

# Condição Médica e Militar - aliadas ou inimigas?

Coronel Médico  
Abílio António Ferreira Gomes



## A formação da matriz médica

O juramento hipocrático, referência ética incontornável mesmo nos nossos dias, estabelece os princípios gerais a que deve obedecer todo e qualquer cidadão que queira dedicar-se ao exercício da profissão médica, encarada nas suas várias facetas.

Desde logo, na aprendizagem estabelece um código de conduta no relacionamento do aluno e praticante com o seu mestre, que é orientado por um lado para o reconhecimento pelo mestre e para a solidariedade inter-pares e por outro para a defesa dos interesses daqueles que sofrem. É nesta relação mestre-aluno que se transmitem elementos não quantificáveis de conhecimento, mas que conferem ao saber médico uma dimensão humanística. Como recentemente salientou o Prof João Lobo Antunes, trata-se de valorizar o *currículum escondido* (1), aquele que não cabe nas baías que a burocracia metodológica e determinista do curriculum formal lhe impõe.

Continuando a citar *inteligência* médica portuguesa, sem sair da área das neurociências, reforçaria com António Damásio o papel da emoção na aprendizagem e na relação médico-doente (2).

*Não há doenças, há doentes* é uma expressão simplificadora comumente utilizada, com a qual se pretende reflectir a complexidade que a resolução de um problema individual encerra e que é simultaneamente aliciante desafio à capacidade do médico e o distingue de um seu par na eficácia da aplicação do seu saber.

A este respeito, é bem significativo constatar a polémica que se estabeleceu em torno da chamada *medicina baseada na evidência*. Esta abordagem, resultante da aplicação do método científico em estudos controlados de ensaios terapêuticos, obscureceu por momentos a importância de uma medicina baseada na clínica, a medicina não do doente ideal, concebido e *encomendado* pelo método científico, mas do doente real, com a sua complexidade e multidisciplinaridade. De facto, a Medicina teima em mostrar ser algo mais que um conjunto de ditames incontestáveis, por maior que seja o rigor científico que

presidiu à sua elaboração em gabinete, e aconselha partir da clínica para a ela voltar. O método científico deve estar presente como ferramenta de trabalho e não como fim em si. Os fenómenos biológicos são realidades caóticas e o ser humano, na sua complexidade bio-psico-social, por maioria de razão, é disso um eloquente exemplo.

A Medicina, ao lidar com o bem mais precioso da condição humana - a vida e a sua qualidade, recebe por esta forma a transcendente responsabilidade de manusear e preservar esta admirável e simultaneamente delicada dádiva do "Criador" ao ser humano.

A missão do médico adquire assim um sentido quase divino e por isso a sua prática é encarada tendencialmente como um sacerdócio.

A eficácia do médico surge desta forma aos olhos do paciente como resultante de uma parte de ciência e outra de poder mágico, que o método científico não explica, contribuindo o somatório para a criação de uma forte ligação entre o doente e o seu médico - a chamada *relação médico-doente* ou *diálogo singular*. "*Tacto, simpatia e compreensão é o que se espera do médico, pois o doente não é uma mera colecção de sintomas, funções alteradas, órgãos lesados ou emoções perturbadas. É humano, portador de medo e de esperança, procurando alívio, ajuda e confiança*". (3)

A transmissão do conhecimento médico tem sido, até aos nossos dias, garantida por um sistema hierarquizado, centrado na estrutura universitária com a sua corte de mestres formadores, encabeçada pelo Professor Catedrático.

Os saberes médicos começaram por ser, como todos os outros, essencialmente empíricos, baseados na arguta e minuciosa observação que ainda hoje nos fascina, e na experiência. Transmitidos pela tradição oral primeiro e mais tarde também pela escrita, foram sempre, sobretudo na sua componente prática, baseados na transmissão através de uma relação mestre-aluno, cimentada por um código de forte ligação interpessoal. A evolução do conhecimento proporcionada pela aplicação do método científico e os extraordinários avanços que ele proporcionou, a par das transformações sociais profundas verificadas sobretudo com a Revolução Industrial, acrescentaram novas facetas na abordagem do problema da doença, desviando nalguns casos o eixo das preocupações da medicina para aspectos laterais, como sejam a visão colectiva em detrimento da individual, aspectos económicos e tendências economicistas da gestão da saúde das populações, aspectos e problemas novos, que a prática tradicional da medicina não poderia resolver.

De forma progressiva a saúde passou a envolver outros sectores da organização social que não apenas os médicos. O indivíduo passou a ser encarado sob uma perspectiva de saúde pública que, não sendo redutora, relegou para segundo plano os aspectos e necessidades individuais. Esta situação resultou do facto de os poderes públicos terem que fazer uma opção essencial, por motivos económicos: financiar a saúde pública e deixar para 2ª linha os cuidados no plano individual.

De forma progressiva gravitaram em torno do problema da saúde do indivíduo os interesses mais diversos, desfocando os aspectos consagrados na essência dos princípios

hipocráticos e criando novos dogmas para substituir os antigos.

O custo-eficácia destronou a eficiência, a estatística subordinou a casuística, a tecnologia dispensou a emoção e o afecto, a responsabilidade civil destruiu a cumplicidade e a relação médico-doente.

