

O Apoio Sanitário no Teatro de Operações - evolução do conceito à luz dos novos cenários

Coronel Médico
Abílio António Ferreira Gomes



Da antiguidade à I Guerra Mundial

Tempos houve em que os feridos eram abandonados à sua sorte em convivência com os cadáveres que juncavam os campos de batalha, transformados em palcos de indizíveis carnificinas...¹

A ideia de um Serviço de Saúde integrando o aparelho militar e escalonado ao longo do dispositivo territorial de tempo de Paz ou de Campanha é uma aquisição relativamente recente.

Mesmo o Império Romano, cuja organização do apoio sanitário às Legiões atingiu um desenvolvimento surpreendente, não dispunha de uma organização deste tipo, tanto quanto se sabe, se bem que houvesse a preocupação por áreas funcionais hoje consideradas relevantes - atestam-no a existência de Hospitais para apoio às Legiões e a preocupação em difundir normas e práticas de higiene aos soldados.

Em épocas posteriores, os exércitos recrutavam “físicos” ou cirurgiões que passavam a dar apoio aos militares, se bem que o seu estatuto continuasse a ser civil e não integrassem um serviço de saúde estruturado e completo.

Nos exércitos franceses, serviram nomes célebres da Medicina, como Ambroise Paré (séc XVI), considerado o Pai da Cirurgia moderna, Pierre-François Percy e Dominique-Jean Larrey (sécs XVIII/XIX), sendo de realçar que a sua acção se fez sentir não só junto dos monarcas e da hierarquia militar mais elevada, mas também da grande massa anónima combatente. Não é possível falar destes períodos sem referir os seus nomes, fazendo jus não só à sua abnegação, mas também ao papel inovador que tiveram nas práticas médicas e cirúrgicas. Como curiosidade, cabe aqui registar que Larrey, na fase final da sua carreira, após a queda de Napoleão, foi convidado a assumir funções de Cirurgião-Mor dos exércitos de D. Pedro I, para ajudar na construção do então jovem Brasil.

Mais perto de nós as campanhas napoleónicas representaram um significativo avanço nos conceitos e práticas do apoio sanitário de campanha. Os exércitos imperiais deslocavam-se com uma organização sanitária que os apoiava, não só na retaguarda, mas também no fragor das batalhas. Esta organização era servida por médicos oficiais de carreira, dirigidos por um médico-chefe, que era cirurgião.

A partir de certa altura ganhou força a ideia de retirar rapidamente do campo de batalha os feridos e evacuá-los para uma estação de tratamento adequada, através de meios de transporte considerado rápido para a época.

Com a I Guerra Mundial existia já constituído um Serviço de Saúde Militar (SSMil) que era alimentado também pelo contingente.

O conceito de Serviço de Saúde Militar e a sua Missão

Cabe agora procurar definir o conceito de SSMil, à luz do que são as realidades e necessidades actuais de um Mundo em permanente e acelerada evolução.

O SSMil tem por missão genérica apoiar os efectivos militares por todas as formas e acções que concorram, a nível individual e colectivo, para a promoção e manutenção do mais elevado estado sanitário, capaz de garantir o mais elevado potencial de combate.

As características próprias do universo de utentes, condicionadas pelas variáveis decorrentes da condição militar, impõem a existência de um Serviço de Saúde Militar autónomo, com órgãos próprios, capazes de garantir a prontidão e a operacionalidade do apoio à manobra, no tempo, no lugar e no grau adequados.

Para cumprir esta missão o Serviço de Saúde Militar tem que ser compreensivo, integrado na manobra, relacionado e articulado com o Apoio de Serviços.

Para cumprir este desiderato, o Serviço de Saúde Militar necessita de ter um quadro de profissionais de saúde de todas as categorias, constituindo um corpo subordinado a um comando unificado, responsável perante o Comando Operacional Supremo e à sua ordem, em disponibilidade permanente.

Através da prevenção da doença, do rápido tratamento dos lesionados, feridos ou doentes, da sua avaliação médica e da promoção eventual e desejável do seu regresso à missão - o serviço de saúde contribui fortemente para a protecção e sustentabilidade da Força.

