



# Cadernos do IUM



## CADERNOS DE SAÚDE MILITAR E MEDICINA OPERACIONAL - VOL. I

Coordenação de:  
Coronel (REF) António Correia  
Primeiro-tenente Nicole Esteves Fernandes



Abril 2024



**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR**

**CADERNOS DE SAÚDE MILITAR  
E MEDICINA OPERACIONAL – VOL. I**

**Coordenadores**

Coronel (REF) António Correia  
Primeiro-tenente Nicole Esteves Fernandes

**Como citar esta publicação:**

Correia, A. (Coord.) e Fernandes, N. E. (Coord.), (2024). *Cadernos de Saúde Militar e Medicina Operacional - Vol. I*. Cadernos do IUM, 58. Lisboa: Instituto Universitário Militar.

---

**Diretor**

Tenente-General Hermínio Teodoro Maio

---

**Editora-chefe**

Coronel Joana Isabel Azevedo Do Carmo Canhoto Brás

---

**Coordenadora Editorial**

Tenente-coronel Ana Carina da Costa e Silva Martins Esteves

---

**Capa – Composição Gráfica**

Tenente-coronel Ana Carina da Costa e Silva Martins Esteves

---

**Secretariado**

Assistente Técnica Gisela Cristina da Rocha Basílio

---

**Propriedade e Edição**

Instituto Universitário Militar

Rua de Pedrouços, 1449-027 Lisboa

Tel.: (+351) 213 002 100

Fax: (+351) 213 002 162

E-mail: [cidium@ium.pt](mailto:cidium@ium.pt)

<https://cidium.ium.pt/site/index.php/pt/publicacoes/as-colecoes>

---

**Paginação, Pré-Impressão e Acabamento**

*What Colour Is This?*

Rua Roy Campbell Lt 5 -4º B

1300-504 Lisboa

Tel.: (+351) 219 267 950

[www.wcit.pt](http://www.wcit.pt)

---

ISBN: 978-989-35731-0-5

ISSN: 2183-2129

Depósito Legal: 531779/24

Tiragem: 150 exemplares

---

© Instituto Universitário Militar, abril 2024.

**Nota do Editor:**

Os textos/conteúdos do presente volume são da exclusiva responsabilidade dos seus autores.

## NOTA EDITORIAL

Caros leitores,

É com grande satisfação que apresentamos mais uma edição dos "Cadernos do IUM", desta vez dedicada à linha de investigação da saúde em contexto militar. Esta publicação, que tanto enriquece o campo das Ciências Militares, é um reflexo do compromisso com a divulgação dos resultados da investigação desenvolvida sob a égide do Instituto Universitário Militar em parceria com a Unidade de Ensino, Formação e Investigação da Saúde Militar (UEFISM). Nesta edição, apresentamos estudos multifacetados que abrangem temas cruciais para a compreensão e aprimoramento das estruturas militares e da sociedade em geral, realizados por oficiais e civis, médicos e psicólogos.

Os primeiros dois estudos, informativos, destacam os esforços proativos para enfrentar os desafios dos comportamentos aditivos. Começamos com o testemunho pessoal do fundador do Curso de Operadores de Prevenção de Alcoolismo e Toxicodependências em 1988, como consequência do problema do consumo nocivo de álcool, tabaco e cannabis entre os militares portugueses, resultante do *stress* da guerra prolongada em África, e continuamos com informação sobre o Programa para a Prevenção dos Comportamentos Aditivos e Combate às Dependências visando capacitar militares para lidar com questões relacionadas a comportamentos aditivos e dependências.

Com caráter mais sistematizado, o terceiro estudo propõe um modelo integrado de investigação médica em saúde militar, demonstrando um compromisso sólido com o avanço do conhecimento nesta área vital. Enquanto isso, o quarto estudo traz à luz a eficácia de modelos de tratamento inovadores na luta contra as dependências, como o modelo Minnesota e o modelo Multidimensional, oferecendo esperança e direção na procura por soluções eficazes e evidenciando a importância da prevenção e intervenção precoce.

Além disso, exploramos o *stress* e o comportamento suicidário na Marinha Portuguesa, o que lança luz sobre questões cruciais de saúde mental e bem-estar dentro das forças armadas, oferecendo insights valiosos para a implementação de medidas preventivas e de gestão do *stress*.

