estados, organizações e indivíduos e consubstanciou-se o facto de a ICM, por doença ou sinistro, ser a causa mais significativa de absentismo nas organizações e empresas.

Ainda no capítulo dois foi efetuada a análise do risco potencial de envelhecimento dos RH nas FFAA, em relação direta com a insuficiência de Rec de jovens e com o período temporal mais prolongado de permanência dos militares nas fileiras, resultante da passagem mais tardia à reserva. Verificou-se que estes factos, associados ao atual contexto socioeconómico nacional, potenciador de adoção progressiva de estilos de vida desadequados por parte das populações, de que não são exceção os militares, se refletem na maior probabilidade de ocorrência de doenças crónicas e degenerativas e subsequente crescente ICM e AL de causa médica nas FFAA.

Verificou-se que é de primordial importância que as entidades responsáveis pela gestão dos RH nas FFAA tenham um permanente conhecimento, sistematizado e pormenorizado, do estado de prontidão das suas forças que poderá estar, em dado momento, surpreendentemente comprometido quando as mesmas forem chamadas a atuar no âmbito da sua missão.

A análise dos sistemas de registos e de dados enviados pelos Ramos relativos à ICM e dias de AL inerentes concluiu pela sua inadequação e ineficácia, não garantindo o efetivo entendimento da abrangência e profundidade pretendidas da situação em curso.



Através da identificação das reais limitações dos sistemas de registos e agregação de dados de ICM e AL nas FFAA e da constatação de que a inabilidade de conhecimento das causas médicas de incapacidade se repercute negativamente na possibilidade de prevenção do absentismo, foi atingido o OE2 e respondida a QD2, respetivamente.

Na sequência da confirmação de que é de fundamental interesse para as FFAA a constante aferição e monitorização do estado de saúde dos militares e de que essa possibilidade não se encontra disponível nos modelos em vigor, considerou-se de especial relevância a proposta de criação de um sistema que garanta a consecução desse conhecimento.

No capítulo três realizou-se um enquadramento inicial referente ao processo continuado de soluções e sinergias conjuntas em saúde militar e à existência de legislação que, embora não obrigatoriamente aplicável às FFAA, impõe às empresas a edificação de um serviço interno de SST, sempre que empregadoras de um quantitativo de trabalhadores igual ou superior a 400 e/ou que exijam a realização de atividades de risco, em que se incluem múltiplas na missão dos militares.

Analisou-se a proposta de Santana (2009), de criação do CIPSO, trabalho em que foram pormenorizadamente fundamentadas as razões da necessidade de implementação de um modelo de SO transversal aos Ramos, explicada a constituição das equipas responsáveis, de que o médico especialista em MT é o elemento fulcral, e explanada a importância de se proceder à análise, caracterização e quantificação do absentismo por doença e por sinistro nos militares, com o objetivo de se intervir nas suas causas e atenuar seu impacto.

A aferição, junto de Duarte (2016) e de Santos (2017), sobre a possibilidade de implementação de um modelo conjunto de SO nas FFAA permitiu concluir que não se encontra prevista na conjuntura atual do SSM.

No entanto, a conclusão pela adequabilidade de implementação de um sistema informático, centralizado e abrangente, de registos e agregação de dados referentes à ICM e AL, gerido e coordenado pela DIRSAM, foi consensual entre todos os representantes com responsabilidade na gestão do SSM.

No capítulo três foi ainda analisado o significado e a relevância dos sistemas eletrónicos aplicados à saúde, consubstanciada no veemente interesse que diferentes entidades internacionais, transnacionais e nacionais têm vindo a atribuir à implementação, estratégica e operacional, das TIC em saúde.



Verificou-se que a utilização de SERM's no âmbito da agregação de dados estatísticos de ICM e absentismo e sua aplicação na monitorização e implementação de medidas preventivas e corretivas no âmbito da saúde militar se encontra em curso, há décadas, em vários países.

Decidiu-se analisar os SERM's aplicados à saúde militar em vigor nos EUA, República Francesa e OTAN, pela antiguidade e inerente longa experiência prática de emprego dos mesmos.

Nos EUA, o AFHSB criou o DMSS, sistema responsável pela vigilância médica, que opera uma base de dados onde são permanentemente efetuados registos referentes a doenças e outros eventos médicos de todos os militares das FFAA, no país ou em TO, garantindo assim a deteção em tempo real de focos de ocorrências em saúde, de interesse transversal.

A publicação mensal dos MSMR desde 1995, atualmente disponível *online*, tem permitido a divulgação sistemática dos resultados obtidos pelo DMSS, constituindo o seu produto fundamental, providenciando as estimativas mensais de incidência, distribuição, impacto e tendências de condições médicas referentes à população-alvo.

O SSA das FFAA da República Francesa edificou o CESP, criando um centro de referência que vigia a situação epidemiológica dos militares no país e quando destacados em TO, garantindo a identificação de problemas de saúde, urgentes ou não, e a possibilidade de implementação imediata de medidas corretivas, sempre que necessário.

A análise do circuito de informação epidemiológica das FFAA deste país permite verificar que tem como *pivot* os SMU, que alimentam o sistema, sendo a informação centralizada e gerida pelos DESP, funcionando num modelo de informação e retro informação.

O SSA criou ainda o ASTER, sistema interoperável e que integra o DHSC da OTAN após ter sido submetido a testes, bem-sucedidos, em TO.

No mesmo âmbito, a OTAN tem um DHS, implementado desde 1994, utilizando na atualidade um SERM denominado EpiNato, revisto e atualizado em nova versão em 2013 e publicado no AMedP 4.1, em 2014.

A análise desta publicação OTAN, dirigida ao pessoal de saúde que detém a responsabilidade de tratar e vigiar os militares em TO, permitiu verificar que se encontra delineado, com detalhe, o modo de alimentação do sistema de registos pelas US, as codificações a utilizar e o circuito de informação e retro informação.



Constatou-se que se encontram bem estabelecidas as vantagens de utilização do DHS pela OTAN, para as Cadeias Médicas de Comando, para o pessoal de saúde que recebe o *feedback* e orientações superiores, sempre que o DMO identifique desvios a corrigir, e para os militares em operações que vêm garantida a vigilância e manutenção do seu estado sanitário.

No capítulo três procedeu-se ainda à constatação da existência atual de um SERM nas FFAA nacionais, o ProcClin, implementado e a funcionar em rede entre os dois Polos do HFAR e algumas das UM do SSM. No entanto, os responsáveis pela gestão deste módulo de SERM, Dias, Caldeira e Santos (2017), referiram que não é possível a sua utilização em âmbito de processos de SO e que a *glintt*, empresa responsável pelo ProcClin, edificou outro específico, o “Higia-SO”, já em funcionamento em diversas empresas nacionais.

Foi efetuada uma proposta de criação de um SERM nas FFAA que permita a agregação de dados de ICM e AL, garantindo a possibilidade de intervenção médica e comprovou-se que a existência desse sistema de registos dedicado constituiria uma relevante mais-valia para o planeamento e aplicação de medidas preventivas e corretivas. Cumpru-se, assim, o OE3 e obteve-se a resposta à QD3.

Contributos para o conhecimento

Os RH constituem o recurso fundamental para a concretização da missão das FFAA, que exige o estado de prontidão permanente das suas forças.

É um facto a necessidade de os gestores dos RH nas FFAA terem acesso e monitorizarem permanentemente o estado de saúde dos militares, aferindo da sua disponibilidade para a missão.

As entidades responsáveis pelo SSM implementado são os interlocutores com as entidades de topo, devendo garantir que estas se encontram informadas do estado de saúde e prontidão dos RH.

Para que tal desiderato seja possível, os ServSM necessitam de garantir a obtenção de dados estatísticos de ICM, consubstanciados em sistemas de registos robustos e fidedignos, que permitam vigiar, monitorizar, elaborar e propor a implementação de medidas preventivas e corretivas sempre que identificados desvios.

A aplicação das TIC na área médica e a criação de SERM’s para a obtenção de ganhos em saúde é uma realidade reconhecida na sociedade civil em vários países e incentivada pelas entidades com responsabilidades transnacionais nesta matéria, de que são exemplos a OECD, a WHO e a OTAN.



As FFAA de países aliados e a OTAN há muitos anos que constataram a necessidade e as vantagens da criação e implementação de sistemas eletrónicos de vigilância epidemiológica dos militares no ativo. De facto, utilizando sistemas há décadas implementados, os EUA, a República Francesa e a OTAN têm-nos aplicado com relevante sucesso, submetendo-os a sistemáticas atualizações sempre que verificadas necessárias e em consonância com a evolução das TIC.

As evidentes mais-valias advindas para as FFAA da colheita, agregação, sistematização e análise de registos em SERM's dedicados à SO tornam a sua não existência num óbice impeditivo de uma adequada gestão dos RH, não comportável na atualidade.

Este TII contribuiu para o conhecimento da situação atual dos modelos em vigor no SSM das FFAA nacionais que garantem os processos de Rec, SelPsicFisc e de manutenção do estado de saúde dos militares, tendencialmente adequados embora estruturados de forma díspar. Permitiu ainda identificar a inexistência de um SERM de ICM e AL nas FFAA e constatar as importantes vantagens e o sucesso da aplicação de sistemas de vigilância epidemiológica de aplicação militar, já existentes noutros países e OTAN.

Foi delineada uma proposta de implementação de um SERM adaptado aos registos de ICM e AL de causa médica nas FFAA.

Recomendações e considerações de ordem prática

Considerando que o modelo de um SERM de ICM e inerente AL exige a aceitação e a determinação da sua implementação por parte das entidades responsáveis pelas FFAA, deverá ser uma incumbência dos gestores do SSM a informação fundamentada da necessidade premente de edificação desta capacidade conjunta.

A constituição de um Grupo de Trabalho, sob a coordenação da DIRSAM, composto por especialistas nas múltiplas áreas de interesse associadas à criação de um SERM, centralizado e partilhado, que procedesse a um processo faseado de planeamento e implementação seria a condição inicial essencial para a consecução do objetivo que se pretende.

Limitações da investigação e abertura para pesquisas futuras

A limitação inicial para a investigação pretendida constatou-se quando se verificou que os dados existentes e enviados através dos Gabinetes dos Chefes dos Estados-Maiores dos Ramos não permitiam a análise da realidade estatisticamente fundamentada da ICM e AL nas FFAA.



Este facto exigiu uma adaptação do estudo a realizar, delineando-se a sua estruturação no sentido de ser efetuada uma proposta final de criação de um sistema que permitisse a obtenção adequada de dados de ICM e AL.

Assim sendo, foi necessária uma pesquisa, literária e documental, abrangente e profunda, que permitisse fundamentar, factualmente, a importância negativa do AL para as organizações e de como a ICM, nas suas diversas manifestações, tem o impacto de maior significado nas ausências do trabalho.

As entrevistas efetuadas no âmbito do tema aos representantes do SSM das FFAA nacionais permitiram constatar outra limitação que se prende com o facto de os entrevistados, embora atribuindo a devida importância ao tema e concordando com a necessidade de correção do “estado da arte” vigente, não se revelarem amplamente conhecedores das causas da ICM e inerente AL nas FFAA.

Assim, este TII deixa em aberto a possibilidade de exploração e aprofundamento do tema nas suas diferentes vertentes, permitindo que seja possível a análise individualizada e pormenorizada do impacto de cada parâmetro com repercussão na ICM e AL e das medidas preventivas e corretivas específicas exigidas para abordagem aos desvios referentes a cada um dos mesmos parâmetros: Rec, SelPsicFis, deteção e tratamento de doenças, ReabMed e ReabProf.