Sem cortar com os pilares normativos da doutrina hipocrática, a Bioética acrescentou certos pormenores relacionados com necessidades decorrentes dos princípios de convivência social introduzidos pela estrutura jurídica das democracias modernas. Surge assim a consagração do princípio da autonomia do doente, que corta com o velho paternalismo e autoritarismo da relação hipocrática, ainda que este convivesse com o direito da livre escolha do seu médico. O direito do doente à informação exacta sobre a sua situação clínica e o consentimento informado enquadram-se naquele princípio e são hoje consensuais no nosso meio, ainda que nem sempre praticados (4).

Ninguém discute o *racional* deste e outros aperfeiçoamentos modernos do código deontológico da prática médica, que vão no mesmo sentido do princípio hipocrático da beneficência. No entanto, por cima deste ditame legal, persiste e predomina o arbítrio do doente em relação à sua doença e ao seu corpo, o que pode levá-lo a adoptar comportamentos à revelia do senso comum e da racionalidade. Curioso e útil será por isso reflectir sobre a essência de alguns aspectos comportamentais dos doentes, nomeadamente no que respeita à aceitação de regras do jogo, completamente diversas e até antagónicas da medicina dita convencional, quando decidem recorrer aos serviços de certas práticas acientíficas, pretensamente curativas, exteriores à medicina. Independentemente dos efeitos quantificáveis, mais ou menos empíricos, que possa ou não colher destas práticas, o doente espera à partida, movido por uma fé e confiança inabalável no agente, obter um conforto espiritual e uma tranquilidade que possa ajudá-lo a tolerar a doença física. Esta capacidade de “reassurance”, que os manuais de Medicina continuam a consagrar como apanágio da intervenção do médico, paralelo com a capacidade técnica de base científica, é aquilo que a moderna regulamentação e condicionamento deontológico da prática médica lhe têm vindo a retirar progressivamente. Aqui reside o cerne da actual erosão do acto médico. Por outro lado, o princípio da autonomia, ao conceder ao doente o direito à informação sobre a sua doença e ao arbítrio sobre modalidades terapêuticas relativas à mesma, transfere para aquele a responsabilidade inerente à decisão. Este protagonismo do doente acarreta muitas vezes embaraços, não só para o médico, que tem que fazer passar uma informação inteligível, nem sempre conseguida, mas também para o doente, que nem sempre está preparado para sofrer a angústia da incerteza e do risco de quem decide.

Dir-se-ia que o *engenho* foi perdendo pouco a pouco a companhia da *arte* por força da pressão regulamentadora sobre a prática da medicina e da assistência sanitária. A sociedade-tipo que criou este paradigma, terá, por força da sua lógica intrínseca de funcionamento, de se interrogar sobre se será este sistema economicamente mais custo-eficaz ou, pelo contrário, mais esbanjador de recursos. A evolução transformou a saúde em mercadoria e o doente em consumidor de actos médicos e técnicos, aos quais se aplicam os mesmos critérios dos outros bens de consumo: consumir mais e mais para

alimentar a espiral da produção; consumir *produtos*, mesmo que por força de uma falsa necessidade. Chegámos aqui a um novo paradoxo. Onde o código hipocrático falava em obrigatoriedade de evitar o acto supérfluo, medida tendente a proteger o doente e simultaneamente amiga do custo-eficácia, a medicina neo-liberal, estranhamente, por um efeito perverso do seu maquinismo intrínseco, trai um dos seus mais emblemáticos propósitos.

Chegados ao século XXI, podemos ser tentados a concluir que está instalada uma elevada qualidade dos cuidados de saúde e que a sociedade evoluiu para um estágio de felicidade condizente com as maravilhosas conquistas da ciência biológica e da medicina. Ninguém duvida, porém, que a qualidade dos cuidados de saúde depende do poder aquisitivo dos cidadãos, o que em Portugal, à medida que se integra plenamente nos padrões de desenvolvimento, é cada vez mais evidente. Acresce ainda um conjunto de problemas, transversal a toda uma sociedade que, por ser baseada no consumo, na competição e do desperdício, dita as suas implacáveis leis:

- A par das conquistas prodigiosas da ciência coexistem a miséria social e moral, traduzidas em condições de vida degradantes, desenhando gritantes assimetrias nacionais e transnacionais;
- Os vazadouros das indústrias geradoras da riqueza cospem incessantemente, minuto a minuto, segundo a segundo, os venenos que tornarão o planeta definitivamente incompatível com a saúde e com a vida. Nesta evidente caminhada para o abismo faz sentido perguntar quanto tempo ainda nos resta de desafio ecológico;
- Os cuidados de saúde, como quasi tudo na vida tornaram-se bens de consumo, e a saúde, embora definida e consagrada como um direito individual universal, um bem indissociável do rendimento *per capita* dos países.

Sob esta óptica, o que prevalece na prática, são as assimetrias gigantescas que resultam das condições infra-humanas de vida que atingem uma parte significativa do planeta, resultantes de conflitos ou sistemas políticos baseados na tirania, na corrupção ou na exploração desenfreada. O problema da saúde não escapa à condicionante política.