Por último, mas não menos importante, o estudo sobre impacto da pandemia COVID-19 na saúde e na atividade física dos indivíduos, especialmente naqueles que passaram por procedimentos cirúrgicos como a reconstrução do ligamento cruzado anterior. Este estudo destaca os desafios enfrentados pela comunidade médica e os caminhos para uma recuperação plena.

A diversidade e qualidade dos estudos refletem o compromisso dos investigadores do IUM e seus parceiros, com especial destaque nesta edição para a UEFISM, pela procura de soluções inovadoras e eficazes para os desafios enfrentados pelas Forças Armadas e pela sociedade em geral.

Esperamos que esta edição dos "Cadernos do IUM" seja uma fonte inspiradora de reflexão e ação, estimulando o diálogo e contribuindo para o avanço contínuo no campo das Ciências Militares.

Boa leitura!

**Ana Esteves**

Tenente-coronel

Coordenadora Editorial do CIDIUM

## ÍNDICE

<b>ESTUDO 1 – BREVE HISTORIAL DA FUNDAÇÃO DO CURSO DE OPERADORES DE PREVENÇÃO DE ALCOOLISMO E TOXICODEPENDÊNCIAS, EM 1988 (TESTEMUNHO PESSOAL DO AUTOR)</b>	
<i>Capitão-de-mar-e-guerra (REF) Joaquim Margalho Carrilho</i>	1
<i>Tenente-coronel (REF) José Aleixo</i>	
<b>ESTUDO 2 – A NECESSIDADE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NAS FORÇAS ARMADAS</b>	
<i>Coronel (REF) António Correia</i>	15
<i>Primeiro-tenente Nicole Esteves Fernandes</i>	
<b>ESTUDO 3 – A INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE MILITAR</b>	23
<i>Major-general André Rodrigues Batista</i>	
<b>ESTUDO 4 – SUCESSO DO MODELO MINESOTA E O MODELO MULTIDIMENSIONAL NA REABILITAÇÃO DA DOENÇA ADITIVA NAS FORÇAS ARMADAS E FORÇAS DE SEGURANÇA - UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO DE TOXICODEPENDÊNCIAS E ALCOOLISMO (UTITA)</b>	
<i>Capitão-de-fragata Sandra Henriques</i>	
<i>Primeiro-tenente Carolina Rodrigues</i>	
<i>Dra. Sónia Oliveira</i>	
<i>Dra. Liseta da Cunha</i>	
<i>Dr. Sérgio Lopes</i>	
<i>Dra. Pilar Farrajota</i>	
<i>Capitão-tenente Rui Pedro Gonçalves de Deus</i>	
<i>Sub-tenente Laura Pinguicha Ferreira</i>	35
<i>Aspirante a Oficial Inês Mendes Coelho</i>	
<b>ESTUDO 5 – A GESTÃO DO STRESS NA PREVENÇÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDÁRIO: DUAS ESTRATÉGIAS DE PROTEÇÃO PARA MILITARES, MILITARIZADOS E CIVIS DA MARINHA PORTUGUESA</b>	63

*Capitão-tenente Daniel Cruz Neves*

**ESTUDO 6 – IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NA  
RECONSTRUÇÃO CIRÚRGICA DO LIGAMENTO CRUZADO  
ANTERIOR**

101

*Major José Santos Mónico*

## PREFÁCIO

Fruto da estreita e preciosa colaboração entre a Unidade de Ensino, Formação e Investigação da Saúde Militar (UEFISM) e o Instituto Universitário Militar (IUM), chega hoje à luz do dia a primeira edição dos Cadernos do IUM totalmente dedicada à Saúde Militar.

Os Cadernos do IUM são uma linha editorial do IUM, fundamentalmente destinada a publicar produção académica, científica e de investigação, de reconhecida qualidade, realizada, sobretudo, por investigadores do Centro de Investigação e Desenvolvimento do Instituto Universitário Militar (CIDIUM), no entanto, respondendo ao desafio da UEFISM, o CIDIUM abriu a possibilidade para a publicação de um caderno totalmente dedicado à Saúde Militar, com coordenação editorial da UEFISM.

