INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES

CURSO DE PROMOÇÃO A OFICIAL GENERAL

2007/2008

TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL

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

REESTRUTURAÇÃO DAS CARREIRAS MÉDICO – MILITARES NA FORÇA AÉREA

BENTO ANTÓNIO LENCASTRE DE ALBUQUERQUE CHARRUA

CORONEL MÉDICO

INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES

REESTRUTURAÇÃO DAS CARREIRAS MÉDICO – MILITARES NA FORÇA AÉREA

Bento António Lencastre de Albuquerque Charrua
Coronel Médico

Trabalho de Investigação Individual do CPOG

Lisboa – 2008

INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES

REETRUTURAÇÃO DAS CARREIRAS MÉDICO – MILITARES NA FORÇA AÉREA

Bento António Lencastre de Albuquerque Charrua
Coronel Médico

Trabalho de Investigação Individual do CPOG

Orientador: COR. ENGAED Hélder Barros de Brito

Lisboa – 2008

Agradecimentos:

Ao MGEN. Fernando Álvares, pioneiro do Hospital da Força Aérea, queremos expressar o nosso reconhecimento e gratidão, pela partilha de conhecimentos, disponibilidade e dedicação aos problemas dos médicos da Força Aérea.
A ele se deve muito do que é, hoje em dia, o "nosso" Hospital.

ÍNDICE

Resumo…… v
Abstract...…… vi
Palavras-Chave…… vii
Lista de abreviaturas...…..... viii
1. INTRODUÇÃO……..…….. 1
2. SAÚDE MILITAR. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL…… 4
a. Conceito Estratégico de Defesa Nacional……. 5
b. Conceito Estratégico da OTAN……..... 7
c. Doutrina OTAN e operações sanitárias...…….…….... 8
d. Estruturas de saúde de países da OTAN…… 10
(1) Espanha.…… 10
(2) Bélgica.…… 11
(3) França…… 13
e. Síntese……. 15
3. A SAÚDE NA FORÇA AÉREA…….…. 15
a. O Serviço de Saúde da Força Aérea……..... 16
(1) Hospital da Força Aérea…… 18
(2) Centro de Medicina Aeronáutica.....……..... 19
(3) Centro de Psicologia da Força Aérea…… 20
(4) Centros de Saúde das Unidades.....……. 20
b. Recrutamento dos médicos militares……. 21
c. Formação dos médicos militares……... 23
d. Síntese……. 26
4. RESTRUTURAÇÂO DAS CARREIRAS MÈDICO-MILITARES DA FORÇA AÉREA……... 27
a. Estrutura…… 28
b. Admissão…… 29
c. Evolução……. 29
(1) Carreira Clínica de Medicina Hospitalar……. 29
(2) Carreira Clínica de Medicina Aeronáutica…….. 30
(3) Sub-Carreira de Gestão Médica.……..... 30

(4) Cargos de gestão médica que podem ser exercidos por elementos de ambas as carreiras……..... 32
d. Reformulação e adaptação dos Cursos de Formação e Promoção..... 32
e. Vantagens e inconvenientes do modelo proposto.……..... 34
(1) Vantagens……. 34
(2) Inconvenientes……..... 35
f. Síntese.…… …… 35
5.CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES…….... 36
BIBLIOGRAFIA……... 41

Índice de Figuras:

Figura 1: Internato Médico

Índice de Apêndices:

APÊNDICE 1: Glossário de conceitos
APÊNDICE 2: Diagrama de indução
APÊNDICE 3: Organização da Defesa em Espanha
APÊNDICE 4: Organização da Defesa na Bélgica
APÊNDICE 5: Organização da Defesa em França
APÊNDICE 6: Proposta de alteração ao Artigo 247 do EMFAR
APÊNDICE 7: Proposta de alteração ao Artigo 254 do EMFAR
APÊNDICE 8: Proposta de alteração ao Artigo 259 do EMFAR

Resumo:

A Saúde Militar tem um papel relevante face às alterações no cenário político internacional.

As profundas alterações que se verificaram, quer relacionadas com os Conceitos Estratégicos de Defesa, quer com a remodelação das carreiras médicas nacionais, desde a criação, em 1952, do Serviço de Saúde da Força Aérea, recomendam uma nova abordagem a esta temática.

A carreira, já longa e diversificada do autor que levou ao contacto com os Serviços de Saúde das Unidades e ao desempenho de vários cargos de chefia e direcção no Hospital da Força Aérea, faz-nos acreditar que, não foi ainda atingida uma boa solução para alcançar um melhor nível no cumprimento da sua missão.

Nesta temática foi considerada fundamental a caracterização das actuais carreiras médico – militares na FAP e a identificação das suas vulnerabilidades.

Esta análise foi complementada por um estudo comparativo com as carreiras médico – militares de outros países da NATO para melhor se aquilatarem as capacidades reais dos nossos serviços. É nossa convicção, que o estado actual das carreiras não favorece uma gestão coerente dos efectivos, em nada contribuindo para a motivação do pessoal médico existente nem para o seu recrutamento

A solução ideal passa, então, por uma reestruturação das carreiras, baseada na alteração dos seus projectos de carreira e na alteração das regras de admissão de candidatos, através da criação de carreiras de Medicina Hospitalar e Medicina Aeronáutica, com efectivos próprios e funções bem definidas. Estas seriam complementadas com uma Sub-Carreira de Gestão Médica, para aqueles que iriam desempenhar cargos de gestão e direcção.

A solução apontada, permitiria aos oficiais médicos conhecer, com relativa segurança, a sua evolução na carreira, permitindo aos responsáveis a organização dos seus Serviços, e a rentabilização dos cuidados médicos.

Abstract:

The Military Health Service has a fundamental role in face of the changes in the international political scenario. The deep changes that took place, either related with the Strategic Concepts of Defense, or with the remodelling of the national medical careers, since the creation, in 1952, of the Portuguese Air Force Health Service, recommend a new approach to this subject

The long and diversified career of the author, who contacted with several Health Services of the Units and served in command and direction posts in the Air Force Hospital, makes us to believe that a good solution to meet the fulfillment of its mission, was not yet been achieved.

In this thematic, the characterization of the present medical military careers in the PAF and the identification of its vulnerabilities were considered central.

This analysis was complemented by a comparative study with the medical military careers of other NATO countries for a better assessment of the real capabilities of our services. It is our conviction, that the current state of the careers does not favor a coherent management of the staff, and does not contribute to the motivation of the existing medical staff neither to its conscription.

The ideal solution shall consider a reorganization of the careers, based on the change of its career projects and on the change of the rules of admission of candidates, through the creation of Hospital Medicine and Aeronautical Medicine careers, with suitable staff members and well defined functions. These careers would be complemented with Sub-Career of Medical Management, for those that would serve in positions of management and direction. The solution developed in this paper, would allow the medical officers to know, in an assured manner their evolution in the career, giving those in responsible posts the opportunity to organize the Services and to get a higher performance of the medical care.

Palavras-chave:

Carreiras médico-militares na Força Aérea.

Reestruturação das carreiras médico-militares na Força Aérea.

Saúde Militar.

Serviço de Saúde da Força Aérea.

Sistemas de saúde de países da OTAN.

Lista de Abreviaturas:

AFA	Academia da Força Aérea
ACOS	Assistant Chief of Staff
BALUM	Base do Lumiar
BA 4	Base Aérea Nº 4
CEO	Conceito Estratégico da OTAN
CHOD	Chief of Defense
CJTF	Combined Joint Task Force
CEM	Conceito Estratégico Militar
CEDN	Conceito Estratégico de Defesa Nacional
CEMGFA	Chefe do Estado – Maior General das Forças Armadas
CEMFA	Chefe do Estado – Maior da Força Aérea
CBC	Curso Básico de Comando
CPOS	Curso de Promoção a Oficial Superior
CPOG	Curso de Promoção a Oficial General
CREL	Circular Regional Exterior de Lisboa
CPSIFA	Centro de Psicologia da Força Aérea
CMA	Centro de Medicina Aeronáutica
CSU	Centros de Saúde das Unidades
CGMUS	Curso de Gestão Médica de Unidades de Saúde
CPGGMUS	Curso Pós-graduação de Gestão Médica de Unidades de Saúde
DS	Direcção de Saúde
EMFAR	Estatuto dos Militares das Forças Armadas
EMISAN	Escuela Militar de Sanidad
ERM	Escola Real Militar
FAP	Força Aérea Portuguesa
FFAA	Forças Armadas
HFA	Hospital da Força Aérea
ISFA	Instituto de Saúde da Força Aérea
JEMAD	Jefe de Estado – Maior de Defensa
LDNFA	Lei de Defesa Nacional das Forças Armadas
NBQR	Nuclear, Biológica, Química, Radiológica

NHEFA	Núcleo Hospitalar Especializado da Força Aérea
ONU	Organização das Nações Unidas
OTAN	Organização do Tratado do Atlântico Norte
OSCE	Organização de Segurança e Cooperação Europeia
PN	Pessoal Navegante
QP	Quadro Permanente
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UE	União Europeia

1. Introdução

A medicina e a cirurgia abarcam, hoje em dia, uma grande quantidade de disciplinas. Para seguir a história de cada uma, há que traçar diversas e distintas vias, ao longo do tempo. Justifica-se pois que, de início, nos perguntemos onde começam os conhecimentos modernos da medicina? Terá a ciência da medicina moderna e da cirurgia algo a ver com as crenças primitivas dos nossos antepassados?

É longo o percurso desde os rituais quase religiosos do xamã tribal até ás técnicas actuais de diagnóstico assistidas por computador.

Nos dias de hoje, vivemos numa época estranha. À primeira vista, a medicina avança de triunfo em triunfo. Há pouco mais de meio século iniciou-se o uso de antibióticos, o primeiro transplante aconteceu há cerca de 30 anos e o primeiro bebé proveta nasceu há 20 anos. Agora existem milhares deles.

Equipamentos, regulamentações, burocracia, uma proliferação de testes, uma parafrenália ético-legal vêm rapidamente tomar o lugar do velho e simpático médico de família, aquele que aparecia quando era chamado, que nos escutava e medicava, em vez de se apressar a marcar uma consulta para um especialista.

Seremos nós capazes de desenvolver uma medicina que vá ao encontro daqueles que sofrem, uma medicina adaptada ás nossas necessidades, uma medicina que possamos custear?

Por toda a parte são despendidas enormes verbas na saúde. Só nos Estados Unidos da América gastam-se 14% do Produto Nacional Bruto (Porter, 2002:6). No entanto e paradoxalmente, são também tempos em que se elevam vozes de insatisfação contra a medicina. Por isso, neste contexto, a qualidade da saúde passa a ser um privilégio, um desafio, uma exigência e um direito dos cidadãos.

Quando o Serviço de Saúde da Força Aérea Portuguesa (FAP) foi criado, em 1952, este apenas possuía Unidades operacionais e não operacionais, cujas necessidades, em termos de assistência médica, eram obviamente diferentes. Para as primeiras exigia-se, além da Licenciatura em Medicina, a diferenciação posterior na área da Medicina Aeronáutica. Para as segundas era suficiente a Licenciatura em Medicina.

Com a evolução que entretanto se verificou, em diversos níveis do contexto político e militar, no espaço geoestratégico em que Portugal está inserido – Organização das Nações Unidas (ONU), Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN), União Europeia (EU) – verificou-se uma alteração profunda das necessidades de formação dos

médicos militares, onde existem uma série de competências especificas da actividade militar em que é necessário investir.

São estes os problemas actuais que urge resolver, recorrendo a pessoal mais bem preparado e qualificado cuja carreira seja atractiva e motivadora.

A carreira dos oficiais médicos das Forças Armadas (FFAA) em geral e da FAP, em particular, definida pelo Estatuto da Carreira Médico – Militar, de acordo com o Dec-Lei 519/ 77 de 17 de Dezembro do Conselho da Revolução, considera sempre duas vertentes: a médica com a sua diferenciação profissional e a militar com as suas promoções.

Desde a criação do Serviço de Saúde da FAP, não obstante os esforços de várias Direcções de Saúde (DS), do Centro de Medicina Aeronáutica (CMA) e do Hospital da Força Aérea (HFA), durante mais de 20 anos, ainda não foi possível obter a melhor solução para que os órgãos executivos da saúde consigam um melhor nível de eficácia, em termos de cuidados de saúde, que permita uma resposta satisfatória, quando confrontados com a necessidade de apoiar efectivos em operações de emprego de forças ou em actividades de rotina do âmbito assistencial, contribuindo para tal algum grau de indefinição na programação das carreiras dos oficiais médicos, admitidos na FAP. Tudo isto originou uma situação que se pode caracterizar por:

- Inadequada e descontinuada formação, durante o internato médico de especialização, pela atribuição de funções, durante períodos mais ou menos longos, que nada têm a ver com as actividades inerentes a cada especialidade;
- Dificuldades para os responsáveis, dadas as alterações constantes do pessoal disponível, em planear as suas actividades de âmbito hospitalar e ou da Medicina Aeronáutica;
- Dificuldade em conseguir o reequilíbrio das funções dos médicos ao longo da sua carreira, minorando a desmotivação causada pelo afastamento das funções clínicas;
- Dificuldades para a DS da FAP, quando se confronta com a necessidade de nomear oficiais médicos, com especialidades eminentemente hospitalares para exercerem funções nas Unidades, fora do HFA, ou para missões fora do território nacional, determinadas pelo Ministério da Defesa.

Por todos os motivos expostos é, em nossa opinião, necessário reavaliar as carreiras médico – militares na FAP e assim sendo ”**A Reestruturação das carreiras médico – militares na Força Aérea**”, é um trabalho que se insere no actual contexto da saúde, e em particular da Saúde Militar.

O objectivo do trabalho consiste em avaliar a actual programação das carreiras médico-militares da FAP, identificando alternativas e soluções que permitam a sua reestruturação e consequentemente a existência de um módulo de sistema de saúde que permita o cumprimento da missão da FAP.

Neste sentido, o âmbito deste estudo será a análise do Serviço de Saúde da FAP, nomeadamente no que se refere às actuais carreiras, identificando as suas limitações, as necessidades conferidas pela especificidade do Ramo e, também, as dificuldades de recrutamento de pessoal.

Como fio condutor deste trabalho elegeu-se a seguinte questão central: **a actual carreira médico-militar dos oficiais médicos da Força Aérea satisfaz as necessidades actuais desta, de modo a que seja cumprida a sua missão?**

A partir da questão central identificam-se as seguintes questões derivadas:

- Qual o conceito actual de saúde nas Forças Armadas?
- Quais são as necessidades e requisitos dos médicos, destinados aos quadros da Força Aérea?
- Que alterações deverão ser feitas, para melhorar o recrutamento, formação e progressão na carreira dos médicos militares da Força Aérea?

Para responder à questão central, foram formuladas as seguintes hipóteses, que iremos validar ou refutar, com a nossa investigação:

- Hipótese 1 – O actual conceito de saúde nas Forças Armadas, assenta em princípios, que contemplam as componentes assistencial e operacional, similares aos que vigoram na OTAN e em países que a ela pertencem.
- Hipótese 2 – A carreira actual dos médicos da Força Aérea poderá servir para cumprir a missão da Força Aérea, desde que sejam feitos alguns reajustes.
- Hipótese 3 – É necessária uma reestruturação profunda das carreiras dos médicos Militares, que permita fazer face às exigências necessárias ao cumprimento da missão da Força Aérea.

A investigação terá como norma o método hipotético-dedutivo, a partir da consulta da documentação e legislação sobre a matéria, análise de outros modelos e entrevistas.

Quanto à estrutura e conteúdo do trabalho este está organizado de uma forma que consideramos lógica para responder à questão central. Assim, após uma breve introdução com as linhas mestras do trabalho, segue-se o segundo capítulo, onde será abordado o conceito de Saúde Militar. No sentido de enquadrar o tema será feita breve análise do

Conceito Estratégico de Defesa Nacional (CEDN), do Conceito Estratégico da OTAN (CEO), da doutrina de Saúde nas FFAA e de alguns sistemas de saúde de países da OTAN.

O terceiro capítulo será dedicado à análise das estruturas de saúde da FAP, das actuais carreiras dos médicos militares e do modo como se processa o seu recrutamento e posterior formação.