Bibliografia

- Academia Militar, 2016. *Assinatura dos novos contratos-programa e de investigação e desenvolvimento*. [Em linha] Disponível em: <http://academiamilitar.pt/assinatura-dos-novos-contratos-programa-de-investigacao-e-desenvolvimento.html> [Acedido em 12 abril 2017].
- ACSS, 2011. *Ciências da Informação e da Decisão em Saúde: "Meios Complementares de Diagnóstico (MCD), definição"*. [Em linha] Disponível em: <http://portalcodgdh.min-saude.pt> [Acedido em 18 fevereiro 2017].
- ADM, 2008a. *Assistência na Doença a Militares: conjunto de ligações a outras entidades ou sítios, que de alguma forma se encontram relacionados com a ADM*. [Em linha] Disponível em: <http://adm.defesa.pt/ligacoes.aspx> [Acedido em novembro 2016].
- ADM, 2008b. *Pesquisa de entidades de saúde protocoladas*. [Em linha] Disponível em: <http://adm.defesa.pt/acordos-estabelecidos.aspx> [Acedido em novembro 2016].
- AFOM, 1999. *Workplace Attendance and Absenteeism*, Sidney: Royal Australasian College of Physicians.
- AR, 1998. *Lei da Protecção de Dados Pessoais - transpõe para a ordem jurídica portuguesa a Directiva n.º 95/46/CE, do Parlamento Europeu*. (Lei n.º 67/98, de 26 de outubro). Lisboa: Diário da República.
- AR, 1999. *Lei do Serviço Militar - Finalidade das provas de classificação e seleção*. (artº 16º da Lei nº 174/99, de 21 de Setembro). Lisboa: Diário da República.
- AR, 2005. *"Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover"*. (Artigo 64º, do Capítulo II, do título III, Parte I, da Constituição da República). Assembleia ed. Lisboa: Diário da República.
- AR, 2009a. *Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas*. (Lei Orgânica n.º 1 -A/2009, de 7 de julho). Lisboa: Diário da República.
- AR, 2009b. *Regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, incluindo a reabilitação e reintegração profissionais*. (Lei n.º 98/2009, de 4 de Setembro). Lisboa: Diário da República.
- AR, 2009c. *"A presente lei regulamenta o regime jurídico da promoção e prevenção da segurança e da saúde no trabalho de acordo com o previsto no artigo 284.º do Código do Trabalho, no que respeita à prevenção"*. (Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro). Lisboa: Diário da República.



- AR, 2014a. *Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas*. (Lei n.º 35/2014, de 20 de junho). Lisboa: Diário da República.
- AR, 2014b. *Procede à primeira alteração à Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas, aprovada pela Lei Orgânica n.º 1 -A/2009, de 7 de julho*. (Lei Orgânica n.º 6/2014, de 1 de setembro). Lisboa: Diário da República.
- AR, 2015a. *Aprovação Estatuto dos Militares das Forças Armadas (EMFAR)*. (Decreto-Lei n.º 90/2015, de 29 de maio). Lisboa: Diário da República.
- AR, 2015b. *Juramento de Bandeira*. (artº 7º do Título I do Livro I do Decreto-Lei n.º 90/2015, de 29 de maio). Lisboa: Diário da República.
- ARSLVT, 2013. *Saúde ocupacional: acidentes de trabalho e doenças profissionais - orientações técnicas*. Lisboa: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP.
- AUSVLRC, 2015. *Victorian Law Reform Commission, Guardianship Final Report Chapter 13: Medical treatment*. [Em linha] Disponível em: http://www.lawreform.vic.gov.au/sites/default/files/Guardianship_FinalReport_Ch%2013_Medical%20treatment.pdf [Acedido em novembro 2016].
- Borges, S., Fernandes, S. e Pile, M., 2011. *Absentismo: Análise do absentismo nos serviços com identificação das principais causas e sugestões de melhoria*. Lisboa: Instituto Superior Técnico.
- Campisi, J., 2014. Aging, Cellular Senescence, and Cancer. *US National Library of Medicine - National Health Institute. Annual Review of Physiology*, setembro, Volume 75, pp. 685-705.
- Cardoso, A. et al., 2009. *Forum Sociológico - Jovens e Forças Armadas: contornos de uma nova relação num contexto de profissionalização*. [Em linha] Disponível em: <https://sociologico.revues.org/113> [Acedido em novembro 2016].
- CCOHS, 2016. "Fit to work". *OSH Answers Fact Sheets*. [Em linha] Disponível em: https://www.ccohs.ca/oshanswers/psychosocial/fit_to_work.html [Acedido em dezembro 2016].
- Chamorro-Permuzic, T. e Furnham, A., 2010. *The Psychology of Personnel Selection*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Chiavenato, I., 2014. *Gestão de Pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações*. 4ª ed. Brasil: Manole Ltda.



- Círculo da Inovação, 2016. *Militar dos Comandos internado no curso de 2015 continua de baixa*. [Em linha] Disponível em: <http://circulodainovacao.pt/sociedade/2016-11-27-Militar-dos-Comandos-internado-no-curso-de-2015-continua-de-baixa> [Acedido em 12 abril 2017].
- CNPD, s.d. *Comissão Nacional de Proteção de Dados*. [Em linha] Disponível em: <https://www.cnpd.pt/bin/cnpd/acnpd.htm> [Acedido em 22 abril 2017].
- Conceito.de, 2011. *Conceito de Empresa*. [Em linha] Disponível em: <http://conceito.de/empresa> [Acedido em novembro 2016].
- DGRDN, 2017. *Direção-Geral de Recursos da Defesa Nacional - Atribuições*. [Em linha] Disponível em: <http://www.dgprn.pt/dgrdn/a-dgrdn/atribuicoes.html> [Acedido em 21 abril 2017].
- DGS, 2013. *Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) – 2º Ciclo 2013/2017*. Lisboa: DGS.
- DGS, 2015a. *Saúde Ocupacional, Informação técnica - Assunto: Diagnóstico, conhecimento, prevenção e reparação da doença profissional*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- DGS, 2015b. Plano Nacional de saúde 2012-2016 - 4.1: Objetivo para o Sistema de Saúde: Obter Ganhos em Saúde. Em: D. G. d. Saúde, ed. Lisboa: s.n.
- DGS, 2016. *Doenças transmissíveis de notificação obrigatória*. (Despacho n.º 15385-A/2016, de 21 de dezembro). Lisboa: Diário da República.
- DGSS, 2015. *Subsídio de Doença*. Lisboa: Direção Geral da Segurança Social.
- Dias, A., Caldeira, S. e Santos, C., 2017. Entrevista no âmbito da criação e implementação de um programa de Saúde Ocupacional nas FFAA. [Entrevista] Lisboa (20 fevereiro 2017).
- Dicionário Informal, 2017. *Dicionário Informal - População-alvo*. [Em linha] Disponível em: <http://www.dicionarioinformal.com.br/popula%C3%A7%C3%A3o-alvo/> [Acedido em 7 abril 2017].
- DicionárioMédico.com, 2014. *Entidade Nosológica - definição*. [Em linha] Disponível em: <http://www.dicionariomedico.com> [Acedido em 18 fevereiro 2017].
- DSFA, 2016. *Organização da Saúde na Força Aérea - Direção de Saúde*. Lisboa: DSFA.
- Duarte, J. M. G., 2016. Entrevista no âmbito das Causas de Incapacidade Médica e Absentismo nas FFAA. [Entrevista] Lisboa (23 novembro 2016).



- EMGFA, 2017a. *Hospital das Forças Armadas - Polo de Lisboa - Consultas Externas*. [Em linha] Disponível em: <http://www.emgfa.pt/pt/organizacao/hospitalFA/hfarlisboa/> [Acedido em 19 fevereiro 2017].
- EMGFA, 2017b. *Hospital das Forças Armadas - estrutura clínica dos dois Polos*. [Em linha] Disponível em: <http://www.emgfa.pt/pt/organizacao/hospitalFA/hfarlisboa/hfarstrutclinica> [Acedido em 19 fevereiro 2017].
- EMGFA, 2017c. *Hospital da Forças Armadas - Polo do Porto - Consultas Externas*. [Em linha] Disponível em: <http://www.emgfa.pt/pt/organizacao/hospitalFA/hfarlisboa/hfarporto> [Acedido em 19 fevereiro 2017].
- ERS, 2017. *Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) - Resultados Globais*. [Em linha] Disponível em: <https://www.ers.pt/pages/2> [Acedido em 21 abril 2016].
- EXE, 2008. *Norma de Execução Permanente: níveis de competência médica para atribuição de convalescenças e dispensas*. Lisboa: EXE.
- EXE, 2009a. *Norma de Execução Permanente: inspeções médicas aos candidatos aos cursos de comandos, paraquedismo e operações especiais*. Lisboa: EXE.
- EXE, 2009b. *Norma de Execução Permanente: Juntas Hospitalares de Inspeção*. Lisboa : EXE.
- EXE, 2016a. *Exército Português - CMDPESS: Direção de Saúde*. [Em linha] Disponível em: <https://www.exercito.pt/pt/quem-somos/organizacao/ceme/cmdpess/ds> [Acedido em 2 março 2017].
- EXE, 2016b. *Curso de Promoção a Oficial General 2016-2017. Pedido de dados estatísticos - incapacidade por doença e acidentes em serviço*. (Ofício RepAssGer - 2016 - 011508, Proc.: 10.160.0263, de 7 de dezembro 2016, do GABCEME). Lisboa: EXE.
- EXE, 2016c. *Recrutamento - formulário de candidatura para praças*. [Em linha] Disponível em: <http://assets.exercito.pt/SiteAssets/DARH/RR/PDF/FormularioPraca.pdf> [Acedido em 02 abril 2017].
- EXE, 2016d. *Exército Português - candidaturas*. [Em linha] Disponível em: <https://www.exercito.pt/pt/recrutamento/candidata-te> [Acedido em 21 abril 2017].
- FA, 2016. *Reforma de militares por incapacidade não resultante de acidente em serviço ou doença profissional a confirmar pela junta médica da Caixa Geral de Aposentações* (Despacho N.º 20/2016, do CEMFA). Lisboa: EMFA.



- FA, 2017a. *Força Aérea Portuguesa: Centro de Medicina Aeronáutica*. [Em linha] Disponível em: <http://www.emfa.pt/www/unidade-48-centro-de-medicina-aeronautica> [Acedido em 25 novembro 2017].
- FA, 2017b. *Força Aérea Portuguesa - Centro de Psicologia da Força Aérea (CPSIFA)*. [Em linha] Disponível em: <http://www.emfa.pt/www/mobile/unidade-49-centro-de-psicologia-da-forca-aerea> [Acedido em 25 fevereiro 2017].
- FA, 2017c. *Força Aérea Portuguesa - Centro de Recrutamento da Força Aérea*. [Em linha] Disponível em: <http://www.emfa.pt/www/po/crfa/> [Acedido em 28 fevereiro 2017].
- FA, 2017d. *Força Aérea Portuguesa - Direção de Instrução*. [Em linha] Disponível em: <http://www.emfa.pt> [Acedido em 28 fevereiro 2017].
- FA, 2017e. *Curso de Promoção a Oficial General 2016-2017: pedido de dados estatísticos - incapacidade por doença e acidente em serviço*. (Ofício 2017-03-06 002837 Pº: 138/17, do GABCEMFA). Lisboa: FAP.
- FA, 2017f. *Centro de Recrutamento da FA - especialidades*. [Em linha] Disponível em: <http://www.emfa.pt/www/po/crfa/especialidades> [Acedido em 02 abril 2017].
- FA, 2017g. *Força Aérea Portuguesa - Inspeção-Geral da Força Aérea*. [Em linha] Disponível em: <http://www.emfa.pt/www/unidade-15> [Acedido em 21 abril 2017].
- FA, 2017h. *Força Aérea Portuguesa - Comando da Logística*. [Em linha] Disponível em: <http://www.emfa.pt/www/unidade-28> [Acedido em 21 abril 2017].
- FA, 2017i. *Força Aérea Portuguesa - Comando Aéreo*. [Em linha] Disponível em: <http://www.emfa.pt/www/unidade-16> [Acedido em 21 abril 2017].
- Faculdade de Medicina Sobral UFC, 2013. *Semiologia Médica: Conceito*. [Em linha] Disponível em: <https://semiologiasobral.wordpress.com/2013/03/21/conceito/> [Acedido em 18 fevereiro 2017].
- FEMCVT, 1997. *A Prevenção do Absentismo no Trabalho*. Luxemburgo: Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida no Trabalho.
- FFAACaná, 2006. Canadian Forces Evaluation of the EpiNato Health Surveillance System in Bosnia-Herzegovina. *Military Medicine*, Volume 171, pp. 955-961.
- Forallpoints, 2009. *Newsletter - Incidência e Prevalência*. [Em linha] Disponível em: http://forpoint.grupokeypoint.pt/docs/newsletters/nl_19.pdf [Acedido em 22 março 2017].
- glintt, 2014. *Higia - Saúde Ocupacional*. Lisboa: glintt.