Assim nasceu esta edição extraordinária com a designação “Cadernos de Saúde Militar”, fundamentalmente destinada a divulgar e publicar produção de estudos e investigação científica de reconhecida qualidade, realizada no âmbito da formação e especialização avançada em Saúde Militar, designadamente: dissertações de mestrado e doutoramentos; trabalhos de pesquisa e investigação, pelos Quadros Especiais de Saúde (QES) no âmbito do Curso de Promoção a Oficial General (CPOG), e Curso de Promoção a Oficial Superior (CPOS); e outras formações avançadas ou estudos e trabalhos de investigação desenvolvidos por especialistas no âmbito da Saúde Militar, decorrentes da atividade desenvolvida na UEFISM, nas suas diversas vertentes com origem nos profissionais de saúde, nos formadores, formandos ou outros investigadores e/ou colaboradores da UEFISM.

Nesta 1ª edição dos Cadernos do IUM dedicados à Saúde Militar, a consolidação e o rigor dos artigos publicados confirmam a linha assumida pela qualidade dos nossos profissionais de saúde.

Os artigos publicados são da responsabilidade dos autores, sendo estes responsáveis pelo rigor e exatidão das referências. Todos os artigos publicados foram submetidos a uma revisão por pares e posteriormente analisados e ratificados por assistência editorial técnica, com base em critérios científicos, tendo em linha de conta a multiplicidade dos temas.

As temáticas apresentadas nesta 1ª edição são variadas, e os artigos integram perspetivas de diferentes áreas científicas da Saúde Militar, nomeadamente a investigação em Saúde Militar, as toxicodependências, a saúde mental ou as lesões físicas.

É sobre estas temáticas relacionadas com a Saúde Militar que a UEFISM pretende divulgar o conhecimento relativo às ciências da saúde.

Expressamos um agradecimento especial aos autores da informação e artigos que compõem este 1º Caderno de Saúde Militar, esperando que os leitores fiquem muito agradados com os conteúdos apresentados.

A equipa da UEFISM congratula-se pelos objetivos alcançados nesta 1ª edição.

UEFISM, 26 de março de 2024

**Carlos Manuel Lobato Gomes Sousa**

Brigadeiro-General

Diretor da UEFISM

## **ESTUDO 1 – BREVE HISTORIAL DA FUNDAÇÃO DO CURSO DE OPERADORES DE PREVENÇÃO DE ALCOOLISMO E TOXICODEPENDÊNCIAS, EM 1988 (testemunho pessoal do autor)**

*BRIEF HISTORY OF THE FOUNDATION OF THE COURSE FOR ALCOHOLISM AND SUBSTANCE ABUSE PREVENTION OPERATORS, IN 1988 (personal testimony of the author)*

**Joaquim Margalho Carrilho**

Capitão-de-mar-e-guerra, Médico Naval (Reforma)  
Fundador do COPATD

**José Aleixo**

Tenente-coronel, Comando (Reforma)  
Co-fundador do COPATD

### **RESUMO**

O texto aborda as consequências das derrotas dos Estados Unidos no Vietname, e de Portugal nas suas colónias africanas, destacando a influência das estratégias geopolíticas. No Vietname, o General Vo Nguyen Giap utilizou táticas de toxologia cerebral para enfraquecer as forças americanas, promovendo a dependência de ópio. No entanto, a chamada "Guerra às Drogas" do presidente dos EUA, Richard Nixon, após a derrota no Vietname, é criticada como um mero slogan político sem eficácia real. O autor, especialista em adictologia, destaca a complexidade do problema das drogas e as suas ramificações nas relações internacionais, saúde e estratégia geopolítica. Ele menciona o exemplo atual da epidemia de Fentanyl nos EUA, originada na China e México, como evidência do fracasso do *slogan* de Nixon. Ao abordar o caso de Portugal pós-guerra em África, o autor destaca o problema do consumo nocivo de álcool, tabaco e cannabis entre os militares, resultante do *stress* da guerra prolongada. O texto destaca a iniciativa pioneira das Marinhas de Portugal e dos EUA na criação de programas para prevenção e combate ao abuso de substâncias, visando a redução da procura, associada à logística militar sanitária e a redução da oferta, com a promoção da segurança militar. O autor ressalta a importância de programas educacionais, tratamentos e intervenções para lidar com os problemas relacionados ao consumo de substâncias nas Forças Armadas.