No quarto capítulo, faremos uma descrição das propostas de reestruturação das carreiras médico-militares, bem como das suas vantagens e inconvenientes.

No quinto e último capítulo, faremos uma síntese das conclusões e enunciaremos as recomendações que entendemos poder levar a um melhor e mais racional aproveitamento dos médicos do Quadro da FAP.

2. A Saúde Militar. Enquadramento Conceptual.

Existem várias e diferentes maneiras de definir o que se convencionou chamar Saúde Militar. De acordo com o que afirma o MGEN Pedro Barreiros, antigo Director dos Serviços de Saúde da FAP, podemos dizer que:*"O Sistema de Saúde Militar visa assegurar a prontidão física e psicológica dos efectivos militares, através de selecção, preparação e acompanhamentos específicos, visando a operacionalidade plena, nos teatros de actuação previsíveis"* (Barreiros, 2001:5). Este conceito, que engloba as vertentes de medicina operacional e assistencial, de cariz mais territorial, define bem, na nossa opinião, tudo o que engloba a Saúde Militar.

A referência a um serviço de saúde militar surge, em Portugal, com a reorganização do exército efectuada pelo Conde de Schomberg:*"Nesta grande reorganização do exército entre 1660 e 1668, foi criado pela primeira vez o serviço de sanidade."* (Selvagem, 1991:434).

As estruturas de saúde apareceram e desenvolveram-se ao longo dos anos e também elas se foram adaptando em função do progresso a nível militar, do tipo de conflito e dos avanços tecnológicos da medicina.

A sua presença tinha um efeito moralizador e estava vocacionada quase exclusivamente para o tratamento e recuperação. É, contudo, nas décadas de 60 e 70 que, a Saúde Militar se distingue no decurso da guerra colonial. Esta proporcionou aos médicos a experiência, a maturidade, o desembaraço, o diagnóstico rápido e a capacidade de decisão perante situações menos favoráveis e os hospitais militares, como suporte de retaguarda, pela sua organização e tipo de patologia foram um espaço privilegiado de aprendizagem, diferenciação e treino tanto na área médica como cirúrgica.

Uma vez apresentado o conceito, vamos, então, fazer um enquadramento no âmbito geoestratégico.

O mundo actual e as ameaças que encerra são diferentes do que eram durante o período da Guerra-Fria, em que estas estavam enquadradas por coordenadas espaciais bem definidas.

Os acontecimentos desencadeados, a partir de 1989, na Alemanha e no Leste Europeu, mudaram a face geoestratégica da Europa e do Mundo. Os conflitos passaram a evidenciar o seu pendor irregular, global, assimétrico e permanente, surgindo em qualquer parte do globo, sem uma origem clara e com objectivos difusos. Deste modo, a importância decisiva dos acontecimentos internacionais e, consequentemente, das medidas políticas que havia que tomar aconselhavam uma atitude prévia de estudo, reflexão e análise do ajustamento da estratégia nacional às transformações externas. Por estes motivos, no actual contexto estratégico, coexistem "dilemas de segurança" não resolvidos em regiões menos desenvolvidas. Estas regiões, pelas suas características sócio económicas e culturais continuam a ser um terreno favorável ao desenvolvimento de conflitos étnicos e religiosos agravados por extremismos de vária ordem. Estas constantes mutações obrigaram os Estados e as organizações como a OTAN a reformular os seus conceitos estratégicos gerais e militares, com implicações compreensíveis na "arte da guerra" e no emprego dos meios.

A Saúde Militar não ficou alheia a estas alterações e assim iremos, no presente capitulo analisar, os aspectos relevantes para a mesma e constantes dos CEDN, Conceito Estratégico Militar (CEM), CEO e doutrina da OTAN.

a. O Conceito Estratégico de Defesa Nacional.

Tendo em conta o cenário que descrevemos, as Forças Armadas Portuguesas encetaram um processo de modernização e reorganização que possibilitaram a compatibilização das exigências e recursos ao mesmo tempo que procurava garantir a adequação do aparelho militar à postura de defesa. Esta postura, foi definida, em 1994, pelo então Ministro da Defesa e visava: *"Assegurar a liberdade e a independência dos portugueses, com base na dissuasão e segurança colectiva, em missões de cooperação bilateral e na participação de Portugal nas alianças e organizações internacionais que visam a salvaguarda da paz e da segurança mundial"* (Nogueira, 1994:16).

De acordo com a Constituição da Republica Portuguesa, (art. 7º, 8º e 9º), a política de defesa nacional decorre da observância de um conjunto coerente de princípios e objectivos, nela expressos, bem como na Lei de Defesa Nacional e das FFAA, cabendo aos Governos a condução da política de defesa nacional, parte integrante do Programa de

Governo aprovado na Assembleia de República. Este, estabelece os objectivos actuais e interdepartamentais da defesa, os recursos e as acções necessárias nos planos interno, externo, económico, cultural e militar. Surge, assim o CEDN.

O último CEDN foi aprovado em Conselho de Ministros a 20 de Dezembro de 2003 (RCM 6/2003). Nele podemos encontrar um enquadramento internacional, um enquadramento nacional, o Espaço Estratégico de Interesse Nacional, as ameaças relevantes e as missões e capacidades das FFAA.

No que se refere a estes enquadramentos, podemos dizer que Portugal é um país euro-atlântico. Esta circunstância nacional permite operar, harmoniosamente, uma multiplicidade de "fronteiras". Apesar da nossa geografia política e económica ser europeia, a nossa geografia de segurança e defesa, é atlântica e europeia.

As ameaças relevantes são idênticas às que a ONU designa como ameaças transnacionais:

- Ameaças económicas e sociais, onde se incluem a pobreza, doenças infecto-contagiosas e degradação ambiental.
- Conflitos internos, incluindo a guerra civil, o genocídio e outras atrocidades em larga escala;
- Utilização de armas de destruição massiva;
- Terrorismo, nas suas variadas formas;
- Crime organizado transnacional.

Na sequência, do que temos vindo a afirmar e em concordância com os valores permanentes, orientada para os espaços estratégicos de interesse nacional, fazendo face às ameaças relevantes e enquadrada nas organizações internacionais a que pertencemos, as FFAA, de acordo com a Lei de Defesa Nacional e das Forças Armadas (LDNFA: 1982) têm atribuídas as seguintes missões:

- Defesa militar do país;
- Concretização dos objectivos do Estado e da satisfação dos seus compromissos internacionais;
- Missões de interesse público, sem prejuízo das missões de natureza militar;
- Consciencialização dos cidadãos para os valores e problemas de segurança e defesa.

Como complemento, o CEM considera que, nesta conjuntura de ameaças difusas e imprevisíveis, Portugal deve alicerçar a sua segurança numa política de defesa que se apoie

na solidariedade colectiva e se jogue nos grandes espaços políticos e militares em que se insere. Deve valorizar-se o envolvimento de Portugal nas missões empreendidas pelas organizações internacionais a que pertence. Deve ser garantida uma capacidade de actuação autónoma, quer nas missões militares quer nas de interesse público. É necessário obter e manter capacidades para desenvolver um espectro amplo de missões. As linhas de acção a desenvolver devem ser coerentes com os princípios definidos para a estratégia militar.

São definidos três níveis de complexidade crescente de actuação: paz, crise e guerra, que determinam níveis de empenhamento e de risco diferenciados.

De acordo com o exposto, como membro da ONU, da Organização para a Segurança e Cooperação da Europa (OSCE), da UE e da OTAN, Portugal contribui com forças militares para variados tipos de missão das quais se destacam: as missões de carácter humanitário, as de imposição de paz e as de resolução pacífica de conflitos. As forças militares podem ser projectadas em vários pontos do planeta, desde a Africa do Norte até aos Balcãs, passando pela Ásia e Médio Oriente.

Assim sendo, é necessário um apoio logístistico forte e bem estruturado, onde se inclui, obviamente a componente sanitária com pessoal médico que deve estar treinado e bem preparado para este tipo de missões.

b. Conceito Estratégico da OTAN

A OTAN foi fundada, em 4 de Abril de 1949, pelos doze membros fundadores, entre os quais se encontra Portugal. Em 1976, foi reformulado o seu conceito estratégico passando a assentar nos princípios da defesa avançada e da resposta flexível, que os norte-americanos haviam introduzido na sua estratégia nuclear, graduando os patamares de dissuasão.

O processo de alargamento da Aliança, iniciado em 1999, constitui um reflexo institucional evidente da nova filosofia cooperativa que enquadra as relações internacionais, visando a segurança e a estabilidade euro-atlântica, processo que prossegue com a declaração continuada por parte desta de uma política de «porta aberta»[1] e de estímulo a que os candidatos prossigam os programas de cumprimento dos critérios para uma eventual adesão. A melhoria das suas capacidades operacionais tem constituído preocupação da OTAN, que pretende dotar-se de meios que lhe permitam cumprir, com eficácia, as novas missões que lhe estão cometidas.

[1] Abertura aos Estados que pretendam aderir.

Incluem-se neste esforço, os conceitos de interoperabilidade de forças, de forças tarefa conjuntas-combinadas (CJTF- *Combined Joint Task Force*), de «forças separáveis mas não separadas» e de políticas orientadas para a melhoria de capacidades ao nível da mobilidade estratégica, auto-protecção, sustentação de forças, sistemas de comando e controlo e informações.

Ao nível das reformas internas dá-se destaque à nova estrutura – CJTF – que permite o emprego rápido de forças em todo o tipo de missões da OTAN, e á criação da Identidade Europeia de Segurança e Defesa, o que permite ter um plano conjunto OTAN/UE.

Este conjunto de linhas orientadoras constantes no seu Conceito Estratégico, com maior realce para a grande mobilidade e sustentação de forças, tem grandes repercussões, como adiante iremos ver, no que se refere aos novos tipos de desempenho, no campo da Saúde Militar, que passará a ser exigido aos seus membros.

c. Doutrina OTAN e operações sanitárias.

O que diferencia a Saúde Militar da saúde em geral é a sua componente operacional, entendida esta como suporte às operações militares, com exigência de equipamentos, capacidades e conhecimentos específicos. No entanto, não existe uma medicina operacional ou castrense como especialidade comparável a outras categorias da carreira médica.

Ao longo de todo o período em que Portugal tem participado, como membro activo, da OTAN, nunca foi produzido qualquer tipo de doutrina logística própria, no que se refere à saúde. Assim sendo, tem sido adaptada a doutrina OTAN, que considera a saúde uma função logística. Sendo, a nível da OTAN, considerada como função logística, o documento principal, por onde esta se regula é o documento do Comité Militar da OTAN 319/1 (MC319/1) – *NATO Principles and Policies for Logístics*. A sua doutrina reflecte-se no "*Allied Joint Publlication* 4 (A) (AJP-4 (A)- *Allied Joint Logistic Doctrine*. Para além destes documentos enquadradores e pela especificidade de que se reveste, existem, ainda, outros documentos da OTAN relevantes, no que se refere ao apoio médico. Referimo-nos aos documentos intitulados:

- MC326/2 (Draft) - *NATO Medical Support Principles and Policies*;
- AJP 4- 10 – *Allied Joint Medical Support Doctrine.*

Nestes últimos, estão contemplados alguns princípios muito importantes: "Apoio Médico Multinacional","Arquitectura do Comando e Controlo do Apoio Médico Funcional" e " Interface Entre Funções Médicas e Outras Funções". Estão ainda plasmados

os princípios como se deve reger a participação do pessoal de saúde em operações fora do território nacional. De acordo com a doutrina OTAN, os recursos humanos, equipamentos e infra-estruturas, são distribuídos por quatro "roles"[2], numa base de progressiva complexidade e sofisticação, de modo a permitir o tratamento, a recuperação e a evacuação. Neste sentido, apareceu o tradicional sistema de "roles" que passaremos a descrever:

- O **"role 1**" representa o nível mais básico de cuidados, é a primeira linha de intervenção do sistema de saúde em qualquer tipo de actuação. Está integrado numa pequena unidade, inclui capacidades para promover primeiros socorros e medidas imediatas de suporte de vida. Adicionalmente, contribui para a promoção da saúde e bem-estar dos efectivos, através de orientação na prevenção de doenças, de ferimentos não relacionados com o combate, e de stress operacional.
- O **"role 2"** destina-se normalmente a uma unidade de maiores dimensões, por regra uma Brigada. Deve estar preparado para promover evacuações a partir da unidade "role 1", triagem e ressuscitação, tratamento e recuperação dos doentes, até estarem em condições de retomar o serviço ou de serem evacuados, e tratamento dentário de urgência. Embora este escalão não envolva tratamentos cirúrgicos, em certos casos pode ser necessária a sua inclusão para efectuar cirurgia de urgência e cuidados pós operatórios. Tomará então a designação de "role 2+".
- O **"role 3"** destina-se a uma força de nível Divisão ou superior. Inclui capacidades suplementares, incluindo meios auxiliares de diagnóstico, recursos cirúrgicos e médicos, Medicina Preventiva, inspecção de alimentos, Medicina Dentária e possibilidade de lidar com o problema do stress operacional. Classicamente este tipo de cuidados é prestado em hospitais de campanha.
- O **"role 4"** promove o tratamento definitivo dos doentes que requerem um maior período de internamento, ou quando as possibilidades do "role 3" foram ultrapassadas. Envolve, normalmente cuidados cirúrgicos e médicos especializados, cirurgia reconstrutiva e reabilitação. É a última linha de tratamento, o que envolve recursos consideráveis, pelo que é suportado no país de origem. Só em circunstâncias muito particulares está disponível no teatro de operações.

Transladando estes conceitos para o figurino nacional, poder-se-á afirmar que, no seguimento do plasmado no CEDN, CEM e missões das FFAA, o nível de ambição do

[2] A palavra inglesa "role " pode ser traduzida por nível de cuidados médicos.

nosso suporte sanitário às forças envolvidas em missões no exterior, não deve ultrapassar o escalão "role 2 +", devendo ser constituído por profissionais de saúde dos três Ramos, única possibilidade de lhe garantir sustentabilidade e a possibilidade de salvaguardar os cuidados médicos específicos de cada Ramo.

A missão principal do apoio médico, nas operações militares, consiste na manutenção do estado de prontidão do pessoal, com todos os componentes que daqui possam advir, tais como: boa saúde mental, prevenção de ferimentos e doenças transmissíveis, protecção da saúde em ambientes de guerra não convencional. Importa também realçar o papel importante na evacuação rápida dos doentes e feridos, no mais curto espaço de tempo possível e nas melhores condições sanitárias. Para que estes objectivos sejam atingidos, são necessárias capacidades que compreendem algumas áreas funcionais, sistemas de comando e controle,"Medical Intelligence"[3], Medicina Preventiva, tratamento integrado e um sistema de evacuação com suporte logístico médico.

d. Estruturas de saúde de países da OTAN

Iremos agora, analisar os Serviços de Saúde de alguns países da OTAN, que foram eleitos por apresentarem umas FFAA de dimensão próxima da nossa, com recentes experiências de reestruturação e com objectivos político-militares semelhantes.

Esta análise incidirá sobre a organização das estruturas, liderança relações institucionais e recrutamento, vigentes em Espanha, Bélgica e França.

(1) Espanha

Em Espanha, os Serviços de Saúde do Exército, Marinha e Força Aérea foram integrados, em 1989, num serviço de saúde conjunto do Ministério da Defesa, chamado "Cuerpo Militar de Sanidad". Este Corpo Militar de Saúde compreende um corpo de oficiais que vai de tenente a tenente-general e uma escala de enfermeiros que vai de tenente a tenente – coronel e inclui: médicos, veterinários, farmacêuticos, médicos dentistas, psicólogos e enfermeiros.

A sua missão é proteger a saúde do pessoal das Forças Armadas Espanholas no âmbito operacional e em paz, ou seja, manter a condição física e psíquica do pessoal das Forças Armadas, mediante funções bem conhecidas: assessoramento do comando, selecção médica do pessoal, Medicina Preventiva, assistência sanitária (primeiros socorros, classificação, evacuação, tratamento ambulatório e hospitalar e reabilitação), abastecimento sanitário, instrução sanitária.

[3] Pode entender-se como Sistema de Informações.