No mundo desorganizado introduzido pelo fim da guerra-fria, os exércitos modernos encontraram, nas sequelas dos conflitos e catástrofes, espaço para acções de carácter humanitário, onde a componente de intervenção sanitária desempenha um papel primordial. Sendo uma acção de Paz, não é de somenos importância em relação aos objectivos de segurança e estabilidade, que por vezes apenas a guerra pode assegurar, mas com uma diferença: enquanto as operações de paz instalam soluções estruturantes e de organização social, a guerra estabelece um equilíbrio precário, com custos elevados, dela resultando uma qualquer *pax romana ou neo-romana* que subjuga, mas não resolve, contradições insanáveis. Quem não se lembra da ex-Jugoslávia? A guerra será sempre um mal menor, e um último recurso. Hoje estamos cada vez em melhor posição de perceber que, no mundo limitado em que vivemos, é mais aquilo que nos une do que o que nos separa. Um mundo cada vez mais conhecido na escassez do seu espaço geográfico e dos seus recursos, bem como na sua relação com o espaço cósmico e com a dimensão espiritual da felicidade do Homem. A história recente catapultou o nosso país e as suas forças armadas para acções de paz com o fim de garantir a segurança e participar no

apoio humanitário. Esta já rica experiência veio confirmar a nossa antecipada capacidade e vocação, traduzida na ligação natural e fácil às populações e a nossa criatividade e competência profissional. Estas acções têm constituído um desafio à qualidade do conhecimento e à capacidade organizativa dos serviços de saúde militares que nela intervêm, ajudando a desenvolver a sua capacidade operacional em medicina de campanha que um longo período pós-guerra colonial tinha adormecido e atrofiado. As missões de apoio à Paz em que temos participado têm mostrado aos profissionais de saúde, e em particular aos médicos, algo que nenhum curso de formação lograria: a dimensão humana e o indispensável perfil do médico militar, cuja acção e competências têm que ser postas em prática em ambientes adversos, bem diferentes daqueles para que o Hospital Universitário os preparou. A profunda alteração a nível estratégico operada por força dos acontecimentos de 11 de Setembro de 2001, prenunciam a necessidade de uma preparação cada vez maior para actuar em ambientes de crise, pressupondo uma elevada capacidade de planeamento, de prontidão, flexibilidade, espírito de missão e de sacrifício, todos eles componentes do perfil que é exigido a um militar. O médico actua sempre para a paz, mesmo quando em cenário de guerra, conforme alguém dizia em reunião recente sobre medicina de catástrofes (5), mas, se o paradigma da guerra se lhe aplica, será apenas como metáfora, em que a sua guerra tem por inimigos a doença e a morte, e por aliados a saúde e a vida. Aproximamo-nos assim de uma verdade irrefutável: a de que não existe, verdadeiramente, nenhuma diferença essencial entre a medicina militar e a medicina dita civil, pois aquilo que as une é a essência da dignidade humana e aquilo que a separa apenas o cenário de actuação, os instrumentos e a forma de organizar a sua resposta aos desafios (6). Distinguem-nas sobretudo “*circunstâncias de tempo e lugar*” (7). De facto, lidar com situações de crise e mudança deixou de ser exclusivo da organização militar, se atendermos aos elementos estruturantes da época que estamos a viver, os chamados “*potenciadores do caos*”, geradores de mudança, inovação tecnológica e turbulência na ordem internacional, a um nível e a um ritmo sem precedentes (8). Neste novo ambiente, a exigência de profissionalismo e de atitude competitiva são requisito da sobrevivência das organizações. Os militares não só não ficam de fora deste enquadramento, como se lhes exige adicionalmente uma procura e uma capacidade de reflexão acerca dos princípios éticos da sua profissão, os quais vão beber a sua legitimidade à essência das normas estruturantes da sociedade democrática e à defesa e integridade da Nação. Exige-se-lhes ainda uma inerente e elevada capacidade de liderança, no sentido moderno do conceito. Desta forma, tudo parece indicar que um tal ambiente propicia o esbatimento das fronteiras, antes bem marcadas, entre a organização civil e militar. No plano médico podemos, enfim, afirmar que a medicina praticada em regime de crise e de adversidade, como é apanágio da medicina de campanha e de catástrofe, é a melhor escola para a medicina de tempo de paz, por razões não só técnicas, em que o conhecimento e a competência são postos à prova em ambiente de escassez de tempo e recursos, mas porque incorpora de uma forma emocionalmente muito marcante a componente humanística que emana do contacto com o sofrimento e a desgraça humana. Este princípio, de resto, é reconhecido como válido na formação preparatória das forças para as operações *other than war*, numa perspectiva de que a preparação para o pior cenário (guerra) habilita para as operações de baixa intensidade, não sendo a inversa verdadeira. Em termos de formação médica, e numa escala menor, é reconhecido o papel e o valor formativo que tem a prática em serviços de

