

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

2008/2009



TII

DOCUMENTO DE TRABALHO

O TEXTO CORRESPONDE A TRABALHO FEITO DURANTE A FREQUÊNCIA DO CURSO NO IESM SENDO DA RESPONSABILIDADE DO SEU AUTOR, NÃO CONSTITUINDO ASSIM DOCTRINA OFICIAL DAS FORÇAS ARMADAS PORTUGUESAS

**APOIO SANITÁRIO CONJUNTO ÀS FORÇAS NACIONAIS
DESTACADAS. CONTRIBUTOS PARA UM MODELO
CONCEPTUAL.**

*José Maria Gouveia Duarte
Coronel Médico*



INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES

**APOIO SANITÁRIO CONJUNTO ÀS FORÇAS
NACIONAIS DESTACADAS. CONTRIBUTOS PARA UM
MODELO CONCEPTUAL**

**José Maria Gouveia Duarte
Coronel Médico**

Trabalho de Investigação Individual do CPOG

Lisboa, 2009



INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES

**APOIO SANITÁRIO CONJUNTO ÀS FORÇAS
NACIONAIS DESTACADAS. CONTRIBUTOS PARA UM
MODELO CONCEPTUAL.**

**José Maria Gouveia Duarte
Coronel Médico**

Trabalho de Investigação Individual do CPOG

Orientador: COR TIR ART António José Pacheco Dias Coimbra

Lisboa, 2009



ÍNDICE

1. Introdução	1
2. Princípios doutrinários de Apoio Sanitário a forças militares em operações.....	6
a. Padrões de cuidados de saúde	6
(1) Padrão de cuidados médicos	6
(2) Constrangimentos legais e ética médica.....	7
b. Princípio operacionais	8
(1) Constrangimento de Tempo ou Oportunidade de Tratamento	8
(2) Continuidade dos cuidados.....	9
(3) Influência Médica no Planeamento operacional	9
(4) Componentes Principais do Destacamento Sanitário.....	10
i. Comando e Controlo	10
ii. Protecção da Força	10
iii. Sistema integrado de Tratamento e Evacuação	11
iv. Logística médica... ..	13
(5) Prontidão do sistema	14
(6) Multinacionalidade.....	14
3. A prática actual nas FFAA e a doutrina de apoio médico-sanitário da OTAN....	15
a. A prática nacional e os ciclos de vigilância médica.....	15
(1) Fase de Pré-Destacamento	15
(2) Fase de Destacamento	17
(3) Fase de Pós-Destacamento ou de Retorno da Força	17
b. Elementos de análise da prática actual	18
c. Síntese conclusiva	19
4. Impacto da doutrina da OTAN nos Serviços de Saúde dos Ramos.....	19
a. A experiência conjunta nos Serviços de Saúde	19
b. Condicionantes trazidas aos Serviços de Saúde pela doutrina da OTAN	20
c. Síntese conclusiva	22
5. Vulnerabilidades identificadas no caminho para o conjunto.....	23
a. Doutrina.....	24
b. Especialidades médicas existentes	24
c. Medicina Militar.....	25



d	Formação e treino	26
e	Orgão Coordenador/Comando Centralizado	27
f	Síntese conclusiva	28
6.	Ultrapassar as vulnerabilidades.....	28
a.	Hospital Militar	29
b.	O Recrutamento e a manutenção nas fileiras	30
c.	Que Especialidades Médicas?	33
d.	Formação específica	34
e.	Doutrina.....	35
f.	Síntese conclusiva	36
7.	Nível de apoio sanitário conjunto.....	37
a.	Modelo de Apoio Sanitário Conjunto às FND	37
8.	Conclusões	39
	BIBLIOGRAFIA	41

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice “I” – Glossário de Conceitos.....	I-1
Apêndice “II” – Diagrama de Indução	II-1
Apêndice “III” – Distribuição dos Médicos Militares, por Ramo e Especialidade... ..	III-1
Apêndice “IV” – Distribuição dos Médicos Internos de Especialidade	IV-1
Apêndice “V” – Distribuição dos Enfermeiros Militares e Cíveis.....	V-1
Apêndice “VI” – Distribuição dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	VI-1



RESUMO

Investigar e analisar os factores relevantes que influenciam a criação de um dispositivo de Apoio Sanitário às Forças Nacionais Destacadas, e que implicações têm na sua exequibilidade, originou este trabalho de investigação que procura fornecer alguns contributos válidos para o levantamento de um modelo conceptual.

Desenrolou-se no cumprimento do método científico de pesquisa, com recurso à consulta documental e pesquisa bibliográfica, complementadas com a realização de entrevistas dirigidas a personalidades com reconhecida responsabilidade e conhecimentos na área da saúde militar operacional.

A análise da experiência nacional em apoio sanitário foi sempre sendo colocada em contraponto com os conceitos doutrinários da OTAN no que diz respeito ao apoio médico a destacamentos militares, de modo a deixar intuir as conformidades e respectivas ausências.

Foram analisadas as capacidades existentes nos Serviços de Saúde dos Ramos e descritas as múltiplas vulnerabilidades surgidas na tentativa do esforço sinérgico do conjunto, concluindo-se ser fundamental, para as ultrapassar, a existência de, entre outras: um recrutamento centralizado; da acção centralizadora e de comando desenvolvida por um órgão central de saúde militar operacional, supra-ramos, colocado no Estado Maior General das Forças Armadas; de um hospital militar idóneo, auto-suficiente porque capaz de dar coerência ao sistema através da formação do próprio pessoal de saúde; de uma planeada distribuição das especialidades médicas e funções pelo pessoal de saúde dos três Ramos, obedecendo ao princípio que só deverão ser militares as especialidade e funções projectáveis.

Concluiu-se vir a ser possível um ambicioso modelo conceptual de Apoio Sanitário Conjunto às Forças Nacionais Destacadas, o qual se descreve pormenorizadamente, na justa medida e no correcto tempo em que forem sendo ultrapassadas algumas das vulnerabilidades mais impeditivas de formalizar, neste momento, o referido modelo conceptual.

A prevista reestruturação da Saúde Militar deverá constituir a grande oportunidade de dotar as FFAA de um Sistema de Saúde exemplar, completo e coerente porque centrado, necessariamente, no apoio capaz e integral às forças.



ABSTRACT

To investigate and to analyze the prominent factors that influence the creation of a body of Sanitary Support to the Detached National Forces, and the implications on its feasibility, originated this investigation paper which seeks to supply some valid contributions to hoist a conceptual model.

It developed fulfilling the scientific method of research, with resource to documentary consultation and bibliographical research, complemented with the accomplishment of directed interviews to personalities with recognized responsibility and knowledge in the area of operational military health.

The analysis of the national experience in medical support was always placed in counterpoint with NATO doctrinal concepts in what concerns the medical support to military detachments, in order to understand the conformities and respective absences.

The capacities of the branches' Health Services were analyzed and the multiple vulnerabilities arising from the assembly's synergic effort were described, concluding to be fundamental, to overcome them, the existence of a centralized recruitment; the centralized action and command developed by a chief body of operational military health, supra-branches, placed in the EMGFA; a competent military hospital, self-sufficient because of being capable to give coherence to the system through the formation of its own health personnel; a planned distribution of the medical specialties and functions among the health personnel of the three branches, according to the principle that only the deployable specialties and functions should be military.

It was concluded that an ambitious conceptual model of Joint Medical Support to the Deployable National Forces, which we describe in detail, will be possible in fair measure and as long as some of the current impeding vulnerabilities to the formalization of the referred conceptual model are surpassed.

The foreseen reorganization of the Military Health must constitute the great opportunity to endow the Armed Forces with an exemplary Health System, complete, coherent because centred, necessarily, on the capable and integral support to the forces.



PALAVRAS-CHAVE

Apoio sanitário conjunto

Forças Nacionais Destacadas

Medicina Militar

Serviços de Saúde militar



LISTA DE ABREVIATURAS

ACO	Allied Comand Operations
ApS	Apoio sanitário
ASC	Apoio sanitário sonjunto
ATLS	Advanced trauma life support
BATLS	Battlefield advanced trauma life support
CCD	Cirurgia de controle de danos
CEMGFA	Chefe do Estado Maior General das Forças Armadas
COC	Comando operacional conjunto
CP	Cirurgia primária
CPLP	Comunidades dos Países de Língua Portuguesa
EMGFA	Estado Maior General das Forças Armadas
UE	União Europeia
EUFOR	Força Europeia
EUNAVFOR	European union-led naval force
FAA	Forças Armadas
FND	Forças Nacionais Destacadas
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
ISAF	Força Internacional de ajuda à segurança
KFOR	Kosovo Force
MIMU	Memorandum of understanding
MONUA	Missão de Observadores das Nações Unidas em Angola
NATO	North Atlantic Treaty Organization
NPCM	Níveis de prestação de cuidados médicos
NU	Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OSCE	Organização para a Segurança e Cooperação Europeia
OTAN	Organizações do Tratado do Atlântico Norte
PHTLS	Pre-hospital trauma life support
QP	Quadro permanente
SAV	Curso de Suporte Avançado de Vida
SIV	Curso de Suporte Imediato de Vida
SNMG1	The Standing NATO Maritime Group one
SSmil	Serviços de Saúde
TAE	Curso de Tripulante de Ambulância Emergência
TDT	Técnico de diagnóstico e terapêutica
TO	Teatro de operações
UNIMIT	United Nations integrated mission
VMER	Viatura médica de emergência e reanimação



“Não basta dar passos que nos conduzam um dia ao objectivo; cada passo deve ser por si só um objectivo, ao mesmo tempo que nos conduz para a frente.”
Wolfgang Goethe

1. Introdução

Os Sistemas de Saúde Militares, com organização e capacidade de resposta variáveis sempre acompanharam os efectivos exercendo um importante papel no suporte de baixas por doença ou por ferimentos em combate. A sua presença só por si tinha um efeito moralizador das tropas estando vocacionado quase exclusivamente para o tratamento e recuperação.

A queda do muro de Berlim que despoletou a implosão da URSS e o fim da Guerra Fria, complementados pelo ataque terrorista de 11 de Setembro foram factos determinantes nas profundas alterações estratégicas que a partir daí se verificaram e que condicionaram as novas missões das Forças Armadas (FFAA), agora já libertas do espectro do grande confronto que condicionou as estratégias da Guerra Fria.

Portugal como parceiro da OTAN e membro da UE adaptou os seus Conceitos Estratégicos ao ambiente emergente condicionando novas missões para as FFAA e admitindo o risco de novas ameaças.

O Programa do XVII Governo Constitucional, em concordância com a Documentação Estruturante de Defesa Nacional, define as missões das Forças Armadas nos seguintes termos:

*"No novo quadro de segurança internacional e considerados os objectivos da política de defesa, as **áreas de interesse estratégico nacional e as organizações internacionais e sistemas de alianças a que Portugal pertence**, as missões das Forças Armadas Portuguesas devem ser adequadas a este novo quadro e corresponder às suas prioridades.*

Para além das missões tradicionais, as Forças Armadas deverão participar, prioritariamente, em missões internacionais de natureza militar, nomeadamente no sistema de defesa colectiva da Aliança Atlântica e na Política Europeia de Segurança e Defesa. E em missões internacionais de apoio à política externa, designadamente, de gestão crises, de natureza humanitária e de manutenção de paz, no quadro das organizações internacionais de que Portugal é membro, nomeadamente a ONU, União Europeia, OTAN, a OSCE e a CPLP.



As Forças Armadas deverão, igualmente, assumir a sua parte nas missões de luta contra o terrorismo transnacional em quadro legal próprio e em coordenação com os instrumentos internos para esse combate, nomeadamente as Forças e Serviços de Segurança.

As Forças Armadas devem continuar a executar missões de interesse público, designadamente de busca e salvamento, fiscalização marítima e de apoio às populações em especial na prevenção e combate aos fogos florestais e em situação de catástrofes naturais, de forma supletiva enquadrada e coordenada com os bombeiros e protecção civil.

Finalmente, as Forças Armadas deverão manter o empenhamento nos projectos e programas de Cooperação Técnico Militar com os Países Africanos de Expressão Oficial Portuguesa.”¹

Para o cumprimento desta nova tipologia de missões as FFAA devem dispor de uma organização flexível e modular, adequada aos modernos requisitos de empenhamento operacional conjunto e combinado, privilegiando a interoperabilidade de meios.

Os Sistemas de Saúde Militares acompanhando as necessidades específicas entretanto geradas pelas novas missões, que assumem uma enorme diversidade e complexidade, terão de se adaptar assimilando uma nova doutrina, de modo a permitir uma resposta adequada face às solicitações.

É este especificamente o exacto contexto e pertinência do estudo em questão, justificando os esforços para que se encontre um modelo conceptual que enforme a concretização de um dispositivo de Apoio Sanitário conjunto às Forças Nacionais Destacadas (FND), em consequência das novas missões.

O tema a tratar “**Apoio Sanitário conjunto às Forças Nacionais Destacadas. Contributos para um modelo conceptual**” insere-se na área de Administração e Gestão de recursos, tanto como na área de Operações, a cujas regras e *modus operandi* tem que obedecer, e enquadra-se na problemática actualíssima da (re)organização da Saúde Militar, mais especificamente da Medicina Militar Operacional.

Importa, com o intuito de clareza de conceitos, referir que, para efeitos da presente investigação, se considera o dispositivo de Apoio Sanitário às Forças como o resultante da arte de coordenar a acção do conjunto dos meios do Serviço de Saúde, com vista a:

- salvar o máximo de vidas humanas;

¹ Cfr “Programa do XVII Governo Constitucional”, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa 2005, pg.160-161.



- limitar as potenciais sequelas dos feridos;
- contribuir para a elevação do moral dos combatentes ao assegurar-lhes um seguimento médico permanente bem como a garantia de serem socorridos o mais rapidamente possível;
- de prescrever as medidas de higiene geral e de profilaxia adaptadas ao contexto epidemiológico;
- assegurar o aprovisionamento em suprimentos médicos.

O objecto do presente trabalho consistiu em analisar a actual capacidade nacional de apoio sanitário às Forças Nacionais expedicionárias, propor uma forma de lhe aplicar os conceitos emergentes da doutrina da OTAN, e, de modo conjunto, se adequar devidamente às necessidades das FND.

O trabalho foi limitado à organização conceptual de um sistema de apoio sanitário às FND, centrando-se sobretudo nos necessários recursos humanos e muito pouco nos recursos materiais, aliás correspondendo a uma nova estratégia organizativa dos sistemas de suporte de saúde, que aparecem agora centrados já não numa lógica inicial das estruturas, mas sobre uma lógica de capacidades. A chave do correcto apoio médico continua, no entanto, a permanecer inalterável: capacidades médicas operacionais suficientemente treinadas e destacáveis e a manutenção do pessoal ao serviço graças a uma efectiva promoção da saúde, educação para a saúde e prevenção das lesões, bem como a necessária proficiência num diagnóstico rápido e seguro, conducente ao correcto tratamento e reabilitação precoces.

Com o trabalho em questão procuraram-se atingir os seguintes objectivos:

- a. Analisar e enquadrar os conceitos doutrinários da OTAN no que diz respeito ao apoio médico a destacamentos militares;
- b. Analisar as capacidades existentes nos Ramos das Forças Armadas e o apoio sanitário disponibilizado;
- c. Avaliar as responsabilidades de apoio médico-sanitário que o país necessita de assumir quando empenhado em missões conjuntas expedicionárias;
- d. Identificar e analisar os factores relevantes que podem influenciar a efectivação e sustentação de um tal dispositivo conjunto;



- e. Avaliar e concluir sobre qual será a mais adequada tipologia de organização de ApS conjunto às FND, cumprindo os conceitos e doutrinas em vigor na OTAN.