- glintt, 2016. *Apresentação Corporate - Saúde Global, oferta de sistemas e consultoria*. Lisboa, glintt.
- Health.mil, 2017a. *Medical Surveillance Monthly Report - AFHSB monthly publication*. [Em linha] Disponível em: <https://health.mil/MSMR> [Acedido em 11 abril 2017].
- Health.mil, 2017b. *MSMR março 2017 - Rabdomiólise relacionada com exercício físico. Medical Surveillance Monthly Report*, Volume 24, pp. 14-18.
- Health.mil, 2017c. *The Oficial Website of the Military Health System and the Defence Health Agency*. [Em linha] Disponível em: <https://health.mil/About-MHS/Defense-Health-Agency/Operations/Public-Health-Division/Armed-Forces-Health-Surveillance-Branch> [Acedido em 8 abril 2017].
- Health.mil, 2017d. *Defense Medical Surveillance System (DMSS)*. [Em linha] Disponível em: <https://health.mil/Military-Health-Topics/Health-Readiness/Armed-Forces-Health-Surveillance-Branch/Data-Management-and-Technical-Support/Defense-Medical-Surveillance-System> [Acedido em 10 março 2017].
- Health.mil, 2017e. *Armed Forces Health Surveillance Branch - Health Surveillance, Analysis and Insight for Action*. [Em linha] Disponível em: <https://health.mil/Military-Health-Topics/Health-Readiness/Armed-Forces-Health-Surveillance-Branch> [Acedido em 22 abril 2017].
- IDN, 2013. *A Defesa Nacional no Contexto da Reforma das Funções de Soberania do Estado*. Lisboa: IDN.
- IEFP, 2016. *Apoios: Reabilitação Profissional - Instituto do Emprego e Formação Profissional*. [Em linha] Disponível em: <https://www.iefp.pt/reabilitacao-profissional> [Acedido em 14 fevereiro 2017].
- IESM, 2015a. *Regras de apresentação e referência para os trabalhos escritos a realizar no IESM*. (NEP/ACA-018). Lisboa: MDN.
- IESM, 2015b. *Trabalhos de Investigação*. (NEP/ACA-010). Lisboa: MDN.
- IUM, 2016. *Curso de Promoção a Oficial General 2016-2017. Pedido de dados estatísticos - Incapacidade por doença e acidentes em serviço*. (Ofício nº 1410/DE-AEE, do Instituto Universitário Militar, de 14 de novembro de 2016). Lisboa: IUM.
- Last 1995, cit. por DGS, 2016, s.d. *Semântica da informação em saúde - Estatísticas em Saúde - conceito*. Lisboa: DGS.
- Lopes, J. A., 2016. *Ministro da Defesa admite dificuldades em atingir objetivos do recrutamento nas FA*. Agência Lusa, Lisboa: RTP Notícias.



- Major General Martinez-Lopez, L., 2004. *Technology Opportunities: Implementation of Deployment Health Policy in Operational Theaters*. Em: NATO, ed. NATO Medical Surveillance and Response, Research and Technology Opportunities and Options. s.l.:NATO/RTO Human Factors and Medicine Panel, pp. KN2-1.
- MAR, 2011a. *Marinha, Recrutamento*. [Em linha] Disponível em: <http://recrutamento.marinha.pt/PT/cra/Pages/CRArmada.aspx> [Acedido em 26 março 2017].
- MAR, 2011b. *Marinha: Recrutamento - concurso de admissão de praças RC*. [Em linha] Disponível em: <http://recrutamento.marinha.pt/PT/ConcursoAdmissao/CondicoesAdmissao/Especificas/Pages/PracasTodasClasses.aspx> [Acedido em 20 março 2017].
- MAR, 2016. *Curso de Promoção a Oficial General 2016-2017. Pedido de dados estatísticos - incapacidade por doença e acidentes em serviço*. (Ofício N° 6910-01, Processo: 000.30.02, de 22 de dezembro de 2016, do GABCEMA). Lisboa: Marinha.
- Marktest, 2015. *"Se houvesse uma guerra que envolvesse o seu país, estaria disposto a lutar pelo seu país?"* (Grupo Marktest). [Em linha] Disponível em: <http://www.marktest.com/wap/a/n/id~1e80.aspx> [Acedido em 2 março 2017].
- Mateus, R. M., 2016. A Medicina Aeronáutica na Força Aérea Portuguesa. *Mais Alto*, set/out, pp. 27-36.
- Maximiano, A. C., 2000. *Introdução à Administração*. 5ª ed. São Paulo: Editora Atlas SA.
- MDN, 1987. *Regulamento das Juntas Médicas da Força Aérea*. (Portaria 609/87, de 16 de julho). Lisboa: Diário da República.
- MDN, 1999. *Aprova as tabelas gerais de inaptidão e incapacidade para a prestação de serviço nas FFAA, por militares e militarizados nas FFAA e Polícia Marítima* (Portaria n° 790/99, de 7 de setembro). Em: Lisboa: Diário da República.
- MDN, 2000a. *Aprovação do Regulamento da Lei do Serviço Militar*. (art° 3° do Decreto-Lei n.° 289/2000, de 14 de Novembro). Lisboa: MDN.
- MDN, 2000b. *Alteração da redação das tabelas gerais de inaptidão e incapacidade do Anexo A, aprovadas na Portaria 790/99*. (Portaria 1157/2000, de 7 de dezembro). Lisboa: MDN.
- MDN, 2001. *Alteração da redação do Capítulo I do Anexo A aprovada nas Portarias 790/99 e 1157/2000*. (Portaria 1195/2001, de 16 de outubro). Lisboa: MDN.
- MDN, 2014a. *Sistema de Saúde Militar - modelo integrado de organização e gestão* (Despacho n.° 2943/2014, de 31 de janeiro). Lisboa: Diário da República.



- MDN, 2014b. *Criação do HFAR: "(...) fica dado mais um passo decisivo no sentido da concretização da reforma do sistema de saúde militar"*. (Decreto-Lei n.º 84/2014, de 27 de maio). Lisboa: Diário da República.
- MDN, 2014c. *Acordo entre o IASFA e a Cruz Vermelha Portuguesa para a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários da ADM pelo Hospital da Cruz Vermelha*. (Circular n.º 001/2014 de 01 de outubro). Lisboa: ADM.
- MDN, 2015a. *"(...) enquadramento conceptual entre "saúde operacional" e "saúde assistencial" que permita distinguir as entidades responsáveis pelo pagamento dos cuidados de saúde (...)"*. (Despacho n.º 511/2015, de 19 de janeiro). Lisboa: MDN.
- MDN, 2015b. *"(...) estabelece a organização e competências das estruturas principais da Marinha (...)"*. (Decreto Regulamentar n.º 10/2015, 31 de julho). Lisboa: MDN.
- MDN, 2015c. *" (...) estabelece a organização e competências das estruturas principais do Exército (...)"*. (Decreto Regulamentar n.º 11/2015, de 31 de julho). Lisboa: MDN.
- MDN, 2015d. *Direção de Saúde do Exército*. (Art.º 28º do Decreto Regulamentar n.º 11, de 31 de junho). Lisboa: MDN.
- MDN, 2015e. *"(...) reorganização da estrutura orgânica da Força Aérea (...)"*. (Decreto Regulamentar n.º 12/2015, 31 julho). Lisboa: MDN.
- MDN, 2015f. *Direção de Saúde da Força Aérea*. (Art.º 22º do Decreto Regulamentar n.º 12/2015, 31 julho). Lisboa: MDN.
- MDN, 2015g. *O que é a Defesa 2020 - define um novo modelo para a Defesa Nacional e que estabelece umas Forças mais modernas, mais operacionais e sustentáveis, integradas num edifício conceptual e legislativo coerente e organizado*. (Defesa Nacional 2020). Lisboa: MDN.
- MDN-MF, 2007. *Regula o regime dos acordos para a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários da ADM*. (Portaria 1396/2007, de 25 de outubro). Lisboa: Diário da República.
- Mendes, N. C., 2017. Entrevista no âmbito das Causas de Incapacidade Médica e Absentismo nas FFAA. [Entrevista] Lisboa (11 abril 2017).
- Ministère de la Defence, 2010. *Service de Santé des Armées - ASTER : alerte épidémiologique en temps réel*. [Em linha] Disponível em: <http://www.defense.gouv.fr/sante/actualites/aster-alerte-epidemiologique-en-temps-reel> [Acedido em 22 abril 2017].



- Ministère de la Defence, 2014. *Service de Santé des Armé - Épidémiologie*. [Em linha] Disponível em: <http://www.defense.gouv.fr/sante/notre-expertise/epidemiologie/epidemiologie> [Acedido em 8 abril 2017].
- Morrison, D. S. e Kirkby, R. D., 2001. *Hyperbaric Medicine: A Brief History*. [Em linha] Disponível em: <http://www.quackwatch.org/01QuackeryRelatedTopics/HBOT/hm01.html> [Acedido em 28 fevereiro 2017].
- Moskos, C., 1970. *The Enlisted Man: Tha Rank and File in Today´s Military*, Nova Iorque: Russel Sage Foundation.
- MSaúde, 2009. *RSE – Registo de Saúde Electrónico, Orientações para Especificação Funcional e Técnica do Sistema de RSE*. RA2 ed. Lisboa: ACSS.
- MSaúde, 2011. *Operacionalização do Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - Tecnologias da Informação e Comunicação*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- MSaúde, 2012. *É aprovado o programa de formação da área de especialização de Medicina do Trabalho*. (Portaria n.º 307/2012, de 8 de outubro). Lisboa: Diário da República.
- MSaúde, 2017. *"Literacia em Saúde"*. *Serviço Nacional de Saúde - Administração Regional de Saúde do Centro, IP*. [Em linha] Disponível em: <http://www.arscentro.min-saude.pt/SAUDEPUBLICA/LITERACIA/Paginas/default.aspx> [Acedido em 18 fevereiro 2017].
- MTSS, 2007. *Aprova Tabela Nacional de Incapacidades*. (Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro). Lisboa: MTSS.
- MTSS, 2010. *Instituto Nacional para a Reabilitação - Definição de funcionalidade e incapacidade segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. [Em linha] Disponível me: <http://www.inr.pt/content/1/52/cif-uma-mudanca-paradigma> [Acedido em 22 abril 2017].
- MTSS, 2016. *Programa de Emprego e Apoio à Qualificação das Pessoas com Deficiência e Incapacidade*. (Despacho 9251/16, de 20 de julho), Lisboa: Diário da República.
- Neves, P., 2017. Entrevista no âmbito das Causas de Incapacidade Médica e Absenstismo nas FFAA. [Entrevista] Lisboa (20 março 2017).
- OECD, 2010. *Improving Health Sector Efficiency - The Role of Information and Communication Technologies*. s.l.:OECD.
- OECD, 2015. *Reviews of Health Care Portugal 2015: Raising Standards Executive Summary Assessment and Recomendations*. Paris, OECD.



- OECD, 2016. *Programme for International Student Assessment - PISA 2015 - Results in Focus*. [Em linha] Disponível em: <http://www.oecd.org/pisa/pisa-2015-results-in-focus.pdf> [Acedido em 25 fevereiro 2017].
- Office for National Statistics, 2014. Full Report: Sickness Absence in Labour Market, February 2014. UK: Office for National Statistics .
- OIT, 1998. *Resolução sobre as estatísticas das lesões profissionais devidas a acidentes de trabalho*. 2013 ed. Lisboa: Autoridade para as Condições do Trabalho.
- OM, 2014. *Portal Oficial da Ordem dos Médicos: Competência de Medicina Hiperbárica e Subaquática*. [Em linha] Disponível em: <https://www.ordemdosmedicos.pt> [Acedido em 28 fevereiro 2017].
- OM, 2016a. *Regulamento de Deontologia Médica* (Regulamento 707/2016, de 20 de maio de 2016). Lisboa: Diário da República.
- OM, 2016b. *Portal Oficial da Ordem dos Médicos: Competência em Medicina Aeronáutica*. [Em linha] Acedido em: <https://www.ordemdosmedicos.pt> [Acedido em 28 fevereiro 2017].
- OMET, 2017. *Operational Medicine Education and Training - Definição de Medicina Operacional*. [Em linha] Disponível em: <http://www.operationalmedicine.org/> [Acedido em 22 abril 2017].
- OTAN/RTO, 2004. *NATO Medical Surveillance and Response, Research and Technology Opportunities and Options*. 1ª ed. s.l.:OTAN/RTO - Human Factors and Medicine.
- OTAN, 2014. *Deployment Health Surveillance* (AMedP-4.1, de julho de 2014). A ed. s.l.:OTAN.
- OTAN, 2015a. "(...) sets out the fundamental principles required to plan and conduct medical support to NATO operations in all its aspects (...)". (Allied Joint Doctrine for Medical Support): s.l.:NATO Standardization Office.
- OTAN, 2015b. *Force Protection Fundamental Elements*. (Allied Joint Doctrine for Force Protection, Ed A Version 1 - ANNEX A). s.l.:NATO-STO.
- Pachman, J., 2009. Evidence base for pre-employment medical screening. *World Health Organization Boletim* 87: [Em linha] Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/7/08-052605/en/> [Acedido em novembro 2016].
- Pais, A., 2016. *Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho na AP*. [Em linha] Disponível em: <http://www.portaldahabitacao.pt/opencms/export/sites/intranet/>



[pt/intranet/ documentos/formacao/Sistema-Integrado-de-avaliacao-de-desempenho-na-AP.pdf](#) [Acedido em 22 abril 2017].