urgência, tão procurada mesmo por alunos dos últimos anos do curso de Medicina até recentemente, por lhe reconhecerem uma capacidade de desenvolver uma atitude de desenvoltura na sua prática clínica de todos os dias. Ali se vai buscar a frieza e a agilidade - frieza de raciocínio para encarar as situações mais complexas e agudas, agilidade no discernir de formas de hierarquização de atitudes - distinguindo o essencial do acessório, estabelecendo prioridades de actuação. A medicina militar e a medicina civil são faces da mesma moeda, aliadas e que se beneficiam reciprocamente. A título de exemplo, lembremos o contributo que deram à cirurgia nomes de médicos militares ilustres, como Ambroise Paré, considerado o pai da cirurgia moderna, e Dominique Larrey, médico das tropas napoleónicas, que na sua prática de campanha forjaram inovações de técnica cirúrgica e de material de prótese. Os exércitos modernos têm desenvolvido sistemas de transmissão de dados à distância, também na área do apoio sanitário, bem como formas de levar à frente, através da miniaturização e da portabilidade, pesados sistemas de diagnóstico até então confinados aos gabinetes de hospitais da retaguarda (vide lições aprendidas da 2ª guerra do Iraque). As indústrias de defesa, com os seus produtos tecnológicos adequados às missões, quer à escala planetária quer na da conquista espacial, continuamente acrescentam à área civil da saúde, mais-valias que nela encontram a maior aplicabilidade. Em projectos de investigação e desenvolvimento na área de defesa cooperam especialistas de todas as áreas, civis e militares, bem como empresas tecnológicas do mundo empresarial civil.

Não há mais lugar para a existência de compartimentos estanques ou “quartos escuros”, a não ser naquela restrita área em que se sobrepõem os interesses da segurança do Estado. Ao carácter ubíquo da aplicabilidade do conhecimento no plano médico e sanitário e ao intercâmbio entre os vários universos de actuação da medicina, há que adicionar o facto de que é muitas vezes em ambientes de desafio que se aguça *o engenho e arte* que geram as descobertas e os avanços científicos e tecnológicos. Se estas verdades são compreendidas, aceites e postas em prática nos países desenvolvidos, o mesmo não se pode dizer relativamente ao nosso País. As razões para este facto hão-de procurar-se no défice de cultura de defesa da opinião pública entre nós dominante, cabendo ao poder político uma responsabilidade indeclinável de, após definir o tipo e o papel de Forças Armadas que considere mais adequadas, se empenhar em *“diminuir a incompreensão da população face aos militares e evitar crises de identidade ou agitação nos meios castrenses”* (9). Esta será uma condição *sine qua non* para o estabelecimento de um relacionamento civil-militar correcto, capaz de criar sinergias indispensáveis para o normal funcionamento das instituições democráticas, o desenvolvimento do País em todos os campos da vida social e económica e a defesa dos seus interesses no plano do relacionamento internacional.

## **O aparecimento do Serviço de Saúde Militar**

No plano militar só muito recentemente surgiu a consciência da necessidade de socorrer os indisponíveis no próprio campo de batalha. Até então, os feridos, doentes e cadáveres que juncavam o campo de batalha eram abandonados à sua sorte. Curioso é notar, contudo, que já na época das Legiões Romanas existia a preocupação de dar resposta aos

problemas dos soldados doentes ou com lesões em campanha. São disso testemunho indirectos os hospitais encontrados em escavações efectuadas nos territórios englobados no Império Romano. Cada legião e unidade naval dispunham também, desde o Imperador Augusto, de médicos próprios. O sistema de apoio médico na época romana atingiu o seu auge no 1º Império, chegando cada legião (com um efectivo de 4200 a 6000 homens) a ter 24 cirurgiões. Existia a preocupação de condensar e padronizar em manuais os conhecimentos de medicina de campanha e era ministrada formação sanitária básica a alguns soldados que integravam as unidades combatentes.

Os médicos ao serviço dos exércitos romanos eram dispensados das obrigações civis (10;11) e era-lhes conferido um elevado estatuto dentro das forças armadas, bem como regalias especiais após a sua passagem à disponibilidade. A medicina militar praticava a selecção dos mais aptos fisicamente, numa época em que havia uma grande procura pelos cidadãos pobres de uma profissão que lhes garantia abrigo, alimentação e assistência sanitária. Face à expansão romana e à enorme dispersão geográfica do império por ela criado, Roma necessitava manter em permanência (mesmo em tempo de Paz) um aparelho militar pesado, condições que impunham a existência de um exército profissional e dotado de organização complexa, mesmo na área sanitária, preocupada em garantir ao combatente o melhor estado sanitário que o tornasse apto para o combate. Os médicos militares eram responsáveis por toda uma actividade de medicina preventiva, quer no campo da higiene individual diária, quer na prática do exercício físico e ainda do saneamento básico. Perante este nível de organização, que nos Romanos não surpreende inteiramente e que relativamente aos nossos dias parece apenas diferir quantitativamente, é de crer que na Idade Média e nos séculos imediatos esta preocupação foi abandonada, sendo os campos de batalha palco de indizíveis carnificinas (12).

A preocupação emergente das nações e das suas opiniões públicas em introduzir balizamentos humanitários na condução dos conflitos, fez com que se caminhasse progressivamente para um sistema que responsabilizasse os contendores e as suas máquinas de guerra pela sorte dos soldados tombados em combate, bem como dos prisioneiros de guerra e das populações civis.

Tornou-se para tanto indispensável a existência de um Serviço de Saúde de Campanha capaz de cumprir a missão geral de proporcionar a criação e manutenção de um elevado potencial de combate através da componente humana desse mesmo potencial.

A lógica desta criação, assim definida, apresenta-se eivada de um frio pragmatismo que é contudo enganador. Assim a eficácia que se pretende não é inimiga da prática humanitária, pois cada vez mais os tabuleiros em que se decide o xadrez dos conflitos ultrapassam o plano exclusivamente militar.