O fio condutor do trabalho foi cumprido na resposta à seguinte questão central:

“Que factores relevantes influenciam a criação de um dispositivo de Apoio Sanitário conjunto às Forças Nacionais Destacadas e que implicações têm na sua exequibilidade?”

A partir desta questão central identificaram-se, como questões derivadas:

- QD1-** A prática actual nas FFAA é enformada pelos conceitos emergentes na doutrina de apoio médico-sanitário da OTAN?
- QD2-** Qual o impacto nos Serviços de Saúde dos três ramos das FFAA da actual doutrina da OTAN respeitante ao apoio sanitário conjunto a Forças Destacadas?
- QD3-** Quais as vulnerabilidades identificadas na congregação de esforços inter-Ramos para atingir um dispositivo de Apoio Sanitário conjunto?
- QD4-** De que forma poderão ser superadas as vulnerabilidades identificadas na congregação de esforços inter-Ramos para atingir um dispositivo de Apoio Sanitário conjunto, no imediato e a médio/longo prazo?
- QD5-** Que nível de apoio sanitário conjunto poderá ser oferecido às FND?

De modo a que pudesse ser estabelecido um quadro de análise coerente, colocaram-se as seguintes hipóteses com o intuito de serem verificadas com a validação das respostas encontradas no decorrer da investigação:

- H1-** A prática actual nas FFAA, embora tenda para uma sintonia com a doutrina da OTAN, ainda não lhe é completamente conforme sobretudo nas respostas organizacionais.
- H2-** A doutrina da OTAN respeitante ao Apoio Sanitário Conjunto a Forças Destacadas poderá constituir-se como força aglutinadora e sinérgica dos esforços parcelares dos Serviços de Saúde dos três ramos das FFAA.
- H3-** O actual número total de médicos militares e técnicos de saúde e respectiva distribuição pelas várias especialidades necessárias para um coerente dispositivo de Apoio Sanitário, bem como uma sólida e mantida formação específica, constituem vulnerabilidades a superar no ponto de partida de qualquer modelo.
- H4-** O recrutamento do pessoal de saúde, a sua manutenção nas fileiras e sobretudo a respectiva formação específica, são factores de influência decisiva no nível de



ambição colocado no modelo conceptual de Apoio Sanitário Conjunto às FND.

H5- Do esforço sinérgico “Conjunto” irá nascer uma disponibilidade maior e de nível (role) mais elevado que o até agora conseguido pelas partes.

Para a elaboração deste trabalho procedeu-se à recolha de variados elementos de análise quer na literatura médica, na literatura médica militar, na literatura estritamente militar, bem como em legislação diversa mas respeitante à temática em questão. Foram ainda consultados alguns sítios na Internet, assim como foram realizadas algumas entrevistas exploratórias. Da análise resultante da reflexão consubstanciada nos elementos apreendidos com os descritos elementos anteriores, chegou-se à formulação da questão central e ainda à objectivação das questões derivadas.

Seguiram-se entrevistas com personalidades com demonstrada experiência profissional relacionada com o tema, bem como com os responsáveis da Marinha, Exército e Força Aérea pela Medicina Militar Operacional.

Terminado o caminho de recolha de dados e respectiva interpretação, concluiu-se o corpo de conceitos, sendo então possível construir o modelo de análise, cujo desenvolvimento conduziu aos objectivos da investigação: através do método dedutivo, e pela validação das hipóteses antes formuladas, tentou-se atingir respostas para as questões derivadas e bem assim responder à questão central.

Além dos capítulos de introdução e das conclusões, este trabalho é composto por mais seis capítulos: no capítulo 2, com o intuito de situar e contextualizar a questão em estudo, são revistos, de modo necessariamente breve, os princípios orientadores da doutrina da OTAN respeitante à organização e estrutura de Apoio Sanitário Conjunto (ASC) a forças destacadas.

No capítulo 3 analisa-se a prática nacional actual do Apoio Sanitário (ApS) às FND, comparando-o com o prescrito pela doutrina da OTAN, enquanto no capítulo 4, partindo das poucas experiências comuns, se percebe que será essa mesma doutrina o cimento aglutinador dos esforços parcelares dos serviços de saúde dos ramos, em ordem à construção de um modelo de ASC às FND.

O capítulo 5 é dedicado a eventariar as vulnerabilidades existentes nos Serviços de Saúde (SSmil), quando se ousa formular qualquer modelo de ASC, enquanto o capítulo 6, analisando as questões relacionadas com o recrutamento do pessoal militar de saúde e a sua formação específica, tenta apontar possíveis soluções para que se ultrapassem as descritas vulnerabilidades.



Por fim no capítulo 7 descrevemos o que entendemos como o modelo possível de ASC às FND.

2. Princípios doutrinários de Apoio Sanitário a forças militares em operações

Saúde, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, é “o completo estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade”².

Em contexto militar é este bem-estar que permite que o pessoal desempenhe as suas funções sem entraves de ordem física, social ou psicológicos.

Promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento dos doentes e feridos e respectiva reabilitação, é, objectivamente, a missão de qualquer serviço de saúde. Constitui-se simultaneamente uma função do comando, bem como uma responsabilidade individual. Em ambiente militar, a saúde impõe-se como um factor-chave multiplicador do poder de combate. Daqui se infere com facilidade o conceito de ApS às operações, cuja estratégia se define como a arte de coordenar a acção do conjunto de meios dos SSmil, conducente a planificar e conduzir esse ApS com o objectivo de salvar o maior número possível de vidas humanas, limitar as sequelas potenciais de feridas e lesões, contribuir para manter o moral dos combatentes (assegurando-lhes um seguimento médico continuado, gradativo mas permanente, e garantindo-lhes serem socorridos no mais curto tempo possível), prescrever as medidas de higiene geral e profilaxia adaptadas ao contexto epidemiológico, e assegurar o aprovisionamento em material médico. Dito de outro modo, ApS às forças em operações, é o conjunto das acções necessárias para, no plano individual e colectivo, se atingir a prontidão e a conservação do potencial humano, bem como a assistência integral e coerente dos combatentes, dos doentes, e dos feridos dessas forças (GODART, 2007:398).

a. Padrões de cuidados de saúde

(1) Padrão de cuidados médicos

As tendências sociológicas têm vindo a mostrar, desde há várias décadas, no seguimento do individualismo triunfante alimentado por um Estado-Nação cada vez mais providencial e segurizante, que os padrões de cuidados médico-sanitários exigidos são os de “zero baixas”, apoiados no universal direito à saúde, no generalizado conceito de

² Preâmbulo da Constituição da OMS, tal como adoptado pela Conferência Internacional de Saúde, Nova York, 19 de Junho a 22 de Julho de 1946; assinado a 22 de Julho de 1946 por representantes de 61 Estados. A definição não é revista desde 1948.



“protecção” e no esperado direito de reparação da *álea* (sendo que tanto um fragmento de bomba quanto o *plasmodium* causador do paludismo, chegam a ser tidos como *áleas* e, como tal, a originar direito de reparação...).

A voracidade do desenvolvimento dos tempos contemporâneos tem tido nos avanços da medicina campo exemplar de concretização.

E se a história da medicina, sobremaneira a da cirurgia, tem sido escrita de braço dado com as grandes campanhas bélicas, a verdade é que a saúde militar tem sempre a obrigação de dispensar, em cada momento e em cada cenário, o padrão mais elevado de cuidados. Percebe-se, então, a alta especialização da medicina militar, devido não só ao ambiente, mas ainda às condições em que é praticada. É que o padrão de cuidados médicos disponíveis tem um efeito permanente sobre a evolução clínica, sendo raramente reversíveis os efeitos nefastos provocados por um mau atendimento nos cuidados iniciais.

Cada doente deve receber o apropriado nível de cuidados médicos correspondente à sua situação clínica. Pretende-se, assim, uma cada vez mais conseguida sobreposição entre o nível de cuidados prestados às forças em operações, e os disponibilizados em tempo de paz, conduzindo a que o objectivo dos cuidados médicos em operações seja o de ousar atingir resultados de tratamento em nada diferentes aos da melhor prática médica.

A organização, o treino, o ambiente, e o enquadramento são os quatro aspectos fundamentais que afectam a anteriormente descrita qualidade clínica.

(2) Constrangimentos legais e ética médica

Obviamente que as FFAA, durante a fase de planeamento e condução das operações, devem actuar em conformidade, quer com a legislação nacional em vigor, quer com a legislação internacional, bem como com a legislação do país ou território em que aquelas operações decorrerão. Cabe aqui uma referência, ainda que breve, ao necessário conhecimento, por parte de todo o pessoal empenhado no ApS, do Direito Humanitário Internacional.

Ainda que todo o pessoal militar esteja sujeito à legislação militar, aos regulamentos e á ética militar, os profissionais de saúde estão ainda sujeitos a códigos adicionais de conduta configurados nos códigos deontológicos do grupo profissional a que pertençam.

Relembrem-se as Convenções de Genebra como bom exemplo de tudo o que ficou descrito anteriormente: para além de constituírem um padrão ético de conduta, são um garante de especiais direitos de todo o pessoal de saúde envolvido em operações.



A legalidade legislativa, que não pode ser desconhecida, bem como a norma ética e deontológica, constituem constrangimentos á acção de qualquer ApS a forças em operações.

b. Princípios operacionais

(1) Constrangimento de Tempo ou Oportunidade de Tratamento

Tempo é um factor fundamental na análise da eficiência dos cuidados médicos: os cuidados clínicos imediatos em situações traumáticas agudas, constituem-se decisivamente como factores prognósticos da mortalidade e na incompleta ou ausente recuperação de lesões, bem como no desenvolvimento de condições de stress pós traumático.

A este propósito, escrevia Cowley: *“Se encontrares doentes esmagados durante os primeiros 60 minutos, as suas hipóteses de sobrevivência estarão grandemente aumentadas por entrarem num sistema onde sejam observados pela pessoa certa, com o equipamento correcto, na justa oportunidade. Se os doentes aparecerem após esses 60 minutos as suas oportunidades diminuirão enormemente”* (COWLEY, 1974:1031).

Este é o período em que as lesões viscerais ou as fracturas severas podem continuar a provocar hemorragias que eventualmente evoluam para o shock hipovolémico. Durante este curto tempo o tratamento apropriado de uma hemorragia salva, seguramente, a vida e diminui a morbidade.

Qualquer paciente, vítima de traumatismo de grande acidente, pode perder mais de 150 ml de sangue por minuto; aos 10 minutos do acidente já terá perdido 1500 ml, o que equivale a 1/3 do volume circulatório de um adulto. Uma rápida estabilização, transporte, ressuscitação e os cuidados cirúrgicos definitivos, são mandatórios para a sobrevivência. Uma hora após uma hemorragia moderada a perda sanguínea começa a ser uma séria ameaça à vida.

É com base nestas evidências clínicas que se fundamentam os princípios operacionais do ApS, cujos cuidados médicos, partindo do conceito da “hora de ouro” dos anos 50, adopta, agora, como factor clínico decisivo, o esquema de 1-2-4 horas.

O ApS, idealmente, deverá estar distribuído de tal modo que seja possível realizar uma cirurgia primária (CP) ao combatente dentro da primeira hora após o traumatismo. Não sendo possível, oferecem-se alternativas baseadas numa bem estruturada rede de evacuações e de nós dessa rede com capacidade para “cirurgia de controle de danos” (CCD). Assim, os feridos que não foram sujeitos a CP dentro da primeira hora deverão ser



submetidos a CCD dentro das duas primeiras horas e a CP, então, nas primeiras quatro horas.

A ressuscitação efectuada pelo battlefield advanced trauma life support(BATLS) deverá estar presente o mais rapidamente possível, certamente dentro da primeira hora, devendo o acesso ao escalão role 2⁺ ou 3 ser conseguido nas primeiras 4 horas.

Este conceito, 1-2-4, começou por ser descrito para a cascata de atendimento ao grande traumatizado, mas mantém toda a operacionalidade e utilidade no conjunto das emergências médicas. É, na realidade, um instrumento de planeamento baseado na gestão do risco. Não é prescritivo pois por si só não faz a distinção entre os pacientes que necessitam de ser submetidos á CP nas primeiras 4 horas, e aqueles para quem essa cirurgia pode ser, em segurança, retardada.

Resumidamente pode-se afirmar que a CP deve ser realizada o mais cedo possível, idealmente dentro da primeira hora, mas não mais tarde que 4 horas após a lesão.

(2) Continuidade dos cuidados

A qualidade e o nível de recuperação atingidos pelas vítimas das lesões de campanha, depende da continuidade dos cuidados médicos adequados dispensados ao longo de toda a cadeia de tratamento e evacuação.

O estado clínico das vítimas constitui o factor determinante para a tomada de decisão do quando tratar e quando evacuar, dos meios a dispensar e no destino da respectiva evacuação (quando, como e onde).

Por norma, o trânsito entre os nós do dispositivo é progressivo, entre o ponto do traumatismo ou doença, passando sequencialmente através dos 4 níveis (roles) que identificam as capacidades médicas. Contudo, algumas doenças ou lesões específicas requerem que se ultrapassem níveis, atendendo à necessidade de um mais serôdio atendimento especializado, evitando perdas de tempo que se pode revelar crucial.

(3) Influência Médica no Planeamento operacional

O planeamento do ApS faz parte integrante do processo de planeamento operacional e deve ser realizado em estreita cooperação com as divisões responsáveis pelo planeamento operacional do destacamento, de modo que o comando da força não só seja assessorado convenientemente por um staff médico, mas também que, ele próprio, tenha o necessário conhecimento dos princípios que presidem à estruturação desse apoio médico.



(4) Componentes Principais do Destacamento Sanitário

Qualquer destacamento sanitário deve ser composto por uma estrutura de comando e controlo, um sistema integrado de tratamento e evacuação e pela logística médica.

Protecção da força, medicina de emergência, cuidados primários e cuidados secundários são os principais componentes dos cuidados de saúde operacionais à volta dos quais o sistema de ApS deve ser construído, sabendo que as capacidades médicas e respectiva localização serão determinadas atendendo aos constrangimentos de tempo dos cuidados médicos, ao plano de operações do comando e à estimativa de baixas.

i. Comando e Controlo

O pessoal médico, adequado em número, experiência e treino, deve estar completamente integrado no planeamento operacional, e os assessores médicos não podem prescindir do acesso directo ao Comando. O Director Médico é responsável pelo planeamento médico atempado e pela coordenação de todo o apoio que, para ser eficiente, necessita de um sistema de comando e controlo dedicado e estruturado, construído sobre um correcto sistema de comunicações e tratamento da informação, tornando-se assim capaz de planear, executar, controlar, suportar e avaliar o conjunto total das funções médicas do suporte sanitário. Deve providenciar os meios necessários ao tratamento, evacuação e transferência da informação desde o ponto inicial do traumatismo ou doença até ao local do tratamento definitivo.

Função fundamental é a desempenhada pela “medical intelligence”, necessária desde o planeamento inicial e de imprescindível utilidade no aprontamento do pré-destacamento, nas operações do destacamento e na fase de retracção da força; constitui a base geradora das recomendações necessárias para o Comando da Força como parte integral do conceito geral de protecção da força.

ii. Protecção da Força

“ Protecção médica da força é a conservação do potencial de combate de uma força de modo que seja saudável, totalmente capaz para o combate, e possa ser aplicada no momento e lugar decisivos. Consiste nas medidas tomadas para contrariar os efeitos debilitantes do ambiente, da doença e dos sistemas de armas especiais seleccionados, através de medidas preventivas para pessoal, sistemas e formações operacionais”³.

Distante já vai o tempo em que as forças sofriam mais baixas causadas por doenças

³ Definição de Protecção Médica da Força contida no AJP 4.10



e lesões de não combatente do que pelas sofridas em combate! Ora a primeira responsabilidade do ApS é a manutenção da saúde de todo o pessoal da força. A Medicina Preventiva e um rápido e fácil acesso aos cuidados primários de saúde são aspectos fundamentais para a manutenção da saúde do pessoal e a sustentação da força.