Em 1996, foi criada a Inspecção-Geral de Saúde no Ministério da Defesa, como cúpula dos Serviços de Saúde unificados. Chefiada por um General de Divisão depende do Subsecretário da Defesa (Apêndice 3), coordenando os aspectos logístico-operacionais com o Chefe do Estado – Maior da Defesa (JEMAD).

O Inspector-Geral de Saúde é o assessor das autoridades do Ministério da Defesa, propõe a política sanitária e coordena os serviços de saúde a fim de optimizar os recursos médico-militares. O Inspector-Geral de Saúde é também responsável pelo estudo e redacção de acordos sobre assuntos de saúde com outras organizações nacionais e internacionais.

Os Serviços de Saúde do Exército, Marinha e Força Aérea, mantêm contudo, a sua própria organização e comando para o apoio directo às suas forças. O Director de Saúde é um General de Brigada, na dependência do Comando do Pessoal. No Serviço de Saúde há unidades que são específicas do Exército, Marinha e Força Aérea. A rede hospitalar integra seis hospitais militares dependentes da Subsecretaria da Defesa através da Inspecção-Geral de Saúde. A maioria dos hospitais tem heliporto. Os hospitais em actividade são: o Hospital Central da Defesa "Gomez Ulla" em Madrid, cinco hospitais localizados em Zaragoza, Valência, San Fernando (Cádiz), Cartagena (Múrcia) e Ferrol (Coruña) e, ainda os Hospitais Militares de Ceuta e Melilla. Posui também outras instalações militares que complementam a rede de hospitais militares: Instituto de Medicina Preventiva do Exército "Capitão Médico Ramón Y Cajal", Parques Centrais de Saúde e Farmácia, Centro de Instrução de Medicina Aeroespacial e Centro Militar de Veterinária.

O recrutamento de oficiais efectua-se entre os voluntários procedentes de universidades civis e a instrução específica realiza-se na Escuela Militar de Sanidad (EMISAN). Esta escola está directamente subordinada ao Director Geral de Recrutamento e Ensino Militar.

A especialização dos oficiais médicos faz-se, fundamentalmente nos hospitais militares sob controlo da EMISAN, assim como em centros de saúde civis.

(2) Bélgica

As Forças Armadas Belgas dependem directamente do Ministro da Defesa, possuem um Chefe da Defesa (CHOD) que é também Chefe do Estado-Maior da Defesa (Apêndice 4).

Dotado de uma organização de tipo funcional, o Ministério transformou as Forças Armadas Belgas numa estrutura única em que as responsabilidades dos chefes dos Ramos se limitam ao treino operacional (Comandantes das Componentes). Quase toda a estrutura

depende do CHOD através de diversos adjuntos (Assistant Chief of Staff – ACOS - ou Directores Gerais).

O Serviço de Saúde, é uma componente ao nível das componentes terrestre, aérea e naval. Designa-se Componente Médica, depende do Adjunto do CHOD para o treino e operações e é praticamente um quarto Ramo. O pessoal do Componente Médica está repartido em várias categorias: oficiais, sub-oficiais, voluntários e civis.

A categoria dos oficiais, compreende:

- **Oficiais das Tropas do Serviço Médico**, que são oficiais não técnicos, com funções puramente militares (Comandante de Pelotão, Oficial de Estado -Maior e de Comando). Para este grupo o recrutamento é essencialmente feito através da Escola Real Militar (ERM). A sua formação consiste numa fase académica com a duração de cinco anos, na ERM, uma formação militar de base, para os oficiais, de vinte e oito semanas, uma formação militar comum, para os oficiais da Componente Médica, de oito semanas e uma formação profissional especializada. A evolução na sua carreira consta de um curso básico de Estado-Maior para tenentes e capitães, durante seis semanas, um curso para os candidatos a oficiais superiores de oito meses e, eventualmente, se for seleccionado, um curso superior de Estado -Maior com a duração de um ano.
- **Oficiais do Corpo Técnico Médico**, que é constituído por médicos, veterinários, farmacêuticos e dentistas. O recrutamento pode ser normal, antes ou depois da licenciatura ou especial, através de diploma. A sua formação consiste numa parte académica (feita nas universidades civis) para os que são recrutados pela via normal. Depois, segue-se uma formação militar de base para oficiais, que dura dezanove semanas, uma formação militar comum para os oficiais da Componente Médica, que dura entre cinco a oito semanas e, por fim, uma formação técnica especializada, de acordo com a especialidade médica escolhida. A evolução na carreira compreende um curso básico de Estado-Maior, idêntico ao dos Oficiais das Tropas do Serviço Médico, um curso para candidatos a oficial superior com a duração de dois ou oito meses e, eventualmente, se for seleccionado, um curso superior de Estado-Maior. Existem, ainda, formações complementares que permitem adquirir diferenciação técnica nas várias especialidades médicas. Estes oficiais podem desempenhar funções de médico, veterinário, farmacêutico ou dentista, numa equipe técnica, podem também ser conselheiros do comandante no

seio do Estado -Maior, e podem comandar uma Unidade Médica da Componente ou a própria Componente Médica.

Os médicos civis têm vários estatutos e são sobretudo contratados para funções bem específicas, conotadas com a especialidade médica. Como não têm carreira médico-militar, também não vamos entrar em pormenores da sua carreira

A Componente Médica dispõe de Comando, Estado-Maior e de:

- **Centros Médicos Operacionais**, em número de quatro, que são responsáveis pelos cuidados médicos de primeira linha. Dispõem de "Antenas Médicas"[4] repartidas pelas zonas de responsabilidade de cada Centro. Possuem também os designados Elementos Médicos Avançados que asseguram o apoio às operações e exercícios militares;

- **Elementos Médicos de Intervenção**, que fornecem os meios de transporte para os feridos e ainda uma assistência médica mais especializada nas deslocações de forças;

- **Elemento Médico de Intervenção Técnica**, responsável pelo reabastecimento de material sanitário quer no território, quer no estrangeiro.

Da estrutura do Serviço de Saúde belga faz, ainda, parte, um Hospital Militar que tem as seguintes componentes:

- Departamento de Medicina Crítica, com Unidade de Queimados;
- Serviço de Medicina Hiperbárica;
- Departamento de Traumatologia e de Reavaliação;
- Centro de Saúde Mental;
- Centro de "Medical Intelligence";
- Departamento de Apoio Técnico-Médico;
- Departamento Administrativo e Logístico.

Como se pode ver, o Serviço de Saúde da Bélgica está completamente vocacionado para a parte operacional. O próprio Hospital Militar tem apenas as valências básicas da componente operacional possuindo mesmo um Centro de "Medical Intelligence". No entanto, não possui as valências necessárias ao funcionamento da componente assistencial.

(3) França

O Serviço de Saúde Militar Francês, criado no ano de 1708, é um dos mais velhos e ricos em tradição. Desde essa data até 1948, os serviços de saúde do Exército, da Marinha e da Força Aérea tiveram uma direcção própria. A partir de 1 de Janeiro de 1948 foi feita a

[4] Antena Médicas pode traduzir-se por Postos Médicos.

unificação dos serviços, num único Serviço de Saúde: a Direcção Central dos Serviços de Saúde dos Ramos, que tem como chefe o Director Central.

Em Julho de 1991, o Plano Forças Armadas 2000, reforça a autonomia do Serviço de Saúde à volta de dois pólos "major": uma componente própria do serviço, com todos os meios de sustentação inter-armas, de carácter técnico ou logístico e outra componente integrada nas forças, adaptada às necessidades específicas de cada ramo.

A Direcção Central dos Serviços de Saúde dos Ramos, assegura as funções de animação, concepção, orientação, avaliação e controlo dos organismos colocados na sua dependência (Direcções de Saúde dos Ramos).

O Serviço de Saúde das FFAA assegura, em todas as circunstâncias, o apoio médico e sanitário das mesmas e dos organismos sob a dependência do ministro da Defesa. (Service de Santé dés Armées - Edition 2006).

Os alunos de medicina são recrutados por concurso, sendo posteriormente inscritos nas Faculdades onde seguem, integralmente, o ensino aí ministrado. No início do terceiro ciclo de formação, adquirem o estatuto de oficiais, no Corpo dos Internos dos Hospitais das FFAA. O ensino militar é assegurado pela Escola Militar, durante os primeiros três anos e é feito durante uma parte do período de férias. No fim da sua formação, nas Escolas dos Serviços de Saúde das Forças Armadas, adquirem o estatuto de "Practiciens des Armées".[5]

Em função da sua classificação, das vagas e da escolha efectuada, fazem a sua formação em Medicina Geral ou uma especialização e irão integrar um dos corpos de oficiais: Internos dos Hospitais das Forças Armadas ou Médicos das Forças Armadas.

Os Internos dos Hospitais seguem uma carreira hospitalar, e os médicos de Medicina Geral são chamados a servir nos Centros de Saúde das Unidades.

A hierarquia do Corpo de Médicos vai de Médico (três galões) a Médico – Chefe de Serviço de Distintivo Dourado. Um certo número de Chefes de Serviço, por decreto do Presidente da República, poderão ser nomeados a general de duas, três ou quatro estrelas. Neste ultimo caso, chama-se Médico General das Forças Armadas.

Em 1996, com a profissionalização, o Serviço de Saúde adapta os seus meios ao novo formato das FFAA e às novas condições de emprego. Isto traduziu-se por um crescimento dos efectivos em pessoal de carreira e contratado e por uma adaptação às novas estruturas.

[5] Practiciens dês Arrmées pode traduzir-se por Médicos Estagiários.

A abertura dos hospitais das FFAA ao serviço público, verifica-se tanto ao nível dos utentes, cada vez mais civis, como pelos laços cada vez mais estreitos entre estes hospitais e o sistema hospitalar civil. Esta orientação é sentida pelo Serviço de Saúde como uma necessidade que apela todavia à definição de um ponto de equilíbrio a fim de preservar as missões militares prioritárias.

O financiamento do Serviço de Saúde apoia-se em duas fontes, a dotação orçamental e as receitas externas, as quais representam cerca de 3/5 do financiamento do Serviço.

e. Síntese.

Da análise do CEDN é possível identificar o contexto geoestratégico onde Portugal se encontra inserido, as novas ameaças susceptíveis de afectar o nosso país, ou qualquer dos nossos aliados, das quais se destacam o terrorismo transnacional, o crime organizado entre o qual se refere o tráfico de droga e as redes de promoção e exploração da imigração ilegal, as alterações ambientais e, ainda, as doenças infecciosas.

Seguidamente, fizemos uma análise do Conceito Estratégico da OTAN, no que se refere ao emprego de forças e operações sanitárias. Principalmente, no que concerne à doutrina do emprego de meios, onde se faz referência aos regulamentos que balizam os princípios logísticos e operacionais do apoio médico.

Por fim, fizemos uma abordagem das estruturas de saúde e carreiras médicas de alguns países pertencentes à NATO, onde foi possível observar três variantes diferentes.

Em primeiro lugar referimos a Espanha, onde o Serviço de Saúde é um verdadeiro Corpo Integrado, formado por profissionais que servem os Ramos, o Estado – Maior de Defesa e o Ministério da Defesa, mas que não pertence aos Ramos. A Bélgica, onde o Serviço de Saúde funciona virado para a componente operacional, sendo praticamente um quarto Ramo e a França onde existem duas componentes, se regista uma abertura dos hospitais militares à sociedade civil e o serviço médico nas Unidades é efectuado por médicos com a especialização em Medicina Geral.

Verifica-se, deste modo, que o conceito de Saúde Militar plasmado na doutrina da OTAN e existente nos países por nós analisados contempla as vertentes assistencial e operacional, o que valida a primeira hipótese apresentada.

3. A SAÚDE NA FORÇA AÉREA

Em Portugal, os Serviços de Saúde Militar são independentes entre si, embora já desde há muitos anos, tenham sido objecto de múltiplas tentativas de reestruturação, com a finalidade de rentabilização dos seus recursos.

De acordo com o Decreto-Lei 48/93, Lei Orgânica do Estado – Maior das Forças Armadas, o Chefe do Estado-Maior General das Forças Armadas (CEMGFA) exerce o comando completo das FFAA em estado de guerra e o seu comando operacional em tempo de paz, durante o qual não possui nenhum órgão responsável pela saúde militar.

Ao nível dos Ramos, as dependências estruturais dos três serviços de saúde obedecem a critérios diferentes. Assim, os Serviços de Saúde da Marinha dependem da Superintendência do Serviço do Pessoal, os da Força Aérea do Comando do Pessoal e os do Exército estão na dependência funcional do Comando Logístico.

A adaptação ao novo cenário de riscos e ameaças para a segurança e paz, levou a grande maioria dos países a dedicarem um tratamento privilegiado à chamada "Saúde Operacional", entendida como a prestação de cuidados de saúde em pleno teatro de operações, diferenciando-a da prestação de cuidados de saúde praticada nos hospitais militares ("Saúde Hospitalar"). A esta, alguns países, não reconhecem uma especificidade militar, apenas pelo alvo dos cuidados ser a população militar e remeteram a sua responsabilidade para os sistemas nacionais de saúde (Carvalho, 1997: 847).

a. O Serviço de Saúde da Força Aérea.

O Serviço de Saúde da FAP, nasceu em 1952, a partir de uma estrutura embrionária, que mais não era do que uma secção de uma repartição. Era responsável pela superintendência em tudo o que respeitava à saúde e higiene das tropas das Forças Aéreas.

O Decreto-Lei nº 40949 de 28 de Dezembro de 1956, institui o Serviço de Saúde da Força Aérea referindo o art. 34 que*: " O Serviço de Saúde compreendia uma Direcção e uma Inspecção assim como Órgãos de Execução, podendo estes últimos constituir, eventualmente, Hospitais, se o desenvolvimento do SS assim o tornasse necessário"*.

Quando foi criado, apenas existiam dois tipos de Unidades Aéreas: operacionais e não operacionais. As suas necessidades, em termos de assistência médica, eram diferentes. Para as primeiras exigia-se, além da Licenciatura em Medicina, a diferenciação, posterior à admissão, em Medicina Aeronáutica. Para as segundas exigia-se apenas a Licenciatura em Medicina. A existência ou não de especialização não pesava no processo de admissão dos oficiais médicos, já que a licenciatura era considerada como única condição para o desempenho nas Secções das Unidades da FAP.

Após a sua admissão, os oficiais médicos eram sujeitos à formação em Medicina Aeronáutica (França, Estados Unidos, Itália e Reino Unido) e colocados em unidades operacionais. A sua actividade desenvolvia-se junto do Pessoal Navegante (PN) e do restante pessoal, com resultados bastante satisfatórios em termos de eficiência.

Os oficiais médicos do Quadro Permanente (QP) procuravam, no entanto, ao mesmo tempo que desempenhavam a sua actividade primária nas Unidades de Saúde da FAP, alcançar uma diferenciação médica, que era escolhida pelo próprio sem qualquer interferência ou orientação, por parte das entidades superiores do Serviço de Saúde da FAP**.**

Apesar desta ausência de orientação, a especialização obtida pelo oficial médico foi, além de factor determinante para a escolha da sua colocação posterior em Unidades de Saúde do Ultramar ou dos Açores, também uma mais-valia para os militares da FAP, em geral, e para os seus familiares.

Em Dezembro de 1958, o Decreto – Lei nº 42074 cria o Centro Médico Psicológico, que foi o percursor dos actuais CMA e Centro de Psicologia da Força Aérea (CPSIFA).

Neste período, o único hospital do Serviço de Saúde era na ilha Terceira e denominava-se Hospital Militar da Base Aérea nº4 (BA- 4), mais conhecido pelo Hospital da Terra Chã.

Posteriormente, com início da denominada ”Guerra do Ultramar” nasceu a necessidade de adaptação do Serviço de Saúde a este cenário, tendo sido criadas delegações em Angola e Moçambique, ao mesmo tempo que aumentavam em número os Órgãos de Execução do Serviço de Saúde, distribuídos pelas antigas Províncias Ultramarinas e era projectado e criado o 1.º Órgão Hospitalar da FAP em Portugal Continental.

De facto, em 1972, pelo Decreto-Lei n.º 296/72, de 14 de Agosto, foi criado o Núcleo Hospitalar Especializado da Força Aérea Nº 1 (NHEFA).