**Palavras-chave:** Consumos; Prevenção; Tratamento.

## **ABSTRACT**

The text discusses the consequences of the defeats of the United States in Vietnam, and of Portugal in its African colonies, highlighting the influence of geopolitical strategies. In Vietnam, General Vo Nguyen Giap used brain toxology tactics to weaken the American forces by promoting opium addiction. However, US President Richard Nixon's so-called "War on Drugs" after the defeat in Vietnam is criticized as a mere political slogan with no real effectiveness. The author, a specialist in addiction, highlights the complexity of the drug problem and its ramifications for international relations, health and geopolitical strategy. He cites the current example of the Fentanyl epidemic in the US, which originated in China and Mexico, as evidence of the failure of Nixon's slogan. Addressing the case of post-war Portugal in Africa, the author highlights the problem of harmful consumption of alcohol, tobacco and cannabis among the military, resulting from the stress of prolonged war. The text highlights the pioneering initiative of the Portuguese and US navies in creating programs to prevent and combat substance abuse, aimed at reducing demand, associated with military health logistics, and reducing supply, with the promotion of military security. The author highlights the importance of educational programs, treatments and interventions to deal with problems related to substance abuse in the Armed Forces.

**Keywords:** Consumption; Prevention; Treatment.

*«Onde as pessoas agem sem consciência do que estão a fazer e se confundem umas às outras... confuso e extravagante o seu amor pelo prazer... não tem fim. Este é o sinal de um Estado condenado!»*  
TAI KUNG Mestre de Estratégia da China – Séc. X/XI (?) A.C.

*«Um Exército confuso conduz o adversário à vitória»*  
SUN de WU // SUN TZU Mestre de Estratégia da China Séc. V // II (?) A.C.

*«Se deseja a Paz, compreenda a Guerra»*  
B.H. Liddel Heart – Pensador de Estratégia Indirecta Britânico Séc. XX

*«O presente é excessivamente complexo, para que o futuro seja razoavelmente previsível»*  
(in 2003) Professor Doutor Adriano Moreira – fundador em Portugal das disciplinas de Ciência Política e de Relações Internacionais

## **1. INTRODUÇÃO**

Quando recebi, já na reforma e reserva territorial Constitucional, o honroso convite e o privilégio da Diretora da Unidade de Ensino, Formação e Investigação de Saúde Militar (UEFISM), na pessoa da Exma. Sra. Coronel Médica, Maria Salazar, do investigador voluntário no Departamento de Investigação em Saúde Militar, Coronel, PhD António Correia, e da então Diretora do Curso de

Operadores de Prevenção de Alcoolismo e Toxicodependências (COPATD) (hoje: Curso de Operadores de Prevenção em Comportamentos Aditivos e Dependências - COPCAD), Primeiro-tenente, enfermeira Maria do Céu Nascimento, para efetuar o resumo histórico do COPATD da Escola do Serviço de Saúde Militar (ESSM), colocou-se em mim, desde logo, o peso da enorme responsabilidade de, pelo curto espaço de tempo, recorrendo apenas quase à memória pessoal, ser rigoroso a reportar a História, com justiça e imparcialidade para todos os envolvidos, entre 1987 e 1988 no surgir do COPATD.

Recuando no tempo, em 1976, a Marinha Portuguesa era comandada pelo Exmo. Senhor Almirante Chefe do Estado-Maior da Armada (CEMA), António Souto Silva Cruz e posteriormente pelo Exmo. Senhor Almirante CEMA, António Egídio de Sousa Leitão. Três anos depois, em 1979, o Estado Maior General das Forças Armadas (EMGFA) era então comandado pelo Exmo. Senhor General CEMGFA, José Lemos Ferreira e posteriormente pelo Exmo. Senhor General CEMGFA António da Silva Osório Soares Carneiro. Tentarei sempre que a memória me permitir, evocar o nome dos envolvidos, até para prestar homenagem a muitos já falecidos, à sua capacidade de liderança visionária, trabalho coletivo, tendo como simples objetivo a prossecução do interesse público, inerente à excecionalidade da Condição de Servidão Militar.

Na época, foi a Marinha Portuguesa o «motor» nesta área. Da mesma forma que o Exército Português se especializaria mais em Medicina de Catástrofe, Guerra Nuclear, Biológica e Química (NBQ) e outras e a Força Aérea Portuguesa, na área da Psicometria Computorizada de apoio às Juntas Médicas Biométricas de Seleção e Recrutamento, Medicina Aeronáutica e outras.