As vacinações, as medidas farmacológicas profiláticas e as medidas de protecção individual, inserem-se no âmbito da prevenção e constituem um aspecto particular da protecção da força que, globalmente organizada em planos de contingência, deve atravessar todas as fases: inicia-se no pré-destacamento mas deve continuar-se até à fase de pós-destacamento ou de retracção.

iii. Sistema integrado de Tratamento e Evacuação

Os níveis de prestação de cuidados são quatro, em que cada um é caracterizado por parâmetros de capacidade assistencial bem definidos ao nível logístico e organizacional. Determinou-se atribuir o número 1 ao nível assistencial mais imediato e próximo do doente no teatro de operações e sucessivamente 2, 3 até ao nível mais diferenciado, o 4, que se localiza preferencialmente no país de origem do militar vítima de lesão traumática ou doença. A maioria das capacidades médicas de cada Role existe intrinsecamente no mais alto Role imediato.

Os Níveis de Prestação de Cuidados Médicos (NPCM) (role) são os seguintes:

Role 1. Este nível de prestação de cuidados garante capacidade de cuidados primários de saúde, primeiros socorros especializados, triagem, ressuscitação e estabilização de feridos. Representa o nível mais básico de cuidados, é a primeira linha de intervenção do Sistema de Saúde em qualquer tipo de actuação.

Role 2. Este nível de prestação de cuidados garante uma capacidade intermédia de recepção e triagem de feridos, bem como a capacidade para a ressuscitação e o tratamento do shock a um nível tecnicamente superior que no Role 1. Inclui CCD, estabilização, e capacidade de enfermaria, para os casos que após tratamento regressarão ao serviço, ou para os que serão evacuados. Deve incluir tratamentos dentários de urgência, saúde ambiental e psiquiatria ou psicologia, para prevenção e tratamento de stress pós-traumático. Pode ser aumentado para Role 2⁺ se forem acrescidas capacidades de cuidados intensivos, análises clínicas, radiologia simples e



hemoterapia

Role 3. Este nível de prestação de cuidados é desenhado para garantir, respeitando as políticas de restrições do TO, cuidados de saúde secundários. Classicamente correspondem aos hospitais de campanha, projectados, bem como todos os elementos para os suportarem. Dele fazem parte uma grande variedade de especialidades clínicas, cuja participação é decidida à medida de cada missão, mas onde se inclui, obrigatoriamente, a CP e os meios auxiliares de diagnóstico. Pode ser aumentado para Role 3⁺ quando lhe forem acrescentadas outras capacidades cirúrgicas especializadas, como a neurocirurgia e unidade de queimados, bem como meios auxiliares de diagnóstico mais complexos como a Tomografia axial computadorizada, tornando-se um nível pesado e de bastante difícil mobilidade.

Role 4. Neste nível, garantem-se os cuidados definitivos, altamente diferenciados, que incluem a totalidade de especialidades cirúrgicas e procedimentos médicos, a cirurgia reconstrutiva, bem como a reabilitação física e psíquica, a prestar, normalmente, no país de origem ou em hospitais militares centrais de um país amigo, fora do teatro de operações. Em muitos dos países da OTAN o role 4 é fornecido pelo respectivo serviço nacional de saúde civil.

A coerência de um tal dispositivo de capacidades médicas, é fornecida pelo sistema estruturado e integrado de evacuações médicas, entendidas como o movimento de doentes e sinistrados, sob supervisão médica, para os NPCM, como parte integrante do tratamento contínuo. Tácticas ou estratégicas, conforme movimentam os doentes dentro ou para fora do TO, dividem-se em três categorias, consoante os meios usados forem os terrestres, navais ou aéreos.

A robustez da cadeia de evacuações é sempre proporcional à quantidade e capacidades de tratamento disponíveis no TO. Como sistema coerente e estruturado, requer:

disponibilidade – O objectivo é poder, se necessário, evacuar os lesionados 24 horas por dia, com todo o tipo de clima e em todos os cenários. Como nem sempre isto é possível, particularmente quando em presença de forças especiais ou em ambiente naval, são elaborados, para estas situações, planos de contingência;



continuidade – No decorrer da evacuação devem ser continuados os cuidados e tratamentos médicos que a situação clínica dos evacuados exige;

regulação de baixas – que contempla dois aspectos fundamentais: a gestão do fluxo de baixas e a orientação individual dos doentes no sistema, de acordo com as suas necessidades clínicas.

A evacuação aeromédica constitui o elo unificador de todas as partes da cadeia médica e fornece, normalmente, a ligação fundamental dos doentes no movimento de saída do TO até à admissão no nível de role 4.

Os meios de evacuação (terrestres ou aéreos) são da responsabilidade do nível assistencial localizado imediatamente acima para o qual os feridos são evacuados, de forma a que o nível abaixo nunca fique desguarnecido.

Estes quatro níveis assistenciais devem ser dimensionados e estruturados de acordo com a fase de cuidados a prestar, passíveis de aumento de capacidades, moldáveis a missões específicas, adaptáveis em número à dimensão do TO, e deverá estar previsto que o nível acima tenha capacidade de prestação de apoio ao nível imediatamente abaixo.

Ao longo desta cadeia de estabilização, tratamento e evacuação de feridos devem ser feitos sistematicamente os registos clínicos segundo um formato “standard” (em duplicado: uma cópia fica sempre na posse do nível abaixo daquele para onde o ferido irá ser transferido) o que facilitará a identificação exacta de todos os actos médicos ou médico-cirúrgicos praticados em cada doente ao longo de toda a cadeia, e que irão ser avaliados e interpretados por diferentes médicos até ao regresso ao país de origem.

iv. Logística médica

A responsabilidade pelo sistema de logística médica, bem regulado e eficiente por natureza, está sob o controle e coordenação do comandante da força.

O stock de sangue e seus derivados, bem como os gases médicos, são dois conjuntos de produtos que, devido à sensibilidade e complexidade de que se reveste o respectivo fornecimento, necessitam de uma especial e particular atenção aquando do planeamento da logística médica. De forma semelhante o aprovisionamento, acondicionamento e reposição de medicamentos requer cuidados específicos, constituindo reservas adequadas à previsão de baixas e assegurando a sua adaptação ao evoluir da situação no TO. Em cada nível, terão que ser definidas necessidades também no que diz respeito a material cirúrgico e consumíveis utilizados pelos meios complementares de diagnóstico e estomatologia.



A constituição de módulos móveis com todo o material e medicamentos considerados necessários, deverão ser constituídos para os meios de evacuação do TO e entre os vários níveis assistenciais. Kits sanitários individuais deverão ser elaborados para distribuição aos combatentes, com medicamentos de urgência e produtos considerados imprescindíveis para a profilaxia de doenças, de acordo com o tipo de TO, previamente estudado pela medical intelligence.

(5) Prontidão do sistema

O ApS adequado é, como já sabido, um elemento fundamental no dispositivo de forças operacionais, e os seus elementos necessitam de estar tão bem preparados e disponíveis para o destacamento quanto as forças que apoiam.

(6) Multinacionalidade

As vantagens que este tipo de forças oferecem são a manifestação de um esforço conjugado, com custos repartidos, possibilidade de “divisão de trabalho”, o acréscimo da força material e moral e a maior resistência ao tempo (BARRENTO, 1993:125-130).

As soluções de ApS multinacional nascem com o intuito de potencialmente reduzirem o esforço colocado e dispendido por uma nação isolada, atendendo a que os activos médicos são bens escassos e de alto valor. A opção multinacional visa obter uma optimização da utilização dos recursos médicos, através da coordenação e integração de meios e capacidades dos países participantes. Permite também que se explorem as potencialidades de cada um dos estados intervenientes, superando as limitações individuais com a procura da complementaridade (CARDOSO, 2002:2). A procura de sinergias resultará em maior economia, eficiência e eficácia no apoio médico resultante, se se conseguirem ultrapassar as dificuldades inerentes à participação de diferentes países, como a existência de diferentes protocolos clínicos, as dificuldades trazidas pelas diferentes línguas e diferentes restrições legais. É que os países não podem ser escolhidos indiscriminadamente; as coligações precisam de nascer de grupos lógicos baseados na parecença da língua, cultura, congruência profissional e experiência conjunta de trabalhos no passado.

Os exercícios e treino multinacionais em tempo de paz serão o garante do sucesso das operações de ApS para o futuro.



3. A prática actual nas FFAA e a doutrina de apoio médico-sanitário da OTAN

a. A prática nacional e os ciclos de vigilância médica

Durante o ano de 2008 as FFAA portuguesas participaram em 18 diferentes operações fora do território nacional, em missões de responsabilidade da OTAN (KFOR no Kosovo, ISAF no Afeganistão, Active Endeavour no Mediterrâneo, SNMG1 e NATO Training Mission no Iraque), UE (EUFOR na BiH, EUFOR TCHAD/RCA, EUSEC no Congo, EUNAVFOR na Somália e EUSSR na Guiné-Bissau), e NU (UNIFIL no Líbano, MINURCAT no CHAD, UNIMIT em Timor-Leste e UNAMA no Afeganistão), mantendo um efectivo médio de 662 militares destacados.

No que diz respeito ao AS às FND, consultados e ouvidos que foram o Comando Operacional Conjunto do EMGFA, os SSmil dos três ramos, e os Relatórios de Final de Missão das FND, podemos afirmar que, globalmente, cada ramo está a seguir os conceitos saídos da doutrina da OTAN, que enquadra três fases fundamentais no ciclo de vigilância médica para que o destacamento, sob o ponto de vista da saúde, tenha sucesso e, desse modo, mantenha e sustente a capacidade da força projectada.

(1) Fase de Pré-Destacamento

Sempre da responsabilidade da nação contribuinte, e no caso vertente da responsabilidade do Serviço de Saúde do ramo a quem cumpre o ApS.

Inclui uma série de procedimentos cuja finalidade é aferir o estado de saúde físico e psíquico do pessoal a destacar. Sempre que a força é constituída, os militares nomeados para a sua constituição são submetidos a um circuito de verificação que compreende:

- a) Consulta de clínica geral na Unidade de colocação com verificação ou solicitação de exames médicos básicos que devem ter sido realizados há menos de 3 meses. O médico responsável por esta consulta inicial solicitará observação em consultas de outras especialidades caso verifique necessário;
- b) Consulta de estomatologia/medicina dentária em que os militares devem ser submetidos aos tratamentos necessários de forma a **serem destacados sem qualquer patologia dentária**. Realizam ainda ortopantomografia;
- c) Os militares de sexo feminino deverão ser observados em consulta de Ginecologia;
- d) Consulta de Medicina do Viajante, realizada no Centro Militar de Medicina



Preventiva, em que são administradas as imunizações⁴ e garantidas profilaxias adequadas para a região onde irá decorrer o destacamento;

- e) Consulta de clínica geral, final, pré-destacamento, na Unidade de colocação, em que o médico da Unidade verifica que o militar foi submetido a todo o circuito clínico pré-destacamento e regista no seu livrete de saúde que o mesmo está apto para a missão. O livrete de saúde e a ortopantomografia acompanham o militar durante o destacamento. São ainda colhidos e registados os dados pessoais que permitam a identificação e reconhecimento médico legal.

É ainda fundamental que se verifique ter sido ministrada formação em primeiros socorros a todos os militares a destacar.

É também na fase pré-destacamento, quiçá a mais importante, que se objectivará a garantia de que a cadeia de ApS ao longo de toda a missão estará activada em todas as suas componentes e cumpre os mais altos níveis do “state of the art” da prestação de cuidados de saúde.

Para que se atinja tal objectivo torna-se imprescindível uma exaustiva aferição do risco: em coordenação com o Comandante da força a destacar, aferir qual a ameaça a que os militares irão estar sujeitos, tanto militar (tipo de armamento do inimigo, nível de ameaça NRBQ, etc) como ambiental/epidemiológica - É a relevância da função de “medical intelligence” – bem como aferir que tipo de ApS está já garantido no terreno (Área de Operações), tanto por parte a nação hospedeira, como de países amigos vizinhos à nação hospedeira e de outras nações amigas já destacadas no terreno ou a destacar na mesma altura que a nossa força. A capacidade (e celeridade) de evacuação médica por via aérea, terrestre e marítima, que garante a ligação entre níveis de cuidados, também deve ser verificada.

Poderão ser realizados acordos pré-destacamento (memorandos de entendimento, “technical agreements”, “technical arrangements”, “joint implementation agreements”) entre nações, relativos a ApS e a evacuações sanitárias; no entanto, uma das regras basilares do ApS a forças destacadas, tanto em contexto OTAN como UE, consiste no facto de cada nação ser responsável pelo seu próprio nível de cuidados mínimo, correspondente a Role 1, que deve acompanhar a sua força.

⁴ STANAG 2037: “Vaccination of NATO forces”



A preparação de um ApS eficaz a destacar sustenta-se numa fase de pré-destacamento a mais exaustiva e fidedigna possível.

Durante a missão poderão vir a ser necessários acertos. Estes acertos deverão decorrer só da variabilidade da ameaça (picos de vítimas, tanto da ameaça militar como da epidemiológica) e nunca de uma fase de pré-destacamento inadequada.

(2) Fase de Destacamento

É durante a fase de destacamento que se farão sentir os constrangimentos acrescidos pela alteração das rotinas e das habituais condições de vida, atendendo à área geográfica em que se encontre a força. A prontidão do suporte médico tem de estar no seu ponto máximo de eficácia, de modo a que contribua eficazmente para a protecção da força.

As capacidades de prestação de cuidados presentes nesta fase, deverão ser conformes aos riscos calculados e anteriormente aferidos. Os serviços médicos devem ter a capacidade e a agilidade suficiente para modularmente se poderem expandir proporcionalmente aos riscos, de forma a lidarem capazmente com os picos de taxas de indisponíveis, mesmo excedendo as taxas esperadas.

Quer as capacidades médicas, quer os equipamentos, deverão ser de grande mobilidade, tornando assim possível levar os cuidados primários de reanimação e os meios de evacuação de feridos tão próximo quanto possível do local e momento da lesão.

(3) Fase de Pós-Destacamento ou de Retorno da Força

Esta terceira fase tem uma crucial importância, pois todos os dados adquiridos, e todas as lições aprendidas irão ter implicações nas fases seguintes da mesma operação que ainda poderá continuar a decorrer ou, sobretudo, para operações futuras.

Ao chegarem ao seu país de origem, todos os militares regressados de destacamento devem ser submetidos a um exame clínico e psíquico no sentido de se detectarem eventuais patologias que possam advir da sua participação naquele teatro de operações.

Nesta fase também é importante rever a adequabilidade das informações médicas e dos serviços médicos de suporte que foram prestados, de maneira que se possam implementar as correcções tidas por necessárias ou mais adequadas, quer para a operação em curso, se for o caso, quer para outras operações futuras.



b. Elementos de análise da prática actual

Para além da descrição efectuada nas entrevistas descritas anteriormente, fundamentais para se poder aferir o esforço, efectuado por cada um dos SSmil dos ramos, colocado na vontade de levar à prática corrente os princípios emanados da doutrina da OTAN, debruçámo-nos, ainda, na análise dos “Relatórios Finais de Missão” das FND.

Das entrevistas ressaltou claro que todas as fases de destacamento são satisfatoriamente observadas pelos ramos, ainda que a unanimidade também fosse evidente nos parcos contributos desenvolvidos em actividades de “medical intelligence”, sobretudo no aferir dos riscos e respectiva influência no desenho do ApS. A prática tem demonstrado que a arquitectura real do ApS às FND, entregue aos ramos, tem sido mais construída com base na ponderação das existências que propriamente do modo e com a abrangência que a doutrina OTAN admite.