- Patinha, I. E., 2012. *Estudo das causas do absentismo laboral numa Autarquia Local*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Ciências Empresariais.
- Pereira, C. e Veiga, N., 2014. A Epidemiologia. de Hipócrates ao século XXI. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, jun/dez, pp. 129-140.
- Registo Oncológico Regional do Norte, 2010. *Sobre o cancro: o que é o cancro?*. [Em linha] Disponível em: <http://www.roreno.com.pt/pt/sobre-o-cancro/o-que-e-o-cancro.html> [Acedido em 1 março 2017].
- Resnick, P. e Knoll, J., 2005. Faking it - How to detect malingered psychosis. *Current Psychiatry, Volume 4 n° 11*, pp. 13-25.
- Richard, V. et al., 2003. *La surveillance épidémiologique dans les armées en France*, s.l.: DCSSA.
- Rodrigues, Á. G., 2012. Responsabilidade civil por erro médico: Esclarecimento/ Consentimento do Doente. *Data Venia, Revista Jurídica Digital*, julho-dezembro, p. 11.
- Santana, E., 2009. *Modelo Conceptual para a Implementação de um Serviço de Medicina do Trabalho nas Forças Armadas*. Lisboa: IESM.
- Santos, M. O. G., 2011. *O processo genérico de planeamento: tópicos elementares*. Évora: CISA-AS.
- Santos, N., 2017. Entrevista no âmbito das Causas de Incapacidade Médica e Absentismo nas FFAA. [Entrevista] Lisboa (11 abril 2017).
- Scott G. Frickenstein, P. M. U., 2004. *The concept of "calling" and its relevance to the military professional*, Alabama: Air Command and Staff College - AU/ACSC/08-9350/2004-05.
- Scully, J. L., 2004. What is a disease?. *Embopress reports, Volume 5 (7)*, pp. 650-653.
- Sequeira, M. C., 2016. O direito ao Trabalho e o absentismo medicamente justificado. *Revista da Ordem dos Médicos*, novembro, pp. 74-77.
- Silva, J. J., 2017. Entrevista no âmbito das Causas de Incapacidade e Absentismo nas FFAA. [Entrevista] Lisboa (31 janeiro 2017).
- SNS, 2016. *Centro de Referência - Portugal*. [Em linha] Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/institucional/centros-de-referencia/> [Acedido em 12 abril 2017].



- Sousa, J., 2015. *Processo de recrutamento interno-externo, diferenças*. *Ekonomista*. [Em linha] Disponível em: <http://www.e-konomista.pt/artigo/processo-de-recrutamento-interno-externo-diferencas/> [Acedido em 14 fevereiro 2017].
- Sousa, J. d. G. d. A. e., 2006. A Medicina Hiperbárica. Uma especificidade da Medicina Naval. [Em linha] Disponível em: https://www.revistamilitar.pt/artigo.php?art_id=119 [Acedido em 28 fevereiro 2017].
- Taibah University, 2016. A review of the role of public health informatics in healthcare. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 11 outubro, pp. 78-81.
- Tavares, H., Ferreira, P. e Fonseca, H., 2010. Perturbação de somatização - uma patologia prevalente em adolescentes. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1 fevereiro, pp. 33-37.
- Taylor and Francis online, 2017. *U.S. Army Occupational Health Management Information System Health Hazard Information Module Version 2.2*, s.l.: Informa UK Limited.
- Tuck, J. e Bricknell, M., 2005. A review of 10 years of systematic health surveillance in the Army. *J R Army Med Corps*, Volume 151, pp. 163-170.
- USDHHS, 2015. *US Department for Human Health Services: Public Health Emergency - Health Situational Awareness to Support Decision-Making*. [Em linha] Disponível em: <https://www.phe.gov/Preparedness/planning/authority/nhss/Pages/situational-awareness.aspx> [Acedido em 4 fevereiro 2017].
- WHO Europe, 2000. *Occupational Medicine in Europe: Scope and Competencies*. Copenhaga: Health Documentation Services WHO Regional Office for Europe.
- WHO, 2016a. *Programs: Medical Care and Rehabilitation - what WHO is doing*. [Em linha] Disponível em: <http://www.who.int/disabilities/care/activities/en/> [Acedido em novembro 2016].
- WHO, 2016b. *Epidemiology*. [Em linha] Disponível em: <http://www.who.int/topics/epidemiology/en/> [Acedido em 2016].
- WHO, 2017a. *International Classification of Diseases (ICD)-10 online versions*. *World Health Organization, Programs*. [Em linha] Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/> [Acedido em 18 fevereiro 2017].
- WHO, 2017b. *Health Topics: Noncommunicable diseases, also known as chronic diseases*. [Em linha] Disponível em: http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/ [Acedido em 1 março 2017].
- WHO, 2017c. *Chronic diseases and health promotion*. [Em linha] Disponível em: <http://www.who.int/chp/en/> [Acedido em 22 março 2017].



WHO, 2017d. *Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles - 2014*. [Em linha] Disponível em: http://www.who.int/nmh/countries/prt_en.pdf?ua=1 [Acedido em 22 março 2017].


WHO, 2017e. *The Weekly Epidemiological Record (WER)*. [Em linha] Disponível em: <http://www.who.int/wer/en/> [Acedido em 8 2017 2017].

WHO, 2017f. *Constitution of WHO: principles*. [Em linha] Disponível em: <http://www.who.int/about/mission/en/> [Acedido em 11 abril 2017].



Anexo A — Resposta do Exército à solicitação de dados estatísticos referentes à incapacidade por doença e acidentes em serviço

Não Classificado


S R

**MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
EXÉRCITO PORTUGUÊS
GABINETE DO CEME**

Para:
Exmo. Senhor
Vice-Almirante Comandante do Instituto
Universitário Militar

C/C:

Nossa Referência
Nº: RepAssGer-2016-011508

Procº.: 10.160.0263, 07 de Dezembro de 2016

Assunto: CURSO DE PROMOÇÃO A OFICIAL GENERAL 2016-2017. PEDIDO DE DADOS ESTATÍSTICOS - INCAPACIDADE POR DOENÇA E ACIDENTES EM SERVIÇO

Refº (s): V/Ofício nº 1410/DE-AEE, de 14Nov16.

Exmo. Sr. Vice-Almirante

Relativamente ao assunto em epígrafe e em resposta ao solicitado através do documento em referência, encarrega-me Sua Excelência o General Chefe do Estado-Maior do Exército de informar o seguinte:

1. Dos Relatórios de Acidente (RA) recebidos no Gabinete de Saúde e Segurança no Trabalho (GSST), das U/E/O do Exército, relativos ao ano de 2014 constam 78 RA e relativos ao ano de 2015 constam 91 RA;
2. Quanto à gravidade/lesão dos acidentes referidos no ponto anterior, em função dos dias de inatividade para o serviço (D) dos acidentados, verificou-se para 2014: 3 Sérios (15D/45D); 50 Significativos (03D/10D); 25 Moderados (até 03D). Para 2015 verificou-se: 1 Sério (15D/45D); 40 Significativos (03D/10D); 54 Moderados (até 03D).

Com os melhores cumprimentos *Atenciosamente e Com respeito*

J/A
O Chefe do Gabinete



José António da Fonseca e Sousa
Major-General

Figura 14 - Ofício do GABCEME em resposta à solicitação de dados estatísticos de incapacidade por doença e acidentes em serviço de um de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2015

Fonte: (EXE, 2016b)



Anexo B — Anexo ao Ofício de resposta da Força Aérea à solicitação de dados estatísticos referentes à incapacidade por doença e acidentes em serviço

2015	FORÇA AEREA	Categorias												Totais Gerais				
		Oficiais			Sargentos			Praças			Totais Categoria							
		Sexo		Dias	Sexo		Dias	Sexo		Dias	Sexo		Dias					
		M	F	Total (1)	Parcial (2)	M	F	Total (1)	Parcial (2)	M	F	Total (1)	Parcial (2)					
	Patologias																	
I	A00-E99	Algumas doenças infecciosas e parasitárias.																
II	C00-D48	Neoplasmas (tumores).	12	9	888	287	22	4	1231									
III	D50-D89	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunizantes.																
IV	E00-E90	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.																
V	F00-F99	Perturbações mentais e comportamentais.	12	17	882	255	83	14	7417	294	36	924	167	131	31	9223	716	
VI	G00-G99	Doenças do sistema nervoso.																
VII	H00-H59	Doenças do olho e anexos.																
VIII	H60-H95	Doenças do ouvido e da apófise mastoide.																
IX	I00-I99	Doenças do aparelho circulatório.																
X	J00-J99	Doenças do aparelho respiratório.																
XI	K00-K93	Doenças do aparelho digestivo.	1	3	21	98	2			70				3	3	21	168	
XII	L00-L99	Doenças da pele e do tecido subcutâneo.	1			60								5	2	105	60	
XIII	M00-M99	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.	91	49	954	4500	244	26	4595	5832	168	19	3072	3012	503	94	8621	13344
XIV	N00-N99	Doenças do aparelho geniturinário.																
XV	O00-O99	Gravidez, parto e puerpério.		5	119	180					1	5	14		1	5	14	98
XVI	P00-P96	Algumas afecções originadas no período perinatal.																
XVII	Q00-Q99	Malformações congénitas, deformidades e anomalias cromossómicas.																
XVIII	R00-R99	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.																
XIX	S00-T98	Lesões, emvenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.																
XX	V01-Y98	Causas externas de morbidade e de mortalidade.																
XXI	Z00-Z99	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde.																
XXII	U00-U99	Códigos para propósitos especiais.																
		Totais Gerais	117	83	2864	5380	364	59	13395	6890	233	32	4894	3543	714	174	21153	15813

Nota: (1) Ausência total ao Serviço; (2) Limitações ao Serviço.