A Saúde é, assim, encarada como um factor-chave multiplicador do potencial de combate da Força e, por conseguinte, como um aspecto íntimo das operações militares. Entenda-se aqui Saúde no sentido global definido pela OMS (ausência de doença, bem-estar físico, psíquico e social) e no sentido operacional (capacidade de desempenhar tarefas sem

impedimentos causados por problemas de ordem física, psicológica ou social - aqui intervém também outro tipo de serviços de apoio subordinados à cadeia de comando, que contribuem para a elevação do chamado moral das tropas).

Os cenários em que se desenrolam as operações militares são povoados por agentes, físicos, químicos e biológicos, de natureza ambiental ou dependentes da acção do Homem, que constituem ameaças à Força em missão. Para prover à protecção da mesma, o Serviço de Saúde tem que ser dotado da capacidade de identificar tais agentes, planear para prevenir os riscos inerentes e tratar as lesões e doenças daí resultantes. Para tal é absolutamente necessário ministrar ao pessoal do Serviço de Saúde formação relacionada com este tipo de ameaças. Na experiência das nossas forças armadas e dos seus serviços de saúde, ficou claro que é imprescindível salvaguardar a formação em patologias prevalentes e endémicas dos nossos cenários operacionais mais habituais e previsíveis - é o caso das doenças tropicais, como a malária, ou outros tipos de doenças prevalentes, como a tuberculose, a SIDA e outras, associadas à debilidade dos sistemas de saúde das nações hospedeiras onde a acção das nossas forças é requerida. A medicina preventiva é, para o combatente, um componente fundamental do Serviço de Saúde que o apoia. Nas suas multifacetadas vertentes ela é factor-maior de protecção e sustentação da força, garantindo-lhe um estado de prontidão e aptidão para a missão, um adequado grau de protecção contra os agentes físicos, químicos e biológicos relacionados com o ambiente e com a missão, e uma vigilância sanitária que se prolonga para lá do fim daquela.

Características do Apoio Sanitário às operações militares

Debrucemo-nos agora sobre as características distintivas do apoio sanitário às operações militares:

- Constrangimento de tempo

- Manifestado através da necessidade de uma rápida triagem e atendimento imediato no local, ou decisão de evacuação para o escalão adequado, com vista a minimizar as baixas e as sequelas;

- Constrangimento de lugar

- A necessidade do apoio sanitário manifesta-se em local muitas vezes inadequado para a prática dos cuidados de saúde e desprovido de recursos, determinado pela evolução táctica, circunstâncias que o planeamento sanitário deve tentar prever, mas para as quais nunca estará suficientemente preparado;

- Continuidade dos cuidados

- O atendimento é feito através de uma cadeia de evacuação contínua, ao longo da qual o indisponível transita por escalões sucessivos até chegar àquele que tenha capacidade para prover o tratamento definitivo, que o faça regressar à missão ou passar à disponibilidade. Em escalões intermédios o indisponível poderá ser alvo de tratamento prévio, preparatório ou estabilizador das funções vitais, permitindo a evacuação segura

para o escalão que permitirá o seu tratamento definitivo. Durante o deslocamento o indisponível estará sob tratamento contínuo e em cada escalão será objecto de triagem. A existência de uma cadeia de evacuação visa salvar a vida e os membros do indisponível, fazer o controlo de danos, recuperá-lo para a missão, ou minimizar as sequelas das lesões e doenças, através de estruturas pré-posicionadas e hierarquizadas, por forma a manter limpo o campo de batalha, não colidindo com a manobra táctica;

- Influência médica sobre o planeamento operacional

- O planeamento médico é parte integrante do processo de planeamento operacional e deve ser executado em íntima colaboração com as outras divisões de estado-maior. Isto pressupõe a existência a este nível de um *staff* médico capaz de assessorar adequadamente o Comando da Força.

Podemos identificar nos cenários de actuação do Serviço de Saúde Militar quatro importantes inimigos: o **tempo**, a **adversidade**, a **imprevisibilidade** e o **ambiente**.