Já da análise dos relatórios finais de missão perpassam algumas linhas de força que, pela sua constância, merecem ser interpretadas. A primeira diz respeito ao nível de ApS fornecido às FND: dos relatórios analisados – todos os que existiam e foram disponibilizados pelo COC - nunca ultrapassou o Role 1 e, nalgumas delas, apesar de serem compostas por um efectivo de 157 militares, “ao contrário das outras FND, ficou decidido que esta não integraria nenhum Oficial Médico”.⁵

Outra referência que aparece com demasiada frequência é a que se refere ao mau estado da saúde oral dos militares destacados, originando uma desproporcionada necessidade de tratamentos estomatológicos fora do território nacional⁶ e deixando perceber dificuldades no aprontamento da força, na fase de pré-destacamento que, como vimos, é da mais fundamental importância.

Ainda sobre o deficiente desempenho organizacional na fase de aprontamento da força, transcreve-se o descrito nas lições aprendidas : “O aprontamento sanitário decorreu com muitas deficiências, por inexistência de médico e enfermeiro na Unidade de

⁵ Relatório final de missão FND/ISAF 2ª Companhia de Comandos – AGO05-FEV06: “Um dos aspectos mais significativos em termos de bem-estar foi a ausência de um Oficial Médico integrado nesta FND: a) Como será fácil de reconhecer o facto dos militares terem de explicar determinada sintomatologia em língua inglesa, incrementa significativamente a dificuldade de estabelecimento de relação médico-doente; b) Por outro lado...é conhecimento comum de que as outras FND possuem Oficial Médico, sendo considerado algo incompreensível que o mesmo procedimento não tenha sido seguido para esta FND onde o nível de ameaça é significativamente superior, como aliás se veio infelizmente a verificar”.

⁶ As consultas de estomatologia/medicina dentária realizadas no TO, pelos números apresentados nos relatórios de fim de missão analisados, correspondem a 76% das consultas efectuadas fora do dispositivo nacional de apoio sanitário.



aprontamento. A vacinação e o rastreio estomatológico não foi feito adequadamente e nem se realizou em tempo oportuno”⁷.

c. Síntese conclusiva

Neste capítulo fizemos o estudo comparativo entre o que é entendido pela doutrina da OTAN como o ciclo fundamental na estruturação e organização correcta do ApS a um destacamento militar, e os procedimentos habitualmente desenvolvidos pelos SSmil dos ramos na prática nacional.

Com base nas entrevistas conduzidas conclui-se que cada serviço de saúde subtrai da doutrina da OTAN o seu *modus faciendi*.

A análise dos “Relatórios Finais de Missão”, contudo, oferece-nos uma visão mais realista e aponta-nos várias deficiências organizativas, afastando assim a prática nacional do previsto doutrinariamente pela OTAN.

4. Impacto da doutrina da OTAN nos Serviços de Saúde dos Ramos

a. A experiência conjunta nos Serviços de Saúde

As experiências conjuntas de prestação de ApS pelos SSmil dos ramos, no actual contexto estratégico, são bastante diminutas. De tal modo que, mesmo quando realizadas, não chegaram a ser consideradas como conjuntas, mas tão-somente “inter-ramos”⁸. Algumas merecem, contudo, ser referidas e recordadas.

Foi ao serviço da ONU que aconteceu a primeira destas experiências. Oficiais médicos portugueses, integrados na “*United Nations Protection Force*”, de Outubro de 1993 a Dezembro de 1995, desempenharam as funções de “Chief Medical Officer” em Kiselja, Bósnia Herzegovina. De Fevereiro de 1993 a Maio de 1994, Portugal participou também com 3 equipas cirúrgicas na denominada *Antena Cirúrgica Portuguesa*, com a missão de reforçar a estrutura sanitária projectada. Constituídas por nove elementos cada, entre médicos e enfermeiros, dos três ramos das FFAA, desenvolveram, a par da sua missão principal, um importante apoio humanitário à população local. (CARDOSO, 2006:900).

Para apoiar a *Missão de Observadores das Nações Unidas em Angola* (MONUA), Portugal assegurou, a partir de meados de 1997, um sistema de saúde, compreensivo e

⁷ Relatório final de missão da QRF/FND/ ISAF 2º Semestre 2006

⁸ Inter-Ramos é a terminologia usada por GOMES, 2006:946, in Revista Militar (58ºVol, nº 8/9), na descrição da “cooperação no que respeita ao pessoal do serviço de saúde” empenhado na MONUA.



autónomo, para apoiar os efectivos civis e militares daquela organização. Centrado na pessoa do Force Medical Officer, de nacionalidade portuguesa, um sistema C3I permitia articular e operar uma cadeia de evacuação-hospitalização que compreendia os Postos Médicos (Role 1), o Destacamento Sanitário nº 7 português (Role 2⁺), a Clínica da Sagrada Esperança em Luanda (Role 3) e o Hospital Militar nº 1 em Pretória (Role 4). Esta cadeia era servida por meios aéreos e terrestres para evacuação dos indisponíveis ao longo dos escalões do Teatro (GOMES, 2006:946).

Esta consistiu, efectivamente, na primeira experiência nacional de ApS em ambiente multinacional fora do território nacional, com um nível de responsabilidade e de capacidades médicas tão elevado, e com o concurso de pessoal dos SSmil dos três ramos.

Desta missão, considerada de relevante mérito pela estrutura das NU, retiraram-se vários ensinamentos, merecendo ser referidos dois:

- Dificuldades na coordenação entre os três ramos na nomeação dos elementos participantes, principalmente dos oficiais médicos;
- Desgaste rápido da capacidade de rotação em especialidades médicas, pela sua escassez nos Quadros de todos os Ramos (Anestésistas, Cirurgiões, Internistas). (CARDOSO, 2002:37).

Neste momento prepara-se uma equipe conjunta de saúde para integrar uma Medical Treatment Facility com um Contingent Specialised Staff que, durante um ano, constituirá um destacamento médico para o Hospital Militar do Kaia (Role 2E), em Cabul.

A já expressiva participação de militares portugueses dos SSmil em múltiplas missões fora do território nacional, vem demonstrar a capacidade de adaptação dos nossos militares a novas situações. Contudo, para que se atinja a possibilidade de promover ASC, ainda muito caminho deverá ser percorrido!

b. Condicionantes trazidas aos Serviços de Saúde pela doutrina da OTAN

Durante a guerra fria, as forças da OTAN foram alinhadas lado a lado. Cada força era logisticamente auto-suficiente, e na maior parte, o apoio médico era considerado como responsabilidade estrita de cada país.

Também a estrutura médica da OTAN se desenvolveu sob orientações estritamente nacionais, com um reduzido interesse pela “interoperabilidade”. Cada nação planeou providenciar o seu próprio apoio médico na máxima extensão possível, desde as fronteiras da batalha até ao seu país.

Quando se deu a queda do muro de Berlim, e a união soviética se desintegrou,



desenvolveu-se um novo conceito de defesa dentro da OTAN, que obviamente afectou o apoio médico. Como ameaça primária deixaram de se considerar os exércitos soviéticos, e a ameaça passou a ser a instabilidade. Nos flancos da OTAN, os estados falhados e os conflitos étnicos questionaram a paz, com conflitos que ameaçaram invadir o próprio território da OTAN. Para lidar com esta nova ameaça, desenvolveram-se diversos novos conceitos de operações, tal como o “combined joint task force”. Nenhuma nação voltará a planear “ir sozinha” – a partilha de recursos e a multinacionalidade tornaram-se o objectivo na área do suporte médico, área de operações bastante complexa. Claro que se manterão algumas estruturas e capacidades estritamente nacionais, mas crescerá o apoio multinacional, com os novos conceitos de nação líder e especialização de tarefas, mas verdadeiramente multinacional. O aumento da utilização de apoio do país hospedeiro será possível se os recursos médicos estiverem disponíveis na área de operações e de apropriada qualidade.

O aumento da coordenação com outras organizações multinacionais (ONU) e com organizações privadas não-governamentais será uma necessidade.

Assistimos assim a uma transformação da estratégia da OTAN, que adoptou uma postura de corpo expedicionário e desenvolveu o conceito de reacção rápida. A doutrina referente ao ApS adaptou-se também a estas alterações, visando ser um ApS modular, mais ligeiro, e, portanto, mais reactivo.

O Allied Command Operations (ACO) tem agora a difícil tarefa de se tornar um centro de operações efectivo e operacional, necessitando de gerar “*Memorandum of Understanding*” (MIMU) para as operações da OTAN. Com este fim, iniciaram um projecto para formar um “Role 2” comum e suportado pela OTAN, para ser gerido por uma nação que lidere uma coligação de outras nações, especialmente por aquelas que não têm as suas próprias infra-estruturas. Isto é um novo e prometedor desenvolvimento que vai fomentar uma maior uniformidade de doutrina médica e equipamentos, com todas as nações a treinar para usar a infra-estrutura comum da OTAN e atingir, desse modo, o completo estado de standardização⁹.

Para que os SSmil das FFAA possam ser empenhados em tal tipologia de operações terão necessidade de algumas alterações estruturais orientadas para uma resposta conjunta, aproveitando as naturais sinergias do esforço da junção das parcelas. É que nestas

⁹ A OTAN considera standardização o processo de desenvolvimento de conceitos, doutrinas, procedimentos e planos para alcançar e manter os mais efectivos níveis de compatibilidade, interoperabilidade, capacidade de intertrocas e comunhão nas áreas de operações, administração e material.



operações a saúde militar nacional não se poderá ficar pela disponibilização de apoio Role 1 – esse, como já se viu à saciedade, é responsabilidade orgânica da força, passando do escalão batalhão para o agora proposto escalão companhia¹⁰ - mas teremos que manter um nível de ambição compatível com a capacidade de sustentarmos, isolados, um Role 2⁺, e poderemos participar em apoios multinacionais de Role 3.

Aparecem assim vários aspectos condicionantes cruciais para os SSmil dos ramos: alguns em resultado da simples necessidade de trabalho e interacção de elementos dos três ramos, ou e mais que uma nação, impondo um esforço colectivo no conhecimento prático e profundo da doutrina, numa harmonização de práticas, procedimentos e materiais, conducentes ao reforço da interoperabilidade. Outros resultantes de ainda não se ter estabelecido uma cadeia de comando formalizada num órgão coordenador da saúde militar operacional, supra ramos, situado no EMGFA e que coordenaria e planearia o ApS às FND.

Um outro aspecto fundamental para que se atinja o proposto nível da ambição, diz respeito ao necessário equilíbrio e estabilidade dos QPs do pessoal dedicado à saúde, sobretudo em especialidades consideradas fundamentais para a missão.

Por outro lado, é ainda necessário que estes elementos tenham uma elevada competência técnica na sua área de actuação, e que lhes seja garantida a manutenção dessa competência através do treino diário e da participação frequente em exercícios dedicados. Também a participação regular em encontros internacionais de saúde militar se mostra francamente vantajosa na promoção dos laços entre as nações e na própria difusão do conceito e dos princípios do apoio médico às operações.

c. Síntese conclusiva

Passámos em revista a experiência portuguesa em ApS efectuado e baseado em elementos dos três SSmil dos ramos, fazendo notar a distância a que essas experiências se encontravam, ainda que bem sucedidas como no caso da MONUA, de um sólido apoio conjunto.

Enunciámos alguns dos princípios doutrinários da OTAN respeitantes ao ASC e relevámos o impacto que essa doutrina conjunta terá sobre os SSmil, de modo a constituir-se como força aglutinadora e sinérgica dos esforços parcelares dos Serviços de saúde dos três Ramos das FFAA.

¹⁰ “A recomendação da OTAN vai no sentido de sugerir que o posto de socorros seja orgânico à companhia, de tal modo que o pessoal empenhado no Role 1 esteja suficientemente treinado com os procedimentos da companhia, com a finalidade de operar nas zonas de insegurança” (HALBERT, 2007:349).



5. Vulnerabilidades identificadas no caminho para o conjunto

Embora seja semelhante o conteúdo da missão atribuída ao Serviço de Saúde de cada um dos ramos – “o apoio sanitário aos efectivos militares em qualquer situação, em especial no apoio às forças em operações ou em campanha” (AEDN, 2005:79), a organização, dimensão, distribuição e especialização dos respectivos quadros, é diferente em cada um, reflectindo não só as diferentes necessidades da respectiva componente territorial, como também as distintas exigências operacionais de cada ramo e a desigual dimensão dos seus efectivos.

O Serviço de Saúde Militar é actualmente apenas o somatório dos SSmil dos ramos, com poucas sinergias e escassa articulação; como excepção, podem ser referidos os Serviços de Utilização Comum (SUC)¹¹, e dois órgãos de apoio a mais de um ramo: a Escola de Serviço de Saúde Militar (ESSM) e o Centro Militar de Medicina Preventiva (CMMP)¹² (GRAÇA,2008:6). Estes órgãos, “inseridos na estrutura de um determinado ramo, têm como missão primária assegurar um apoio integrado, dispondo para isso estruturalmente de elementos e recursos dos ramos apoiados”.

O planeamento das necessidades de pessoal de saúde e o modelo da sua formação e treino tem sido, até hoje, responsabilidade exclusiva dos ramos, não obedecendo a qualquer directiva ou coordenação comum ou o resultado das necessidades sentidas pelo planeamento conjunto.

Ora, o ApS à componente operacional tem-se revelado progressivamente mais frequente e tecnicamente mais exigente. Carece, para a sustentação da Força, de médicos hábeis, treinados e qualificados para executarem a triagem, tratamento e evacuação dos indisponíveis, bem como necessita que todo o pessoal de saúde envolvido tenha a preparação necessária ao desempenho das suas funções nos ambientes operacionais mais adversos.

Equacionar o ASC às FND transporta-nos para uma realidade quiçá mais adversa que a bonomia existente nos SS dos ramos. Enquanto a soma de partes complementares tem maior valor que a simples soma aritmética, já quando se unem serviços carentes ou organicamente desequilibrados, o que sobressai é a maior vulnerabilidade do conjunto.

¹¹ Criados pelo Despacho n.º 188/MDN/95, de 31 de Julho, os Serviços de Utilização Comum, entendidos “como Órgãos/Serviços médicos especializados, que terão a seu cargo a prestação de cuidados do seu foro a todos os militares das Forças Armadas...”. “...Funcionam com os recursos humanos e materiais próprios do ramo em que estão sedeados proporcionam atendimento aos utentes dos três ramos das Forças Armadas, em condições de plena igualdade”.

¹² Criados pelo Decreto-Lei n.º 50/93 de 26 de Fevereiro.



Construir, ainda que conceptualmente, um modelo de ASC esbarra com algumas manifestas vulnerabilidades trazidas, apesar de tudo, pelo conjunto.

a. Doutrina

A primeira das vulnerabilidades encontradas situa-se ao nível da estratégia: não existe qualquer doutrina nacional para o ASC às FND's. A prática habitual é que, após a decisão política de aceitação da missão e após o desenho da constituição das forças a destacar, a Divisão de Operações do CEMGFA entrega a responsabilidade pelo ApS ao Serviço de Saúde de um dos ramos. Até nas escassas experiências de ApS ou destacamento sanitário conjunto, como na actual destacamento médico para o Hospital Militar do Kaia, assim se tem procedido.

b. Especialidades médicas existentes

Outra vulnerabilidade importante é a respeitante à extraordinária dispersão de médicos militares por diferentes especialidades hospitalares: fruto de erros passados cometidos pelos SS dos ramos, relativamente ao recrutamento de quadros, permitiu-se uma autêntica pulverização dos médicos militares pela quase totalidade das especialidades médicas hospitalares, algumas, reconheça-se, sem o mínimo interesse para a operacionalidade militar.