Dois últimos reparos, apenas em contexto de introdução, ética pessoal de perspetiva, típica da minha cultura cívica anglófona desde 1970 (por influência de meu querido falecido pai, um Republicano civil, com toda a carreira profissional no Exército Português e admirador da Democracia inglesa desde 1940). O COPATD, à data de 1988, em termos de direito de propriedade intelectual, tem dois autores: a minha pessoa, como Primeiro-tenente Médico Naval, Joaquim Margalho Carrilho, da Marinha Portuguesa, colocado na Logística Militar Sanitária (**prevenção na redução da procura**), e o Capitão Comando, José Aleixo, do Exército Português e Oficial de Segurança da Unidade (OSU) da Escola do Serviço de Saúde Militar (ESSM), colocado na Segurança Militar, Polícias (**prevenção na redução da oferta**) de Drogas e uso nocivo de Álcool.

## 2. QUAL ERA O PROBLEMA?

Recuemos ao fim da nossa última Guerra em África em 25 de Abril de 1974 e ao fim da Guerra do Vietname com derrota total dos Estados Unidos da América (EUA) em 30 de Abril de 1975.

Na ascensão e queda dos Grandes Impérios (Kennedy, 1991; Carrilho, 2016) sempre existiram em geopolítica e geoestratégia, fatores múltiplos e complexos em relações internacionais, bem como alterações sociológicas internas. Por isso, no Vietname, foram usados meios de toxicologia e adictologia cerebrais, para obter um enfraquecimento no grau de prontidão e de empenhamento das Forças Armadas dos EUA.

As potências Ocidentais já o tinham concretizado no Séc. XIX nas «Guerras do Ópio», de 1842, com britânicos e franceses, enfraquecendo desta forma o Império Meridional Chinês até à implantação da República, em 1911. Lançaram insidiosamente a confusão e o prazer hedónico contaminando de ópiodependência os chineses, escoando para a China a produção agrícola em larga escala de ópio das papoilas do Vice-Reino da Índia Britânico (Kung, 2003; Tzu, 2000).

Foi também assim, que a genialidade em Estratégia Indireta (Hart, 2011; Lawrence, 2020) no Vietname do General Vo Nguyen Giap (Giap, 2005) ao perceber que, de facto, Mao Tse Toung (Toung, 2004) não entendeu, que a insurreição devia apostar no meio rural e não no meio citadino, dado que ao contrário dos escritos do ideólogo Karl Marx, as cidades no Oriente não tinham vivido a revolução Industrial inglesa, alemã e até russa czarista.

Assim sendo, o vietnamita General Vo Nguyen Giap foi, de forma paciente, metódica e planificada, infiltrando elementos comissários políticos comunistas, como sem abrigo, vindos da selva, inofensivos, nas aldeias do Vietname do Sul que, por «osmose» das mentes e corações, conquistando os camponeses dessas aldeias. Esta mesma rede criada pelo General Vo Nguyen Giap servirá também depois para traficar na proximidade das Unidades Militares dos EUA o consumo de diacetilmorfina – heroína, nas guarnições militares de americanos, conseguindo assim pela ópiodependência quebrar a prontidão operacional dos militares americanos com um elevado problema de heroínodependência nos militares regressados aos EUA vindos do Vietname.

Sobre este problema de relações internacionais e de saúde ao nível geoestratégico e geopolítico (produção agrícola, guerrilhas e terrorismo, tráfico e crime organizado da relação de mercado oferta-procura), comecei numa dupla

perspetiva de adivinhar perigos e deteção precoce dos consumidores, com o objetivo de reduzir os danos sociais tratando os doentes toxicodependentes. Comecei muito cedo (1987/1988) a escrever Livros e Ensaios publicados, muito usados e citados à época, quer em meio militar e Instituto de Defesa Nacional (IDN), quer na sociedade civil (Carrilho, 1989; Carrilho, 2003; Carrilho, 2004; Carrilho, 1987; Carrilho, 1991; Carrilho, 2002; Carrilho, 2006).