Figura 15 - Registo de dados por grupo de patologias, segundo a ICD-10, categorias, género e dias de inaptidão referentes à Incapacidade Total e Parcial para o ano de 2015 – FA

Fonte: (FA, 2017e)



Apêndice A — Dados de Incapacidade Temporária Absoluta da Marinha referentes a 2015

MARINHA DE GUERRA PORTUGUESA - Inapto temporariamente (ITA) - 2015							
Grupo patologias	Código ICD-10	Doença	OF	SG	PR	TOTAL	
						Dias inapto	
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	(A00-B99)	Conjuntivite viral	0	1	0	1	24
		Tuberculose respiratória, com confirmação bacteriológica ou histológica	0	1	0	1	60
Tumores (Neoplasias)	(A00-B99)		0	2	0	2	84
	(C00-D48)	Carcinoma in situ de outros órgãos genitais e dos não especificados	0	0	1	1	30
		Doença de Hodgkin	0	4	0	4	240
		Linfoma não-Hodgkin de outros tipos e de tipo não especificado	0	0	2	2	120
		Tumor maligno da laringe	0	0	1	1	240
		Tumor maligno da mama	2	0	0	2	120
		Tumor maligno da medula espinhal, dos nervos cranianos e de outras partes do sistema nervoso central	0	0	1	1	60
		Tumor maligno de comportamento incerto ou desconhecido de outras localizações não especificadas	0	1	0	1	60
		Tumor maligno do esôfago	0	0	1	1	60
		Tumor maligno do estômago	3	0	0	3	180
	Tumor maligno do pâncreas	0	0	1	1	365	
	Tumor maligno do reto	3	0	4	7	660	
	Tumor maligno dos testículos	0	1	0	1	60	
	(C00-D48)		8	6	11	25	2195
Complicações de trabalho de parto e do parto	sem código	Trabalho de parto pré-termo	1	0	0	1	42
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	sem código		1	0	0	1	42
	(E00-E90)	Tireotoxicose (Hipertireoidismo)	0	0	2	2	90
	(E00-E90)		0	0	2	2	90

Tabela 1 - Dados por grupo de patologias, segundo a ICD-10, doença, categorias e dias de AL, referentes à ITA e ao ano de 2015 – MAR

Fonte: adaptado (MAR, 2016)



MARINHA DE GUERRA PORTUGUESA - Inapto temporariamente (ITA) - 2015									
Grupo patologias	Código ICD-10	Doença	OF	SG	PR	TOTAL	Dias inaptidão		
Perturbações mentais e de comportamento	(F00-F99)	Episódios depressivos	4	1	19	24	1113		
		Outras perturbações ansiosas	0	1	13	14	750		
		Perturbação afectiva bipolar	4	0	1	5	300		
		Perturbação depressiva recorrente	0	2	1	3	180		
		Perturbação obsessiva- compulsiva	0	0	1	1	30		
		Perturbações do humor (afectivas) persistentes	0	1	0	1	60		
		(F00-F99)		8	5	35	48	2433	
	Doenças do sistema nervoso	(G00-G99)	Afeções do nervo facial	0	1	0	1	30	
			Hidrocefalia	0	0	1	1	60	
			Mononeuropatias dos membros superiores	0	0	2	2	75	
		Outras doenças extrapiramidais e perturbações dos movimentos	0	0	1	1	60		
		(G00-G99)		0	1	4	5	225	
Doenças do olho e anexos		(H00-H59)	Descolamentos e defeitos da retina	0	1	0	1	30	
			Neurite óptica	0	0	1	1	60	
			Perturbações visuais	0	0	1	1	60	
			(H00-H59)		0	1	2	3	150
		Doenças do aparelho circulatório	(I00-I99)	Aterosclerose	0	0	1	1	30
			Cardiomiopatia	0	0	5	5	300	
			Enfarte agudo do miocárdio	0	1	0	1	60	
			Varizes de outras localizações	0	0	2	2	60	
			(I00-I99)		0	1	8	9	450
	Doenças do aparelho digestivo		(K00-K93)	Apendicite aguda	0	0	1	1	30
			Doença alcoólica do fígado	0	0	4	4	515	
			Doença de Crohn (Enterite regional)	0	0	2	2	120	
			Fissura e fistula das regiões anal e rectal	0	5	4	9	278	
			Gengivite e doenças periodontais	0	0	1	1	30	
		Hérnia inguinal	0	0	1	1	45		

Tabela 2 - Dados por grupo de patologias, segundo a ICD-10, doença, categorias e dias de AL, referentes à ITA e ao ano de 2015 – MAR (continuação)

Fonte: adaptado (MAR, 2016)



MARINHA DE GUERRA PORTUGUESA - Inapto temporariamente (ITA) - 2015							
Grupo patologias	Código ICD-10	Doença	OF	SG	PR	TOTAL	Dias inaptidão
		Hérnia ventral (abdominal)	0	1	0	1	60
		Má absorção intestinal	0	0	3	3	113
		Outras hérnias abdominais	0	0	1	1	30
	(K00-K93)		0	6	17	23	1221
Doenças do sistema ósteo-muscular e do tecido conjuntivo	(M00-M99)	Coxartrose (Artrose da anca)	0	0	2	2	90
		Deformidades adquiridas dos dedos das mãos e dos pés	0	0	1	1	60
		Doenças da rótula (patela)	1	0	1	2	60
		Doenças de outros discos intervertebrais	1	8	15	24	1080
		Doenças dos discos cervicais	0	0	12	12	480
		Doenças fibroblásticas	1	0	0	1	60
		Dorsalgia	0	1	12	13	600
		Entesopatias do membro inferior, excluindo o pé	0	0	3	3	90
		Lesões do ombro	0	0	4	4	180
		Lesões internas dos joelhos	1	9	14	24	1277
		Outras artropatias especificadas	0	0	1	1	60
		Outras artroses	0	0	1	1	60
		Outras deformidades adquiridas dos membros	0	0	5	5	240
		Outras doenças articulares específicas	0	4	0	4	180
		Outras doenças articulares não classificadas em outra parte	0	1	0	1	45
		Outras doenças das sinoviais e dos tendões	0	0	2	2	60
		Outras dorsopatias deformantes	0	0	2	2	75
		Outras dorsopatias não classificadas em outra parte	0	0	1	1	60
		Outras espondilopatias inflamatórias	0	2	0	2	90
	(M00-M99)		4	25	76	105	4847
Doenças do aparelho genitourinário	(N00-N99)	Afecções não inflamatórias do ovário, da trompa de Falópio e do ligamento largo			1	1	30
		Calculose do rim e do ureter	0	1	0	1	30

Tabela 3 - Dados por grupo de patologias, segundo a ICD-10, doença, categorias e dias de AL, referentes à ITA e ao ano de 2015 –MAR (continuação)

Fonte: adaptado (MAR, 2016)



MARINHA DE GUERRA PORTUGUESA - Inapto temporariamente (ITA) - 2015							
Grupo patologias	Código ICD-10	Doença	OF	SG	PR	TOTAL	
						Dias inaptidão	
		Infertilidade feminina	1	0	0	1	257
		Outras afecções da próstata	0	0	1	1	30
		Uropatia obstrutiva e de refluxo	0	2	0	2	85
	(N00-N99)		1	3	2	6	432
Gravidez, parto e puerpério	(O00-O99)	Anomalias da contração uterina (alterações das contrações uterinas)	0	5	2	7	384
		Anomalias da placenta	0	0	1	1	30
		Assistência materna por outras complicações ligadas predominantemente à gravidez	4	1	1	6	174
		Assistência prestada à mãe por outros problemas fetais, conhecidos ou suspeitados	1	0	0	1	não consta
		Diabetes mellitus da gravidez	1	1	0	2	69
		Falso trabalho de parto	0	1	0	1	43
		Gestação múltipla	1	1	0	2	163
		Gravidez ectópica	1	0	0	1	34
		Hemorragia anteparto não classificado em outra parte	0	0	1	1	não consta
		Hemorragia no início da gravidez	0	0	1	1	não consta
		Hipertensão gravídica (induzida pela gravidez) com proteinúria significativa	0	1	1	2	não consta
		Hipertensão preexistente complicando a gravidez, o parto e o puerpério	0	2	0	2	35
		Outras anomalias das membranas e do líquido amniótico	1	0	3	4	155
		Outros tipos de aborto	1	0	0	1	130
	(O00-O99)		10	12	10	32	932
Malformações congénitas e anomalias cromossómicas	(Q00-99)	Malformações congénitas do útero e do colo do útero	0	0	1	1	212
	(Q00-99)		0	0	1	1	212

Tabela 4 - Dados por grupo de patologias, segundo a ICD-10, doença, categorias e dias de AL, referentes à ITA e ao ano de 2015 – MAR (continuação)

Fonte: adaptado (MAR, 2016)



Apêndice B — *International Classification of Diseases – ICD -10, Version 2016*

A codificação internacional de doenças (ICD) foi iniciada em 1993, tendo sido sujeita a subseqüentes atualizações e novas versões ao longo dos anos.

Este sistema de codificação é complexo e elaborado se for utilizado na sua mais abrangente e vantajosa aplicação.

A implementação é demorada no tempo em virtude de ser necessária formação, qualificação e treino na sua utilização por parte do pessoal de saúde.

A versão de 2016 encontra-se disponível para consulta no *site* da WHO (WHO, 2017a).

A utilização deste sistema de codificação constitui uma mais valia para o conhecimento a todo o tempo das causas de doença.

Com as figuras 16, 17, 18 e 19 pretende-se exemplificar o modo de utilização:

- A figura 16 contém os vinte e dois grandes grupos de patologias constantes da codificação;
- A figura 17 mostra que ao selecionar-se, por exemplo, o grupo de patologias I, *certain infectious and parasitic diseases*, obtém-se a listagem de todos os subgrupos de patologias infecciosas conhecidas, com os respetivos códigos, do A00 ao B99;
- Na figura 18 selecionaram-se, como exemplo de subgrupo A00-A99, as doenças infecciosas intestinais, abrangendo as entidades nosológicas com código entre o A00 e o A09, permitindo assim identificar e registar a doença específica que afetou determinado doente, de que o primeiro exemplo da listagem é a cólera;
- Na figura 19 selecionou-se um segundo exemplo, o grupo XIII, *diseases of the musculoskeletal and connective tissue* que abrange os códigos entre o M00 e o M99, de que o subgrupo com códigos entre o M00 e o M25 corresponde às artropatias (patologias das articulações). Se deste subgrupo selecionarmos as artropatias infecciosas (M00-M03) e de seguida as *arthritis in other bacterial diseases classified elsewhere* (M01.3) obtemos a doença específica que afetou o doente.



ICD-10 Version:2016

Search

- ▶ ICD-10 Version:2016
- ▶ I Certain infectious and parasitic diseases
- ▶ II Neoplasms
- ▶ III Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism
- ▶ IV Endocrine, nutritional and metabolic diseases
- ▶ V Mental and behavioural disorders
- ▶ VI Diseases of the nervous system
- ▶ VII Diseases of the eye and adnexa
- ▶ VIII Diseases of the ear and mastoid process
- ▶ IX Diseases of the circulatory system
- ▶ X Diseases of the respiratory system
- ▶ XI Diseases of the digestive system
- ▶ XII Diseases of the skin and subcutaneous tissue
- ▶ XIII Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue
- ▶ XIV Diseases of the genitourinary system
- ▶ XV Pregnancy, childbirth and the puerperium
- ▶ XVI Certain conditions originating in the perinatal period
- ▶ XVII Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
- ▶ XVIII Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified
- ▶ XIX Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
- ▶ XX External causes of morbidity and mortality
- ▶ XXI Factors influencing health status and contact with health services
- ▶ XXII Codes for special purposes

Figura 16 - Listagem inicial dos vinte e dois grupos de patologias da ICD-10 versão 2016

Fonte: (WHO, 2017a)

ICD-10 Version:2016

Search

Advanced Search | ICD-10 | Versions - Languages | Info

**Chapter I
Certain infectious and parasitic diseases
(A00-B99)**

Incl.: diseases generally recognized as communicable or transmissible

Use additional code (U02-U04), if desired, to identify resistance to antimicrobial drugs

Excl.: carrier or suspected carrier of infectious disease (Z12.2)
certain localized infections - see body system-related chapters
infectious and parasitic diseases complicating pregnancy, childbirth and the puerperium [except obstetrical tetanus] (O98.)
infectious and parasitic diseases specific to the perinatal period [except tetanus neonatorum, congenital syphilis, perinatal gonococcal infection and perinatal human immunodeficiency virus (HIV) disease] (P25-P29)
influenza and other acute respiratory infections (J00-J22)

This chapter contains the following blocks:

- A00-A09 Intestinal infectious diseases
- A15-A19 Tuberculosis
- A20-A28 Certain zoonotic bacterial diseases
- A30-A49 Other bacterial diseases
- A50-A64 Infections with a predominantly sexual mode of transmission
- A65-A69 Other spirochaetal diseases
- A70-A74 Other diseases caused by chlamydiae
- A75-A79 Rickettsioses
- A80-A89 Viral infections of the central nervous system
- A92-A99 Arthropod-borne viral fevers and viral haemorrhagic fevers
- B00-B09 Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions
- B15-B19 Viral hepatitis
- B20-B24 Human immunodeficiency virus (HIV) disease
- B25-B24 Other viral diseases
- B35-B49 Mycoses
- B50-B54 Protozoal diseases
- B65-B83 Helminthiasis
- B85-B89 Pediculosis, acariasis and other infestations
- B90-B94 Sequelae of infectious and parasitic diseases
- B95-B99 Bacterial, viral and other infectious agents
- B99-B99 Other infectious diseases

Figura 17 - Exemplo de seleção do grupo de patologias I, *certain infectious and parasitic diseases*, com códigos

entre A00-A99.