Durante o período coincidente com a ” Guerra do Ultramar”, o Serviço de Saúde da FAP deu resposta eficaz às várias necessidades decorrentes da actividade operacional, em vários teatros de operações com grande dispersão geográfica. Foram criadas medidas sanitárias de profilaxia e um sistema de evacuações aero- médicas.

A revolução de 25 de Abril de 1974 alterou o cenário existente, promovendo a concentração, em Lisboa, dos recursos hospitalares.

Em 4 de Maio de 1979, pelo Decreto-Lei n.º 114/79, é alterada a sua designação, depois de terminadas as obras de expansão das suas infra-estruturas e a criação de novos Serviços, passando a chamar-se Hospital da Força Aérea.

Com a transformação do NHEFA em Hospital, sentiu-se a necessidade de planear a formação dos oficiais médicos, já que parte deles possuíam especialidades sem grande interesse para a fase de desenvolvimento do HFA, e porque os Serviços criados

necessitavam de efectivos adequados. Devemos destacar, no entanto, que a criação de alguns dos Serviços Hospitalares e a sua instalação foi conseguida com o excelente apoio e devotado interesse dos oficiais médicos que tinham obtido as especialidades médicas correspondentes a esses mesmos Serviços da FAP.

Como é fácil de imaginar, a definição e o planeamento das necessidades em médicos especialistas foram algumas das ambições da Direcção do HFA, durante a fase de instalação da sua estrutura, o que, por motivos circunstanciais, esteve longe de ser conseguido. Desde essa altura, em 1979, até Outubro de 2007, a estrutura de saúde da FAP era constituída, essencialmente pelas seguintes Entidades/Órgãos: DS, HFA, CMA, CPSIFA e Centros de Saúde das Unidades (CSU).

No entanto, e de permeio, foram vividas outras situações organizacionais. Assim, em 1994, através do Decreto Regulamentar nº 51/94 de 3 de Setembro, que estabelece a Organização do Comando de Pessoal da Força Aérea, foi constituído o Instituto de Saúde da Força Aérea (ISFA), que agrupava sob uma única estrutura de comando, o HFA, CMA e CPSIFA.O ISFA era o órgão que coordenava o HFA, o CMA e o CPSIFA e, tinha por missão:*"dirigir, organizar e controlar a prestação de serviços de saúde"*.

Por outro lado, e ainda de acordo com o Decreto Regulamentar que acabámos de referir, a DS é o Órgão que superintende os CSU, com funções consultivas no que respeita à definição da política de saúde, tendo por missão: *"Estabelecer os procedimentos adequados à prevenção, conservação e recuperação médico-sanitária do pessoal da Força Aérea e controlar a sua execução, competindo-lhe ainda, programar e coordenar a actividade veterinária e as actividades das juntas médicas na Força Aérea"*.

A partir de Outubro de 2007, em virtude de ter surgido o Despacho 38/2007,do Chefe do Estado – Maior da Força Aérea (CEMFA), o ISFA foi extinto, tendo a DS passado a superintender os Órgãos que iremos agora analisar, com mais pormenor.

(1) Hospital da Força Aérea.

De acordo com o Decreto Regulamentar Nº 51/94,o HFA tem por missão*:" tratar e reabilitar os militares da Força Aérea e seus familiares e quando superiormente autorizado, outros doentes. Tem ainda a missão de apoiar, em pessoal e dados clínicos, as Juntas Médicas da Força Aérea e apoiar tecnicamente o Centro de Medicina Aeronáutica, em regime de complementaridade de acções"*.

O HFA está implantado no complexo da Base do Lumiar (BALUM). Existem boas potencialidades para a sua ampliação e tem um bom parque de estacionamento. O acesso por via terrestre é fácil. A servi-lo, tem os seguintes eixos rodoviários: 2ª circular, Eixo

Norte-Sul e Circular Regional Exterior de Lisboa (CREL). Tem, ainda, a particularidade, de acesso por via aérea, pois a BALUM tem um heliporto.

O HFA nasceu, como atrás referimos, com alguns condicionalismos mas também com alguma independência hospitalar em relação aos hospitais do Exército. Progressivamente, foram-se criando e adaptando novas infra-estruturas, aumentando o número de actos médicos, bem como a qualidade e diversidade da assistência prestada.

O aumento progressivo do universo de utilizadores levou à implementação de novas valências, indispensáveis ao cumprimento da missão do HFA, de acordo com os mais recentes conhecimentos científicos e tecnológicos na área da medicina.

Há seis anos, iniciou-se um projecto de recuperação e de ampliação, de forma sustentada, das infra-estruturas existentes bem como da modernização do seu equipamento. Presentemente, o hospital dispõe de instalações modernas e adequadas, oferecendo aos seus utilizadores condições dignas de assistência. Tem uma capacidade total de internamento de 90 camas que podem aumentar para 120 em situação de emergência.

O HFA pode caracterizar-se, à semelhança dos outros hospitais militares, como um hospital do tipo distrital, por possuir recursos inerentes às valências básicas (Medicina, Cirurgia, Ortopedia, Imagiologia, Patologia Clínica) e outras relacionadas com as valências intermédias e diferenciadas, tais como: Gastrenterologia, Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, Neurocirurgia, Anestesiologia, Urologia, Dermatologia, Medicina Dentária, Pneumologia, Alergologia, Ginecologia e Clínica Geral e Familiar.

Por outro lado, conta, ainda, com o apoio das especialidades colocadas no CMA: Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria, Cardiologia, e Neurologia.

É pois, um hospital geral, polivalente no que respeita às valências do internamento, das consultas externas e dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

(2) Centro de Medicina Aeronáutica

É um órgão específico da FAP e, tal como se encontra estabelecido no Decreto Regulamentar 51/94, tem como missão:" *o apoio aeromédico ao pessoal envolvido na actividade aérea de modo a assegurar as melhores condições psicofisiologias para o cumprimento da actividade operacional. Tem ainda como missão apoiar clinicamente o HFA em regime de complementaridade de acção".*

O CMA está localizado no Complexo da BALUM e possui instalações próprias e adequadas à sua missão, com espaços adequados à inspecção e selecção, de acordo com os requisitos aero-médicos necessários, dos candidatos à entrada nos Quadros da FAP e do PN. Das suas instalações faz parte o Centro de Treino Fisiológico, onde se encontra uma

Câmara Hipobárica que permite a simulação e a monitorização da resposta fisiológica ás condições de voo, sector muito importante no treino e avaliação do PN. Como já foi referido, o CMA possui algumas especialidades médicas, ligadas à Medicina Aeronáutica, essenciais à sua missão de inspecção e avaliação aero-médica. Dentro das suas competências, o CMA deve:

- Estudar as questões relativas à Medicina Aeronáutica e actividades afins;
- Exercer a acção médica na selecção, controlo e recuperação do pessoal navegante e outro;
- Assegurar o treino fisiológico do pessoal navegante e dar colaboração aero-médica a acidentes de voo;
- Apoiar as Juntas Médicas;
- Assegurar a formação técnica ao pessoal da FAP e de outras entidades e organismos através de protocolos;
- Promover e assegurar a investigação e desenvolvimento em Medicina Aeronáutica.

(3) Centro de Psicologia da Força Aérea

Tem por missão, de acordo com o que vem estipulado no Decreto Regulamentar 51/94: ”*seleccionar, prestar assistência e intervir no âmbito da Psicologia*”.

Encontra-se situado no Complexo da BALUM e dispõe de instalações próprias que foram recentemente inauguradas. Está, por isso, apetrechado com meios modernos e funcionais que lhe permitem levar a cabo a sua missão.

Actua ao nível da selecção, com uma intervenção relevante, efectua avaliação psicológica, emite pareceres, estuda questões relativas à psicologia e promove actividades nos seguintes domínios:

- Psicologia Aeronáutica e Psicologia Militar;
- Psicologia Social e Organizacional;
- Psicologia Clínica e da Saúde;
- Psicologia Escolar e Educacional;
- Docência e Formação.

(4) Centros de Saúde das Unidades

Os CSU estão localizados nas Unidades/Bases Aéreas. Dependem, tecnicamente, da DS e, funcional e hierarquicamente, dos Comandantes das Unidades a que pertencem. Têm capacidade para satisfazer as exigências de”role 1” e de “role 1” acrescido (AJP-4.10), no

âmbito das missões que lhes estão cometidas e que correspondem aos cuidados primários de saúde, cuidados dentários e de Medicina Preventiva. São extremamente importantes no que se refere ao acompanhamento e manutenção do bom estado sanitário do pessoal das Unidades, especialmente do PN que, em virtude das suas missões, requer um cuidado especial.

Após a analise que efectuámos pode dizer-se, de acordo com António Entrudo, que: " *O Sistema de Saúde está adaptado e evoluiu com o dispositivo da Força Aérea. Sendo o mais jovem entre os três Ramos das Forças Armadas, desempenha um papel que ultrapassa a sua missão específica, ao manter um espírito de constante abertura a soluções de racionalização e rentabilização, no conjunto dos Serviços de Saúde Militares"* (Entrudo, 1994:11).

b. Recrutamento dos médicos militares.

O pessoal de saúde, muito em particular os médicos, é normalmente escasso para as necessidades e múltiplas funções para que é solicitado, o que representa uma das principais condicionantes do funcionamento dos serviços de saúde militares. Esta situação, agravada pela aparente carência generalizada de médicos, ao nível do País, e por uma menor motivação pela carreira militar, tem, na sua génese, uma multiplicidade de factores: o efeito indirecto dos "numerus clausus", que limita os efectivos dos estudantes de Medicina, o predomínio de jovens do sexo feminino, provavelmente, menos vocacionadas para uma carreira nas FFAA e a evolução da demografia médica que tornou mais favoráveis as condições de trabalho dos jovens médicos com maior atracção para o exercício liberal da medicina. Além destes aspectos, de âmbito nacional, há que considerar outros factores específicos no caso da carreira militar como sejam a mobilidade, as reticências face ao exercício da medicina nas Unidades e a menor atracção da remuneração auferida quando comparada com as do sector civil.

No início da FAP, os médicos eram oriundos dos quadros do Exercito e da Marinha. Posteriormente, começaram a ser admitidos médicos licenciados, que após terem defendido a Tese de Licenciatura, eram atraídos por uma carreira onde podiam beneficiar de alguma estabilidade, estabilidade esta que mais tarde foi prejudicada com a" Guerra do Ultramar".

Nos primeiros anos que se seguiram ao 25 de Abril de 1974, o recrutamento não foi difícil porque a carreira de médico militar apresentava alguns aliciantes, facultando aos jovens médicos a possibilidade de praticarem uma medicina de qualidade, bem enquadrada e com boas condições hospitalares. Os principais motivos de atracção, na altura, podem ser resumidos da seguinte forma:

- Acesso a tecnologia de ponta;
- Possibilidade de fazer formação pós – graduada;
- Possibilidade de entrada no Internato Médico, escolhendo a especialidade desejada;
- Remuneração próxima da equivalente na carreira civil.

Com o decorrer do tempo, as dificuldades de recrutamento, não sendo novas nem exclusivas da FFAA, começaram a atingir dimensões preocupantes, sendo cada vez mais difícil o ingresso de médicos com destino à carreira médico - militar do QP da FAP. Importa, por isso, identificar algumas das causas que julgamos responsáveis por esta situação:

- Desmotivação pessoal,
- Falta de atractivos na carreira;
- Grandes divergências da realidade do exercício profissional com as expectativas criadas, na altura do ingresso;
- Degradação das condições de trabalho por falta de profissionais diferenciados;
- Atracção por um mercado de trabalho aliciante, em termos financeiros e com *deficit* de médicos.

Após termos feito uma análise dos aspectos relativos aos problemas actuais do recrutamento, vamos agora ver como ele é feito.

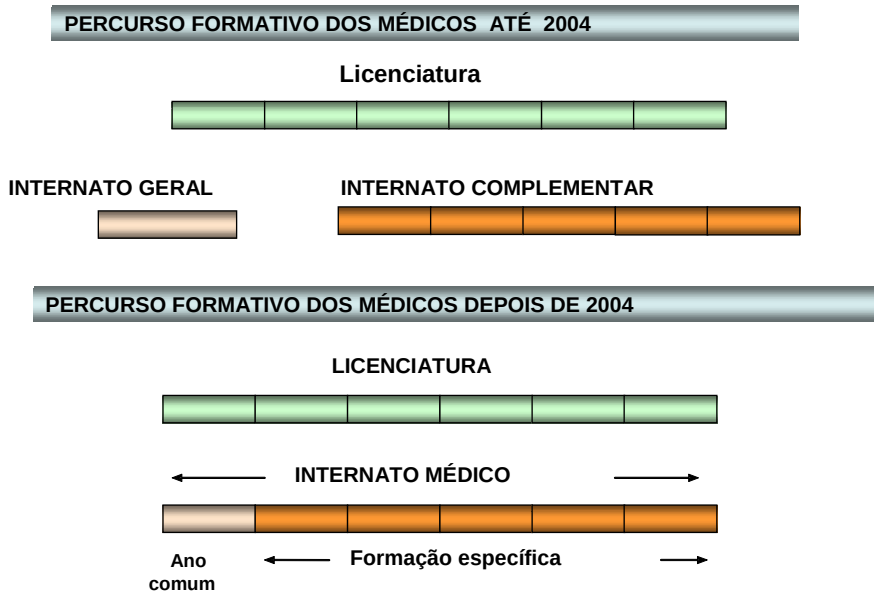
Podemos dizer que, até há bem pouco tempo, o recrutamento de médicos militares era, essencialmente, feito de duas maneiras diferentes:

- Concurso Ordinário, onde após concluírem o Internato Geral, ingressavam, a seguir ao concurso de admissão, na carreira militar;

- Concurso nas Academias, através da frequência da Licenciatura em Medicina.

Este ultimo tipo de recrutamento era destinado a indivíduos que terminavam o 12º ano e pretendiam fazer a Licenciatura Medicina, sendo esta obtida nas Faculdades de Medicina. Em paralelo, frequentavam a Academia da Força Aérea (AFA), onde tinham formação militar até ao terceiro ano do curso. A partir de 2004, o Internato Médico sofreu profundas modificações (Fig.1), motivadas pela entrada em vigor do Decreto-Lei nº 203/2004 de 18 de Agosto. Por este motivo, dada a impossibilidade de recorrer aos médicos habilitados com o Internato Geral, como se fez durante vários anos, uma vez que o Internato é agora contínuo, o recrutamento através das Academias, que funcionava como um complemento do concurso ordinário, é agora favorecido.

Contudo, esta medida obriga a um investimento que varia entre 10 a 13 anos de formação médica geral, acrescidos de períodos variáveis de formação militar e médico-militar.



c. Formação dos médicos militares.

De acordo com a Enciclopédia Luso-Brasileira, formação vem do vocábulo derivado do latim, *formatio, de formare* – dar forma, modelar, organizar (8º volume:1255).

A formação desempenha um papel fundamental na aquisição de competências exigidas para o desempenho das funções dos médicos militares e assume-se, deste modo, como um factor da maior importância na prática de todas as actividades ligadas à sua missão.

A actual estrutura de saúde da FAP, no que respeita à formação, após a conclusão da Licenciatura, não tem os meios necessários para ser auto-suficiente, o que só se consegue dando aos serviços capacidade técnica e casuística suficiente para o exercício das actividades médicas, de modo a satisfazer as exigências curriculares exigidas pela Ordem do Médicos. Têm-se recorrido, por isso, à capacidade formativa dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para formar especialistas, nas mais variadas áreas do conhecimento médico. Assim sendo, quer os oriundos da AFA quer os provenientes dos concursos ordinários, fazem a sua especialização em Serviços Hospitalares idóneos, com o acordo do Serviço de Saúde da FAP, obtendo o grau de Assistentes Hospitalares nas várias especialidades que frequentam.

O Quadro de Médicos Militares da FAP tem, actualmente, 82 médicos, distribuídos por 19 especialidades médicas.

Após a conclusão do Internato Médico, fazem a qualificação em Medicina Aeronáutica.

A partir daqui, a formação técnica é feita individualmente e a formação, na vertente militar, é feita de acordo com o Estatuto dos Militares das Forças Armadas (EMFAR).