Daqui resulta a necessidade de os profissionais de saúde militar desenvolverem uma elevada capacidade de liderança e de manejo da administração.

Vem a propósito citar uma figura cimeira da Medicina e da Ciência Portuguesas, que serviu Portugal como médico do Corpo Expedicionário Português que, sobre o apoio sanitário de campanha, escreveu o seguinte:

O que distingue a cirurgia de guerra da de tempo de paz são sobretudo "circunstâncias de tempo e de lugar."

Na Paz, uma equipa de cirurgiões trata mil feridos ou doentes, durante um ano, num hospital fixo, com todo o material necessário.

Na Guerra, essa mesma equipa pode receber mil feridos...num dia.

Esta é a 1ª diferença, no número de feridos, isto é, no tempo de que se dispõe para os tratar.

...a mobilidade dos exércitos e as oscilações das batalhas, deslocam frequentemente os pontos onde há que prestar socorros. Além disso, se há sítios com recursos, outros há que os não têm. São as circunstâncias de lugar.

Para atenuar as dificuldades de tempo...compensar o número de feridos com o aumento de pessoal clínico, formando reservas médicas e dando-lhes elasticidade na sua composição e mobilidade.

Quanto às circunstâncias de lugar, são a mobilidade das formações sanitárias e dos meios de evacuação que podem atenuá-las.²

Aqui se resume, de forma admirável, com clareza e autoridade, a essência da actuação do serviço de saúde de campanha.

Continuando a citar testemunhos de autores consagrados sobre o tema, invocarei agora um autor de língua anglo-saxónica que sobre a Medicina Militar escreveu:

A Medicina militar envolve avaliação do risco (“ameaça”), prevenção, procedimentos médicos específicos (evacuação), e a abordagem de doenças e lesões resultantes das exposições ocupacionais militares ³.

Desde os alvares da civilização até aos nossos dias a Medicina sofreu uma evolução considerável, que a fez passar por várias fases, nas quais, pela mão de vários cultores, trilhou caminhos metodológicos diversos, desde práticas empíricas até ao cientifismo que governa a medicina dos nossos dias. Do ponto de vista ético e deontológico também pudemos observar evoluções que resultam de adaptações da prática médica às transformações por que a própria sociedade foi passando ao longo dos tempos. Nos séculos mais recentes foram as forças da Economia quem mais pressionou a prática médica e, em geral, a prestação de cuidados de saúde, criando-lhe condicionalismos e, tendencialmente e no limite, sacrificando a Medicina hipocrática à Medicina economicista.

A Medicina rege-se por princípios éticos e deontológicos que são transversais a toda a prática médica, onde quer que ela se exerça. Assim, não fará nunca sentido pensar, no nosso tempo, que a medicina militar se possa colocar à margem deste enquadramento.

Por outro lado, o médico militar move-se em ambientes que lhe são próprios, com contingências de tempo, lugar e recursos que são apanágio dos paradigmas de actuação das Forças e dos Órgãos que as sustentam e apoiam.

Assim, se o objecto da sua actuação é o mesmo - preservar e salvar vidas humanas, o modo de o conseguir poderá ter que ser adaptado às circunstâncias, conciliando este objectivo com o de apoiar a eficiência do ser humano no cumprimento da missão. É óbvio que a selecção e formação do médico militar devem prever metodologias que visem garantir um quadro de pessoal com as qualidades, características e aptidões para exercer a medicina naquelas condições. Nas fases de treino e planeamento do apoio sanitário a saúde militar tem que ter a capacidade de prever as necessidades e tomar as medidas necessárias à sua satisfação quando elas se apresentarem. Tem que saber gerir os meios à sua disposição, adaptando-se a situações de contingência, com restrição de espaço e tempo e por vezes em mutação constante.

O fenómeno universal da globalização, a internacionalização dos conflitos e a inserção dos países em organizações de defesa colectiva obrigam à projecção de forças para teatros distantes dos seus territórios de origem, com graus de prontidão cada vez mais exigentes.