Fonte: (WHO, 2017a)



The screenshot shows the ICD-10 Version:2016 interface. On the left, a tree view shows the hierarchy: I Certain infectious and parasitic diseases > A00-A09 Intestinal infectious diseases. The right pane displays the details for 'Intestinal infectious diseases (A00-A09)'. It lists subgroups: A00 Cholera (with codes A00.0, A00.1, A00.9), A01 Typhoid and paratyphoid fevers (with codes A01.0, A01.1, A01.2, A01.3, A01.4), and A02 Other salmonella infections (with codes A02.0, A02.1, A02.2). The A02.2 section lists localized salmonella infections with specific codes like M01.3, G01, M90.2, J17.0, and N16.0.

Figura 18 - Exemplo de seleção do grupo I e subgrupo A00 – A09, *intestinal infectious diseases*, permitindo identificar a doença específica

Fonte: (WHO, 2017a)

The screenshot shows the ICD-10 Version:2016 interface. On the left, the tree view shows: XIII Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue > M00-M25 Arthropathies > M00-M03 Infectious arthropathies > M01 Direct infections of joint in infectious and parasitic diseases classified elsewhere > M01.3 Arthritis in other bacterial diseases classified elsewhere. The right pane displays the details for 'M01.3* Arthritis in other bacterial diseases classified elsewhere'. It lists various types of arthritis with their respective codes: M01.2* Arthritis in Lyme disease (A69.2†), M01.4* Rubella arthritis (B06.8†), M01.5* Arthritis in other viral diseases classified elsewhere (including mumps B26.8† and O'nyong-nyong fever A92.1†), M01.6* Arthritis in mycoses (B35-B49†), M01.8* Arthritis in other infectious and parasitic diseases classified elsewhere, M02 Reactive arthropathies (with a link to site code at the beginning of the chapter and exclusions for Behçet disease M35.2 and rheumatic fever I00), M02.0 Arthropathy following intestinal bypass, M02.1 Postdysenteric arthropathy, M02.2 Postimmunization arthropathy, M02.3 Reiter disease, M02.8 Other reactive arthropathies, M02.9 Reactive arthropathy, unspecified, and M03* Postinfective and reactive arthropathies in diseases classified elsewhere (with a link to site code at the beginning of the chapter and exclusions for direct infections of joint in infectious and parasitic diseases classified elsewhere M01.-*).

Figura 19 - Exemplo de seleção do grupo de patologias XIII, do subgrupos M00-M25, M00-M03 e M01.3 obtendo-se a listagem de doenças infecciosas articulares (*arthritis in other bacterial diseases classified elsewhere*) de onde se pode seleccionar a que se pretende

Fonte: (WHO, 2017a)



Apêndice C — Tabelas de entrevistas

Tabela 6 - Entrevistas aos Diretores de Saúde dos Ramos

Questão	Diretor da Saúde da Marinha	Diretor de Saúde do Exército	Diretor de saúde da Força Aérea
Existe um Serviço/Núcleo/Centro/Grupo de Medicina do Trabalho ou Medicina Ocupacional na Direção de Saúde ou dependente de outra entidade do mesmo ramo?	Departamento de Saúde Ocupacional no CMN	Existe o Gabinete de Segurança e Saúde no Trabalho diretamente dependente do Comando do Pessoal. Não depende ou articula com a Direção de Saúde.	Não. Está identificada a necessidade. Vai ser criado um Grupo de Trabalho para o estudo da implementação.
Qual a sua posição relativamente à adequabilidade do modo como está a ser efetuada e regulada a Medicina do Trabalho/Medicina Ocupacional na Força Aérea?	Adequada.	Faz-se bem o trabalho. Deveria ser uma vertente da Saúde e não do Comando do Pessoal.	Corretamente realizada mas não regulamentada. Modo de execução não é transversal a todas as Unidades.
São efetuados registos das causas de incapacidade médica, por doença e acidente e inerentes dias de absentismo?	Sim.	Pelo Gabinete de Segurança e Saúde no Trabalho do Comando do Pessoal.	Não informatizados Os Registos enviados foram criados para elaboração de resposta ao Ofício do IUM no âmbito do TII.
Os registos são analisados e utilizados para implementação de medidas preventivas e corretivas das mesmas causas?	A sua análise é pontual. Falta de sistema de informação adequado.	Nas reuniões do Comando do Pessoal são referidos os dados registados pelo Gabinete de Segurança e Saúde no Trabalho, só referentes aos acidentes em serviço. O Comando do Pessoal é que propõe medidas.	Não são efetuados registos informatizados. Os Registos enviados foram criados para elaboração de resposta ao Ofício do IUM no âmbito do TII.
O que pensa da necessidade da criação e um sistema informático de registos de incapacidade médica e dias de absentismo, alimentado pelos U/E/O de saúde do ramo e centralizado gerido pela Direção de Saúde, no sentido de se garantir um mais adequado controle, coordenação e operacionalização de medidas preventivas e corretivas?	É importante. Um módulo específico seria uma mais-valia.	Seria importante a centralização de dados.	Deveria existir.
O que pensa sobre a criação de um programa/sistema de registos estatísticos informáticos de causas de incapacidade médica (doença e sinistros) e de dias de absentismo resultantes das mesmas, nas Forças Armadas e HFAR, alimentado regularmente pelas DS dos ramos e HFAR e controlado pela DIRSAM, no sentido de poderem haver uma monitorização centralizada permanente e serem emanadas linhas orientadoras transversais para prevenção e correção das causas de incapacidade e absentismo?	Nada a opor.	É pacífico.	Concordo com a criação.
Tratando-se de algo essencial no âmbito da Medicina do Trabalho/Medicina Ocupacional tão relevante para a gestão de uma atividade profissional como é a militar, porque nunca terá sido implementado um sistema informático de registos controlado por um órgão central de saúde na MAR/EXE/FA?	Tradição de privilégio ao centralismo hospitalar com menorização desta área. Escassez de RH. Necessidade de mudança de consciência e atitudes.	Ausência de interesse. Os custos elevados. Não se investiu nesta área.	No sistema prévio às modernas TIC era muito difícil efetuar registos Problema do sigilo médico. Dificuldade em coligir dados. Hoje com novas TIC torna-se mais fácil. Questão de vontades.
Ao longo dos anos de exercício da sua atividade na MAR/EXE/FA teve a possibilidade de aferir, mesmo que subjetivamente, de quais serão as causas mais	A patologia oncológica – não sendo a mais frequente será a causadora de maior número de dias.	No momento atual serão as ortopédicas. No tempo do serviço militar obrigatório nas juntas de seleção os candidatos diziam tudo o que	As do foro traumatológico.



Causas de Incapacidade e Absentismo nas Forças Armadas

freqüentes de incapacidade médica e causadoras de mais número de dias de absentismo no mesmo ramo?	As mais freqüentes serão as do foro orto-traumatológico e as mentais, não necessariamente por esta ordem.	tinham, porque não eram voluntários. Os médicos tinham de verificar com atenção as queixas eram causa de inaptidão. Hoje é o oposto, porque os candidatos não referem as patologias que possam ter porque querem ficar. No tempo da Guerra Colonial eram as causas oftalmológicas, ORL, psiquiatria e também as ortopédicas.	
Os doentes, militares, são propostos à Junta de Saúde após quantos dias de baixa médica?	30 dias.	30 dias	30 dias.
Quando o número de dias é inferior ao da proposta à Junta, a que nível é gerida a baixa médica?	Os registos são efetuados nos Serviços de Saúde das Unidades e, supostamente, a informação é centralizada no Departamento de Saúde Ocupacional no CMN.	Ao nível das Unidades Militares.	Ao nível das Unidades de colocação dos militares, nas Esquadras de Pessoal e apenas para registo do número de dias de incapacidade, sem causa de ICM. Em algumas Unidades os comandantes determinam que os CS confirmam as baixas emitidas por entidades de saúde externas à Unidade, mas sem registos em programa específico.
Está definida uma diretiva de registos de causas de incapacidade médica e dias de absentismo?	Não.	Só as atas das Juntas de Saúde.	Não.
Sendo a incapacidade médica apenas uma das múltiplas causas de absentismo pensa que será a mais prevalente relativamente ao conjunto das restantes?	Sim. Do próprio ou para apoio à família.	Difícil de supor porque hoje em dias há causas como as licenças de maternidade e parentalidade etc que também deverão ser causa de AL relevante. Não é possível saber sem dados.	Não. Como nas FFAA temos uma população jovem as outras causas de AL serão mais relevantes.
E a simulação de doenças, tão própria a cultura portuguesa? Será verdadeiramente relevante num grupo profissional com características tão diferentes, específicas e particulares, como são os militares?	Admito que, em alguns casos, aconteça.	Não será relevante nas FFAA. Só casos pontuais.	Não será relevante nas FFAA.
Os Serviços de Saúde da Força Aérea realizam verificações de doença ao domicílio?	Só em casos muito excecionais	Por determinação dos Comandantes das Unidades, que têm essa competência.	Quando solicitado pelo Comandante da Unidade de colocação do militar em causa.
Além da Pós-graduação, encontra-se já disponível a possibilidade de realizar a especialidade de Medicina do Trabalho. No entanto, não sendo esta uma vertente de formação médica interessante para a Medicina de Teatro Operacional pensa que mesmo assim os ramos das FFAA deveriam qualificar médicos militares ou recorrer ao regime de contratação de civis?	No imediato teremos de recorrer ao <i>outsourcing</i> mas creio de todo o sentido recrutar médicos com esta área de especialidade para o QP.	Contratação de serviço externo de Medicina do Trabalho.	Preferencialmente médico civil do quadro da FA.

Fonte: (autora, 2017)



Tabela 7 - Entrevista aos Diretores de Saúde Militar, cessante e em funções

Questão	Diretor de Saúde Militar cessante	Diretor de Saúde Militar em funções
Está prevista a criação Núcleo/Centro/Grupo Coordenador de Medicina do Trabalho na Direção de Saúde Militar?	Foi elaborada proposta ao CEMGFA para a sua criação. Será sediado no HFAR, sob a alçada da Direção de Saúde Militar (DIRSAM). Apenas para civis e militares colocados em Unidades que estão sob a responsabilidade do EMGFA	Não.
O que pensa da necessidade da sua criação, com as respetivas representações nos ramos das FFAA e HFAR, no sentido de se garantir uma mais adequada controle, coordenação e operacionalização da Medicina do Trabalho?	No figurino atual da saúde militar não se configura essa hipótese já que não poderiam ser incluídos os Ramos cuja gestão de saúde é autónoma e não depende da DIRSAM.	É uma necessidade. A centralização do conhecimento permite a criação de normas e procedimentos.
Além da Pós-graduação, encontra-se já disponível a possibilidade de realizar a especialidade de Medicina do Trabalho. No entanto, não sendo esta uma vertente de formação médica interessante para a Medicina de Teatro Operacional pensa que mesmo assim deveríamos qualificar médicos militares ou recorrer ao regime de contratação de civis?	Embora estejam disponíveis médicos com formação em MT no SSM, não está previsto serem incluídos na proposta ao CEMGFA. Solução é contratação do serviço.	Deverão ser qualificados médicos militares. Dever-se-iam criar vagas nas FFAA para a especialidade de Medicina do Trabalho. A vantagem de esta atividade ser exercida por militares prende-se com a confiança já que só os médicos militares, por inerência do conhecimento da atividade militar, podem gerar essa confiança.
Está prevista a criação de um programa/sistema de registos estatísticos informáticos de causas de incapacidade médica temporária e permanente e de dias de absentismo resultantes das mesmas nas Forças Armadas e HFAR, controlado pela DIRSAM?	Não.	Não.
Se não, o que pensa sobre a eventual criação de um?	Seria adequado.	É fundamental. É importante que a informação sobre ICM esteja centralizada.
Sabe se está disponível, ao nível de cada ramo ou no HFAR, um programa/sistema informático de registos estatísticos de causas de incapacidade médica temporária e permanente e de dias de absentismo resultantes das mesmas?	Poderão existir mas apenas no âmbito da sinistralidade, acidentes em serviço. Relativamente a doenças não, pelo menos não com o rigor com que deveriam existir.	Só na Marinha na Junta de Saúde Naval. Quando exerci o cargo de Diretor de Saúde da Marinha estava prevista a criação de Observatório para esta matéria. Não sei se foi implementado. Dos outros ramos não tenho conhecimento.
Se não, e tratando-se de algo essencial no âmbito da Medicina do Trabalho/Medicina Ocupacional tão relevante para a gestão de uma atividade profissional como é a militar, porque nunca terão sido criados?	Trata-se de um problema transversal na sociedade portuguesa. É um problema cultural. Não se fazem registos estatísticos.	Por falta de vontade política dos Ramos.
É conhecedor de como está implementada a Medicina Ocupacional/Medicina do Trabalho nos três ramos das Forças Armadas?	Sim. Relativamente aos militares são efetuadas ações corretas nesse âmbito, mas de forma não sistematizada.	Só na Marinha.
Qual a sua sensibilidade relativamente à adequabilidade do modo como está a ser efetuada e regulada a Medicina do Trabalho/Medicina Ocupacional nos ramos das FFAA?	Cada ramo tem o seu programa que é adequado.	Só na Marinha e é adequada.
Tendo exercido o cargo de Diretor da Saúde da FA/MAR durante quatro anos, teve a possibilidade de aferir, mesmo que subjetivamente, de quais serão as causas mais frequentes de incapacidade médica e causadoras de mais número de dias de absentismo no mesmo ramo?	Sim. Causas de doença mais frequente serão as doenças crónicas: metabólicas (diabetes mellitus, etc) hipertensão arterial, enfarte agudo do miocárdio, obesidade e psiquiátricas, tendo estas maior preponderância. O problema é a falta de cultura de manutenção da saúde, da responsabilidade de cada um, e da não aplicação das tabelas de incapacidade e inaptidão. Muitos militares permanecem nas FFAA com patologias que, se as tabelas fossem aplicadas, não aconteceria. É necessário aplicar planos de prevenção de doença. As provas de aptidão física estão implementadas mas não são cumpridas. Todos os intervenientes devem estar envolvidos.	Doenças músculo esqueléticas e que a incapacidade por esta causa será mais importante em termos de gravidade que na sociedade civil. As lesões serão mais graves.