Progressivamente os exércitos adquiriram a capacidade de accionar não só sistemas de evacuação rápidos e eficazes, mas também de inserir no dispositivo territorial de campanha, disseminados ao longo do Teatro de Guerra, módulos sanitários dotados da versatilidade que baste para permitir executar diferentes tipos de tarefas. Por um lado,

discernir em cada elo da cadeia sanitária, através da triagem e sob a tutela de uma regulação sanitária enquadrante e hierarquizada, qual o fluxo a seguir pelo indisponível, vítima de lesão ou doença, devida ou não ao combate. Esta 1ª tarefa decidirá se o socorro pode ser administrado *in loco*, seja para resolução completa e breve do problema, com regresso do soldado à missão, seja para estabilizar um indisponível grave, através de cuidados médico-cirúrgicos avançados e salvadores que lhe permitam suportar a evacuação para um escalão recuado, onde exista o tratamento definitivo e a reabilitação adequados à sua doença ou lesão.

Apenas um serviço de saúde autónomo, com a mesma matriz genética do Sistema de Forças a apoiar, dotado de proximidade, conformidade, mobilidade, flexibilidade, controlo e continuidade, será capaz não só de assegurar a prontidão dos efectivos para a missão, mas também de gerir, em ambiente adverso e de restrição, os recursos humanos e materiais disponíveis para o apoio sanitário na campanha, montando um sistema de evacuação e hospitalização coerente, desde a frente até à retaguarda na Zona do Interior.

### **Médico versus gestor?**

Assiste-se nas últimas décadas, de forma muito intensa, a uma discussão que coloca em antagonismo duas posições possíveis do médico: enquanto gestor sanitário e enquanto prático profissional. Na perspectiva clássica, o médico não poderia servir em simultâneo dois amos, por um lado a economia e por outro o doente, sem prejuízo de um deles. Contudo, a vida e a prática vieram demonstrar que ambas as partes têm mais a ganhar que a perder se souberem cooperar, trocando e integrando os saberes específicos de cada uma. Os próprios gestores hospitalares profissionais depressa se aperceberam de que gerir sem o concurso dos agentes de saúde, aqueles que contactam directamente com o doente, criava um sistema perverso que desviava a gestão dos alvos pré-determinados (13). Este confronto dialéctico, que tem ocupado os meios académicos e os organismos responsáveis pela administração da saúde a nível civil, encontrou no meio militar desde há muito, o paradigma que realiza a conciliação destes princípios, de uma forma testada e comprovada pela prática.

Quer no plano preventivo, quer no da prestação de cuidados de saúde, numa óptica individual ou colectiva, é de crer que tenha sido a instituição militar aquela que primeiro e melhor soube conciliar os dogmas da medicina hipocrática com os ditames da medicina social, sem rosto, burocrática e de grandes números.

A forma de organização que caracteriza a estrutura militar permitiu que esta conciliação fosse naturalmente atingida. Tudo assenta na confiança entre os agentes (superiores e subordinados) e que aqui é garantida através da acção de comando. Na figura do comandante recaem as preocupações de toda a ordem, algumas aparentemente antagónicas, mas todas focadas sobre os militares comandados.

Os sistemas são complexos, naturalmente, e não há sistemas infalíveis, porém um tal



sistema impõe-se no confronto com a organização civil dos hospitais. Com efeito, os governantes vêm reconhecendo factores de paralisia da gestão provenientes da ingerência de interesses sectoriais de carreiras e organizações de classe, prejudicando a unidade de acção e tornando clara a necessidade de recriar uma unidade de comando, baseada numa estrutura vertical, sem prejuízo do papel inalienável dos sectores intermédios da gestão. O médico ocupou desde sempre o topo da pirâmide do saber, logo do poder, que vê escapar-se-lhe por entre os dedos para as mãos de outros profissionais de saúde que gravitam à sua volta. Tudo se contesta, mesmo a inerência de cargos de direcção por parte dos médicos, numa vertigem reivindicativa que só a miopia e o desnorte podem justificar. Tal como se dividiu o doente em “fatias” de conhecimento e intervenção, pela via da especialização e mesmo da hiper-especialização o mesmo conceito estendeu-se à actuação fragmentária dos vários profissionais de saúde sobre o doente. Melhor ou pior? A resposta hoje terá que ser dada em três níveis: no plano da humanização, da eficiência e do custo-eficácia. Por um lado, a relação médico-doente, pilar fundamental da medicina hipocrática, só faz sentido se baseada numa relação de confiança que pressupõe também uma centralização da decisão, centralização e singularidade da partilha do sigilo relativo a valores da maior intimidade e reserva que um ser humano pode ter. A hiper-especialização a que temos vindo a assistir, se aparentemente inócua no plano da investigação científica, ao invadir os domínios da clínica perde a capacidade de abordar de forma global e integrada o problema colocado por um doente, que se apresenta ao diagnóstico e à decisão e actuação terapêutica, não em camadas horizontais isoladas, mas como uma amálgama, em que o todo não é a soma aritmética das partes. A abordagem não globalizante do doente tende para a criação de necessidades cada vez maiores, traduzidas em custos acrescidos e crescentes, em meios auxiliares de diagnóstico e de terapêutica, de utilidade por vezes redundante ou mesmo duvidosa. A aplicação das descobertas científicas à clínica não pode ser automática, antes devendo resultar de processos de maturação caracterizados por uma abordagem reflexiva, partindo da clínica e a ela regressando, partindo do doente como ser complexo.