Deste modo, frequentam cursos de promoção, como o Curso de Promoção a Oficial Superior (CPOS), onde adquirem nações de comunicação e informação, estratégia e questões de segurança, dinâmicas sociais e organizacionais, comando e administração e, ainda, emprego de forças. Estes cursos, que se realizam em conjunto com os outros militares da FAP, proporcionam contacto com as outras especialidades existentes no Ramo e visam preparar os Oficiais para o desempenho de funções de Oficial Superior. No entanto, têm algumas lacunas no que se refere a assuntos importantes, relacionados com a especificidade da especialidade médica, tais como, por exemplo, conhecimentos relativos à gestão de Unidades de Saúde.

Esta especificidade, encontra-se referida no documento que serve de guia de orientação ao CPOS:" *face à especificidade e constrangimentos da carreira dos oficiais médicos, o modelo do Curso de Promoção a Oficial Superior da FAP, destinado aos oficiais médicos, procura viabilizara redução temporal da presença destes oficiais no Curso, ao mesmo tempo que procura salvaguardar os conteúdos julgados necessários e estruturantes, em termos de saberes e competências inerentes ao desempenho de funções de oficial superior*" (Documento *IESM:14).*

Até à presente data, pese embora algum esforço, recente, no sentido de orientar, uma parte dos médicos, para as especialidades mais necessárias ao cumprimento das tarefas ligadas à assistência sanitária, nos CSU, e à componente operacional, a escolha das especialidades, por parte dos médicos, não tem obedecido a critérios objectivos e orientados para o cumprimento deste tipo de missões, pois estes preferem aquelas para onde se sentem mais inclinados, independentemente de serem ou não as mais necessárias para a FAP.

Surgem, deste modo, muitos médicos habilitados com algumas especialidades eminentemente hospitalares, mas com pouca formação, em matérias especificas da Medicina Militar, que lhes permita actuar em ambientes operacionais, ligados ao apoio a efectivos, em missões de emprego de forças militares. Este facto, está, um pouco, em contradição com algumas das características que deve ter um médico militar. Tal como diz

o Coronel Médico Abílio Gomes, no seu artigo sobre apoio sanitário no Teatro de Operações: " *Em ambientes extremos, tendo por inimigos o tempo, a escassez de recursos, a imprevesibilidade, a adversidade, sob 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. Também é muito importante a 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, 2006:1).

Ainda no que respeita ao estatuto do médico militar é importante salientar, que por implicação do próprio código deontológico, o médico tem uma posição de grande responsabilidade, pela simples razão de ser o responsável pela decisão do tratamento do doente, responsabilidade esta que não é transferível para nenhum outro estatuto. Podemos perguntar, como faz o General Rocha Vieira, em documento publicado há três anos, se: *Será a situação de guerra uma excepção a esta prevalência do estatuto do médico?*

A resposta, ainda de acordo com o autor referido, é que:" *Em termos formais, em situação de guerra, situação de excepção por excelência, o comando militar assume um papel fundamental. Em termos substantivos porém, um comando militar efectivo não poderá dispensar o papel de decisão do médico em questões de saúde"* (Vieira, 2003: 24).

A DS tem procurado corrigir os defeitos da situação atrás apontada mas, na nossa opinião, de uma maneira que pode ser aperfeiçoada.

Assim, tentou que a admissão dos médicos fosse referenciada para as especialidades médicas que mais falta fazem no Serviço de Saúde da FAP. Definiu um modelo onde as especialidades estão agrupadas por prioridade da missão e que, simultaneamente, dá uma perspectiva quanto à disponibilidade de recursos humanos, quais os graus de vulnerabilidade das diversas especialidades e qual a tendência na distribuição do pessoal médico, admitido anualmente para o QP.

Não temos quaisquer dúvidas que a aplicação deste modelo foi um passo importante tendente a corrigir alguns dos desvios existentes, no apetrechamento em pessoal médico nas diferentes especialidades do Serviço de Saúde.

A situação que acabamos de descrever poderá começar a modificar-se, uma vez que começam a concluir os cursos, os primeiros licenciados em medicina, oriundos da AFA, que estão mais identificados com a vertente operacional e cujas expectativas de especialização não se resumem a "fazer a especialidade de que mais gostam". Será, assim,

possível fazer uma orientação, que tenha por base as especialidades consideradas fundamentais para a actividade operacional, tendo em conta a especificidade da FAP:

- Anestesia
- Cirurgia Geral
- Medicina Interna
- Medicina Dentária
- Medicina Geral e Familiar
- Oftalmologia
- Ortopedia /Traumatologia,
- Psiquiatria.
- ORL

Concomitantemente, deverão ser criados mecanismos que possibilitem complementar a formação nas áreas de Medicina de Urgência, Emergência, Trauma, Reanimação e Medicina em ambiente NBQR.

No entanto, apesar de tudo, parece-nos que há alguns aspectos que, só com a aplicação de um novo modelo, ficam resolvidos. Referimo-nos aos aspectos já descritos na introdução e que têm contribuído para a indefinição das carreiras dos médicos da FAP.

d. Síntese

Sintetizando, podemos dizer que os serviços de saúde da FAP assentam essencialmente em duas grandes componentes: a medicina assistencial e a medicina de vertente operacional, cada uma delas com as suas necessidades específicas e com as suas estruturas próprias.

O recrutamento de médicos sofreu uma alteração importante, em virtude da legislação que foi sendo implementada e faz-se agora, predominantemente, através do recrutamento de candidatos com destino à Licenciatura em Medicina.

No que respeita à formação médica, pós-licenciatura, existe uma parte significativa de pessoal médico que se encontra em formação, nos hospitais do SNS, dada a inexistência desta capacidade na FAP. Depois da obtenção da especialização, a vertente técnica da formação, é feita de acordo com motivações individuais e a vertente militar é quase igual à dos outros militares da FAP, com algumas desvantagens, em termos de formação específica. Até à data, a escolha das especialidades médicas não tem obedecido a critérios que orientem os médicos para aquelas que são mais necessárias ao cumprimento das tarefas ligadas à assistência sanitária, nos CSU e à componente operacional. Surgem assim, alguns

médicos com especialidades eminentemente hospitalares, que vão limitar o seu desempenho na parte operacional.

No fim do capítulo, foram definidas as especialidades consideradas fundamentais, para a actividade operacional, bem como algumas das valências, complementarem à formação dos médicos da FAP, tendo em conta a especificidade do Ramo.

Como se pode ver, apesar das tentativas correctivas da DS, as carreiras actuais dos oficiais médicos da FAP não são as adequadas ao cumprimento global da missão do Serviço de Saúde, necessitando ser reajustadas. Assim sendo, fica validada a segunda hipótese, por nós formulada.

4. Reestruturação das carreiras médico-militares da Força Aérea.

Após termos visto, no capítulo anterior, quais eram as necessidades da FAP, em relação ás especialidades dos médicos destinados ao seu QP e verificado que, nem as actuais carreiras, nem algumas alterações, entretanto feitas, foram suficientes para resolver o problema, vamos então abordar as medidas correctivas que achamos necessárias, bem como o modelo mais adequado para as respectivas carreiras.

Nos tempos actuais, uma eficiente gestão de recursos humanos exige que a execução de uma determinada tarefa seja realizada por um técnico devidamente formado e competente, não sendo admissível que se pactue com os hábitos arreigados, na nossa sociedade, de que pessoas, sem a devida competência, sejam capazes de executar aquela tarefa com resultados semelhantes**.** No Serviço Saúde da FAP, há médicos que estão a realizar o Internato, para uma determinada especialidade hospitalar e que são nomeados, nalgumas ocasiões por escassez de pessoal, para missões da FAP fora do âmbito da sua especialidade, interrompendo o Internato da Especialidade. Em virtude das matérias específicas das especialidades que frequentam encontram-se destreinados da prática da Medicina Geral, o que irá dificultar a sua prestação nos locais para onde são destacados. Por outro lado, existem médicos já com o Internato da Especialidade terminado que são nomeados para exercer o cargo de chefia num CSU. Esta medida, que abrange os médicos de todas as especialidades, incluindo as não clínicas, como a Radiologia e Patologia Clínica, rouba grande parte do tempo que esse médico devia usar, não só para aumentar os seus conhecimentos e experiência na sua especialidade, mas também para prestar cuidados de saúde específicos no Serviço Clínico do HFA ou do CMA, para que se diferenciou e para que foi planeado, após a sua admissão na FAP. Embora, teoricamente, qualquer médico deva estar em condições de exercer a prática médica de natureza generalista esta

premissa tem vindo a sofrer alterações, motivadas quer pela mudança dos programas do Internato da Especialidade, quer pela especificidade, cada vez maior, que as especialidades médicas possuem.

Estes problemas, que já foram sentidos por diversos responsáveis pelo Serviço de Saúde da FAP, encontram-se bem expressos num artigo publicado por um antigo responsável da DS:"*as funções de médico de uma Unidade Operacional, pela sua complexidade e importância, obrigam, em princípio, a uma especialização em Clínica Geral e em Medicina Aeronáutica, sendo salutar que os Médicos Aeronáuticos, colocados nas Unidades Operacionais dependam, tecnicamente, dos responsáveis do CMA*". (Entrudo, 1994:10).

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.

Por último, não podemos deixar de referir que os Cursos de Formação, como Curso Básico de Comando (CBC) e Curso de Promoção a Oficial Superior (CPOS), poderiam ter na área de gestão de saúde, algumas competências, que, certamente, seriam de grande utilidade num melhor cumprimento da missão do Serviço de Saúde da FAP.

Todos estes aspectos levam-nos a pensar na necessidade de elaborar um módulo de carreira dos médicos militares da FAP, de acordo com os parâmetros que passamos a expor.

a. Estrutura

A carreira dos oficiais médicos da Força Aérea, tendo em vista uma maior definição das suas componentes, seria subdividida em 2 categorias:

(1) – Carreira Clínica de Medicina Hospitalar

(2) – Carreira Clínica de Medicina Aeronáutica

Estas carreiras seriam complementadas com uma Sub-Carreira de Gestão Médica. As carreiras referidas em (1) e (2) teriam efectivos próprios, funções bem definidas e uma evolução, desde o início, muito bem delimitada, muito clara, com o conhecimento das acções de formação a realizar, das actividades a desenvolver e dos possíveis cargos a desempenhar ao longo da carreira.

Na realidade, podemos dizer que quem entra, em cada uma das carreiras, ficaria a conhecer, sem ambiguidades, o que o espera e especialmente, que depende da sua

capacidade de trabalho e do aumento dos seus conhecimentos técnicos, transmitidos pelas acções de formação a que é sujeito, a possibilidade de alcançar o último grau da carreira.

b. Admissão

Os candidatos ao ingresso no Quadro dos Oficiais Médicos da Força Aérea seriam distribuídos pelas Carreiras (1) e (2), de acordo com o número de vagas em cada uma delas, com as suas motivações e com as classificações obtidas nas provas realizadas.

Para que as propostas descritas em **a** e **b** pudessem ser possíveis, teria que haver uma modificação no art. 247 do EMFAR conforme descrito no Apêndice 6.

c. Evolução

Após a admissão, a evolução da carreira dos oficiais médicos teria uma parte que podemos considerar como aspectos comuns e uma outra como aspectos particulares referentes às carreiras e sub-carreiras já descritas.

No que diz respeito aos aspectos comuns o ingresso, na FAP, seria feito como alferes médico.

Depois desta fase, a progressão seria feita de acordo com o postulado no EMFAR, e da maneira que seguidamente se expõe.

Após um ano, seria feita a promoção a tenente. Depois de quatro anos de exercício de funções como tenente, pode ser promovido a capitão. Após seis anos de exercício de funções como capitão, pode ser promovido a major. Cumpridos quatro anos de exercício de funções como major pode ser promovido a tenente-coronel. Passados quatro anos de exercício de funções como tenente-coronel pode ser promovido a coronel.

Passados três anos de funções como coronel poderia ser promovido a major-general, desde que oriundo da Sub-Carreira de Gestão Médica e cumpridas as outras condições necessárias, descritas mais adiante.

Para que estas modificações fossem possíveis era necessário alterar o EMFAR, art. 254, conforme o descrito no Apêndice 7.

No que diz respeito aos aspectos mais particulares a evolução seria feita da maneira que se segue:

(1) Carreira Clínica de Medicina Hospitalar.

Nesta carreira, haveria uma evolução de aspecto mais técnico. Em primeiro lugar, seria feita a Licenciatura em Medicina e o Internato Médico, de acordo com a legislação em curso, indispensável para aquisição do grau de Assistente Hospitalar. Passados cinco anos de exercício de funções no âmbito da sua especialidade, pode concorrer em concurso

nacional para aquisição do grau de Consultor da especialidade médica em que se diferenciou.

(2) Carreira Clínica de Medicina Aeronáutica.

Esta carreira seria mais vocacionada para a medicina operacional. Principiaria com a Licenciatura em Medicina e o Internato Médico, de acordo com a legislação em curso, indispensável para aquisição do grau de Assistente de Medicina Geral e Familiar. Passados cinco anos de exercício de funções no âmbito da sua especialidade, pode concorrer em concurso nacional para adquirir o grau de Consultor de Medicina Geral e Familiar.

(3) Sub-Carreira de Gestão Médica.

A Sub-Carreira de Gestão Médica, começa no posto de tenente-coronel, entre os médicos de ambas as Carreiras Clínicas, que se sintam motivados para o desempenho de funções de gestão médica e termina no posto de major-general.Engloba cargos de gestão médica cujo desempenho é específico dos elementos de cada Carreira, como segue:

a) Na Carreira Clínica de Medicina Hospitalar:

- **Chefe de Serviço Hospitalar**, exercido pelos médicos com o posto de tenente-coronel, se habilitados com o grau de Assistente Hospitalar ou, preferencialmente, com o grau de Consultor da Carreira Clínica de Medicina Hospitalar, a frequência, com aproveitamento, do Curso de Pós-Graduação em Gestão Médica de Unidades de Saúde e escolhido pelas Entidades competentes do HFA;
- **Director Clínico do HFA**, exercido por um médico com o posto de tenente-coronel ou de coronel, se habilitado com o grau de Assistente Hospitalar ou, preferencialmente, com o grau de Consultor da Carreira Clínica de Medicina Hospitalar, a frequência, com aproveitamento, do Curso de Pós-Graduação em Gestão Médica de Unidades de Saúde e escolhido pelas Entidades competentes do HFA;
- **Director do HFA**, exercido por um médico com o posto de coronel, se habilitado, preferencialmente, com o grau de Consultor da Carreira Clínica de Medicina Hospitalar, a frequência, com aproveitamento, do Curso de Pós-Graduação em Gestão Médica de Unidades de Saúde e escolhido pelas Entidades competentes do EMFA, ouvida a DS.

b) Na Carreira Clínica de Medicina Aeronáutica:

- **Médico-Chefe de Centro de Saúde de Unidade Operacional**, exercido pelos médicos com o posto de major ou tenente-coronel, se habilitados com o grau de Assistente de Medicina Geral e Familiar ou, preferencialmente, com o grau de Consultor, ambos da Carreira de Medicina Aeronáutica frequência, com aproveitamento, do Curso de Pós – Graduação em Gestão Médica de Unidades de Saúde e escolhido pelas Entidades competentes do CMA, ouvida a DS;
- **Chefe de Serviço Clínico do CMA**, exercido pelos médicos da Carreira de Medicina Hospitalar com o posto de tenente-coronel e habilitados com o grau de Assistente Hospitalar ou, preferencialmente, com o grau de Chefe de Serviço da Carreira Clínica de Medicina Hospitalar, a frequência, com aproveitamento, do Curso de Pós – Graduação em Gestão Médica de Unidades de Saúde e escolhido pelas Entidades competentes do CMA, ouvida a Direcção do HFA;
- **Médico-Chefe do Departamento de Avaliação Aero-médica**, exercido pelos médicos com o posto de major ou tenente-coronel, se habilitados com o grau de Assistente de Clínica Geral ou, preferencialmente, com o grau de Consultor Médico da Carreira Clínica de Medicina Aeronáutica, a frequência, com aproveitamento, do Curso Avançado de Medicina Aeronáutica e do Curso de Pós – Graduação em Gestão Médica de Unidades de Saúde e escolhido pelas Entidades competentes do CMA;
- **Médico-Chefe do Departamento de Formação e Ensino**, exercido pelos médicos com o posto de major ou tenente-coronel, se habilitados com o grau de Assistente de Clínica Geral ou, preferencialmente, com o grau de Consultor Médico da Carreira Clínica de Medicina Aeronáutica, a frequência, com aproveitamento, do Curso Avançado de Medicina Aeronáutica e do Curso de Pós – Graduação em Gestão Médica de Unidades de Saúde e escolhido pelas Entidades competentes do CMA;
- **Director do CMA**, exercido por um médico com o posto de coronel, se habilitado com o grau de Assistente de Medicina Geral e Familiar ou, preferencialmente, com o grau de Consultor da Carreira Clínica de Medicina Aeronáutica, a frequência, com aproveitamento, do Curso Avançado de Medicina Aeronáutica, e do Curso Pós-Graduação em Gestão

Médica de Unidades de Saúde e escolhido pelas Entidades competentes do EMFA, ouvida a DS.