Este laxismo na escolha das especialidades conduziu a que algumas das especialidades fulcrais para o apoio médico, e para a medicina militar na sua essência, estejam, ainda hoje, quase desertas ou com um número tão baixo de especialistas que os impedem de ser destacados sem que o respectivo serviço hospitalar corra o sério risco de colapso. O exemplo mais paradigmático é a Anestesiologia: especialidade médica hospitalar com maior aplicação na medicina militar, não só pela imprescindibilidade nos actos cirúrgicos, mas também por ser a especialidade médica mais treinada em reanimação e suporte de vida.

Consideradas especialidades fundamentais, dependendo, obviamente, do nível de ambição do suporte médico a prestar, são anestesia, cirurgia geral, cirurgia plástica e maxilo-facial, medicina interna, medicina dentária, medicina geral e familiar, neurologia, oftalmologia, ortopedia/traumatologia, otorrinolaringologia, psiquiatria e saúde pública, a que se somam os farmacêuticos, a enfermagem militar bem como os técnicos de diagnóstico e terapêutica (radiologia, laboratório, imuno-hemoterapia e cardiologia).

O panorama actual de médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica



militares e respectiva distribuição, é o que está plasmado nos Apêndices III, IV, V e VI.

Da análise destes quadros também se conclui, dramaticamente, ser impossível sustentar um ASC, com nível de ambição de role 2⁺, sem comprometer os serviços hospitalares mantidos pela presença dos especialistas que teríamos agora necessidade de projectar. O destacamento de forças implica sempre uma capacidade de sustentação e realimentação do contingente, realizada com recurso aos efectivos que, em tempo de paz, desempenham funções nos respectivos serviços hospitalares militares. A exiguidade de especialistas e consequente défice nos serviços hospitalares, deixa irremediavelmente comprometidos à capacidade de destacamento ou a manutenção em funcionamento dos serviços. Remedios transitórios e soluções definitivas terão que ser encontrados para garantir sustentabilidade do sistema seja com reforço de quadros permanentes (QPs), seja com recrutamentos de contingência na comunidade médica civil.

c. Medicina Militar

O Estatuto da carreira médico-militar (decreto-lei 519/77) veio garantir a equivalência técnica e profissional entre esta e a carreira médica nacional, aproximá-las em termos remuneratórios, e valorizar os aspectos particulares da missão médico-militar (GOMES, 2000:153). A progressão na carreira militar ficou assim dependente do nível de valorização e de qualificação técnico-profissional dos médicos: a obtenção dos graus de especialista e a graduação em chefe de serviço da carreira médica nacional, são condições especiais de promoção dos oficiais médicos, para os postos de major e coronel, respectivamente¹³.

Se, por um lado, este facto deu um contributo muito significativo para a dignificação da carreira médico-militar, por outro lado levou a que cada médico militar procurasse configurar-se curricularmente com as carreiras médicas civis, obstaculizando o aparecimento e desenvolvimento da especialização em medicina militar.

“Quase todos os médicos militares integram uma carreira médica conceptualmente única, transposta da carreira hospitalar civil, e orientada apenas para a diferenciação nas especialidades médicas e cirúrgicas de interesse hospitalar” (GRAÇA, 2008:24).

“...no actual Sistema, as carreiras de saúde estão centradas na carreira hospitalar em detrimento das necessidades da saúde operacional, verificando-se assim um desgaste rápido de rotação em especialidades (anestesiastas, cirurgiões e internistas), o que não permite ao SSM ser empenhado em operações conjuntas/combinadas operando uma

¹³ Artigos 240º, 242º e 252º do EMFAR



unidade de nível 2/3 de forma continuada”(CALIXTO, 2006:4-2).

A saúde militar carece, contudo, de especialistas de outras carreiras e, sobretudo, com competências noutras domínios: no ApS é sempre necessário implementar procedimentos de higiene e sanidade ao mesmo tempo que são imprescindíveis outras competências técnicas em medicina de urgência, traumatologia, medicina de catástrofe, medicina tropical e, de acordo com o respectivo ramo de origem, em evacuações aéreas, medicina aeronáutica ou medicina hiperbárica.

d. Formação e treino

Após a queda do muro de Berlim, os SS viram-se envolvidos pela necessidade de prestar ApS às FND em operações de apoio à Paz. A participação nessas missões demonstrou não estarem os oficiais do SS suficientemente preparados para o desempenho das mesmas (GOMES, 2006:879) :“*Por força dos seus compromissos internacionais indeclináveis, o país enviou as suas Forças e os seus quadros para missões multinacionais, obrigando o Serviço de Saúde Militar a arriscados exercícios de improviso que, como todos gostamos de continuar a acreditar, a contar e por vezes até a estimular, caracteriza os portugueses*”(GOMES, 2002: 829).

Como resposta, foram os SSmil dos ramos ensaiando soluções, descobrindo caminhos que respondessem à cada vez mais premente necessidade de uma formação especializada em saúde militar para todos os técnicos do SSmil, a acrescentar à respectiva formação académica e técnico-profissional de base.

A DSS do exército estruturou, então, um curso de saúde militar, abrangendo as áreas de conhecimento de Medicina Preventiva, Medicina Ambiental, Medicina NRBQ, Prevenção e Tratamento do Stress de Combate, Medicina Tropical, Medicina de Emergência e Trauma, Medicina de Catástrofe, Saúde oral, Logística Sanitária, ApS de Campanha e Administração em Saúde, e, fruto de convénio celebrado com a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, acreditou-o como Curso de Pós-Graduação.

O Curso de Pós-Graduação em Saúde Militar (CPGSM), transversal a todo o profissional de saúde das FFAA, é composto por três níveis diferentes, ministrados em três períodos distintos da carreira militar:

Nível 1 – Ministrado logo após a obtenção da licenciatura e, no caso dos médicos, antes do início do respectivo Internato Médico;

Nível 2 – Ministrado na permanência nos postos de capitão/1º tenente e, no caso



dos médicos, durante o respectivo Internato Médico;

Nível 3 – Ministrado na transição de capitão/1º tenente para oficial superior e, no caso dos médicos, já após obtenção do grau de Especialista.

Resolvida a questão da formação teórica em Saúde Militar, fica por solucionar, e portanto continua a constitui-se como vulnerabilidade para o enfoque do presente trabalho, a questão do treino, mesmo em gestos técnicos ou médicos tidos como necessários no TO.

Sabendo que, por norma, *faz bem quem faz muito*, nenhum responsável por um dispositivo de ApS a Forças em operações ficará tranquilo só porque os elementos de saúde que o compõem estão qualificados com o curso de saúde militar.

Os gestos de ressuscitação e suporte de vida, bem como as primeiras medidas tomadas no tratamento do traumatizado, são de vital importância: devem ser correctamente executados, sem hesitações, e no tempo mais breve possível! Qualquer técnico que repita esses gestos múltiplas vezes no seu dia-a-dia, fá-los-á com muito maior perícia e rapidez que outro técnico que, embora com as mesmas qualificações, desempenhe quotidianamente outras funções.

A perícia e agilidade nestes gestos, salvadores de vidas e diminuidores de graves sequelas, não se treinam só com pós-graduações ou com actualizações cíclicas!

Assim, em termos de formação e treino do pessoal de saúde (médicos, enfermeiros, socorristas, TDT) que irá prestar cuidados no terreno, o que irá ser exigido no TO deverá ser *apenas* o prolongamento do que é a sua prática quotidiana!

Nos quadros dos SSmil dos três ramos temos, felizmente, técnicos qualificados nestas matérias porque as praticam diariamente ao serviço do INEM. Mas o número destes técnicos é, contudo, ainda muito escasso para neles assentar o correcto ApS projectável das FFAA.

e. Órgão Coordenador/Comando Centralizado

Conceber ASC, estruturá-lo, operacionalizá-lo e sustentá-lo, não pode estar dependente de boas-vontades, nem se deve sujeitar às contingências próprias da divisão de responsabilidades. Antes pelo contrário, deve ser o produto final de uma conjugação de esforços dos três SSmil que, em conjunto, desenvolverão as necessárias sinergias para, privilegiando a interoperabilidade dos ramos, aumentar a capacidade operacional resultante, flexibilizando o seu empenhamento em mais que um teatro, lhe confira capacidade de sustentação e promova um aumento da capacidade de resposta e de envolvimento no desempenho, de modo a atingir um nível de ambição mais alto.



Para agilizar este processo, desde a formação ao treino específico, passando pelos imprescindíveis e frequentes exercícios operacionais, até à necessária capacidade de nomeação dos intervenientes, entendemos ser conveniente a existência de um órgão coordenador ou comando centralizado que, possuindo a correcta informação, defina os procedimentos comuns, promova a criação de equipas conjuntas de intervenção rápida e promova o treino conjunto.

Este é um elemento conceptual de tal modo importante num dispositivo de ASC que, no nosso entender, a sua inexistência constitui vulnerabilidade profunda no sistema.

f. Síntese conclusiva

Projectar um modelo conceptual de ASC, baseado em três conjuntos diferentes de recursos humanos, com identidades próprias, formações distintas, doutrinas de operações adaptadas às idiossincrasias do ramo das FFAA em que estão inseridos, e com práticas também diversas, acarreta para o sistema que se pretende construir uma série de vulnerabilidades importantes, cujo levantamento e posterior conhecimento é obrigatório, para que sejam corrigidas ou alteradas no tempo adequado e oportuno.

A inexistência de uma doutrina de ASC, a dispersão de médicos militares pela quase totalidade do espectro das especialidades médicas, sem que se agrupem em serviços idóneos, são vulnerabilidades que investigámos e descrevemos. Também a formação em Medicina Militar, apesar dos enormes avanços realizados nos últimos quatro anos, ainda não é conforme ao que as FND, ou a Saúde Militar nacional necessitam. Aponta-se, por último, como grave vulnerabilidade para a coerência dos dispositivo, a inexistência de um órgão coordenador/comando centralizado, que pense e agilize o processo de formação do dispositivo de ASC, desde a constituição das equipas integradoras, até à formação ao treino específico, definindo os procedimentos e treinos conjuntos.

6. Ultrapassar as vulnerabilidades

Na esmagadora maioria das situações, uma terapêutica sintomática alivia os sintomas sem, contudo, resolver a doença que origina esses sintomas. Mas o tratamento correcto e definitivo exige, previamente, que se alcance um diagnóstico preciso, um diagnóstico de certeza.

Ainda que a discussão pormenorizada das medidas a implementar no sentido de resolver as vulnerabilidades, encontradas e descritas no capítulo anterior, não caiba no âmbito deste trabalho, é fundamental que sejam apontadas as alterações a introduzir no



actual panorama organizacional dos SSmil tendentes à sua resolução. Todas as vulnerabilidades descritas podem e devem ser ultrapassadas, transformadas em elementos de força numa renovada organização da saúde militar pensada e coerentemente estruturada à volta da prioridade e exigência do ApS à projecção de forças. Sem prejuízo de todas as outras funções dos SSmil, que deverão formar um conjunto coerente, o ApS às forças destacadas deve constituir-se como a grande prioridade e ser ela mesma a condicionante primária da reorganização dos SSmil. Já o modo como se corrigirão essas vulnerabilidades, ou o escalonamento no tempo da respectiva correcção depende, directamente, do nível de ambição colocada na qualidade do ApS a prestar.

Mesmo reconhecendo que os SSmil se deverão organizar em torno da missão primária do ApS às forças, este apoio não será credível nem de qualidade, não será bem sucedido se as demais funções dos SSmil forem ignoradas ou tratadas inadequadamente.

a. Hospital Militar

Podemos começar por referir que um dispositivo de ApS correcto necessita de se apoiar num Hospital Militar desenvolvido, qualificado, com as necessárias idoneidades para gerar competências próprias, capaz de manter o treino ao pessoal altamente especializado que assim se manterá sempre pronto e devidamente treinado para ser projectado e participar nas operações exteriores.

Para que se atinja um hospital de tal nível, será necessário, aliás cumprindo o já decidido pelo Conselho de Ministros de 7 de Fevereiro de 2008¹⁴, que se congreguem esforços no sentido da concentração de especialidades, evitando a duplicação e mesmo triplicação de valências pelos ainda existentes vários hospitais militares, retirando-lhes a fundamental massa crítica imprescindível para que se alcance o desiderato descrito no parágrafo anterior.

As especialidades médicas tidas como fundamentais para a medicina operacional deverão constituir serviços hospitalares devidamente estruturados que centralizem e aglutinem os efectivos, lhes proporcione o necessário treino e garanta a tranquila e qualificada continuidade de funcionamento, mesmo quando for necessário contribuir com elementos para integrar FND.

¹⁴ Resolução do Conselho de Ministros de 7 de Fevereiro de 2008: "...A reforma da Saúde Militar tem como objectivo garantir a saúde operacional e o serviço assistencial ao universo de utentes. Para este efeito, vai proceder-se à criação de um Hospital das Forças Armadas, organizado em dois pólos hospitalares (um em Lisboa e outro no Porto). O redimensionamento da actual estrutura hospitalar far-se-á de forma faseada: a curto prazo, a racionalização e concentração das valências médicas dos três Ramos; a médio prazo, a sua concentração."



É na motivação destes profissionais, altamente qualificados que deverá assentar uma das vertentes estratégicas dos SSmil, de forma a manter nas fileiras os seus médicos já especialistas, agregar novos elementos recém integrados e cativar jovens médicos para recrutamento. O melhor recrutamento é o resultante do exemplo dado pelos médicos tecnicamente respeitados e pelo trabalho por eles desenvolvido em serviços de referência.

A dispersão de meios, também aqui se revela perniciosa, contribuindo para a desagregação e isolamento de profissionais que tecnicamente não sobrevivem ao isolamento e ao subdimensionamento de serviços que, tantas vezes, só contam com um ou dois elementos.

Um hospital assim organizado necessita de tratar de patologia traumática aguda de modo a poder corresponder ao treino diário dos vários técnicos de saúde aí empenhados. Daqui resulta a relevância e necessidade imperiosa da existência de uma verdadeira urgência militar, cujo funcionamento constante seria assegurado pela totalidade dos técnicos de saúde militares que, assim, manteriam em alta a respectiva proficiência.

b. O Recrutamento e a manutenção nas fileiras

O pessoal de saúde, muito em particular os médicos, é normalmente escasso para as necessidades e para as múltiplas funções para que é solicitado e representa uma das principais condicionantes do funcionamento dos SSmil militares (CALIXTO, 2006: 4.6).

Assiste-se hoje a uma enorme dificuldade de dar continuidade à “Escola” por inexistência, em números significativos, de médicos-seniores que enquadrem os mais novos, que lhes transmitam os conhecimentos práticos e que com eles “*com vivam*” quotidianamente, de modo a que aqueles se possam enriquecer com os conhecimentos transmitidos, com as posturas imitadas e também com a confiança gerada pelo conforto de se sentir, nas difíceis horas das dúvidas clínicas, “seguros” por alguém que sabe mais de experiência feita. Este constrangimento resulta das dificuldades sentidas no recrutamento e da enorme facilidade e exagerada precocidade com que os médicos militares são catapultados para cargos não clínicos, ou, simplesmente se desvinculam da respectiva condição militar.

Logo após a Revolução de Abril, a análise comparativa entre a saúde civil (organização, parque hospitalar e perspectivas de carreira) e a saúde militar era bastante favorável a esta última. Os médicos militares granjeavam, nesta altura, de uma merecida consideração e prestígio, fruto do alto nível científico atingido pelo contingente de médicos que participaram e se desenvolveram com o esforço das campanhas no ultramar.