Tendo por adquirido, necessário e conveniente que, quer no plano individual quer no social, a decisão em medicina deve ser centralizada no médico, não é menos certo que, para tal, a matriz médica, na actualidade, terá que incorporar saberes, atitudes e comportamentos acrescentados pela evolução da sociedade, a qual criou novas necessidades, com o dealbar do séc XX, tendência acelerada com a emergência do séc XXI. Esta tendência caracteriza-se, no plano da prática médica, face ao alargamento do direito à saúde a toda a população e à conseqüente restrição de recursos, pela necessidade de aplicar conceitos de econometria à sua gestão. A actividade médica, na medida em que gera despesas, terá que ser orientada por critérios de ponderação de recursos, embora os critérios utilitaristas não devam ser os únicos a informar essa prática. Este é um exercício muitas vezes difícil, que vem tornar ainda mais complexa e desafiadora a já de si exigente formação curricular do médico (14).

Desta multiplicidade de factores resultará o produto final que se pretende atingir: cuidados de saúde satisfatórios, que assegurem aos cidadãos a materialização do direito à saúde, constitucionalmente consagrado. Este objectivo resultará da utilização criteriosa e coordenada dos recursos existentes, no respeito pelos direitos elementares dos

cidadãos, dos princípios de justiça e equidade. Ao estado compete, no mínimo, estabelecer as regras que disciplinem os agentes, públicos e privados, não enfeitando a solidariedade que é devida às franjas de pobreza e exclusão social que as sociedades modernas não conseguem erradicar.

### **A óptica da prática militar**

É frequente ouvir-se os militares dizer que o seu serviço de saúde é o bem mais precioso que a organização militar lhes pode dar. Tal não surpreende, dado que na situação padrão do militar destacado em operações, com todos os factores de stress e de risco individuais que elas comportam, aliados à separação da família dele dependente, aquele precisa saber que não será abandonado à sua sorte em caso de dano físico ou moral, nem à sua família faltará a assistência sanitária e social adequada.

A preocupação com o soldado em termos sanitários, pode também passar pela estimulação e potenciação das suas capacidades de desempenho através de regimes terapêuticos específicos, o que transcende a preocupação puramente humanista. Nessa óptica é o soldado tendencialmente encarado como qualquer peça ou máquina, de quem se exige o máximo rendimento. Se este desiderato pode ser válido numa perspectiva de eficácia, é necessário impedir que sejam ultrapassados certos limites fisiológicos.

Sendo a matriz médica necessariamente una, é ao médico militar, quer individualmente, no seu posto de actuação, quer inserido numa organização de medicina militar, que compete o papel de guardião da ética, modulando o planeamento pela sua participação esclarecida, desassombrada e empenhada.

A condição militar do médico impõe-lhe deveres e atribui-lhe algumas características ou qualidades particulares. As virtudes da lealdade, disciplina, espírito de missão, espírito de sacrifício, disponibilidade total e permanente são características que podem acrescentar às características “hipocráticas” uma mais-valia potenciadora.

É nos ambientes adversos típicos das missões em que se envolvem as forças militares que esta mais-valia se impõe como necessária. De facto, o médico militar tem que saber viver com a adversidade, em clima de catástrofe, de carência de meios, com constrangimentos de tempo, de resistência ao desânimo e ao choque emocional das tragédias humanas na guerra, tem muitas vezes que decidir quem morre e quem vive, face à carência de meios que caracteriza os ambientes operacionais mais exigentes. Tem ainda que possuir a coragem e a estatura moral que lhe permitam resistir às pressões de instrumentalização por desígnios imorais dos contendores. As convenções de Genebra trataram, em seu tempo, de consignar garantias para que estes e outros princípios sejam assegurados. Segundo estes, à vontade dos comandantes deve sobrepor-se o princípio de assistência a todos os que sofrem, amigos ou inimigos, soldados ou elementos da população, e o princípio do respeito pelos preciosos recursos materiais sanitários que devem ser mantidos, e não destruídos, quando abandonados por força de operações de retirada. Nas situações extremas, como a do paradigma da guerra, o comando militar é imprescindível,

mas também é verdade que ele não pode ignorar o aporte à decisão do testemunho do médico numa questão tão importante como a saúde das tropas. E, naturalmente, ele traz ao peso do comandante os valores éticos do exercício da medicina, seja qual for o ambiente em que seja exercida (15). No que respeita à utilização de armas, resta ao médico e aos paramédicos a justificação do seu emprego quando a sua vida ou a do seu doente (das NT ou do IN) estejam fisicamente ameaçadas.

A necessidade de fazer chegar cuidados de 1ª linha o mais à frente e de forma oportuna e adequada, conduziu à descentralização de actos e competências relativamente ao médico, o que seria impensável noutro contexto que não o militar. Estes aspectos são particularmente agudos em tropas que, actuando em pequenos grupos por trás das linhas inimigas, têm que possuir capacidade de sobrevivência e auto-socorro em elevado grau. É o caso típico das Forças Especiais.

Há que realçar que esta prática não contraria a cadeia de comando médico dotada de um sistema C3I (comando-controle-comunicações-informações).