Esta prontidão tem duas componentes fundamentais: a componente sanitária, que confere ao soldado a aptidão física e anímica para o combate, e a componente treino/formação, que o habilitem para se movimentar nos cenários de deslocamento, executando com eficácia as tarefas e missões previsíveis.

Estas exigências arrastam consigo outras: a da disponibilidade permanente e a da ligação à Força e a uma estrutura logística, ela própria dotada de características genéticas que proporcionem ao soldado as condições que lhe permitam atingir aquele estado de prontidão, em suma, que realizem o aprontamento da Força. Nesta estrutura logística se inclui, necessariamente, um Serviço de Saúde específico.

O médico militar deve conhecer perfeitamente a missão da Unidade e os indivíduos que a integram e estar preparado para enfrentar os diferentes meios em que deve desenvolver-se, trabalhar em condições extremas de frio ou calor, assim como tratar as condições de stress de combate.

A única forma de o conseguir é, além de ter prática hospitalar, estar integrado nessas unidades. A sua integração íntima nessas unidades dá um grande espírito de corpo e eleva o moral das tropas.⁴

A multinacionalidade das Forças e o seu crescente carácter conjunto e combinado, colocam hoje aos Países desafios que abalam profundamente a geometria estrutural e a dinâmica funcional dos seus sistemas de Forças. Este facto obriga necessariamente a uma gestão criteriosa de recursos, numa óptica de custo-benefício, através de mecanismos de economia de escala, mas sempre ao serviço da missão e dos seus actores. Obriga também ao reforço da formação e à aquisição de novas competências, que permitam operar em ambientes de maior sofisticação tecnológica, em sintonia doutrinária e técnico-científica com os seus pares e sob o comando sanitário unificado multinacional.

Os conflitos que se desenvolveram ao longo do século XX foram reforçando o conceito e a estruturação de um Corpo ou Serviço de Saúde incrustado (imbedded” no jargão jornalístico mais recente) na profundidade da estrutura militar. Esta incorporação do pessoal de saúde e, em particular, do médico naquela estrutura, foi feita sem prejuízo de garantir, por outro lado e em simultâneo, a sua inserção na sociedade profissional para aquisição do treino e prática generalista ou especialista. Esta dupla ligação resultou em benefício do próprio SSMil, pois permitiu ao médico a manutenção do treino e actualização científica nos centros de referência.

A preocupação crescente pelo padrão “zero baixas” que no mundo ocidental foi sendo imposto pelas opiniões públicas, fez com que o apoio sanitário fosse cada vez mais exigente, cada vez mais especializado e cada vez mais levado à frente de combate, numa perspectiva de que os cuidados ali prestados sejam tendencialmente do mesmo padrão de

qualidade, acessibilidade e oportunidade que os de tempo de Paz.

Esta filosofia conduziu a uma situação de crescente especialização do apoio sanitário militar e a organização do SSMil a uma situação de não retorno, pois tornou imprescindível a existência de um Corpo de Saúde autónomo relativamente à estrutura de Saúde Nacional, ainda que com ela articulada.

A evolução do Apoio Sanitário face às mudanças da Sociedade

Após o fim da Guerra-Fria temos vindo a assistir a profundas transformações no contexto da prestação do apoio sanitário militar. Esta evolução resulta de mudanças verificadas na Sociedade, na Medicina, nas Forças Armadas e das Ameaças⁵:

- Mudanças na Sociedade devidas a:

- Maiores expectativas de qualidade nos cuidados de saúde por parte da população;
- Maior repercussão destas expectativas a nível jurídico;
- Maior responsabilização dos empregadores pela saúde dos seus empregados;
- Obsessão pelas “zero baixas”.

- Mudanças na Medicina:

- A constante evolução e especialização da Medicina tem, na Saúde Militar, uma particular incidência e relevância, acrescentando-se à formação clínica, especializada, individual, a formação em áreas como a Epidemiologia, a Medicina Preventiva, a Inteligência Médica e a regulação Sanitária.