Causas de Incapacidade e Absentismo nas Forças Armadas

Sendo a incapacidade médica apenas uma das múltiplas causas de absentismo pensa que será a mais prevalente relativamente ao conjunto das restantes?	Sim.	Sim.
E a simulação de doenças, tão própria a cultura portuguesa? Será verdadeiramente relevante num grupo profissional com características tão diferentes, específicas e particulares, como são os militares?	Sim. É transversal à sociedade. Os militares poderão estar descontentes com a sua atividade profissional. Acontece que quando se candidatam escolhem uma especialidade que pode deixar de estar disponível levando a outra escolha para a qual não estariam vocacionados.	Não deverá ser relevante nas FFAA. A identificação da simulação de doenças pelos médicos é muito difícil. Tem sido atribuída aos médicos a culpa do elevado absentismo. No entanto, a TAP realizou um estudo em que criou grupos de Medicina do Trabalho dedicados exclusivamente a diferentes grupos profissionais e fez a comparação do AL entre as diferentes equipas de MT. Os resultados foram idênticos em termos de AL para todos os grupos o que prova que não depende dos médicos.

Fonte: (autora, 2017)

Tabela 8 - Entrevista conjunta aos gestores da *Global Intelligent Technologies (glintt)*: António Dias - Senior Manager, Mercado – Healthcare, Sandra Caldeira – Senior Consultant, Healthcare Consulting e Catarina Santos – Account Manager, Mercado – Healthcare

Questão	Resposta
Há quantos anos a glintt colabora com a Saúde Militar em Portugal?	Há mais de 18 anos.
A glintt já implementou o programa “processo clínico” no HFAR-PL que está em rede com as Unidades da FA e HFAR-PP. A ligação em rede é extensível a todas as entidades de saúde das FFAA?	Sim. Está em curso a extensão a unidades do EXE e da MAR.
O programa “processo clínico” pode ser utilizado em âmbito de MO, nomeadamente para registos de causas de ICM e AL?	Não. Existem módulos próprios, dedicados à MO, que já temos implementados em algumas empresas de que a Bosch, Wurth e a União de Associações do Comércio e Serviços são exemplos.
Qual o módulo para a MO proposto pela glintt?	Higia – Saúde Ocupacional (glintt, 2014)
Pode ser implementado em rede em todas as entidades do SSM, incluindo a DIRSAM, no EMGFA?	Sim. Tem uma vertente multiempresa sendo inclusivamente possível a sua extensão a missões no exterior.
Como está estruturado o programa Higia?	Tem uma estrutura base/tipo que pode ser adaptado em conformidade com o pretendido para a sua utilização. (Realizada demonstração do modo de utilização do programa).
É possível registar todos os dados no âmbito do tema do estudo em curso, incluindo registos de patologias segundo codificação ICD-10, grupos etários, especialidades dos militares, unidade de colocação dos militares, dias de absentismo e outros?	Sim. Todos os dados pretendidos podem ser registados e retirados relatórios finais nas diversas vertentes consideradas necessárias. Trata-se de tabelas operacionalizáveis.
Qual seria o período de tempo de criação e implementação em rede nas FFAA?	Depende das especificidades pretendidas para o programa. Não é possível prever um período temporal médio.
Qual seria o custo de implementação do Higia-Saúde Ocupacional nas FFAA?	Depende da quantidade de locais de implementação. Por exemplo, aplicada dentro do Campus de Saúde Militar, em quatro pontos, teria um custo de cerca de 10.000 Euros.

Fonte: (autora, 2017)

Tabela 9 - Entrevistados

Entrevistados	Cargo
Major-General Médico José Maria Gouveia Duarte	Responsável pela Comissão Instaladora da DIRSAM de julho de 2014 a abril de 2015 e Diretor de Saúde Militar entre 1 de abril de 2015 e 31 de dezembro de 2016
Contra-almirante Médico Naval Nelson Octávio Castela Lourenço dos Santos	Diretor de Saúde Militar desde 31 de janeiro de 2017
Comodoro Médico Naval José Manuel Jesus Silva	Diretor de Saúde da Marinha
Brigadeiro-General Médico Nuno António Martins Canas Mendes	Diretor de Saúde do Exército
Brigadeiro-General Médico Paulo José de Figueiredo Pereira da Neves	Diretor de Saúde da Força Aérea
Engenheiro António Dias	<i>glintt – Senior Manager, Mercado – Healthcare</i>
Engenheira Sandra Caldeira	<i>glintt – Senior Consultant, Healthcare Consulting</i>
Engenheira Catarina Santos	<i>glintt – Account Manager, Mercado – Healthcare</i>

Fonte: (autora, 2017)



Apêndice D — Corpo de conceitos e definições

Absentismo: é genericamente entendido como a ausência do trabalhador do seu local de trabalho, quando se esperava a sua presença, independentemente das razões da mesma ausência. As causas de absentismo são múltiplas sendo exemplos a doença, acidentes, licença de parentalidade, deveres judiciais, entre outras. Não são causas de absentismo licenças de férias, cursos de formação profissional, feriados ou tolerâncias de ponto (Borges, Fernandes e Pile, 2011, p. 3).

Absentismo por número de dias: “(...) a incapacidade temporária para trabalhar refere-se ao primeiro período (...) na maior parte dos países, esse período está limitado às primeiras 52 semanas de incapacidade (...). Além disso, o absentismo temporário foi dividido em absentismo de curta duração (1 a 7 dias), de média duração (8 a 42 dias) e de longa duração (mais de 42 dias)” (FEMCVT, 1997, p. 11).

Acidente de trabalho: “É acidente de trabalho aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho e produza directa ou indirectamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte” (AR, 2009b).

Apoio sanitário em Teatro Operacional: “*The ultimate purpose of medical support is to support the troops in performing their tasks by preserving and restoring their health (...) Only a healthy force can function at maximum effort and sustain it (...) Thus, in an operational context, health is the ability to carry out duties unimpeded by physical or psychological problems*” (OTAN, 2015a, p. 1).

Aptidão Psicofísica: condição ideal em que o trabalhador apresenta e mantém a capacidade de exercer a atividade profissional em perfeita sintonia com as exigências físicas e psicológicas a ela inerentes (CCOHS, 2016).

Centro de Referência: “(...) é qualquer serviço, departamento ou unidade de saúde, reconhecido como o expoente mais elevado de competências na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados, de conhecimento e experiência, devido à baixa prevalência da doença, à complexidade no seu diagnóstico ou tratamento e/ou aos custos elevados da mesma, sendo capaz de conduzir formação pós-graduada e investigação científica nas respetivas áreas médicas” (SNS, 2016).

Doença: “(...) *a look through any medical dictionary soon shows that articulating a satisfactory definition of disease is surprisingly difficult. And it is not much help defining disease as the opposite of health, given that definitions of health are equally tricky. (...) Studies in medical anthropology and sociology have shown that whether people believe themselves to be ill varies with class, gender, ethnic group and less obvious factors such as proximity to support from family members. What counts as a disease also changes over historical time (...)*” (Scully, 2004).

Doença crónica: “(...) *chronic diseases, are not passed from person to person. They are of long duration and generally slow progression. The four main types of noncommunicable diseases are cardiovascular diseases (like heart attacks and stroke), cancers, chronic respiratory diseases (such as chronic obstructed pulmonary disease and asthma) and diabetes*” (WHO, 2017b).

Doença profissional: aquela que é contraída pelo trabalhador na sequência de uma exposição a um ou mais fatores de risco presentes na atividade profissional, nas condições de trabalho e/ou nas técnicas usadas durante o trabalho (AR, 2009b).

Empregador: “(...) a pessoa singular ou colectiva com um ou mais trabalhadores ao seu serviço e responsável pela empresa ou estabelecimento ou, quando se trate de



organismos sem fins lucrativos, que detenha competência para a contratação de trabalhadores” (AR, 2009c, p. 6167);

Empresa: “Uma empresa é uma unidade económico-social, integrada por elementos humanos, materiais e técnicos, que tem o objectivo de obter utilidades através da sua participação no mercado de bens e serviços. Nesse sentido, faz uso dos factores produtivos” (Conceito.de, 2011).

Epidemiologia: estudo da distribuição e determinantes de eventos relacionados com saúde e a subsequente aplicação dos dados aferidos no controlo de doenças ou de outros problemas relacionados. É entendida como sendo, por um lado, o estudo da ocorrência de determinada doença ou estado de saúde nas populações, e, por outro, o estudo dos factores que influenciam ou determinam essa distribuição e, ainda, a utilização desse conhecimento para controlar os problemas de saúde das populações (Pereira e Veiga, 2014; WHO, 2016b).

Estatísticas em Saúde: “Dados agregados que descrevem e enumeram atributos, acontecimentos, comportamentos, serviços, recursos, atividades, custos e resultados relativos à saúde (e sua defesa, promoção e manutenção), à doença (e à sua prevenção, restauração e recuperação) e aos serviços de saúde” (Last 1995, cit. por DGS, 2016, p. 10).

Evacuações Aeromédicas: “*AE is the movement of patients under medical supervision by air transport to and between medical treatment facilities by air transport as an integral part of the treatment continuum (...)*” (OTAN, 2015a, pp. 3-7).

Fatores etários e riscos profissionais: “O aumento da idade média da força de trabalho, sobretudo decorrente da idade de reforma mais tardia, tem conduzido a um maior número de trabalhadores seniores. Estes podem estar em maior risco para certos tipos de acidentes de trabalho ou problemas de saúde do que os colegas mais jovens, considerando o natural declínio das capacidades físicas, sensoriais e/ou cognitivas” (DGS, 2013, p. 5).

Fisiologia de Voo: “A fisiologia de voo é a disciplina que constitui a ciência base da Medicina Aeronáutica, já que permite a compreensão das limitações impostas aos principais sistemas do corpo humano quando expostas ao ambiente de voo, atingindo o seu expoente máximo na sua vertente militar” (Mateus, 2016, p. 32).

Forças Nacionais Destacadas: “(...) Aprofundou-se a participação ativa de Portugal em missões internacionais de carácter humanitário e de manutenção da paz, com participações em Missões da NATO, EU e ONU em países como o Afeganistão, Kosovo, Somália, Líbano, Mali, República Centro-Africana e no Mediterrâneo” (MDN, 2015g).