Os modernos conflitos exigem elevada mobilidade, reacção rápida e projecção de forças a distâncias de nível estratégico. Neste cenário o apoio sanitário aos efectivos em combate tem que, por inerência, ser igualmente projectado a distâncias cada vez maiores e em menos tempo. Para tanto os escassos meios humanos têm que ser compensados pela portabilidade de sistemas de diagnóstico e terapêutica e pela descentralização de actos e competências salvadoras da vida. A preparação dos quadros que os apliquem e executem será uma tarefa exigente antes do deslocamento para a missão e tem que reflectir a qualidade intrínseca do Serviço de Saúde como um todo, desde a linha da frente até ao Hospital mais recuado.

Tal como para os serviços de saúde civis, também no campo da medicina de campanha se elege como alvo principal a procura da excelência, lema que tem neste âmbito uma maior propriedade, na medida em que cuidados da máxima qualidade têm que ser levados à frente, para serem prestados em ambientes operacionais extremos. A eficiência e o desempenho dos profissionais de saúde nestes ambientes reflectirão a maior ou menor qualidade do Serviço de Saúde que os preparou na retaguarda. O elo mais recuado da cadeia de apoio sanitário que é o Hospital Geral tem na matéria da formação um papel primordial. Nele se acumulam os saberes, os valores, casuísticas e tecnologias mais elevadas e só ele dispõe da massa crítica para cumprir este desiderato ao mais alto nível. Sem uma estrutura hospitalar de excelência não haverá um Serviço de Saúde Militar nem cuidados de saúde de excelência seja qual for o escalão em que se apliquem. A procura da excelência enquanto objectivo ético, é ainda aliada da motivação, factor de realização do médico e restantes profissionais de saúde, que a estrutura militar, pela sua organização, está em boas condições de assegurar. As doutrinas propugnadas pelos organismos militares internacionais em que Portugal, por força de alianças e acordos celebrados, se integra, apontam expressamente para a defesa da prestação de cuidados de saúde, nas áreas de combate, de qualidade o mais idêntica possível aos de tempo de Paz, o que traduz o princípio da excelência (16). O médico militar, e por arrastamento todo o serviço de saúde de que ele é o vértice, quando em operações e, em particular, quando fora do

Território Nacional e integrado em Forças Conjuntas e Combinadas multinacionais, tem uma transcendente e indeclinável responsabilidade adicional - a de representar o País e o Sistema de Saúde Nacional. Se outras qualidades não tivesse, a condição médico-militar, apenas por esta componente, é guindada a uma categoria ética superior que pressupõe realizadas, a montante, as condições para uma prática de excelência, nos planos deontológico e técnico.

Com o fim do século XX assistiu-se à emergência das chamadas novas tecnologias, proporcionando incomensuráveis capacidades de comunicação e informação. Graças a elas os meios humanos destacados na frente dispõem agora da capacidade de obter consultoria *on-line*, através de um diálogo com os centros especializados na retaguarda, construído sobre a transmissão de imagens e dados, tendo também começado a dar os primeiros passos a aplicação da robótica à medicina de campanha. É a telemedicina que se vai afirmando de forma progressiva, da qual os exércitos desenvolvidos têm já uma rica experiência, e que, como se compreende, ao olharmos para trás na História, constitui mais um poderoso factor de eficácia, mas também de humanização dos conflitos. Esta é aliás, uma área de aplicação da medicina que deve merecer a melhor atenção, sobretudo de países com escassos recursos como o nosso, pois, não sendo uma tecnologia demasiado onerosa, a sua aplicação resulta, por outro lado, em consideráveis reduções de custos. É neste ambiente, é nesta globalidade de acção que se forja a têmpera e a matriz do médico militar.

Tanta tecnologia não pode fazer esquecer que no topo da pirâmide estará sempre o ser humano, com o seu conhecimento médico e a sua indeclinável capacidade de decisão, ajudado por sistemas tecnológicos cada vez mais complexos, mas geradores de benefício e bem-estar para o doente.

A óptica emergente centrada sobre o conceito do chamado *soldado do futuro* deve incorporar preocupações de ordem ética. Trata-se de criar combatentes com aptidões psico-motoras, biomecânicas e intelectuais de elevada *performance*, desenhados para actuarem em ambiente de auto-subsistência e elevada capacidade de sobrevivência, aptos a operar sistemas de informação e de comunicações sofisticados e armas ligeiras de elevada letalidade que substituam os pesados e vulneráveis meios convencionais. Os desafios das novas condicionantes estratégicas obrigam a perspectivar forças mais pequenas, mas comparativamente mais letais, com maior mobilidade e prontidão, e em que o factor humano individualmente considerado tem maior peso específico. Este dado novo exige um maior investimento na formação do soldado, não só em técnicas relacionadas directamente com o combate, mas também em técnicas de sobrevivência, nelas incluídas actos terapêuticos simples, salvadores da vida e estabilizadores das situações de emergência em ambiente operacional. Ao médico militar esta nova realidade exige uma adaptação de conteúdos formativos dos *curricula* de pós-graduação e especialização em medicina militar, bem como novas formas de organização do apoio sanitário, em que o conceito de modularidade e o emprego intensivo das novas tecnologias ocupem um lugar de destaque. De tudo isto deverá resultar a aquisição de novos tipos de competências curriculares que o ambiente das missões exige. É preciso acautelar que a proficiência exigida se faça no respeito da bioética em todas as suas

componentes. Sabemos que essa preocupação paira sobre esta questão e ela compete em primeiro lugar à medicina militar (17; 18).