- Mudanças na estrutura do Sistema de Forças:

- O fim da Guerra-Fria determinou uma focagem maior nas áreas da segurança e das operações de resposta a crises;
- O voluntariado, a profissionalização e a especialização substituíram tendencialmente a conscrição na maior parte dos Países;
- As Forças são cada vez mais pequenas e com maior potencial de combate, pelo que perdas individuais têm uma maior repercussão negativa no mesmo;
- Maiores dificuldades em recrutar e conservar nas fileiras profissionais de saúde especializados;
- Maiores dificuldades em obter financiamento para aquisição dos sofisticados e dispendiosos equipamentos de que se serve a prática médica nos nossos dias.

- Mudança na ameaça

- Prevalência de conflitos assimétricos e terrorismo, com possibilidades de emprego de Armas de Destruição Massiva e envolvimento da população civil.

Relativamente ao apoio sanitário deslocado, um tal sistema deve compreender uma estrutura de comando e controlo, um sistema integrado de tratamento e evacuação, e logística sanitária.

Os principais componentes do apoio sanitário operacional são: a Protecção Médica da Força, a Medicina de Emergência, os Cuidados Primários, os Cuidados Secundários e a Evacuação.

O apoio sanitário assim concebido tem que ser servido por um sistema C3I gerindo informação credível e oportuna durante todas as fases das operações, incorporando as novas tecnologias de informação e comunicação.

A Protecção Médica da Força visa manter a saúde do pessoal e a sustentabilidade da Força, através do controlo do risco das lesões e doenças não ligadas ao combate, através da Medicina Preventiva e do acesso fácil a Cuidados de Saúde Primários.

Quanto à prontidão do Sistema de Apoio Sanitário da Força, para ser adequado, ele tem que ter o mesmo grau de disponibilidade, preparação e prontidão que ela.

A Medicina militar, enquanto instrumento de uma força armada empenhada em acções de guerra, ofensiva ou defensiva, corre riscos de séria manipulação por pressões desviantes da ética. São clássicos os exemplos das práticas da medicina ao serviço do aparelho militar e do Estado Nazi, mas não podemos distrair-nos quanto ao presente, sob pena de, bem debaixo dos nossos olhos, ressuscitarem velhas práticas. A História recente recorda-no-lo.

Os padrões de cuidados de saúde, face à evolução registada no presente, atingiram elevados níveis de qualidade, que podemos analisar em vários planos:

- Plano do Direito - As Convenções de Genebra constituem o padrão ético mínimo.
- Plano da Ética Médica - O problema da dupla lealdade do médico face às pressões dos contendores.
- Padrões - O grau de exigência, especificidade e especialização estão relacionados com os ambientes operacionais; A organização, o treino, o ambiente e o equipamento são os principais factores que afectam a qualidade.

Evoluções mais recentes do Apoio Sanitário em campanha

Um aspecto crítico do apoio sanitário de campanha é, nos nossos dias, o do chamado controlo de danos, pelo qual, através da prática de actos médico-cirúrgicos expeditos salvadores de vida e de membros, os indisponíveis são colocados em condições de poderem, com segurança, ser evacuados para escalões mais recuados e diferenciados, que possam proceder ao tratamento definitivo das suas lesões e doenças, sobretudo as que são devidas ao combate. O conflito da Coreia consolidou o conceito da cirurgia avançada, veiculada através do HCM (MASH - Mobile Army Surgical Hospital da terminologia anglo-saxónica), com o apoio do helicóptero para evacuações aéreas rápidas desde as áreas de combate. Apesar da sua mobilidade o HCM, conceptualizado e

desenvolvido pelo grande vulto mundial da cirurgia cardiovascular Michael Ellis DeBakey, era ainda assim uma estrutura algo pesada e agarrada ao chão. O helicóptero reforçou a sua importância no conflito do Vietnã, onde apenas a evacuação aérea podia apoiar com oportunidade as forças que operavam em pequenos grupos dispersos e em terrenos fechados.