Hiperbárico: “*Hyperbaric means":relating to, producing, operating, or occurring at pressures higher than normal atmospheric pressure*” (Morrison e Kirkby, 2001).

Incapacidade (disability): “É o termo genérico ("chapéu") para deficiências, limitações da actividade e restrições na participação. Corresponde aos aspectos negativos da interacção entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus factores contextuais (ambientais e pessoais)” (MTSSS, 2010).

Incapacidade permanente absoluta: “(...) a situação que se traduz na impossibilidade permanente do trabalhador para o exercício das suas funções habituais ou de todo e qualquer trabalho” (ARSLVT, 2013, p. Anexo1).

Incapacidade permanente parcial: “(...) a situação que se traduz numa desvalorização permanente do trabalhador, que implica uma redução definitiva na respectiva capacidade geral de ganho” (MTSS, 2007; ARSLVT, 2013, p. Anexo1).

Incapacidade temporária absoluta: “(...) a situação que se traduz na impossibilidade temporária do sinistrado ou doente comparecer ao serviço, por não se encontrar apto para o exercício das suas funções (ARSLVT, 2013, p. Anexo1).

Incapacidade temporária parcial: “(...) situação em que o sinistrado ou doente pode comparecer ao serviço, embora se encontre ainda impossibilitado para o pleno exercício das suas funções habituais” (ARSLVT, 2013, p. Anexo1).



Informática e saúde pública: *“Public health informatics (PHI) is defined as the systematic application of information, computer science and technology in areas of public health, including surveillance, prevention, preparedness, and health promotion. The main applications of PHI are 1. promoting the health of the whole population, which will ultimately promote the health of individuals and 2. preventing diseases and injuries by changing the conditions that increases the risk of the population. Basically, PHI is using informatics in public health data collection, analysis and actions”* (Taibah University, 2016, p. 78).

Literacia em Saúde: “Consiste no grau de capacidade individual de obter, processar e interpretar informação básica em saúde e serviços de saúde (...) competência individual que vem substituir, nas sociedades mais desenvolvidas, a tradicional estratégia da “educação em saúde” (MSaúde, 2017).

Malingering: *“(...) is the intentional production of false or grossly exaggerated physical or psychological symptoms, motivated by external incentives* (Resnick e Knoll, 2005).

Medicina Aeronáutica: *“(...) área da medicina que aplica o conhecimento médico à influência dos fatores humanos na aviação, tratando-se de uma área crítica de apoio à Segurança de Voo. (...) Não é mais do que a Medicina Preventiva e a Medicina Ocupacional, dedicadas ao exercício da atividade aérea”* (Mateus, 2016, p. 28).

Medicina Assistencial no SSM: *“(...) Âmbito de atuação clínica: Engloba a prestação de cuidados de saúde, necessárias e imprescindíveis para a manutenção do estado de saúde do militar no seu ambiente socioprofissional, nomeadamente, os prestados aos militares individualmente considerados em consequência de doença, aos militares considerados/julgados incapazes por motivos de serviço, nomeadamente os deficientes militares; (...)”* (MDN, 2015a).

Medicina do Trabalho: *“(...) uma especialidade de natureza essencialmente preventiva, a formação dos médicos do trabalho deve assegurar a aquisição de conhecimentos e competências que permitam a realização de intervenções especializadas de carácter preventivo sobre as condições em que o trabalho é prestado, no sentido da proteção, vigilância e promoção da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco profissionais”* (MSaúde, 2012, p. 5552).

Medicina Hiperbárica: *“A medicina hiperbárica dedica-se ao estudo e tratamento das doenças susceptíveis de regredirem ou de melhorarem com a exposição dos seus portadores a elevadas pressões, ambiente e de oxigénio molecular, por meio da inalação deste gás, de ar, ou de outras misturas gasosas respiráveis, no interior de compartimentos estanques híper pressurizados (câmaras hiperbáricas)”* (Sousa, 2006).

Medicina Ocupacional: *“In most European countries, occupational physicians make assessments of fitness for work, promote working ability and, in the case of illness or injury, make diagnoses and give advice on how to prevent work related adverse physical and mental health effects”* (WHO Europe, 2000).

Medicina Ocupacional e Saúde Ocupacional: *“While occupational medicine is a specialty of physicians, occupational health covers a broader spectrum of different health protective and promotional activities”* (WHO Europe, 2000, p. 22).

Medicina Operacional: *“(...) is the healthcare provided in unconventional settings where important resources may be significantly restricted. These resources could include limited supplies, expertise, time, location, or climate extremes. Operational Medicine specialties include: Aviation Medicine; Disaster Medicine; Emergency Medicine; Event Medicine; Foreign Service Medicine; Pre-hospital Medicine; Shipboard Medicine; Tactical Medicine; Travel Medicine; Wilderness Medicine”* (OMET, 2017).



Neoplasia maligna: “(...) neoplasias malignas são potencialmente fatais dado possuírem, em grau variável, a capacidade de invadir e destruir o local onde têm origem e as regiões adjacentes, assim como se disseminarem à distância, através da corrente linfática e sanguínea, originando as metástases (por exemplo nos gânglios linfáticos, pulmões, ossos e cérebro). (...) Dependendo da célula e tecido de origem, existem numerosos tipos de cancro, cujo comportamento clínico e tratamento são bastante diferentes. Por esse motivo, o Cancro não pode ser encarado como uma única doença, mas sim como múltiplas doenças” (Registro Oncológico Regional do Norte, 2010).

Organização: Uma organização é uma combinação de recursos que procura deliberadamente realizar algum tipo de objetivos (ou conjunto de objetivos). “ O processo de organizar, ou processo de organização, cria uma estrutura estável e dinâmica, que define o trabalho que as pessoas (...) devem realizar. Essa estrutura chama-se estrutura organizacional ” (Maximiano, 2000, p. 265).

Perturbação de Somatização: “Define-se Somatização como a ocorrência de um ou mais sintomas físicos para os quais um estudo apropriado não permite encontrar mecanismo fisiopatológico subjacente” (Tavares, Ferreira e Fonseca, 2010).

População-alvo: “Toda pesquisa estatística precisa atender a um público-alvo, pois é com base nesse conjunto de pessoas que os dados são coletados e analisados de acordo com o princípio da pesquisa. Esse público-alvo recebe o nome de população e constitui um conjunto de pessoas que apresentam características próprias, por exemplo: os usuários de um plano de saúde, os membros de uma equipe de futebol, os funcionários de uma empresa, os eleitores de um município, estado ou país, os alunos de uma escola, os associados de um sindicato, os integrantes de uma casa e várias situações que envolvem um grupo geral de elementos” (Dicionário Informal, 2017).

Prevalência: “A prevalência de uma dada patologia corresponde ao número total de casos, numa dada população, num determinado tempo.

Assim, podemos determinar diferentes tipos de prevalência, de acordo com o horizonte temporal estabelecido: Prevalência pontual - número total de casos a dividir pelo número de indivíduos em risco, num determinado momento; Prevalência a 1 ano - número total de casos, nesse ano, a dividir pelo número de indivíduos em risco, durante o ano; Prevalência a 5 anos - número total de casos, durante os 5 anos, a dividir pelo número de indivíduos em risco, durante esses 5 anos” (Forallpoints, 2009).

Quadro Permanente: “(...) a prestação de serviço pelos cidadãos que, tendo ingressado voluntariamente na carreira militar, adquirem vínculo definitivo às Forças Armadas, designado por nomeação” (AR, 2015a).

Rabdomiólise relacionada com o exercício físico: “*In exertional rhabdomyolysis, damage to skeletal muscle is caused by excessive physical activity in otherwise healthy individuals. This condition occurs when the energy supply to local muscle is insufficient to meet demands and muscle cells are unable to maintain cellular integrity. Illness severity ranges from elevated serum muscle enzyme levels without clinical symptoms to life-threatening disease associated with extreme enzyme elevations, electrolyte imbalances, and kidney failure*” (Health.mil, 2017b).

Reabilitação Médica: conjunto de processos que têm como objetivo recuperar pessoas com incapacidades para atingirem e manterem funções ótimas físicas, sensoriais, intelectuais, sensoriais, psicológicas e sociais (WHO, 2016a).

Reabilitação Profissional: Segundo o Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social (MTSSS) (2016) será a “...promoção de ações que visem a aquisição e o desenvolvimento de competências profissionais orientadas para o exercício de uma atividade no mercado de trabalho, tendo em vista potenciar a empregabilidade das pessoas com



deficiência e incapacidade, dotando-as de competências ajustadas que promovam o ingresso, reingresso ou permanência no mundo laboral”.

Regime de Contrato: “(...) a prestação de serviço militar voluntário por um período de tempo definido na Lei do Serviço Militar, com vista à satisfação das necessidades das Forças Armadas ou ao eventual ingresso do militar em RC nos QP” (AR, 2015a).

Regime de Voluntariado: “(...) a prestação de serviço militar voluntário por um período de 12 meses, com vista à satisfação das necessidades das Forças Armadas, ao ingresso no regime de contrato ou ao eventual recrutamento para os QP” (AR, 2015a).

Relação causal doença-trabalho: é normalmente determinada com base em dados clínicos de patologia do trabalho aliados: ao historial ocupacional (anamnese); à análise da função/funções profissional(ais) do trabalhador; à verificação da exposição profissional; à avaliação do risco profissional (DGS, 2013).

Relação idade-neoplasia maligna (cancro): “*For most species, aging promotes a host of degenerative pathologies that are characterized by debilitating losses of tissue or cellular function. However, especially among vertebrates, aging also promotes hyperplastic pathologies, the most deadly of which is cancer. In contrast to the loss of function that characterizes degenerating cells and tissues, malignant (cancerous) cells must acquire new (albeit aberrant) functions that allow them to develop into a lethal tumor*” (Campisi, 2014).

Risco ocupacional: “(...) a probabilidade de concretização do dano em função das condições de utilização, exposição ou interação do componente material do trabalho que apresente perigo” (AR, 2009c, p. 6168).

Saúde: “*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*” (WHO, 2017f).

Saúde Ocupacional: “(...) (por vezes denominada como Saúde e Segurança do Trabalho) tem por finalidade a prevenção dos riscos profissionais e a proteção e promoção da saúde do trabalhador. Através de estratégias de identificação, avaliação e controlo dos riscos existentes no local de trabalho, ou deles emergentes, de ações de vigilância da saúde dos trabalhadores e de promoção da saúde no local de trabalho, a Saúde Ocupacional visa garantir ambientes de trabalho saudáveis que: evitem ou minimizem a exposição profissional a fatores de risco, suscetíveis de comprometer a saúde do trabalhador; assegurem uma elevada qualidade de vida no trabalho; e permitam alcançar elevados níveis de conforto, saúde e bem-estar físico, mental e social a todos os trabalhadores “ (DGS, 2013, p. 5).

Seleção médica e psicológica: é a tentativa de colocação e manutenção de trabalhadores em ambiente ocupacional adaptado às suas capacidades fisiológicas e psicológicas. O objetivo do exame de seleção é determinar se um indivíduo se encontra apto para realizar a sua atividade profissional sem risco para o próprio ou para outros (Pachman, 2009).

Soberania Nacional: “A soberania significa independência e liberdade nacional, garantia da integridade do território, defesa do regime constitucional e salvaguarda coletiva de pessoas e bens. A soberania justifica a existência do Estado e o exercício das funções de soberania assegura o desenvolvimento normal das tarefas próprias do Estado, a liberdade de ação política dos órgãos de soberania e o regular funcionamento das instituições democráticas e constitucionais” (IDN, 2013).

Tratamento Médico: é a totalidade de atos realizados no sentido de obter a cura de um doente, que são realizados por ou sob a supervisão de um médico devidamente registado (AUSVLRC, 2015, p. 279).

Vocação para vida militar: “*Then Air Force Chief of Staff General David C. Jones admitted: The military way of life and a military career traditionally have been regarded by our society as a calling. The calling was buttressed by the value embodied in “duty, honor, country” and a life style where the institution, with the support of society, took care of its*



own. Yet we are seeing a fundamental shift in the motivational bases of the military system away from a calling toward an occupation — “just another job” — where the first priority readily could become self-interest rather than the organization and the job to be done” (Scott G. Frickenstein, 2004).