Por exemplo, revisitando essa bibliografia dos meus livros e ensaios publicados até 2004, desmonta-se o desde sempre óbvio, o slogan «Guerra às Drogas» criado pelo Presidente dos EUA Richard Nixon, que em 1975 sofreu uma pesada derrota militar no Vietname, versus um pequeno país, sendo os EUA uma das duas superpotências militares da Guerra Fria, nunca passou de uma frase de comício político (Barbour, 1998; Carrilho, 2009).

«Guerra às Drogas» era, de facto, apenas um slogan político de Richard Nixon, para os militares que, em Ciências Militares e Estratégia, e respetivos pensadores clássicos da estratégia militar na história da humanidade (ex: Tucídides, Júlio César, Vegécio, Maquiavel, Frederico II da Prússia, Napoleão Bonaparte, Carl von Clausewitz, Antoine-Henri Jomini, Andre Beaufre e outros que não me influenciaram tanto na leitura da estratégia militar convencional), o combate às drogas jamais poderia ser estruturado de forma convencional.

O PROBLEMA sempre fora e será, assimétrico e indireto, estrategicamente, na cadeia oferta-procura. Desde a produção agrícola e transformação de síntese química laboratorial clandestina (com guerrilhas e terrorismo a protegerem por via armada esse seu financiamento) até à distribuição aos consumidores (gerida pelo crime organizado) e mais valias que vão escalando em valores financeiros astronómicos, onde o mais fraco nos ganhos é o inicial produtor agrícola (como nas folhas para produtos do tabaco ou nas vinhas de uvas para bebidas com álcool).

O exemplo atual e catastrófico na sociedade civil dos EUA, da epidemia mortífera de consumo do contrafeito anestésico Fentanyl e os cadáveres nas ruas de mortos por erro de cálculo de dose-efeito letal dos consumidores recreativos de Fentanyl, com a substância ativa opiácea vinda da República Popular da China (e também da União Indiana) e com os laboratórios de síntese química clandestinos nas fronteiras do Sul dos EUA controlados pelos cartéis da droga mexicanos, são a prova atual do vazio do slogan político de Richard Nixon de «Guerra às Drogas»,... nem as polícias (no México com ajuda das Forças Armadas) e EUA, conseguem parar esta catástrofe em vidas humanas do narcotráfico do Fentanyl contrafeito.

Aliás, no Vietname, o General Vo Nguyen Giap usou a típica diferença de raciocínios, mesmo a título recreativo, ao equivalente jogo de xadrez ocidental, o jogo WEI QI chinês em que, à determinação do confronto direto e vitória do xadrez, o jogo equivalente WEI QI chinês está em permanente flexibilidade, a evitar o confronto direto e em paciente envolvimento, ocupando os espaços vazios das pedras do adversário, visando o enfraquecimento gradual do potencial estratégico das peças do adversário, melhor compreendemos assim a atual catástrofe de Saúde Pública de ópiodependentes de Fentanyl contrafeito sino-mexicano e cadáveres em grandes quantidades a serem removidos nas ruas dos EUA, jamais correto, portanto, uma guerra convencional de «Guerra às Drogas» de Richard Nixon, em 1975, pós Vietname!

Vamos agora ao caso de Portugal e da sua Guerra em África terminada em 1974, com a sua derrota nas Colónias. Neste caso, o problema foi na generalidade causado pela fadiga e *stress* de uma guerra prolongada no tempo e com a maioria dos militares serem conscritos, não profissionais dos quadros permanentes ou contratados profissionalmente. Não resultou na generalidade de uma ação estratégica planeada pelo adversário de infiltração de drogas psicoativas e inebriantes do grau de prontidão, empenhamento e operacionalidade das Forças Armadas Portuguesas.

Embora contemporâneas no tempo, com o Vietname, na nossa Guerra em África, onde terão estado projetados, por comissão aproximada de 24 meses, e de forma contínua, 200.000 efetivos, das Forças Armadas de Portugal, sendo que esses conscritos revelaram maior robustez física pela sua origem de camponeses e pescadores em Portugal, que os militares americanos com menor percentagem de conscritos e de origem mais citadina e menos adaptáveis a teatros de operações em selva ou savana.

No caso de Portugal, o *stress* de transformar rapidamente pacíficos camponeses e pescadores em guerreiros, longe das suas famílias e território, associado ao baixo custo nas Unidades das Forças Armadas Portuguesas dos produtos do tabaco (droga nicotina) e das bebidas alcoólicas (droga e álcool), juntamente com experimentação e curiosidade dos hábitos dos nativos africanos de fumarem folhas de Cannabis Sativa (droga THC), levaram a regressarem a Portugal com esses hábitos de consumo.