(4) Cargos de gestão médica que podem ser exercidos por elementos de ambas as carreiras:

- **Médico-Chefe da Repartição de Pessoal da DS,** exercido pelos médicos com o posto de major ou tenente-coronel, se habilitados com o grau de Assistente das Carreiras Clínicas de Medicina Hospitalar ou de Medicina Aeronáutica ou, preferencialmente, com o grau de Consultor de uma das carreiras, a frequência, com aproveitamento, do Curso de Pós – Graduação em Gestão Médica de Unidades de Saúde e escolhido pelas Entidades competentes da DS;
- **Médico-Chefe da Repartição de Material da DS**, exercido pelos médicos com o posto de major ou tenente-coronel, se habilitados com o grau de Assistente das Carreiras Clínicas de Medicina Hospitalar ou de Medicina Aeronáutica ou, preferencialmente, com o grau de Consultor de uma das carreiras, a frequência, com aproveitamento, do Curso de Pós – Graduação em Gestão Médica de Unidades de Saúde e escolhido pelas Entidades competentes da DS;
- **Subdirector da DS,** exercido por um médico com o posto de Coronel, se habilitado com o grau de Assistente das Carreiras Clínicas de Medicina Hospitalar ou de Medicina Aeronáutica ou, preferencialmente, com o grau de Consultor Médico de uma das Carreiras, a frequência, com aproveitamento, do Curso de Pós - Graduação em Gestão de Unidades de Saúde e escolhido pelas Entidades competentes da DS, ouvidos os Directores do HFA e CMA.
- **Director da DS,** exercido por um médico, oriundo da Sub – Carreira de Gestão Médica, com o posto de Major-General, se habilitado com Curso de Promoção a Oficial General e por escolha das Entidades competentes do EMFA.

d. Reformulação e adaptação dos Cursos de Formação e Promoção.

Nos últimos anos, com efeito, registaram-se, modificações e avanços importantes na área da medicina, o que acarreta, necessariamente, alterações ao ensino médico pré – graduado, ao mesmo tempo que recomenda uma permanente actualização do ensino pós – graduado e um mais eficaz acompanhamento do desenvolvimento profissional contínuo, durante toda a vida profissional, visando não só a qualidade mas também a excelência da formação. A administração dos recursos afectos aos cuidados de saúde passou a ser uma

grande preocupação, das instituições com Serviços de Saúde, quer pelo grande peso que as despesas deste sector passaram a ter nos orçamentos, quer pela necessidade de garantir uma distribuição equitativa da escassez desses bens. Cedo se reconheceu ser a gestão da saúde um vasto campo de acção com especificidades importantes, que obriga a uma gama de conhecimentos também específicos por parte dos gestores, conhecimentos que, pela sua complexidade, não se adquirem apenas pela experiência, mas também pela aquisição de competências transmitidas em cursos especiais dedicados à gestão da saúde.

Como já referimos, anteriormente, os cursos de promoção poderiam ser melhorados, de forma a conseguir suprir algumas lacunas, com conhecimentos e capacidades que facilitem a assunção de maiores responsabilidades no exercício competente dos seus cargos, particularmente actualizados quanto às técnicas e instrumentos de gestão disponíveis, que são essenciais num contexto de mudança a que se assiste actualmente no mundo da saúde.

O CBC, no caso de vir a ser considerado obrigatório, para os médicos, poderia ter integrado, no seu programa, o Curso Básico de Medicina Aeronáutica, com alguns ajustes de modo a não sobrecarregar a carga horária em relação aos oficiais médicos. Esta alteração poderia constituir um espaço do tipo Área Especifica da Saúde. Do mesmo modo, o CPOS, alem do programa curricular que actualmente possui, poderia ter integrado um curso de Gestão Médica de Unidades de Saúde (CGMUS), com os mesmos condicionalismos que o anterior. Neste caso pensamos que se poderiam incluir algumas matérias com interesse na área da saúde, tais como: Serviço de Saúde da FAP e suas missões, órgãos de execução do Serviço de Saúde da FAP, modelos de gestão em saúde, experiências inovadoras em gestão de saúde, implicações da tomada de decisão na estrutura organizacional do Serviço de Saúde.

No que se refere ao Curso de Estado – Maior Conjunto, embora, presentemente, não seja considerado como condição de promoção, poderia ser substituído, pelo curso Pós – Graduação em Gestão Médica de Unidades de Saúde (CPGGMUS), que seria obrigatório para os tenentes-coronéis, de ambas as Carreiras, que optem por ingressar na Sub -Carreira de Gestão Médica. Neste âmbito, também existem algumas áreas que poderiam ser leccionadas, tais como: liderança e gestão de equipas, gestão e organização dos serviços de saúde, avaliação económica em saúde, gestão da qualidade em saúde e controlo de gestão.

Pensamos também, no que se refere à formação, que os médicos da Carreira de Medicina Aeronáutica devem receber uma formação específica de Medicina Militar que lhes transmita a competência para o cumprimento das missões dos”roles” 1, 2 e 3 previstos

no AJP-4.10, – NATO e os médicos da Carreira Clínica de Medicina Hospitalar os "roles" 3 e 4, previstos no mesmo documento.

Para que estas alterações tivessem lugar era necessária a alteração ao EMFAR conforme descrito no Apêndice 8, onde especificamos melhor a estrutura dos cursos.

e . Vantagens e inconvenientes do modelo proposto.

(1) Vantagens

O modelo anteriormente apresentado, na alínea onde se descreve a evolução da carreira, terá, na nossa opinião, as seguintes vantagens:

- Para os oficiais médicos admitidos na FAP, o conhecimento, com relativa segurança, do que vai ser a evolução na sua carreira, a formação que vão ter de cumprir, a identificação das actividades inerentes a cada especialidade e os cargos que, eventualmente, possam a vir desempenhar;
- Para os oficiais médicos que não se sintam motivados para desempenhar funções de gestão, para além da actividade inerente à sua especialidade médica, a possibilidade de fazer toda a carreira no desempenho desta última actividade até ao posto de coronel médico e até à categoria de Consultor Médico e, nessas condições, alcançar a idade da passagem à situação de reserva/reforma;
- Para os responsáveis do CMA, a possibilidade de programar o desenvolvimento dos seus Serviços com eficácia, mantendo os seus diversos Órgãos de Execução, apetrechados com pessoal médico, com competência progressiva na área da Medicina Aeronáutica, e em gestão de Unidades de Saúde;
- Para os responsáveis dos Serviços Hospitalares a capacidade, com grande fiabilidade, de organizarem o seu Serviço contando com os efectivos previstos, podendo assim planear com mais rigor a aquisição de equipamento e as actividades a desenvolver, incluindo a formação prática do pessoal do Serviço;
- Para os responsáveis do HFA, a possibilidade de programar o desenvolvimento dos Serviços Hospitalares, as actividades clínicas, as actividades administrativas e logísticas e, sobretudo, a rentabilização dos investimentos feitos no hospital, com uma margem de erro mais pequena da que existe actualmente;
- Para os responsáveis da DS, a possibilidade de proporem superiormente as necessidades dos diferentes Órgãos de Saúde, no que se refere ao pessoal,

equipamento, infra-estruturas e formação, planeada com uma certa segurança e orientadas, sem ambiguidades, para o desempenho competente das diferentes missões;

- Para os Comandos das Unidades Operacionais, a hipótese de terem, nos Centros de Saúde, médicos com a formação adequada para exercerem as suas funções com competência;
- Para os utentes do HFA, uma resposta regular e previsível dos diferentes Serviços Hospitalares;
- Para o PN, a garantia que podem confiar no corpo clínico do CMA pela sua competência em Medicina Aeronáutica.

(2) Inconvenientes

Com a aplicação do modelo proposto, poder-se-á recear que exista alguma perda em matéria castrense. Na nossa opinião, este receio não tem muita razão de existir, pois, pelo contrário, a diferenciação dirigida que os médicos da Carreira Clínica de Medicina Aeronáutica vão ter, permitirá uma maior consciencialização da integração do pessoal médico na carreira militar, enquanto os médicos da Carreira Clínica de Medicina Hospitalar, se sofrerem alguma perca nessa matéria, ela será largamente compensada pela maior competência adquirida durante a formação e o treino recebido, em serviços hospitalares idóneos, na prática da especialização que adquiriram.

Torna-se indispensável que, concomitantemente, sejam estudados outros incentivos a atribuir aos médicos que escolham a Carreira Clínica de Medicina Aeronáutica, levando em linha de conta que, nesta proposta, apenas está prevista a realização do Curso Avançado de Medicina Aeronáutica, que é feito no estrangeiro e a evolução numa carreira bem definida. Esta proposta tem a sua razão de ser, porque as medidas que acabámos de enunciar, parecem-nos, por si só, insuficientes, se compararmos a falta de estabilidade de colocação e uma prática médica que pode parecer "menos interessante" aos médicos desta carreira, em comparação com o que sucede com os médicos que seguem a Carreira Clínica de Medicina Hospitalar.

f. Síntese

No presente capítulo foram identificadas algumas considerações essenciais para uma boa percepção da necessidade de uma profunda reestruturação das carreiras médico-militares da FAP.

Com base nos problemas identificados, propusemos um novo modelo da carreira dos oficiais médicos da FAP, que contempla uma estrutura onde se propõe a existência de duas carreiras, uma de Medicina Hospitalar outra de Medicina Aeronáutica, que seriam complementadas por uma Sub-Carreira de Gestão Médica. Estas duas carreiras teriam vários graus e funções, quer na vertente hospitalar, quer na vertente de Medicina Aeronáutica, bem como os requisitos necessários a cada uma delas.

São também abordados os aspectos relativos à admissão dos candidatos, a evolução em cada uma das carreiras e a reformulação dos cursos de formação e de promoção.

Por último, faz-se uma descrição de algumas vantagens e inconvenientes do novo modelo. No que se refere às vantagens podemos dizer que existem vantagens para os \médicos, para os Órgãos de Saúde, para os Comandos das Unidades e para os utentes dos Serviços de Saúde. Como inconvenientes conclui-se que apenas haverá a recear alguma perca em matéria castrense, que será compensada por uma melhor diferenciação em cada uma das áreas descritas.

Com a reestruturação profunda das carreiras dos médicos militares, proposta neste capítulo, fica, deste modo, validada a terceira hipótese de trabalho por nós apresentada.

5. Conclusão e Recomendações

O presente trabalho teve como objectivo principal a avaliação das carreiras médico-militares da FAP, identificado alternativas e soluções que permitam a sua reestruturação.

Neste trabalho seguiu-se o método hipotético – dedutivo, a partir da análise da documentação e legislação sobre a matéria, complementada com entrevistas a personalidades com conhecimentos na área de saúde da FAP.

Como fio condutor, formulámos uma questão central: **a actual carreira médico - militar dos oficiais médicos da Força Aérea satisfaz as necessidades actuais desta, de modo a que seja cumprida a sua missão?**

Desta questão, surgiram as questões derivadas. Para responder à primeira questão derivada, que se relaciona com a Saúde Militar, fizemos a análise do CEDN, do CEM, do novo Conceito Estratégico da OTAN, da doutrina da OTAN, no âmbito da saúde e de algumas estruturas de saúde de países da OTAN.

Desta análise, a primeira conclusão que se pode retirar, é que o mundo actual encerra algumas novas ameaças, que resultam do novo contexto geoestratégico mundial.

Por outro lado, as alterações no ambiente e segurança internacional, ditaram a grande reformulação conceptual da nova OTAN, que emergiu da Cimeira de Washington,

em Abril de 1999,e motivou a adopção de um novo conceito estratégico, onde a Aliança assume as tarefas tradicionais de defesa colectiva dos seus membros e, ainda, a possibilidade de" acções fora da sua área". Perante estes cenários, os países e a OTAN iniciaram e têm vindo a aprofundar, toda uma tarefa de adaptação a esta nova realidade, incidindo nas suas estruturas, procedimentos e Forças, exigindo-lhes uma maior prontidão, flexibilidade e mobilidade. Para cumprir este objectivo, a doutrina do sistema de saúde operacional das FFAA, deve ser baseada na doutrina OTAN. Os conceitos doutrinários a que nos referimos, estão vertidos no "Allied Joint Publication 4 (A) (AJP-4 (A)) – Allied Joint Logistic Doctrine", documento este ratificado por Portugal e no qual estão detalhados os princípios e as políticas logísticas, aplicáveis ao nível operacional, no que respeita a operações de cariz sanitário.

No sentido de melhor caracterizar o conceito de Saúde Militar, foram analisados alguns países de referência, pela sua proximidade, por serem parceiros na OTAN e porque que trataram a reestruturação da saúde de modos distintos. Neste âmbito, foram revistos os sistemas de saúde da Espanha, Bélgica e França. Desta revisão, podemos concluir que todos estes sistemas de saúde possuem estruturas, nomeadamente no que se refere à formação e carreira dos médicos militares, que permitem responder ás necessidades relacionadas com a vertente operacional, essencial para o cumprimento da sua missão e também possuem estruturas que contemplam a parte assistencial.

Da análise do sistema de saúde da FAP, pode concluir-se que o Serviço de Saúde, que nasceu em 1952,sofreu muitas modificações até chegar aos dias de hoje, onde a DS tem um papel preponderante, como órgão responsável de todas as estruturas de saúde, sendo as mais importantes as CMA, o CPSIFA, os CSU e o HFA.As três primeiras, pelo seu papel fundamental na componente operacional, permitindo o recrutamento correcto e o bem-estar físico e psíquico do PN, e o HFA na componente assistencial que permite o tratamento e reabilitação dos militares da FAP e dos seus familiares.

No que se refere ao recrutamento, concluiu-se, em primeiro lugar, que o pessoal médico é escasso para as necessidades e múltiplas funções para que é solocitado.Esta escassez, que se têm vindo a acentuar, ano após ano, deve-se a factores como: desmotivação pessoal, falta de atractivos na carreira, grandes divergências da realidade do exercício profissional com as expectativas criadas no ingresso e atracção por um mercado de trabalho, ao nível do País, que é aliciante em termos financeiros. Concluímos também que, devido a alterações legais que foram surgindo, o recrutamento é, essencialmente, feito através do concurso nas Academias, para frequência da Licenciatura em Medicina, o que

difere da situação registada no passado em que o ingresso principal era através de concursos ordinários, para Licenciados.

No que diz respeito à formação, factor de extrema importância na preparação de médicos bem treinados e qualificados, a conclusão a tirar é que a FAP não possui meios para ser auto-suficiente, tendo que recorrer aos hospitais do SNS para a especialização dos seus médicos.

Outra conclusão que se pode retirar é que, apesar de alguns esforços, das cúpulas responsáveis pela saúde, no sentido de orientar os médicos para as especialidades mais necessárias ao cumprimento da missão da FAP, tal objectivo não tem sido conseguido. Surgiram, deste modo, alguns médicos com especializações eminentemente hospitalares e com pouca formação que permita actuar em ambientes operacionais ligados ao apoio a efectivos em missões de emprego de forças militares. Urge, por isso, iniciar uma politica de formação, que oriente, desde o princípio um número suficiente de médicos para as especialidades que são consideradas fundamentais, no âmbito da componente operacional e da Medicina Aeronáutica: Anestesiologia, Cirurgia Geral, Medicina Interna, Medicina Dentária, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Psiquiatria e, sobretudo, Medicina Geral e Familiar, no intuito de apetrechar os CSU. Tal orientação, não invalida que se mantenha o recrutamento para as especialidades, consideradas como eminentemente hospitalares, que também são necessárias.