Não era difícil o recrutamento de médicos para os quadros-permanentes: os jovens médicos, recém-formados, escolhiam, tantas vezes, a medicina castrense, conscientes de que tinham acesso rápido à formação pós-graduada, culminando na especialização (normalmente de uma especialidade médica hospitalar e a mais das vezes a da sua escolha ou pessoal preferência...), num ambiente ordenado, organizado e disciplinado, dispendo de tecnologias de ponta (algumas das quais ainda uma utopia nos hospitais civis...), e auferindo um vencimento nunca inferior ao que ganhariam, na mesma graduação clínica, na carreira médica civil¹⁵. Outras vantagens eram as trazidas pela existência do serviço militar obrigatório – fornecia às fileiras os médicos e enfermeiros suficientes para as acções de cuidados primários de saúde nas unidades – e pela não prevista participação em conflitos próximos ou futuros.

As alterações verificadas na organização da saúde militar (fim do serviço militar obrigatório, perda do estatuto social e remuneratório dos militares e reaparecimento de missões no exterior), bem como a organização das carreiras médicas civis, o franco melhoramento das condições de trabalho na generalidade dos hospitais e o aparecimento de novos hospitais dispendo já de um avançado parque tecnológico, tornaram o mercado de trabalho civil bem mais apetecível, tornando cada vez mais difícil o recrutamento de médicos para os QPs. A estes factores devem-se somar os resultantes da aparente carência generalizada de médicos, a nível do país, fruto da política restritiva imposta pelos *numerus clausus* no acesso às faculdades de medicina, e ainda as implicações trazidas pelo predomínio de jovens do sexo feminino entre os alunos de medicina.

Em simultâneo, quer devido às leis do mercado, quer pelas enormes diferenças de possibilidades de realização científico-profissional para médicos “orientados para as especialidades médicas hospitalares”, tem-se assistido a um serôdio abandono da instituição militar por parte de muitos médicos após a obtenção do grau de especialista, agravando ainda mais as condições de trabalho dos que permanecem, mas, sobretudo impossibilitando um necessário planeamento dos SSmil, e em particular uma cuidada estruturação de um ApS coerente!

A própria regulamentação do internato médico¹⁶, unificando todo o processo formativo do jovem médico, sem serem permitidos interregnos ou tempos de espera como

¹⁵ Art. 18º, Decreto-Lei nº 519/77, de 17 de Dezembro: “Os oficiais médicos das forças armadas receberão as remunerações correspondentes aos seus postos, acrescidas de um diferencial de carreira, sempre que se verifique uma sub-remuneração em relação aos correspondentes graus na carreira médica nacional.”

¹⁶ Decreto-Lei nº 203/2004, de 18 de Agosto



no figurino anterior¹⁷, veio dificultar, se não impedir, o recrutamento antes da obtenção do grau de especialista.

Optou-se, então, pelo recrutamento de jovens após o 12º ano, incorporá-los nas Academias Militares e, por acordo com as faculdades de medicina, ministrar-lhes a formação em medicina desde o início. Enquanto vão progredindo no estudo e conhecimento da medicina, pela vivência quotidiana nas Academias e pela componente curricular específica militar, vão aprendendo as virtudes militares e configurando-se com a cultura institucional.

Com os enfermeiros passa-se, neste momento, exactamente o contrário: Tendo o país atingido um número excedentário de enfermeiros, não será difícil o seu recrutamento após terminada a licenciatura, com enormes economias para as FFAA.

Para ultrapassar todas estas dificuldades descritas, e não perdendo de vista o objectivo de gerar um dispositivo de ApS às FND coerente, somos obrigados a concluir que **a centralização do recrutamento se afigura bastante vantajosa** pois seguindo uma abordagem única permitirá uma distribuição ajustada às necessidades dos Ramos, tanto a nível quantitativo como qualitativo, tendo presente que no planeamento devem ser tidos em conta, os efectivos necessários para responder a qualquer tipo de missões a efectuar pelas FFAA, sem pôr em causa o funcionamento de todo o sistema (CALIXTO 2006: 4-7). O modelo seguido de incorporação de pessoal para a saúde militar através das Academias Militares parece-nos o mais coerente, mais correcto nos seus objectivos, embora o mais oneroso.

Existem, também, muitos médicos, no auge da sua competência e experiência, que passam à situação de reserva quando são indigitados para funções de gestão para as quais não se sentem muito motivados, uma vez que, do ponto de vista prático, estes cargos significam, o abandono de muitas funções clínicas (CHARRUA 2008: 28).

Para além do recrutamento centralizado, importa estruturar e dignificar as carreiras de modo a que se consigam evitar as saídas inopinadas e prematuras: a carreira é um factor de peso na escolha e fidelização das pessoas às organizações (GRAÇA 2008:40).

¹⁷ O internato médico inicia-se após a licenciatura em Medicina e corresponde a um processo único de formação médica especializada, teórica e prática, tendo como objectivo habilitar o médico ao exercício tecnicamente diferenciado na respectiva área profissional de especialização.

O anterior regime jurídico dos internatos médicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 128/92, de 4 de Julho, como fase de formação pós-graduada subsequente à obtenção da licenciatura em Medicina, contemplava dois processos formativos — internato geral e internato complementar — autónomos entre si, embora a frequência deste último pressupusesse a aprovação no internato geral.

Este modelo provocava um hiato temporal na formação pós-graduada entre o termo do internato geral e o início do internato complementar.



c. Que Especialidades Médicas?

Anestesia, cirurgia geral, cirurgia plástica e maxilo-facial, medicina interna, medicina dentária, medicina geral e familiar, neurologia, oftalmologia, ortopedia/traumatologia, otorrinolaringologia, psiquiatria e saúde pública, constituem, em nosso entender, as especialidades médicas que deverão ser desempenhadas por médicos militares num sistema de saúde militar coerente, tendo como missão primária o ApS aos efectivos militares em qualquer situação, em especial no apoio às forças em operações ou em campanha.

Todas as outras especialidades médicas, necessárias para o desempenho da medicina assistencial, curativa, e da medicina hospitalar podem ser, mesmo num hospital militar, exercidas por médicos civis. Não podemos é contar com os civis para enviar para qualquer hipotético TO.

Para além das enumeradas especialidades médicas são também fundamentais os enfermeiros militares, os técnicos de diagnóstico e terapêutica, bem como os veterinários militares e os farmacêuticos.

Uma das mais graves vulnerabilidades, impeditivas até, de, neste momento, se proceder ao desenvolvimento de um dispositivo de ApS projectável de nível superior ao Role 1, é, indubitavelmente, a inexistência, em número suficiente de especialistas nas especialidades médicas tidas como fundamentais para a medicina militar e, por outro lado, continuarem a existir serviços de um ou dois especialistas, e muitos médicos militares com especialidades médicas sem qualquer utilidade em medicina operacional.

Importa ter ideias claras, difundir conceitos, mas conjugar esforços num projecto que seja aceite pelos três SSmil: garantindo a especificidade, a história, a tradição e a missão de cada um, é, contudo, fundamental o compromisso de que o desenvolvimento desses SSmil se processe em torno da missão primária da medicina militar, e que a distribuição das especialidades, em cada um dos SSmil, obedeça a um plano conjunto para que se possa, no futuro próximo, alterar a situação que no nosso tempo se vive. Se este princípio é fundamental para as especialidades médicas, não deixa de o ser também para todos os técnicos de saúde tidos como necessários para o ApS destacado: enfermeiros, TDT, farmacêuticos, psicólogos, veterinários.

O modo mais efectivo de se não criarem dicotomias perniciosas entre a medicina curativa, assistencial, hospitalar e a medicina operacional, em tempo de recursos escassos, é usar o princípio de que, em saúde militar, unicamente as funções e especialidades projectáveis deverão ser estritamente recrutados com o estatuto de militar. Todo o pessoal



que ocupa funções e especialidades não projectáveis passarão a ser recrutados unicamente sob o estatuto de pessoal civil.

d. Formação específica

“Em ambientes extremos, tendo por inimigos o tempo, a escassez de recursos, a imprevisibilidade, a adversidade, sob a pressão da guerra ou da catástrofe, o médico militar tem que estar habilitado a responder a desafios em que será posta à prova muito mais que a sua competência médica *tout court*, mas também a sua coragem moral, o seu espírito de sacrifício, a sua robustez física, a sua capacidade de liderança de equipas de profissionais de saúde, o seu conhecimento do enquadramento táctico e estratégico e a sua competência como gestor de recursos críticos.” (GOMES, 2006:949).

A pós-graduação em Medicina Militar, de que se cumpriu em 2008 o quarto curso de nível I, constitui um esforço importante e um avanço relevante para colmatar lacunas, nalguns casos mesmo vazios formativos nesta tão importante como diversificada área do saber para a saúde militar. Com alguns necessários reajustes curriculares e uma mais oportuna calendarização atingirá sem dificuldades os objectivos a que se propôs.

Se bem que esta diversificação necessária de saberes, adaptada às condições extremas da prática dos gestos curativos, seja importante, o “terreno” em que é vertida não deixa de ser fundamental. Quero com isto dizer que, paralelamente aos conhecimentos em medicina militar, é fundamental que, na respectiva área do saber, cada elemento da equipe sanitária seja o mais qualificado e treinado possível. No desempenho de um Role2⁺ não importa só ter um cirurgião geral qualificado com os três níveis de pós graduação em medicina militar: importa sim que, para além disso, seja um bom cirurgião, treinado e com uma prática cirúrgica diária condizente com o título de especialista que possui! E o que é verdade para o cirurgião é-o também para qualquer técnico de saúde que, idealmente, deve estar diariamente empenhado em fazer todos os gestos que terá necessidade de realizar no ambiente hostil da missão para onde será projectado. A clarividência de raciocínio, a precisão de gestos, a coordenação de esforços e a capacidade de decisão, tão necessários ao desempenho de um médico, tornam-se ainda mais prementes quando esse desempenho decorre sob pressão, em ambiente hostil. Daqui decorre a já referida necessidade de um hospital militar idóneo, com concentração de serviços, abundância de patologia, onde todos estes elementos trabalhem os gestos salvadores que farão quando em missão de ApS.

Todos os técnicos de saúde, para além da formação e proficiência profissional trazida pela respectiva especialidade, para além dos conhecimentos em medicina militar,



quando integrados numa missão de ApS a FND's, necessitam de se encontrar qualificados, com vista a estandardizar os procedimentos, nos seguintes cursos¹⁸:

- Médicos: “Advanced Trauma Life Support” (ATLS) ou curriculum similar¹⁹; Curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) ou Suporte Imediato de Vida (SIV); Curso Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do INEM.
- Enfermeiros, TDT: “Pré-hospital Trauma Life Support” (PHTLS) ou curriculum similar; SAV ou SIV; Curso Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do INEM.
- Praças SS, Socorristas: “Pré-hospital Trauma Life Support” (PHTLS) ou curriculum similar; Curso Tripulante Ambulância Emergência (TAE).

Uma forma segura de manter uma elevada proficiência nestas áreas e realizar um constante treino, “on job training”, seria a possibilidade de protocolar com o INEM a formação de equipas completas de pessoal militar de saúde que equipariam algumas das VMER's. Estas equipas, graças ao trabalho quotidiano desenvolvido, encontrar-se-iam sempre no mais alto padrão de preparação e prontidão.

e. Doutrina

Uma vulnerabilidade que importa, desde já, ultrapassar é a inexistência de doutrina nacional de ASC. Existem doutrinas de ApS dos ramos, mas não existe qualquer referência doutrinária conjunta nacional. A tendência é seguir a doutrina da OTAN. De facto esta mesma doutrina assume enorme relevância, sobretudo porque prepara a interoperabilidade inter-aliados. Não substitui, em nosso entender, a existência de doutrina nacional.

Os SSmil dos ramos têm a obrigação de olhar em conjunto para o futuro da prontidão médica: tornar-se-á mais fácil se apoiados no desenvolvimento de uma doutrina sanitária conjunta.

A doutrina condensa a experiência em sabedoria, captando os êxitos ou fracassos, e transporta lições intemporais de uma geração para a seguinte. As lições aprendidas a partir de conflitos anteriores, a formação, a história, e mesmo o trabalho intelectual realizado pelos teóricos, acrescentam sabedoria ao desenvolvimento de uma doutrina sã. A doutrina deve fornecer um modelo para a melhor maneira de organizar, formar e treinar, equipar, e empregar as capacidades médico-sanitárias. Deverá reflectir as linhas de mudança, as

¹⁸ AMedP-17 – Training Requirements for health care personnel in international missions, 10 March 2009

¹⁹ STANAG 22, “Requirements for Military Trauma Care Training”



inovações, e as crenças sobre as quais os planos ou estratégias são construídas.

Se queremos ASC temos que rapidamente produzir doutrina nacional conjunta, onde constem de modo claro, as indicações precisas para o planeamento, formação e treino conjuntos: Se é esperado que o pessoal de saúde funcione sem falhas na prestação conjunta de cuidados de saúde ou de ApS durante a guerra ou outras operações, deve treinar em conjunto e em conformidade com as orientações doutrinárias estabelecidas. Esperar que as unidades sanitárias individuais sejam destacadas para um ambiente conjunto/combinado e que funcionem sem falhas, sem formação prévia e orientações processuais estruturadas é o caminho certo para o fracasso.

Fundamentos doutrinários sólidos combinados com exercícios exigentes são a chave para um apoio médico conjunto eficaz para as operações futuras.

f. Síntese conclusiva

O nível de ambição em que pretendemos colocar o ASC às FND's depende da resolução das vulnerabilidades encontradas e descritas no capítulo anterior. Neste capítulo centrámo-nos exactamente no esforço que se deverá realizar, em nossa opinião, bem como na proposta de algumas soluções para que sejam ultrapassadas essas vulnerabilidades.

E o primeiro mas imprescindível esforço diz respeito à necessária recentragem da organização de cada SSmil dos ramos em torno da missão: A saúde militar necessita de ser reestruturada tendo como objectivo e ponto de partida a exigência prioritária do ApS às forças projectadas²⁰.

Esse é um dos motivos que justificam a necessária existência de Hospitais militares com serviços idóneos, capazes de formar e treinar os necessários especialistas (médicos, mas também enfermeiros, TDT e auxiliares ou socorristas) militares, sempre treinados e prontos para serem projectados com as forças, sem com isso comprometerem o normal funcionamento dos respectivos serviços hospitalares.

Partindo do reconhecimento de que o recrutamento para o pessoal de saúde seria mais racional se levado a cabo por um órgão centralizado, descrevemos ainda as especialidades médicas que consideramos fulcrais para a saúde militar, bem como a respectiva formação e treino. Recordamos que defendemos o princípio de que só devem ser militares as funções e especialidades que puderem ser projectáveis.

²⁰ O Comunicado do Conselho de Ministros de 11 de Dezembro de 2008, sobre a Proposta de Lei que aprova a Lei Orgânica de Bases de Organização das Forças Armadas, refere: "...O objectivo é a melhoria da capacidade de resposta operacional, em linha com os novos requisitos de emprego de forças, condições indispensáveis para garantir uma crescente capacidade de projecção, quer em missões autónomas, quer em missões internacionais.



Por fim evidenciámos a necessidade de se produzir uma doutrina nacional coerente, robusta e objectiva, de ASC às forças, fundamental para o sucesso do apoio médico conjunto em futuras operações militares.

7. Nível de apoio sanitário conjunto

O nível de ApS a dispensar às FND depende da ambição projectada em tal tarefa, mas também da realidade da saúde militar, com as vulnerabilidades referidas anteriormente. Não é utópico ambicionar-se, de forma conjunta, atingir o nível Role 2⁺ mas tão-somente após resolvidas essas vulnerabilidades, sendo que actualmente não poderemos dispor mais que o role 1 que tem acompanhado as FND, e, com grande esforço e difícil sustentação, participar em Unidades Médicas Multinacionais integradas (MIMU). Aliás poderá ser um caminho estratégico seguro a disponibilização gradual de um maior número de especialidades para participarem nas MIMU – consoante os respectivos quadros nacionais vão sendo fixados – até se atingir todas as necessárias para manter e sustentar o ambicionado role 2⁺.