Daí, também O PROBLEMA nas Forças Armadas Portuguesas ser centralizado em consumos nocivos de bebidas com álcool, folhas de cannabis e produtos do tabaco nos combatentes e veteranos portugueses da Guerra de África

(mais tarde também com os rastreios de urina de toxicologia forense no Laboratório Fármaco-Toxicológico da Marinha (LAFTM) – Marinha Portuguesa, também as técnicas laboratoriais permitiam detetar consumos atuais ou recentes de Cannabis durante 30 dias, o que não acontecia com as outras drogas).

### **3. RETROSPETIVA HISTÓRICA**

Com estas duas «heranças», pós derrotas, dos EUA no Vietname, em 1975 e de Portugal, nas Colónias em África, em ambos os casos foram as respetivas Marinhas, pioneiras ao nível Mundial, por diferentes razões e sem troca de informações técnico-científicas. Até ao ano de 1985, no Curso da Navy Medicine – Addiction Medicine (Adictologia Clínica), efetuei a «ponte», no meu treino na U.S. Navy – Base Aeronaval de Miramar – TOP GUN Pilots School, em San Diego no seu NDRC – Naval Drug Rehabilitation Center, promovendo a ligação dos dois Programas pioneiros mundiais, em fases similares de desenvolvimento, embora com razões de início diferentes, Marinha Portuguesa e U. S. Navy.

No caso da U. S. Navy, um sinistro grave com uma aeronave em 1981, no Porta-Aviões NIMITZ, em que, nos 11 cadáveres dos militares do deck, a toxicologia tanatológica forense pos mortem revelou consumos recentes de THC e no piloto, em toxicologia de urina, com deteção positiva para autoadministração de anti-histamínicos sedativos, sem conhecimento da Navy Medicine do Porta-Aviões. Tal acontecimento, levou a um enorme escândalo público, generalizado nos órgãos de comunicação social dos EUA, pondo em causa o destino das contribuições fiscais dos cidadãos, que andariam a investir numa instituição de marinheiros drogados, e a destruir, por negligência, material de custo muito elevado para os contribuintes dos EUA. Esta ocorrência de sinistro no Porta Aviões NIMITZ teve consequências políticas imediatas nas elites governantes e hierarquia militar naval (Secretário de Estado da Defesa, Gaspar Weinberger e da Marinha, John Lehman; chefe de Operações Navais, Almirante Thomas B. Hayard U.S.Navy e General Comandante dos fuzileiros navais, John Barrows, Marine Corps).

Daqui resultou a nomeação para montar um Programa Organizacional do Contra-Almirante Paul J. Mulloy U. S. Navy e PhD em Gestão de Recursos Humanos do Pessoal (que posteriormente visitou a Marinha Portuguesa, a meu pedido, para apoio no protocolo de ajuda do «Projecto VENCER» da Marinha Portuguesa ao «Programa SOLIDARIEDADE» clonado para meio laboral civil da AIP – Associação Industrial Portuguesa).

Foram também nomeados para um Programa piloto classificado de tratamento e reabilitação experimental em barracões na então Base Naval de Long Beach, a sul de Los Angeles, dois oficiais de Medicina Naval, Dr. Joseph Pursch M. D. e Dr. J. J. Zuska M. D.

O Contra-Almirante Paul J. Mulloy criou uma Divisa para o programa «Get rid the abuse rather than the abusers» e doutrinou os seus colaboradores com o programa iniciado ainda em 1981, como adaptação de um «EAP – Employee Assistance Program» para drogas cujo texto original do Contra-Almirante Paul J. Mulloy vamos reproduzir literalmente:

- (...) 1) Levantamento da visão do problema entre os elementos da organização e meio envolvente (equipa coordenadora como vértice estratégico organizacional);
- 2) Formulação de uma Política Pública específica para a organização;
- 3) Divulgação da Política Pública e do Programa;
- 4) Educação e Treino dos Supervisores / Chefias;
- 5) Aconselhamento, tratamento e reabilitação (Assistência na Organização) Modelo piloto classificado da Base Naval de Long Beach - NAVY MEDICINE (Joseph Pursch M. D. e J. J. Zuska M. D.);
- 6) Aumento das medidas de Segurança Militar;
- 7) Suporte externo;
- 8) Inovar com alternativas comportamentais nas Unidades Militares ao uso nocivo recreativo de substâncias psicoativas;
- 9) Rastreios constantes de toxicologia de urina e alcoolimetria de ar expirado ao nível de Laboratórios Navais de Toxicologia Forense do Departamento de Gestão de Pessoal;
- 10) Controle de qualidade permanente pela equipa coordenadora como vértice estratégico organizacional» (Carrilho, 2002).