Tendo em conta os factos que acabamos de referir, torna-se necessária uma reestruturação profunda das carreiras médicas, no sentido de dotar a FAP com uma estrutura de saúde capaz de cumprir integralmente a sua missão, quer no âmbito da componente operacional, quer no que se refere à componente hospitalar. Para cumprir este objectivo elaborámos um módulo de carreira que assenta em três pilares principais: estrutura, admissão de candidatos e evolução da carreira.

A carreira dos oficiais médicos da FAP, tendo em vista uma maior definição das suas componentes, seria subdividida em duas categorias: Carreira Clínica de Medicina Hospitalar e Carreira Clínica de Medicina Aeronáutica. Por sua vez, estas carreiras seriam complementadas com uma Sub-Carreira de Gestão Médica.

A primeira, teria uma evolução tendo em vista um aspecto mais técnico e seria destinada aos médicos que fizessem uma opção pela medicina hospitalar. A segunda, seria mais vocacionada para a medicina operacional. A Sub – Carreira de Gestão Médica seria um complemento das duas anteriores e permitiria o acesso a cargos de chefia cujo desempenho seria específico dos elementos desta carreira. Todas elas teriam, no seu

programa curricular, habilitações obrigatórias, quer de natureza técnico-profissional, quer de natureza formativa, através de acções de formação, cuja frequência seria obrigatória. Seria, deste modo, necessária uma reformulação profunda dos cursos de formação e promoção introduzindo acções de formação que tivessem uma componente, mais diferenciada, em gestão de Unidades de Saúde. Pensamos ainda, que os médicos das duas carreiras devem receber formação específica em algumas áreas relacionadas com a Medicina Militar, sobretudo no que respeita á doutrina da OTAN para as operações sanitárias.

Por último, após análise, em termos de vantagens e inconvenientes, do modelo proposto, concluímos que as vantagens ultrapassam largamente os inconvenientes. Haveria vantagem para os oficiais médicos admitidos na FAP, pois ficavam desde logo a saber a sua evolução na carreira e vantagem para os responsáveis dos Órgãos de Saúde, pois ficavam com a possibilidade de programar, atempadamente o desenvolvimento dos seus Serviços, no que concerne ao pessoal equipamentos e infra – estruturas. Também os utentes dos Serviços Hospitalares e CMA veriam melhorar o seu atendimento, uma vez que a programação dos actos médicos seria mais eficiente. Finalmente, haveria muita vantagem para os Comandos das Unidades Operacionais, pois teriam, nos CSU, médicos com formação adequada às funções que exercem.

Como inconvenientes apontámos o facto de poder haver alguma perca, no que se refere aos aspectos do foro castrense. No entanto, este facto seria compensado pela diferenciação dirigida que os médicos de ambas as carreiras iriam ter e que permitiria uma maior eficiência e competência no desempenho das suas funções.

Assim, no que concerne à actual carreira dos oficiais médicos da Força Aérea, fica demonstrado que esta poderá servir, para cumprir a missão do Serviço de Saúde da Força Aérea, desde que seja alvo de uma reestruturação profunda que permita fazer face ás exigências necessárias ao cumprimento dessa missão

Para que o modelo proposto seja viável, propomos à consideração superior que sejam estudadas, pela 1ª Divisão do EMFA e pela DS, as seguintes recomendações:

- Proceder às alterações do EMFAR, que foram propostas no quarto capítulo deste trabalho e que são descritas de forma mais detalhada nos Apêndices 6,7,8.
- Equacionar o número de efectivos a atribuir a cada Carreira Clínica.

- Estudar o modo como poderão ser atribuídos outros incentivos (alem dos existentes), aos médicos que escolham a Careira Clínica de Medicina Aeronáutica, no sentido de ser compensada a falta de estabilidade de colocação e uma prática médica que pode parecer menos cativante que a dos médicos da Carreira de Medicina Hospitalar.

Ao concluir este trabalho, ficamos com a noção que as nossas ideias e conceitos não constituem a panaceia universal que resolve, definitivamente, todos os graves problemas que afectam as carreiras médico-militares e que duram há tanto tempo. Apenas pretendemos, aproveitando o espírito académico que faz parte de um curso com a as características do CPOG, dar uma contribuição para a resolução dos mesmos.

" Não basta que o iniciado na investigação seja inteligente e estudioso, é preciso que a sua actividade mental se sinta insatisfeita com as conquistas realizadas e as teorias científicas em curso, procurando alcançar novas luzes a bem da ciência" (Moniz, E. 1949: 217).

IESM, 14 de Abril de 2008

Bento António Lencastre de Albuquerque Charrua
Cor/Med

BIBLIOGRAFIA

Livros e Monografias:

BARREIROS, Pedro (2001). Sistema de Saúde Militar, Documento do EMGFA, Setembro de 2001, p. 5.

CARVALHO, Pires de (1997). A reestruturação da saúde no âmbito da NATO, Anais do Clube Militar Naval.A.127,tomo10-12, p. 847.

DUARTE, José Maria (2006). Medicina Aeronáutica, Revista Portuguesa de Medicina Militar, 58º volume, Nº 8/9, Agosto/Setembro, p.900-905.

ENTRUDO, António (1994). O sistema de saúde da Força Aérea, Revista Mais Alto, ano XXXII, nº 289, p.11.

ENCICLOPÉDIA LUSO-BRASILEIRA (1989) - 8º volume, p.1255.

GOMES, Abílio (2006). O Apoio Sanitário no Teatro de Operações – evolução do conceito à luz dos novos cenários, Revista Portuguesa de Medicina Militar, 121, p.1-9.

MONIZ, Egas (1949). Confidências de um Investigador Científico, p.217,Lisboa, Ática.

MINISTÈRE DE LA DEFENSE (2006). Service de Santé des Armées-Notice d`information.

NOGUEIRA, Fernando (1994). A Defesa de Portugal, Ministério da Defesa Nacional, p.16.

PORTER, Roy (2002). Medicina: a história da cura, p. 6, Lisboa, Livros e Livros.

SELVAGEM, Carlos (1991). Portugal Militar: compêndio de história militar e naval de Portugal desde as origens do estado portucalense até ao fim da Dinastia de Bragança, p.434, Lisboa, Imprensa Nacional.

SOUSA, J.A. (2006). Medicina Hiperbárica, Revista Portuguesa de Medicina Militar, Vol.58º,Nº8/9,Agosto/Setembro,p.9005-922.

VIEIRA, Rocha (2003). Hierarquia e Ética na perspectiva da gestão de hospitais, Revista Portuguesa de Saúde Militar, ano IV, Nº1, p. 24.

Legislação e Documentos Oficiais:

Decreto -Lei 40949, 1º Série, Ordem Á Aeronáutica, Nº 6 de 28 de Dezembro de 1956, p. 219. Cria o Serviço de Saúde da Força Aérea.

Decreto -Lei 296/72, DR I série, nº 189 de 14 de Agosto p.1070. Cria o Núcleo Hospitalar Especializado Nº1 da Força Aérea.

Decreto-Lei 519B/77, DR I série, nº 290 de 17 de Dezembro, p. 2983-2986. Promulga o Estatuto da Carreira Médico-Militar.

Decreto -Lei 114/79, DR I série, nº 102 de 4 de Maio, p. 824. Cria o Hospital da Força Aérea.

Decreto -Lei 332/86, DR I série, nº 227 de 2 de Outubro, p. 2884. Equipara as carreiras médico – militares com as civis.

Decreto- Lei 48/93, DR I série, nº 48 de 26 de Fevereiro, p. 820. Lei Orgânica do Estado - Maior General das Forças Armadas.

Decreto-Lei 51/93, DR I série, nº 48 de 26 de Fevereiro, p. 827. Lei Orgânica da Força Aérea.

Decreto-Lei 197-A/2003, DR I série A, nº 200 de 30 de Agosto, p. 5752 (14) – 5752 (72). Estatuto dos Militares das Forças Armadas.

Decreto-Lei 203/2004,DR I série A, nº 194 de 18 de Agosto, p.5351. Regime Jurídico dos Internatos Médicos.

Decreto-Regulamentar 51/94, DR I série B, nº 204, de 3 de Setembro, p. 5197-5204. Organização do CPESFA.

Despacho do CEMFA 38/2007, de 26 de Fevereiro. Extinção do ISFA.

Lei Constitucional 1/01.DR I série A, Nº 286 de 12de Dezembro, p. 8172-8217.

Lei nº 29/82 de 11de Dezembro – Lei de Defesa Nacional e das Forças Armadas.

Plano de Estudos do CPOS 2008/2009.

Publicação da OTAN, EAPC, Dezembro 1977, NATO Principles and Policies for Logistics -MC 319/1 (Final).

Publicação da OTAN, NATO/EAPC, NATO Medical Support Principles and Policies-MC 362/2 (Final).

Publicação da OTAN, NSA, Junho de 2001,Multinacional Joint Logistic Centre Doutrine-AJP-4.6.

Publicação da OTAN, NSA, 2002, Allied Joint MedicalSupport Doutrine -AJP-4.10.

Publicação da OTAN, NSA, 20003, Allied Joint Logistic Doctrine -AJP-4 (A).

Resolução do Conselho de Ministros nº 6/2003, DR I série B, nº 16 de 20 de Janeiro, p.279-287. Conceito Estratégico de Defesa Nacional.

Resolução da Reunião do Conselho do Atlântico Norte, aprovada pelos chefes de Estado e de Governo, reunidos em Washington DC, nos dias 23 e 24 de Abril de 1999. Conceito Estratégico da OTAN.

Resolução do Ministro de Estado e Defesa Nacional em 22 de Dezembro de 2003, Confirmado pelo Conselho Superior de Defesa Nacional em 15 de Janeiro de 2004. Conceito Estratégico Militar.

Sítios da Internet:

Ministério da Defesa de Espanha (2008). Organização da Defesa de Espanha [consultado em 4 de Janeiro de 2008]. Disponível na Internet em <http://www.mde.es>.

Ministério da Defesa da Bélgica (2008). Organização da Defesa da Bélgica [consultado em 4 de Janeiro de 2008]. Disponível na Internet em < http://www.mil.be>.

Ministério da Defesa de França (2008). Organização da Defesa de França [consultado em 4 de Janeiro de 2008]. Disponível na Internet em <http://www.defense.gouv.fr>.

Força Aérea Portuguesa (2008). Organização Geral [consultado em 5 de Janeiro de 2008]. Disponível na Internet em < http://www.emfa.pt/org/htm>.

Entrevistas:

ÁLVARES, MGEN/MED (Ref.) Fernando. (2007 e 2008) – Entrevistas realizadas no Hospital da Força Aérea e através do correio electónico, sobre a reestruturação das carreiras dos médicos militares da Força Aérea [Novembro de 2007 e Janeiro de 2008].

PIRES, TCOR/MED João. (2008) – Entrevista realizada na Direcção de Saúde da Força Aérea, sobre a admissão e formação dos médicos militares da Força Aérea [Fevereiro de 2008].

Apêndice 1

Glossário de Conceitos

Armas de destruição massiva – armamento não convencional, relacionado com armas químicas, biológicas, nucleares e radiológicas com grande capacidade de destruição (conceito próprio do autor).

Medicina Preventiva – área da medicina centrada na saúde dos indivíduos e das populações, tendo como objectivos a protecção, promoção e manutenção da saúde, e a prevenção da doença (conceito próprio do autor).

Medicina Militar – actividade médica exercida em enquadramento militar, quer em órgãos territoriais quer em operações (conceito próprio do autor).

Medicina Aeronáutica – área da medicina ligada à fisiologia de voo e aos órgãos do corpo humano relacionados com essa condição particular (Duarte, J.M. -2006).

Medicina Hiperbárica – área da medicina ligada ao emprego de uma câmara hiperbárica, para o tratamento de algumas patologias e acidentes de mergulho (Sousa, J.A.-2006).

Medicina Crítica – área da medicina ligada ao tratamento de doentes que necessitam cuidados intensivos (conceito próprio do autor).

Apêndice 2

Diagrama de Indução

Enunciado do Tema	Questão Central	Questões Derivadas	Hipóteses	Confirmação das Hipóteses	Resposta à Questão Central
A reestruturação das carreiras médico-militares na Força Aérea.	***A actual carreira médico – militar dos oficiais médicos da Força Aérea, satisfaz as necessidades actuais desta, de modo a que seja cumprida a sua missão?***	**QD 1:Qual o conceito actual de saúde nas Forças Armadas?**	**Hip. 1: O actual conceito de saúde nas Forças Armadas, assenta em princípios que contemplam as componentes assistencial e operacional, similares aos que vigoram na OTAN e em países que a ela pertencem.**	**Confirmada no Cap. 2**	**A actual carreira médico – militar dos oficiais médicos da Força Aérea não corresponde ás necessidades actuais desta, sendo necessária uma reestruturação profunda, para que a missão da Força Aérea seja cumprida de forma satisfatória.**
		QD2: Quais são as necessidades e requisitos dos médicos destinados aos quadros da Força Aérea?	**Hip. 2: A carreira actual dos médicos da Força Aérea poderá servir para cumprir a missão da Força Aérea, desde que sejam feitos alguns reajustes.**	**Confirmada no Cap. 3**	
		QD 3: Que alterações deverão ser feitas, para melhorar o recrutamento, formação e progressão na carreira dos médicos militares da Força Aérea?	**Hip. 3: É necessária uma reestruturação profunda das carreiras dos médicos militares, que permita fazer face ás exigências necessária ao cumprimento da missão da Força Aérea.**	**Confirmada no Cap. 4**	

Apêndice – 3

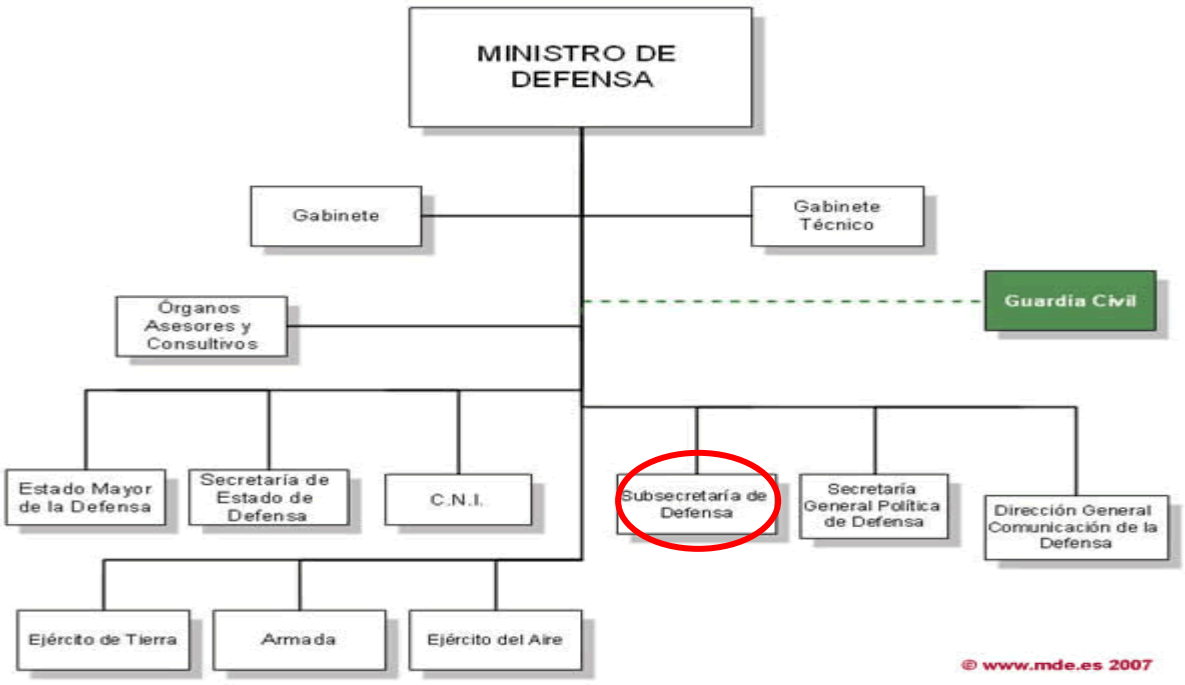
Espanha – Organização da Defesa

(Site: <http://www.mde.es>)

1. Geral

O efectivo definido para as Forças Armadas Espanholas varia entre 130.000 e 140.000 militares, sendo 16.000 oficiais, 34.000 sargentos e 80.000 a 90.000 praças. Estes números constituem uma redução relativamente ao anterior sistema, que previa 150.000 a 168.000 militares sendo 48.000 oficiais e sargentos (o novo número aumenta no global, diminuindo os oficiais mas aumentando os sargentos) e 102.000 a 120.000 praças. Relativamente aos postos regista-se uma redução do número de oficiais generais de 265 para 200, e o número de coronéis de 1.235 para 1.050. O Serviço de Saúde é um verdadeiro Corpo Integrado e é Chefiado por um Inspector-Geral que está na dependência do Subsecretário da Defesa.