Da análise da distribuição dos médicos militares pelas várias especialidades médicas ressalta clara a impossibilidade de se atingir, neste momento, o ambicionado role 2+ onde deve existir, recordemos, capacidade de CCD: a inexistência de anestesistas militares (actualmente dois!) frustra esse objectivo.

Assim consideramos que o Role 1 deve continuar a ser orgânico às forças integradoras das FND e que a disponibilização dos restantes níveis de apoio sanitário deverá ser procurada e garantida através de memorandos de entendimento com outras nações participantes e/ou com a nação hospedeira.

Esta é uma situação que se espera transitória pois a saúde militar portuguesa, depois de reorganizada, deverá disponibilizar um completo e exemplar ApS não só às FND mas em todas as situações que as FFAA e o país necessitem. Com esse fim propomos o modelo que passamos a descrever e que será possível, seguindo o progresso formativo dos médicos militares em formação, dentro de 3 anos.

a. Modelo de Apoio Sanitário Conjunto às FND

O role 1 continua a ser orgânico às forças integrantes, respeitando as especificidades dos ramos.

O role 2⁺, aceite como máximo nível de ambição no ASC às FND, passará a estar constituído formalmente, e com os respectivos elementos nomeados, na dependência do



órgão coordenador/comando centralizado da medicina operacional da saúde militar situado no EMGFA. Este órgão providenciará a realização de exercícios operacionais de modo a que seja promovido o treino conjunto. Todos os elementos nomeados se manterão nas suas habituais funções – no hospital militar, por exemplo - encontrando-se para os exercícios conjuntos, e mantendo um estado de prontidão, em caso de alerta operacional, de 3 a 72 horas. Este contingente de primeira linha, é secundado, como complemento operacional e com o objectivo de reforçar ou substituir os primeiros, por mais duas equipas cirúrgicas, cujos elementos também continuarão a desempenhar as suas habituais funções, assumindo um estado de prontidão de 5 dias.²¹

Com este modelo de ASC ficam cobertas todas as hipóteses de missões urgentes em que a saúde militar possa ser chamada a intervir: resposta às necessidades multinacionais (em particular da OTAN através das «NATO Response Force», da UE através do «Battle Group») e resposta a eventuais necessidades nacionais e dá-se cobertura a uma grande diferenciação e diversificação de missões, desde o apoio às FND com ou sem componente humanitária, até às estritamente humanitárias.

Formadas, nomeadas e treinadas estas equipas através de exercícios frequentes, testada a interoperabilidade, ficam assim disponíveis para participarem na tipologia de missão que tenha sido decidida: desde a simples integração numa MIMU, à já possível participação como Nação Líder em missões multinacionais, até ao esforço de se manter o role 2⁺ completo e sustentado em dois TO.

Dos exercícios fará parte o treino com os hospitais de campanha a projectar e modularmente a serem activados no terreno, bem como deverá ser exercitado o funcionamento de hospital de campanha a funcionar a bordo do navio polivalente logístico.

A alimentação em recursos humanos deste modelo continuará a ser efectuada pelos ramos, ainda que seja com a orientação expressa do órgão coordenador/comando centralizado. A sua composição deverá ser estável e duradoura e não estar dependente dos efeitos que possa provocar nos quadros hospitalares de onde a maioria desses elementos deverão ser oriundos: para que o sistema funcione sem sobressaltos de desgastes rápidos, como já anteriormente referido, esses elementos devem ser “supranumerários” nesses serviços hospitalares.

²¹ Uma equipa cirúrgica é constituída por um 1 cirurgião geral, 1 ortopedista, 1 anestesista, 2 enfermeiros de anestesia, 2 enfermeiros de bloco operatório, 1 enfermeiro geral, 3 auxiliares de acção médica e 1 administrativo.



Seria ainda interessante poder-se propor que, sempre que necessário, o lugar hospitalar deixado em branco com a saída de um especialista, em missão operacional, fosse desempenhado, durante a sua ausência, por um outro militar na reserva e da mesma especialidade.

8. Conclusões

Este trabalho de investigação teve como objectivo fornecer alguns contributos para um modelo conceptual de ASC às FND, e desenvolveu-se em torno da resposta à questão central: “*Que factores relevantes influenciam a criação de um dispositivo de Apoio Sanitário conjunto às Forças Nacionais Destacadas e que implicações têm na sua exequibilidade?*” Para isso foram definidas seis questões derivadas e construídas outras tantas hipóteses, levando em conta os objectivos do trabalho e o quadro teórico que o enquadrava, que foram sendo confirmadas com o desenrolar da investigação.

Analisada a prática de ApS nas FFAA, conclui-se ser esta orientada pela doutrina da OTAN, ainda que vicissitudes várias impeçam que as respostas organizativas lhe sejam completamente conformes, como facilmente se percebe nos relatórios de fim de missão das FND.

Esta doutrina da OTAN tem que se reflectir quer nos SSmil, quer num espaço acima dos ramos, acarretando uma premente necessidade de trabalho conjunto, harmonizando práticas, procedimentos, materiais, de modo a aumentar a pretendida operabilidade. Isto atinge-se com o recurso a constantes exercícios conjuntos, mas também com estabilidade e equilíbrio nos QP do pessoal de saúde.

Na congregação de esforços, programando o conjunto, identificam-se graves vulnerabilidades: a falta de uma doutrina nacional conjunta, um quadro de especialidades médicas completamente descoordenado, uma carreira médico-militar demasiado centrada nas especialidades hospitalares, uma ainda pouco operante formação em medicina militar, uma permanente dificuldade em manter a proficiência de gestos técnicos dos especialistas qualificados para esse efeito, e, por último, a **reconhecida falta de um Órgão Coordenador/Comando Centralizado que defina os procedimentos comuns, promova a criação de equipas conjuntas de intervenção rápida e promova o treino conjunto.**

São apontados caminhos possíveis para ultrapassar as vulnerabilidades.

No nosso entender, fruto da experiência pessoal e ancorados na pesquisa bibliográfica efectuada, nas entrevistas realizadas, bem como no historial recente do



percurso da medicina militar de outros países, esse caminho é justamente o que levará ao recentrar dos objectivos da Medicina Militar em Portugal. Assim, reorganizada em torno do ApS às forças, constituir-se-á como um sistema completo e coerente, compreendendo **um Centro Hospitalar desenvolvido, qualificado, suficientemente idóneo para que gere as suas próprias competências.** E a pujança da medicina hospitalar militar constitui-se como importante baluarte para um ASC correcto e tecnicamente evoluído pois fará melhor e mais depressa determinada cirurgia no TO, quem a realiza múltiplas vezes no seu dia-a-dia hospitalar.

Propomos que o recrutamento do pessoal de saúde, passe a ser centralizado, pois permitiria uma distribuição ajustada às necessidades dos Ramos sem perder a imprescindível visão do conjunto, fundamental para o tema em investigação, bem como estamos convictos que, em tempo de recursos escassos, **só devem ser recrutados como militares os elementos de saúde cujas funções e especialidades possam ser projectáveis.**

Também **propomos que seja produzida doutrina conjunta:** a doutrina de ASC tem de proporcionar a estrutura para um treino realista de prontidão de combate a todo o pessoal de saúde, facilitará o planeamento conjunto e a utilização dos activos dos 3 serviços pelo comandante das forças conjuntas.

Todo o trabalho se desenvolveu colocando em paralelo a doutrina da OTAN e a realidade nacional. Assim, depois de evidenciadas as vulnerabilidades e propostas algumas alterações conducentes a eliminá-las, escalonámos no tempo um modelo de ASC às FND que, em nossa opinião, será útil, exequível, de garantida sustentabilidade e assente em critérios de reconhecida credibilidade.

Atendendo às características deste trabalho, os resultados atingidos não pretendem mais que constituir sérios e válidos contributos, em termos de conhecimento estruturado sobre esta temática. A prevista reestruturação da Saúde Militar deverá constituir a grande oportunidade de dotar as FFAA de um Sistema exemplar, completo, coerente porque centrado, necessariamente no apoio integral às forças.

We must be ready to support combat arms and operations. If we can't be ready, there's no reason to be in uniform.

Ten.Gen. Charles Roadman
Air Force Surgeon General



BIBLIOGRAFIA

LIVROS E PUBLICAÇÕES

- AEDN (2005). *Anuário Estatístico da Defesa Nacional*. Ministério da Defesa Nacional.
- BARRENTO, Martins, (1993). *Alguns comentários sobre Forças Multinacionais*. Nação e Defesa nº 68, pag. 125-130. Lisboa: IDN.
- BOUTIN, J.P., (2007), *Approche de la Communication Sanitaire en Situation de Crise*, Médecine et Armées, Paris, 2007, 35: 215-220.
- BRICKNELL, Hanhart, (2007). *Stability operations and the implications for military health services support*, JR Army Med Corps, London, Abril 2007, pp. 18-21.
- CALIXTO, Manuel, (2006). *Integração dos Hospitais Militares*, TII 2005/2006, Lisboa, IESM.
- CARDOSO, Jorge Mateus, (2002). *A doutrina do apoio sanitário em operações conjuntas e combinadas (AJP MED), em missões NATO, medidas a implementar no Serviço de Saúde Militar*. TILD 2001/2002, 38 pp. Lisboa: IAEM.
- CARDOSO, Jorge Mateus, (2006). *Os Serviços de Saúde Militares e as Missões Internacionais*, Revista Militar, Nº 8/9, Agosto/Setembro 2006, pp. 899-904.
- CARRILHO, Maria (1985). *Forças Armadas e Mudança Política em Portugal no Séc. XX – Para uma explicação sociológica do papel dos militares*. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda.
- CHARRUA, Bento, (2008). *Reestruturação das Carreiras Médico-Militares na Força Aérea*, TII, Lisboa, IESM
- COELHO, Alberto,(2006). *Reforma da Saúde Militar – Uma intenção muitas vezes adiada*, Revista Militar, Nº 8/9, Agosto/Setembro 2006, pp. 785-790.
- COWLEY, et al., (1974). *A prognostic index for severe trauma*. Journal of Trauma, Vol 14: 1029-1035, [S.I.]: [s.n.].
- DUARTE, José ,(1996). *Dispositivo de Urgência em caso de Acidente Aéreo*, IAÉFA, Boletim Nº 9, Julho 1996, pp.63-92.
- FERREIRA, Brandão, (2007). *O Serviço de Saúde Militar no Princípio do Século XXI em Portugal*”, Actas do XVI Colóquio de História Militar – O Serviço de Saúde Militar, Vol I, Lisboa, 2007, pp. 133-219.
- GODART, P. (2007). *Peut-on parler de Stratégie Opérationnelle du Soutien Santé?*, Médecine et Armées, nº 35, Paris, pp. 397-404.



- GOMES, Abílio, (2000). *A medicina militar e os desafios nos novos cenários da sua actuação*, Boletim IAEM N° 51, Abril 2000, pp.151-164.
- GOMES, Abílio, (2002). *O serviço de saúde militar no ponto de viragem*. Boletim N°56, 8 de Novembro de 2002. Lisboa: IAEM.
- GOMES, Abílio, (2006). *Importância da formação pós-graduada em Saúde Militar*, Revista Militar, N° 8/9, Agosto/Setembro 2006, pp.879-890.
- GOMES, Abílio, (2006). *O Apoio Sanitário no Teatro de Operações – evolução do conceito à luz dos novos cenários*, Revista Militar, N° 8/9, Agosto/Setembro 2006, pp. 937-950.
- GRAÇA, António, (2008). *O Regime dos Quadros especiais da Área da Saúde das Forças Armadas, TII, Lisboa, IESM*.
- HALBERT, E., (2007). *Soutien Médical de L’OTAN en Afghanistan, Médecine et Armées*, 2007, N° 35, pp. 345-349.
- HONORÉ, F. et al., (2007). *Dispositif Santé de Veille Opérationnelle, Une réponse du Service de santé des armées aux missions d’urgence*. Médecine et Armées, Paris, 2007, 35: 199-203.
- JENKINS, Ian, (2004). *The Changing World of Military Health Care*, J R Army Med Corps, 150: 234-238.
- LEITÃO, Miguel, et al., (2006) *Repensar o sistema de saúde das Forças Armadas*. TAG, 2005/2006. Lisboa: IESM.
- MARQUES, Nunes, (2006). *Organização dos Serviços de Saúde Militares: uma visão actual*, Revista Militar, N° 8/9, Agosto/Setembro 2006, pp. 857-878.
- MDN, (2001). *Livro Branco da Defesa Nacional*, Ministério da Defesa Nacional, Lisboa.
- MEDEIROS, Manuel J. Q., (1990). *A educação médica contínua e a idoneidade dos Serviços no Hospital da Força Aérea*. Sintra: IAEFA, Junho de 1990.
- OLIVEIRA, João P.(2004). *O Sistema de Saúde da Força Aérea face à conjuntura actual*. DIAEFA 161-8. Sintra: IAEFA, Abril de 2004.
- PARKER, PJ, (2006). *Damage Control Surgery and Casualty evacuation: Techniques for Surgeons, Lessons for Military Medical Planners*, J R Army Med Corps, 2006; 152: 202-212.
- SANTOS, Bargão dos,(1996). *O Apoio Sanitário em Campanha*, Boletim IAEM n° 38, Maio 1996, pp.51-70.



SOARES, Évora [et al.],(2003). *Estratégia nacional – implicações no sistema de saúde da Força Aérea*. Sintra: IAEFA, trabalho de grupo, Maio de 2003.

LEGISLAÇÃO

CEDN, Conceito Estratégico de Defesa Nacional. Resolução do Conselho de Ministros n.º 6/2003, de 20 de Dezembro de 2002.

CEM, Conceito Estratégico Militar. Aprovado pelo Conselho Superior de Defesa Nacional em 14 de Janeiro de 2004.

Conceito Estratégico da NATO. Aprovado pelos Chefes de Estado e de Governo, que participaram na Reunião do Conselho do Atlântico Norte em Washington D.C, nos dias 23 e 24 de Abril de 1999.

Constituição da República Portuguesa. D. R. I Série A. Nº 286 (12 Dez.2001), p. 8172-8217.

DECRETO-LEI n.º 519-B/77 de 17 de Dezembro D. R. I Série n.º 290, p. 2983-2986.

Promulga o Estatuto da Carreira Médico-Militar.

DECRETO-LEI n.º 332/86 de 2 de Outubro. D.R. Procede a alterações no Decreto-Lei n.º 519-B/77 de 17 de Dezembro. Equipara as carreiras médico-militares com as civis.

DESPACHO n.º 182/MDN/94 de 29 de Dezembro – Conceito de Serviço de Utilização Comum (SUC).

DESPACHO n.º 188/MDN/95 de 31 de Julho – Criação dos Serviços de Utilização Comum (SUC's).

DESPACHO n.º 192/MDN/95 de 3 de Agosto – Criação do Conselho Consultivo de Saúde Militar.

EMFAR, Estatuto dos Militares das Forças Armadas. Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 236/99, de 25 de Junho, com a redacção da Lei n.º 25/2000, de 23 de Agosto, renumerado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 197-A/2003, de 30 de Agosto, com as alterações do Decreto-Lei n.º 166/2005, de 23 de Setembro.

LDNFA, Lei de Defesa Nacional e das Forças Armadas (1982). Lei n.º 29/82, de 11 de Dezembro (alterada pela Lei n.º 18/95, de 13 de Julho, pela Lei Orgânica n.º 3/99, de 18 de Setembro, e pela Lei Orgânica n.º 4/2001, de 30 de Agosto).

LOBOFA, Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas. Lei n.º 111/91, de 29 de Agosto (alterada pela Lei n.º 18/95, de 13 de Julho, e pela Lei Orgânica n.º 3/99, de 18 de Setembro).