Para apoiar a MONUA (Missão de Observação das Nações Unidas em Angola) Portugal assegurou, a partir de meados de 1997, na sua qualidade de País com maior contingente sanitário envolvido, um Sistema de Saúde compreensivo e autónomo para apoiar os efectivos civis e militares daquela organização das Nações Unidas. 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) localizados nos Quartéis-Generais Regionais e nos Batalhões, a Unidade Médica do Quartel-General da MONUA (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. Este modelo, reproduziu assim, de certo modo, o sistema semelhante àquele em que o MASH era elemento-charneira. Em termos nacionais constituiu a 1ª experiência de emprego em apoio real em ambiente multi-nacional, fora do território nacional, de uma unidade sanitária deste tipo, dimensão e responsabilidade, com cooperação inter-Ramos no que respeita ao pessoal do Serviço de Saúde. Esta experiência marcou um ponto de viragem no conceito de emprego das unidades sanitárias nacionais e no exercício da logística sanitária, e focou as preocupações do comando logístico e sanitário sobre a necessidade de manter activo um regime permanente de treino e formação operacional do pessoal do Serviço de Saúde (Fig 1).



Fig 1 - O Hospital Cirúrgico Móvel no EXERCÍCIO HIDRA 2004

À medida que nos conflitos vão sendo utilizados sistemas de armas com crescente poder de destruição e letalidade, os Serviços de Saúde têm que adaptar a sua estratégia, metodologia e meios utilizados, com ganhos em inovação.

Os conflitos mais recentes, envolvendo os EUA e forças multinacionais, são disso prova eloquente. Temos vindo a assistir a importantes inovações no campo da tática sanitária, bem como das técnicas de prestação de cuidados, em especial no âmbito da cirurgia de guerra.

A esse respeito é importante referir o conceito de apoio cirúrgico prestado com base em Hospitais de Apoio de Combate, que destacam, por períodos curtos (cerca de 72 horas) Equipas Cirúrgicas Avançadas, dotadas de 100% de mobilidade tática, porque transportadas, com todo o material e pessoal, em viaturas orgânicas ligeiras todo-o-terreno (seis). Provendo à sua auto-sustentação durante aqueles períodos, têm por missão realizar a cirurgia salvadora de vida, de membros ou função (controlo de danos), como preparação para estabilização e evacuação para escalões mais recuados. Fazem-no através do funcionamento simultâneo de 2 blocos operatórios e uma área de cuidados intensivos.

Recentemente foi publicado a este respeito, no New England Journal of Medicine, um importante artigo acerca da experiência do Serviço de Saúde do Exército dos EUA nos

conflitos do Afeganistão e Iraque, no qual são apresentadas inovações técnicas significativas. Neste âmbito interessa, por agora, apenas citar a conclusão geral:

...as equipas cirúrgicas militares...transformaram a estratégia do tratamento das lesões de guerra. Salvaram as vidas de uma percentagem inédita de 90% dos soldados feridos em combate. E fizeram-no em condições extraordinariamente difíceis e com sacrifícios pessoais heróicos.⁶

Na tabela I são mostrados os dados relativos à letalidade das feridas de guerra ocorridas nos diferentes conflitos em que os EUA estiveram envolvidos, e que constituem a evidência que suporta aquela conclusão.

Tabela I

LETALIDADE DAS FERIDAS DE GUERRA ENTRE OS SOLDADOS AMERICANOS*			
Guerra	Nº de feridos	Nº de mortos ou mortos	Letalidade das lesões (%)
Guerra Revolucionária, 1775-1783	10623	4435	42
Guerra de 1812, 1812-1815	6765	2260	33
Guerra com o México, 1846-1848	5885	1733	29
Guerra Civil, 1861-1865	422295	140414	33
Guerra Hispano-Americana, 1898	2047	385	19
1ª Guerra Mundial, 1917-1918	257404	53402	21
2ª Guerra Mundial, 1941-1945	963403	291557	30
Guerra da Coreia, 1950-1953	137025	33741	25
Guerra do Vietnam, 1961-1973	200727	47424	24
Guerra do Golfo, 1990-1991	614	147	24
Guerra do Iraque e Afeganistão, 2001-2004	10369	1004	10

A necessidade de formação e treino específicos

No presente assiste-se a uma crescente evolução tecnológica, que acarreta a necessidade de melhorar e aprofundar a formação dos profissionais de saúde militar, para que possam exercer a sua acção com eficiência, num ambiente de elevada complexidade e de competição *inter pares*.