2. Organização do Ministério da Defesa.



Apêndice 4

Bélgica – Organização da Defesa

(**Site:** < http://www.mil.be>)

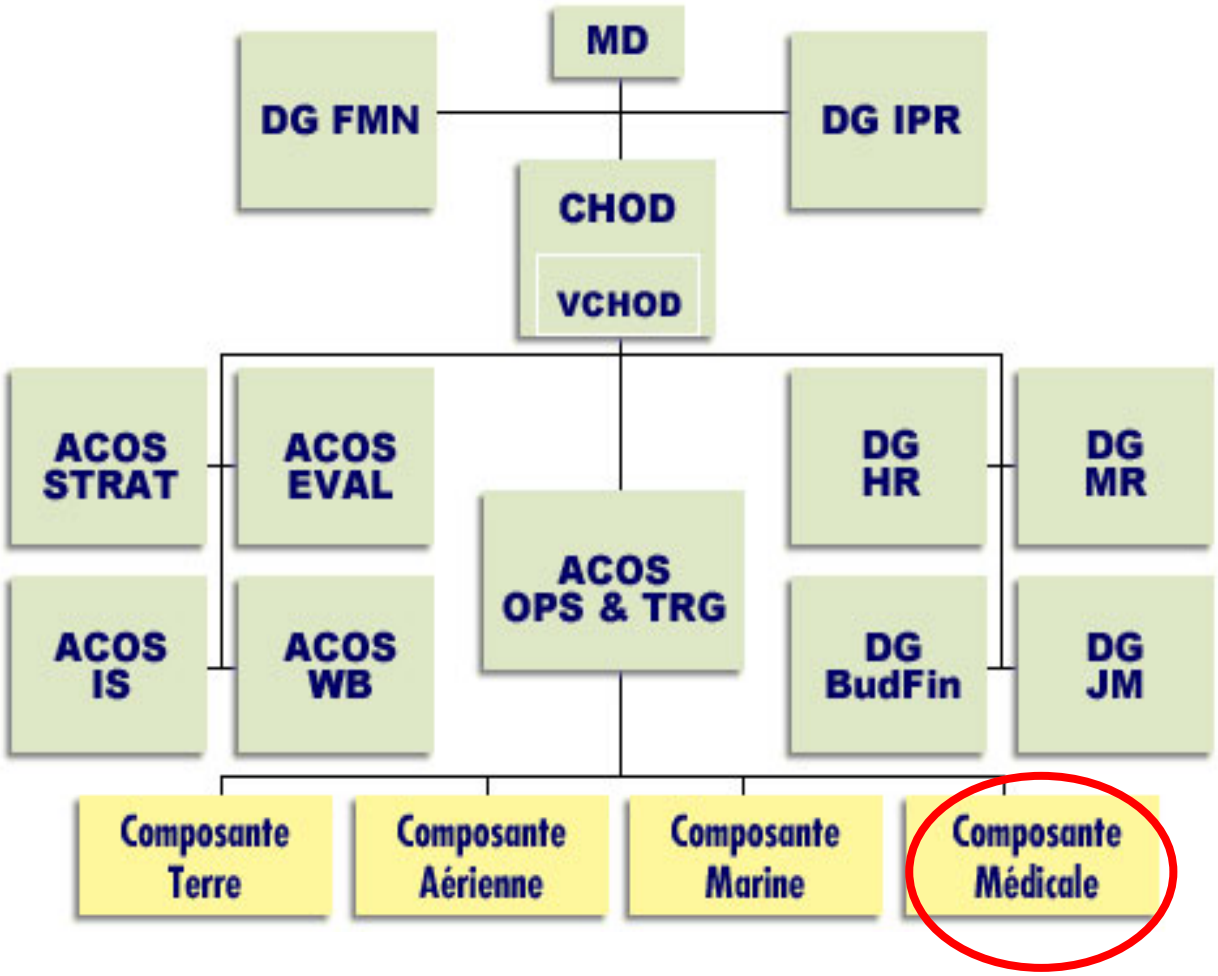
1. Geral

As Forças Armadas Belgas dependem directamente do Ministro da Defesa e possuem um Chefe da Defesa (CHOD), que é também Chefe do Estado-Maior da Defesa.

Possuem um efectivo de cerca de 42.000 elementos, entre militares e civis e um orçamento anual de 2,7 milhões de euros.

Estão estruturadas a partir do Ministro da Defesa de acordo com o organigrama seguinte:

2.Organigrama



Apêndice 5

França – Organização da Defesa

(Site: <http://www.defense.gouv.fr>)

1. Geral

As Forças Armadas Francesas tem um efectivo de 347.903 militares, sendo133.627 do Exército, 97.723 da Gendarmerie, 59.118 da Força Aérea, 42.752 da Marinha e 14.683 distribuídos por outros serviços.

O Ministério da Defesa francês tem a sua macro-estrutura com a seguinte constituição:

- Secretaria de Estado da Defesa;
- Direcção Geral de Comunicações e Sistemas de Informação;
- Inspecção-Geral;
- Delegação Geral para o Armamento;
- Secretaria-Geral para a Administração;
- Estado-Maior das Forças Armadas;
- Estado-Maior do Exército;
- Estado-Maior da Marinha;
- Estado-Maior da Força Aérea;
- Direcção Geral para a Gendarmerie.

O processo de Transformação das Forças Armadas Francesas ainda está em curso, sendo que muitas das decisões já tomadas e legisladas apenas produziram efeito em 1 Janeiro de 2008.

Nas Forças Armadas Francesas existem cinco Organismos e Direcções Inter-armas, todas ligadas ao Estado-Maior das Forças Armadas.

O Serviço de Saúde está dependente do Estado -Maior General (État-Major des Armées)

2. Organigrama

As Forças Armadas Francesas estão estruturadas a partir do Ministério da Defesa, de acordo com o seguinte organigrama:

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE (Administration Centrale)

délégué interministériel aux restructurations de défense

conseil supérieur de la fonction militaire
conseil supérieur des personnels civils
conseil supérieur de la réserve militaire
conseil général de l'armement
commission des recours des militaires

direction générale de la sécurité extérieure
direction de la protection et de la sécurité de la défense
bureau des officiers généraux

délégation aux affaires stratégiques
délégation à l'information et à la communication de la défense
direction générale des systèmes d'information et de communication
sous-direction des bureaux des cabinets

MINISTRE

DIRECTEUR du CABINET CIVIL et MILITAIRE

SECRÉTAIRE D'ÉTAT à la DÉFENSE chargé des ANCIENS COMBATTANTS

DIRECTEUR du CABINET

contrôle général des armées

INSPECTEURS GÉNÉRAUX
- armée de terre
- gendarmerie nationale
- marine
- armement
- armée de l'air
- service de santé des armées

DÉLÉGATION GÉNÉRALE pour l'ARMEMENT
- direction des systèmes de forces et des stratégies industrielle, technologique et de coopération
- direction du développement international
- direction des plans, du budget et de la gestion
- direction de la qualité et du progrès
- direction des ressources humaines
- direction des systèmes d'armes
- direction de l'expertise technique
- direction des essais
- service de la maintenance aéronautique

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL pour l'ADMINISTRATION
- direction des affaires financières
- direction des statuts, des pensions et de la réinsertion sociale
- direction des ressources humaines du ministère de la défense
- direction du service national
- direction des affaires juridiques
- service des moyens généraux
- direction de la mémoire, du patrimoine et des archives
- direction centrale du service d'infrastructure de la défense

INSPECTEURS CIVILS

ÉTAT-MAJOR des ARMÉES
- direction du renseignement militaire
- direction centrale du service de santé des armées
- direction centrale du service des essences des armées
- direction interarmées des réseaux d'infrastructure et des systèmes d'information de la défense
- service de la poste interarmées

ÉTAT-MAJOR de l'ARMÉE de TERRE
- direction du personnel militaire de l'armée de terre
- direction centrale du commissariat de l'armée de terre
- direction centrale du matériel de l'armée de terre
- service de la trésorerie aux armées

ÉTAT-MAJOR de la MARINE
- direction du personnel militaire de la marine
- direction centrale du commissariat de la marine
- direction centrale du service de soutien de la flotte
- service hydrographique et océanographique de la marine
- service des systèmes d'information de la marine

ÉTAT-MAJOR de l'ARMÉE de l'AIR
- direction du personnel militaire de l'armée de l'air
- direction centrale de la structure intégrée du maintien en condition opérationnelle des matériels aéronautiques
- direction centrale du commissariat de l'air
- direction centrale du matériel de l'armée de l'air

DIRECTION GÉNÉRALE de la GENDARMERIE NATIONALE
- service des opérations et de l'emploi
- service des ressources humaines
- service des plans et moyens

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA DÉFENSE

sous-direction des bureaux des cabinets - bureau des cabinets - juillet 2007

APENDICE 6

Propostas de Alteração ao Estatuto dos Militares das Forças Armadas

Especialidades, grupos de especialidades e postos

Artigo 247.º

Especialidades, grupos de especialidades e postos

1 - Os oficiais médicos do QP da Força Aérea distribuem-se por especialidades, grupos de especialidades e postos, a que correspondem as áreas funcionais de desempenho e quadros especiais que se indicam:

a)…

b)….

c) Área de apoio:

Quadro especial de recursos humanos e financeiros, médicos (MED), … major-general, coronel, tenente-coronel, major, capitão, tenente e alferes;

A área de apoio relativa aos oficiais médicos distribui-se por 2 subáreas funcionais a seguir indicadas:

a) Carreira Clínica de Medicina Hospitalar

b) Carreira Clínica de Medicina Aeronáutica

2 - A distribuição prevista no número anterior não prejudica o disposto no nº 3 do artigo 214º do presente Estatuto.

3 - As vagas, dentro de cada quadro especial, podem ser comuns ou específicas das diferentes especialidades que o integram.

4 - Os oficiais dos QP da Força Aérea podem ser graduados no posto de brigadeiro-general em conformidade com o conjugadamente disposto no nº 4 do artigo 129º e no artigo 215º do presente Estatuto.

APENDICE 7

Propostas de Alteração ao Estatuto dos Militares das Forças Armadas

Condições especiais de promoção dos oficiais médicos

Artigo 254.º

Condições especiais de promoção dos oficiais médicos

1 - As condições especiais de promoção dos oficiais médicos, para além das mencionadas no artigo 217º, são as previstas no presente artigo, de acordo com os respectivos postos.

2 - É condição especial de promoção ao posto de tenente médico ter prestado, como alferes, quando aplicável, serviço efectivo em unidades ou órgãos da Força Aérea, com eficiência comprovada, no exercício de funções próprias da especialidade e posto.

3 - São condições especiais de promoção ao posto de capitão médico:

a) Ter prestado durante três anos, como tenente, quando aplicável, serviço efectivo em Unidades ou outros órgãos da Força Aérea ou em Serviços dependentes do Ministério da Saúde onde realizam o Internato Médico, com eficiência comprovada, no exercício de funções próprias da especialidade e posto;

b) Ter concluído o Ano Comum do Internato Médico, com aproveitamento;

c) Ter frequentado o "Curso Básico de Comando e de Medicina Aeronáutica", com aproveitamento.

4 - São condições especiais de promoção ao posto de major médico:

a) Ter prestado durante dois anos, como capitão médico, serviço efectivo em unidades de saúde ou outros órgãos da Força Aérea, incluindo os serviços dependentes do Ministério da Saúde onde realizaram o respectivo Internato Médico, com eficiência comprovada, no exercício de funções próprias da especialidade e posto;

b) Ter frequentado, com aproveitamento, o Curso de Promoção a Oficial Superior – adaptado à Carreira Médico-Militar, onde se inclui o Curso de Gestão Médica de Unidades de Saúde;

c) Ter obtido o grau de Assistente Hospitalar ou de Assistente de Medicina Geral e Familiar.

5 - É condição especial de promoção ao posto de tenente-coronel médico ter prestado durante dois anos, como major, serviço efectivo em unidades de base ou outros órgãos de categoria equivalente ou superior, com reconhecida competência, no exercício de funções próprias da especialidade e posto e, para os oficiais médicos da Carreira Clínica de Medicina Aeronáutica, ter completado o Curso Avançado de Medicina Aeronáutica, com aproveitamento.

6 - São condições especiais de promoção ao posto de coronel médico:

a) Ter prestado durante quatro anos serviço efectivo em unidades de base, órgãos de comando, direcção ou outros de categoria equivalente ou superior, com reconhecida competência, no exercício de funções de comando ou chefia, salvo se necessidades da Força Aérea impuserem o exercício de outras funções essenciais, mormente as relativas à formação, que requeiram conhecimentos próprios da especialidade;

b) Ter frequentado, com aproveitamento, o Curso de Pós-Graduação em Gestão Médica de Unidades de Saúde (aplicável aos Oficiais Médicos que optem por ingressar na Sub-Carreira de Gestão Médica);

c) Preferencialmente, ter obtido o grau de Consultor.

7 - São condições especiais de promoção ao posto de major-general:

a) Ter exercido durante um ano, no posto de coronel, com reconhecida competência funções de direcção no HFA ou no CMA;

b) Ter frequentado, com aproveitamento, o Curso de Promoção a Oficial General.

APENDICE 8

Propostas de Alteração ao Estatuto dos Militares das Forças Armadas

Cursos de promoção militar e técnica

1. Proposta de Alteração ao Estatuto dos Militares das Forças Armadas

Artigo 259.º

Cursos de promoção militar e técnica

1. Constituem condição especial de promoção militar os seguintes cursos:

a) Curso de Promoção a Oficial General (CPOG), para a promoção a oficial general;

b) Curso de Promoção a Oficial Superior (CPOS), para a promoção a oficial superior;

c) Curso básico de comando (CBC), para a promoção a capitão.

2. Constituem condição especial na evolução da carreira médica os seguintes cursos:

a) Curso Básico de Medicina Aeronáutica (CBMA), integrado no CBC;

Os curricula do CBC deverão ser adaptado para integrar o CBMA, de modo a não sobrecarregar a carga horária em relação aos oficiais médicos.

b) Curso de Gestão Médica de Unidades de Saúde (CGMUS), integrado no CPOS;

Os curricula do CGGA deverão ser adaptado para integrar o CGMUS, de modo a não sobrecarregar a carga horária em relação aos oficiais médicos.

Proposta de Ajustamento ao Programa de alguns Cursos.

Sugere-se que o programa do CGMUS contemple os seguintes temas:

1 – Serviço de Saúde da Força Aérea e suas missões;

2 - Os órgãos de execução do Serviço de Saúde da Força Aérea;

3 – Modelos de gestão em saúde;

4 – Experiências inovadoras em gestão da saúde;

5 – Gestão de recursos humanos.

6 – Implicações da tomada de decisão na estrutura organizacional do Serviço de Saúde – a necessidade de um plano director para cada unidade de saúde.

c) Curso Avançado de Medicina Aeronáutica (CAMA), cuja frequência é obrigatória para os majores médicos especialistas da Carreira de Medicina Aeronáutica.

d) Curso de Pós-Graduação em Gestão Médica de Unidades de Saúde (CPGGMUS), cuja frequência é obrigatória para os tenentes-coronéis médicos de ambas as Carreiras Clínicas, que optem por ingressar na Sub-Carreira de Gestão Médica.

Sugere-se que o programa do CPGGMUS contemple os seguintes temas:

1 – Gestão e organização dos Serviços de Saúde;

2 – Liderança e gestão de equipas;

3 – Avaliação económica em saúde;

4 - Gestão da qualidade em saúde e controlo de gestão.