LOEMGFA, Lei Orgânica do Estado-Maior-General das Forças Armadas. Decreto-Lei n.º 48/93, de 26 de Fevereiro.

LOMDN, Lei Orgânica do Ministério da Defesa Nacional. Decreto-Lei n.º 47/93, de 26 de Fevereiro (alterada pelo Decreto-Lei n.º 290/2000, de 14 de Novembro).

PROGRAMA DO XVII GOVERNO CONSTITUCIONAL, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa, 2005, 162 pp.

PUBLICAÇÕES OTAN

AMedP-17 – Training Requirements for Health Care Personnel in International Missions, March 2009

AJP-4(A) – Allied Joint Logistic Doctrine. NSA, 2003.

AJP-4.6 – Multinational Joint Logistic Centre Doctrine. NSA, Junho de 2001.

AJP-4.10 – Allied Joint Medical Support Doctrine. NSA, 2002.

MC 319/1(Final) – NATO Principles and Policies for Logistics. EAPC, 17 de Dezembro de 1997.

MC 326/2 (Draft) – NATO Medical Support Principles and Policies. NATO/EAPC, 2002.

ENTREVISTAS

Major General Médico Joaquim Manuel Lopes Henriques, então Director do Hospital Militar Principal e do Hospital Cirúrgico Móvel, agora Director de Saúde do Exército, Março 2009.

Contra-almirante Carlos Manuel Mina Henriques, Chefe do Estado-Maior do Centro de Operações Conjunto do Estado-Maior General das Forças Armadas, em Março 2009.

CFR MN Costa Dias, Responsável pela Medicina Operacional da Marinha. Medical adviser do exercício Lusíada. Entrevista em Março 2009.

Tenente Coronel SS Joaquim António Mendes da Luz Machado Caetano, Direcção do Serviço de Saúde do Exército, entrevista em Janeiro 2009.

Tenente-coronel SS Rui Adriano André da Silva Santos, Professor do IESM. Conhecedor de Medicina Militar e Apoio Sanitário, bem como em Formação específica. Director de curso dos Alunos de medicina da Academia Militar. Entrevista realizada em Março 2009.



Tenente-coronel Médico Regina Ramos, Chefe da segunda repartição da Direcção de Saúde da Força Aérea Portuguesa. Responsável pela Medicina Operacional na FAP.
Entrevista realizada em Dezembro 2008.

SÍTIOS DA INTERNET consultados

<http://www.ramcjournal.com/special.html#ccc>

<http://www.mdn.gov.pt/mdn/pt/>

<http://www.mdn.gov.pt/mdn/pt/Defesa/operacoes/mi/>

<http://www.emgfa.pt/pt/operacoes/missoes>

<http://www.operacional.pt/missoes-exteriores-em-destaque/>

<http://www.un.int/portugal/mhp1992-2002.htm>

http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MDN/Comunicacao/Intervencoes/20071021_MDN_Int_Dia_Exercito.htm

<http://www.defense.gouv.fr/sante/dicodsearch/dicodadvancedsearch>

<http://www.jornaldefesa.com.pt/>



LISTA DE APÊNDICES

- | | |
|----------------|---|
| Apêndice “I” | Glossário de Conceitos |
| Apêndice “II” | Diagrama de Indução |
| Apêndice “III” | Distribuição dos Médicos Militares por especialidade e Ramo |
| Apêndice “IV” | Distribuição dos Médicos Internos Militares, por Especialidade e Ramo |
| Apêndice “V” | Enfermeiros militares e civis, por Ramo |
| Apêndice “VI” | Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica – militares e civis – por Ramo |



APÊNDICE "T" GLOSSÁRIO DE CONCEITOS

- Álea – Álea é um termo jurídico que significa literalmente a possibilidade de prejuízo simultaneamente com a de lucro, ou, noutras palavras o risco pelo qual o contratante deve ser ressarcido em caso de prejuízo.
- Cirurgia de Controle de Danos – Procedimentos cirúrgicos e tratamentos emergentes que visam estabilizar os feridos, em ordem a salvar a vida, membro ou função, sempre desempenhados por uma equipe cirúrgica. Estes procedimentos, não sendo definitivos, devem ser completados pela cirurgia primária.
- Cirurgia Primária – É a cirurgia direccionada a resolver e reparar as lesões locais causadas pelas feridas, e traumatismos, mais que corrigir os efeitos generalizados ou sistémicos por elas provocados. Normalmente é efectuada nos Role 3. Os atrasos na cirurgia primária levam, muitas vezes, ao desenvolvimento de efeitos generalizados que aumentam a mortalidade, morbidade e a lesões e deficiências residuais.
- Emergência pré-hospitalar – Situação resultante de patologia médica ou traumática súbita, que ocorre fora do meio hospitalar e que exige medidas (médicas ou de enfermagem) de abordagem imediatas no local da ocorrência e durante o transporte até ao meio hospitalar mais próximo.
- Estomatologia – especialidade médico/cirúrgica que se dedica ao diagnóstico, tratamento e seguimento de patologias da cavidade oral.
- Forças Armadas – A quem compete a defesa militar da República (CRP art.º 275.º).
- Hora de ouro – refere-se exactamente aos sessenta minutos após a ocorrência médica ou traumática em que se exige a aplicação de cuidados médicos emergentes. Após esses sessenta minutos, a vida da vítima, de uma das suas funções vitais ou de um dos seus membros, poderão ficar comprometidos.
- Life-pack – unidade de material de prestação de cuidados médicos de emergência, transportável por uma só pessoa. Essa unidade é autónoma em termos de energia por um certo período de tempo (bateria recarregável) e tem capacidade de desfibrilhação cardíaca e monitorização de funções vitais. Consoante as suas capacidades, podem ser classificadas de 10, 12, etc.



- Medicina Dentária – especialidade de cuidados médicos responsável pelo diagnóstico e tratamento das lesões dentárias.
- Operações Humanitárias – Acções conduzidas por organizações militares com o objectivo de auxiliar populações vitimadas por situações de emergência, cuja origem possa ter sido provocada por desastres naturais, catástrofes causadas por acções humanas, alterações civis e até, excepcionalmente, por situações de guerra.
- Operações de Paz – Forma de resolução, prevenção e contenção de conflitos, através do uso do poder funcional, meios diplomáticos militares dos Estados, a fim de prevenir o recurso à violência entre antagonistas infra e intra-estadual.
- Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN) – criada em 4 e Abril de 1949 com o objectivo de promover a defesa mútua e a cooperação entre os países ocidentais (do Atlântico Norte); tem 26 membros (Alemanha, Bélgica, Bulgária, Canadá, Dinamarca, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Estónia, EUA, França, Grécia, Holanda, Hungria, Islândia, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Noruega, Polónia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Roménia, Turquia).
- Órgãos de apoio a mais de um Ramo – órgãos que, inseridos na estrutura de um dado Ramo, têm como missão primária assegurar um apoio integrado, dispondo para isso, estruturalmente, de elementos e recursos dos Ramos apoiados.
- Ortopantomografia – Radiografia global dos maxilares superior e inferior, fornecendo uma panorâmica das arcadas dentárias e, assim, importante para planear tratamentos, confirmar o estado de saúde dentário global ou contribuir para a identificação médico-legal.
- Recobro – área de internamento hospitalar onde os doentes submetidos a intervenção cirúrgica permanecem em vigilância, por um período de tempo mais ou menos curto.
- Recrutamento militar – conjunto de operações necessárias à obtenção de meios humanos para ingresso nas FFAA.
- Reserva – É a situação para que transita o militar do activo quando verificadas as condições estabelecidas no EMFAR, mantendo-se, no entanto, disponível para o serviço.
- Ressuscitação – Conjunto de manobras médicas concorrentes para atingir a restauração da perfusão tecidual e da necessária oxigenação para a manutenção da vida.



Serviço de Utilização Comum (SUC) – órgão e/ou serviço especializado localizado no estabelecimento de saúde de um dos Ramos, ao qual compete a sua organização, gestão e funcionamento, funciona com os recursos humanos e materiais próprios do Ramo onde está sediado e proporciona atendimento aos utentes dos três Ramos das FFAA, em condições de plena igualdade.

Marinha – Medicina Hiperbárica e UTITA;

Exército – Serviços de Hemodiálise, Imuno-hemoterapia e Infeciologia;

Força Aérea – Centro de Medicina Aeronáutica e Serviço de Medicina Nuclear.

- Sistema de Saúde Militar ou Sistema de Saúde das Forças Armadas – conjunto de entidades que interagem para a realização dos objectivos da Saúde Militar.
- Volume circulatório – Quantidade de sangue contido no espaço intravascular, responsável pela correcta perfusão dos tecidos.



APÊNDICE “II” DIAGRAMA DE INDUÇÃO

Enunciado do Tema	Questão Central	Questões Derivadas	Hipóteses	Confirmação das Hipóteses	Resposta à Questão Central
Apoio Sanitário conjunto às Forças Nacionais Destacadas. Contributos para um modelo conceptual	Que factores relevantes influenciam a criação de um dispositivo de Apoio Sanitário conjunto às Forças Nacionais Destacadas e que implicações têm na sua exequibilidade?	QD1 - A prática actual nas FFAA é enformada pelos conceitos emergentes na doutrina de apoio médico-sanitário da OTAN?	H1 - A prática actual nas FFAA, embora tenda para uma sintonia com a doutrina da OTAN, ainda não lhe é completamente conforme sobretudo nas respostas organizacionais.	Validada no Cap. 2 (pág. 14)	Propomos um Centro Hospitalar desenvolvido, qualificado, suficientemente idóneo para que gere as suas próprias competências; recrutamento do pessoal de saúde centralizado - só devem ser militares os elementos cujas funções e especialidades possam ser projectáveis; que seja produzida doutrina conjunta e a existência de Órgão coordenador centralizado.
		QD2 - Qual o impacto nos Serviços de Saúde dos três ramos das FFAA da actual doutrina da OTAN respeitante ao apoio sanitário conjunto a Forças Destacadas?	H2 - A doutrina da OTAN respeitante ao Apoio Sanitário Conjunto a Forças Destacadas poderá constituir-se como força aglutinadora e sinérgica dos esforços parcelares dos Serviços de Saúde dos três ramos das FFAA.	Validada no Cap. 3 (pág. 18)	
		QD3 - Quais as vulnerabilidades identificadas na congregação de esforços inter-Ramos para atingir um dispositivo de Apoio Sanitário conjunto?	H3 - O actual número total de médicos militares e técnicos de saúde e respectiva distribuição pelas várias especialidades necessárias para um coerente dispositivo de Apoio Sanitário, bem como uma sólida e mantida formação específica, constituem vulnerabilidades a superar no ponto de partida de qualquer modelo.	Validada no Cap. 4 (pág. 22)	
		QD4 - De que forma poderão ser superadas as vulnerabilidades identificadas na congregação de esforços inter-Ramos para atingir um dispositivo de Apoio Sanitário conjunto, no imediato e a médio/longo prazo?	H4 - O recrutamento do pessoal de saúde, a sua manutenção nas fileiras e sobretudo a respectiva formação específica, são factores de influência decisiva no nível de ambição colocado no modelo conceptual de Apoio Sanitário Conjunto às FND.	Validada no Cap. 5 (pág. 28)	
		QD5 - Que nível de apoio sanitário conjunto poderá ser oferecido às FND?	H5 - Do esforço sinérgico “Conjunto” irá nascer uma disponibilidade maior e de nível (role) mais elevado que o até agora conseguido pelas partes.	Validada no Cap. 6 (pág. 36)	





APÊNDICE “III”
Distribuição dos Médicos Militares, por Ramo e Especialidade,
a 31 de Dezembro de 2008

ESPECIALIDADES	MARINHA	EXÉRCITO	FORÇA AÉREA	Total
Anestesiologia	1	0	1	2
Cardiologia	6	3	3	12
Cirurgia Geral	3	1	4	8
Cirurgia Maxilo-Facial	0	-	-	0
Cirurgia Plástica	0	2	3	5
Cirurgia Vascular	0	1	-	1
Dermatologia	3	1	1	5
Endocrinologia	0	1	-	1
Estomatologia	3	-	2	5
Fisiatria	4	0	3	7
Gastroenterologia	2	4	3	9
Ginecologia/Obstetrícia	1	1	2	4
Hematologia	-	1	-	1
Imagiologia	2	2	3	7
Infecciologia	0	1	-	1
Medicina Interna	8	4	6	18
Medicina Geral e Familiar	2	-	0	2
Nefrologia	1	1	-	2
Neurocirurgia	-	2	-	2
Neurologia	1	1	1	3
Oftalmologia	3	5	3	11
Oncologia	0	-	-	0
O.R.L.	1	2	1	4
Ortopedia	1	6	1	8
Patologia Clínica	3	1	-	4
Pediatria	1	-	-	1
Pneumologia	1	-	2	3
Psiquiatria	3	2	2	7
Reumatologia	1	1	-	2
Sem Especialidade	-	1	-	1
Urologia	0	2	2	4
TOTAL	51	46	43	140

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



APENDICE “IV”

Distribuição dos Médicos Militares a frequentar o Internato da Especialidade, por Ramo, em 2009

ESPECIALIDADES	MARINHA	EXÉRCITO	FORÇA AÉREA	Total
Anestesiologia	4	5	1	10
Cardiologia	2	2	2	6
Cirurgia Geral	4	6	1	11
Cirurgia Maxilo-Facial	1	-	-	1
Cirurgia Plástica	1	1	3	5
Cirurgia Vasculuar	1	2	-	3
Dermatologia	1	1	1	3
Endocrinologia	2	1	-	3
Estomatologia	0	-	0	0
Fisiatria	2	1	0	3
Gastroenterologia	5	1	2	8
Ginecologia/Obstetrícia	3	2	3	8
Hematologia	-	0	-	0
Imagiologia	4	1	0	5
Infecçciologia	1	0	-	1
Medicina Interna	0	5	1	6
Medicina Geral e Familiar	1	-	3	4
Nefrologia	0	0	-	0
Neurocirurgia	-	1	-	1
Neurologia	3	1	1	5
Oftalmologia	2	2	2	6
Oncologia	1	-	-	1
O.R.L.	3	0	4	7
Ortopedia	5	6	5	16
Patologia Clínica	0	0	-	0
Pediatria	0	-	-	0
Pneumologia	0	-	0	0
Psiquiatria	4	1	1	6
Reumatologia	0	0	-	0
Sem Especialidade	-	-	-	0
Urologia	2	2	1	5
TOTAL	52	41	31	124

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



APÊNDICE “V”

Enfermeiros – Militares e Civis

	MARINHA	EXERCITO	FORÇA AEREA	TOTAL
MILITARES Oficiais/QP	14	26	12	52
MILITARES Sargentos/QP	183	136	90	409
TOTAL MILITARES/QP	197	16	102	461
MILITARES Sargentos/RC	-	22	-	22
CIVIS QPCivil	8	84	39	131
TOTAL	205	268	141	641

(Referência: Dezembro 2007)

(Fontes: SSP-GEPSIP/Marinha; DARH/Exército; Direcção Saúde/Força Aérea)



APÊNDICE “VI”

Técnicos de Diagnostico e Terapêutica – Militares e civis

	MARINHA	EXERCITO	FORÇA AÉREA	TOTAL
MILITARES Oficiais/QP	4	6	-	10
MILITARES Sargentos/QP	14	60*	-	74
TOTAL MILITARES/QP	18	66	-	84
MILITARES Sargentos/RC	-	9	-	9
CIVIS QPCivis	11	61	30	102
CIVIS Avenças	-	11	2	13
TOTAL	29	147	32	208

(Referência: Janeiro 2008)

*Inclui 23 Técnicos de Farmácia

(Fonte: Direcção Saúde/Marinha; DARH/Exercito; Direcção Saúde/Força Aérea)