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 tático e estratégico e a sua competência como gestor de recursos críticos.

A selecção e formação do médico militar devem prever metodologias que visem garantir um quadro de pessoal com as qualidades, características e aptidões para exercer a medicina naquelas condições.

Está assim criado um perfil de profissionais que, à sua formação técnico-profissional de base, acrescenta competências diversas em áreas estruturantes da sua condição militar (Medicina Preventiva, Medicina Ambiental, Medicina NRBQ, Medicina Tropical, Medicina de Emergência e Trauma, Medicina de Catástrofe, Saúde Oral, Logística Sanitária, Prevenção e Tratamento do Stress de Combate, Apoio Sanitário de Campanha, Administração em Saúde)⁷.

Esta filosofia conduziu a uma evolução para a crescente especialização do apoio sanitário militar e a organização da Saúde Militar a uma situação de não retorno, pois tornou imprescindível a existência de um Corpo de Saúde autónomo, com objectivos, metodologias, estruturas e necessidades próprias dentro do Sistema Nacional de Saúde.

O recurso mais valioso

Clarificado o conceito de apoio sanitário de campanha no presente é imprescindível uma palavra acerca do recurso mais valioso e decisivo: o homem. O pessoal de saúde é, entre nós, muito qualificado do ponto de vista técnico-profissional - esta é a matriz que lhe conferem as instituições académicas e hospitalares especializadas que lhe dão o ensino e a formação específicas. Esta é uma componente muito importante da qualificação e aptidão para o serviço do pessoal de saúde militar, que devemos continuar a defender no seu mais elevado nível. Como parte complementar, e igualmente importante, o Serviço de Saúde tem que montar e operar um sistema de formação pós-graduada na área operacional da saúde militar, que responda a todas as necessidades de formação, por forma a habilitar os profissionais de saúde para actuarem em todos os ambientes operacionais. Este duplo aspecto da formação faz ressaltar a elevada exigência das carreiras de saúde militar: nos planos técnico, militar e ético. Por esta via os profissionais de saúde militar terão necessariamente de se distinguir pela positiva em relação aos seus pares civis. Para cativar os jovens para tão exigente carreira, há que ter em conta as motivações que fazem mover os cidadãos. À parte aquelas que são óbvias e têm a ver com aspectos materiais, uma me parece indeclinável por parte da Administração: a atracção dos indivíduos por profissões altamente prestigiadas, porque detentoras de uma elevada qualidade, ou prestadoras de um serviço que a sociedade particularmente reconhece, respeita e acarinha. O Serviço de Saúde Militar competirá com o Serviço Nacional de Saúde apenas na medida em que conseguir ser um sistema de saúde compreensivo, autónomo, mas cooperante com a sociedade, orientado para o apoio à Missão das Forças

Armadas, praticando elevados padrões de qualidade técnico-científica, digno embaixador do País e catalizador de mudança. Não parece haver alternativa a este paradigma se se pretender cativar e reter recursos humanos na área da saúde militar.

* Texto elaborado com base na Conferência *Inaugural do XI Encontro de Medicina Militar da CPLP* (Porto 2005).

** Assessor do Director-Geral da DGPRM/MDN. Professor de Saúde Militar no IESM.

1 Gomes A. Condição Médica e Militar - aliadas ou inimigas? *Revista Militar* 2004; N^o 2/3: 215-231.

2 Santos R. Organização dos Serviços de Saúde na Frente Ocidental. *Medicina Contemporânea* 1916; n^o 32, Série II - Tomo XVII: 249-252.

3 Llewelyn C - WWW.

4 Llewelyn C. Medicina militar y medicina en el ambiente militar. Existe alguna diferencia? *Rev Salud Milit Mex* 2003; 57 (3):100-102.

5 MC 326/2 NATO PRINCIPLES AND POLICIES OF OPERATIONAL MEDICAL SUPPORT 2004.

6 Gawande A, *N Engl J Med* 2004; 351;24: 2471-2475.

7 Snyder LB. Creating military doctors. WWW.