### **A cadeia de comando médica - uma nova estrutura**

Aquilo que hoje em dia se designa por lições aprendidas deve servir para em cada momento reflectir sobre as experiências vividas nas diversas missões, contribuindo para ajudar a criar doutrina que oriente acções futuras. A investigação sob as mais diversas formas tem um papel insubstituível, constituindo-se como motor da procura da excelência e da motivação.

Muitas vezes as situações de conflito ou de catástrofe colocam desafios que põem à prova a capacidade de cada um encontrar soluções em tempo adequado. Para tanto, além da capacidade de resistência física e moral exige-se também espírito crítico e criatividade para fazer face a essas situações.

Assumida ou não (19), a autoridade e prerrogativas de comando e chefia que o estatuto militar confere ao médico enquanto oficial, são atributos que podem servir uma maior eficácia e prontidão na acção individual e colectiva dos profissionais de saúde. Trata-se, ainda assim, e só como tal pode ser entendida, não de uma vontade individual arbitrária que é imposta a outros, mas antes de uma conduta disciplinada auto-infligida e mutuamente consentida porque “transcendente”, ou seja independente e fora do campo da vontade individual. A capacidade de liderança terá assim no médico militar várias componentes, mas as indispensáveis serão seguramente as hipocráticas.

O Serviço de Saúde Militar é entre nós, mais um serviço dentro do chamado Apoio de Serviços, lado a lado com os mais díspares serviços integrados na logística de campanha, diluindo-se (e descaracterizando-se) em tempo de Paz na grande área funcional da Logística. A essência da sua acção, a exigência e transcendência da sua missão, com uma elevada componente simultaneamente humanística, científica e tecnológica, acrescentada por uma capacidade elevada de organização e um sistema de C3I e liderança fazem dele uma verdadeira *Força Especial*, que mereceria indubitavelmente constituir uma organização autónoma dos sistemas de armas, ou seja, se o quisermos, um Ramo distinto. Ser autónomo não significará ser menos militar, pelo contrário, nesse modelo de organização encontrará o Serviço de Saúde Militar aquilo que, no meio em que se dilui, lhe é negado: a sua maioridade militar ao serviço de uma excelência no plano médico-sanitário.

Num serviço de saúde assim perspectivado ficará seguramente mais fácil responder à pergunta que serve de título a esta reflexão.

### Bibliografia

1. Antunes, J Lobo: Memórias de Nova Iorque e Outros Ensaios, 2002, 1ª Ed., Gradiva.

2. Damásio, A: O Sentimento de Si, 2000, 6ª Ed., Ed. Europa-América.
3. In "Harrison's Principles of Internal Medicine". Mc Graw-Hill, 2001. 15th ed. Vol 1: 1-5.
4. Neves, C: "Bioética-temas elementares". Ed. Fim de Século, 2001.
5. VIII Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Militar e III Encontro de Medicina Militar da CPLP. Lisboa, Novembro de 2002.
6. *Medicina militar y medicina en el ambiente militar. Existe alguna diferencia?:* Cor Ret Craig Llewelyn, USUHS, US Army. In Rev Sanid Milit Mex 2003; 57(3): 100-102.
7. Reynaldo dos Santos: *A Organização dos Serviços de Cirurgia na Frente Ocidental*, in Medicina Contemporânea, 1916.
8. Fernandes, M: "A Nova Ordem Internacional e as Forças Armadas". Boletim do IAEM 1994, nº 31: 11-24.
9. Ferreira, B: "O militar e o cidadão e as relações civil-militares". Nação e Defesa 1991, nº 57: 57-82, Ed. IDN.
10. Sousa, A Tavares de: Curso de História da Medicina, 1996, 2ª Ed., Fundação Calouste Gulbenkian.
11. Melo, J M, editoras EPUC e MATRIZ, "A Medicina e sua História", 1ª Ed., 1989.
12. Reis, V: "História da Medicina Militar Portuguesa". Revista Portuguesa de Medicina Militar 1991; Vol 39 (2-4).
13. "Manual de Gestión para Jefes de Servicios Clínicos". Ediciones Diaz de Santos, 2ª Ed, Madrid 2000.
14. Santos AL: "Problemas éticos emergentes na prática clínica - alocação dos recursos em Cardiologia". Rev Port Cardiol 2003; 22 (7-8) 957, 965.
15. Vieira, R: "Hierarquia e ética na perspectiva da gestão de hospitais". Revista Portuguesa de Saúde Militar 2003, Ano IV, nº 1: 19-24.
16. AJP-4. 10 - Allied Joint Medical Support Doctrine. NATO 1999.
17. Mitka M: "US Military Medicine moves to meet current challenge." JAMA Vol 286, nº 20, 2001.
18. Lt. Gen. James B. Peake, Surgeon General US Army: "Training to respond to terrorism". Army Medicine, U.S. Medicine, Jan 2003.
19. Marques, Fernando P.: Exército, mudança e modernização na 1ª metade do século XIX, Ed. Cosmos, Instituto de Defesa Nacional, 1999.

---

\* Coronel Médico do Serviço de Saúde. Subdirector dos Serviços de Saúde.