Na Marinha Portuguesa, e posteriormente nas Forças Armadas Portuguesas, a origem do «Projecto VENCER» e do «Programa para a prevenção e Combate à droga e ao Alcoolismo nas Forças Armadas» não são fruto de reação a um sinistro em meio laboral militar, mas sim uma decisão do Estado-Maior da Armada, de 1 de junho de 1976, com uma sequência de sucesso sobre visão estratégica sobre o problema da Droga e riscos em Segurança Militar, Gestão de Pessoal e Logística Militar Sanitária Naval. Refiro-me ao Almirante CEMA, António Souto Silva

Cruz e ao mais entusiástico com o projeto, o Almirante CEMA que lhe sucedeu, António Egídio de Sousa Leitão. E ainda no início do «Projecto VENCER» o Vice-Almirante, Superintendente dos Serviços do Pessoal, Gabor, Albert Ferdinand Ziegler Patkoczy, a partir do projeto científico pioneiro mundial dos rastreios de urina e laboratório de toxicologia forense (inaugurado a 8 de julho de 1980 nas Instalações Navais de Alcântara da Direção do Pessoal), desenhado pelo CMG FN, Carlos Silveira (PhD em Farmácia), com o apoio do CMG MN Orlindo Gouveia Pereira (PhD Psicologia) numa abordagem global em biomedicina comportamental e comportamento organizacional para a Marinha Portuguesa.

Ao nível das Forças Armadas Portuguesas, tudo começou com um aparente primeiro fracasso, pois embora o Conselho de Chefes de Estado-Maior (CEEMs) tivesse determinado, em 13 de março de 1979, abrir no EMGFA um denominado «Gabinete de Combate à Droga nas Forças Armadas», este terá permanecido sempre inoperacional.

Perante esta desastrosa tentativa, e já com a Marinha Portuguesa em fase bem avançada do seu «Projecto VENCER» (classificado como Confidencial) tendo sequencialmente como Generais CEMGFA, o General José Lemos Ferreira e de seguida o grande entusiasta General António da Silva Osório Soares Carneiro, é decidido, em CCEMs, extinguir o fracassado «Gabinete de Combate à Droga nas Forças Armadas» e criar o Grupo Coordenador para a Prevenção e Combate às Toxicodependências nas Forças Armadas (GCPCTFA), constituído por dois representantes de cada Ramo (um oficial de Estado-Maior, da Divisão de Segurança Militar e um oficial Médico).

Crucial no sucesso deste grupo, foi o General CEMGFA colocar a coordenar pelo EMGFA uma figura carismática nacional, o Coronel Baptista Mendes (que viera de Oficial OSU do Quartel General da Região Militar de Lisboa do Exército Português), pois como doente alcoólico em recuperação há décadas, fora co-fundador na sociedade civil da Sociedade Anti-Alcoólica Portuguesa (SAAP) (desde 1967, na Rua Febo Moniz, onde ainda existe junto ao Largo de Sta Bárbara), figura pública mediática, no sentido da sociedade civil criar grupos de ajuda mútua a doentes alcoólicos (copiando o modelo de sucesso de grupos de ajuda mútua trazido da Jugoslávia, do Presidente Marechal Josip Broz TITO ainda em tempo de «Guerra Fria»).

O Coronel Baptista Mendes formou a sua equipa no EMGFA para reuniões periódicas do GCPCTFA com três oficiais de cada Ramo de Estado-Maior e três

oficiais Médicos de cada Ramo com a Especialidade de Psiquiatria, sendo o Capitão José Leitão, figura histórica do Movimento das Forças Armadas e da Revolução do 25 Abril de 1974 pelo Exército Português, o Primeiro Tenente Margalho Carrilho (acabado de regressar em 1985 do treino na nova especialidade de *Addiction Medicine – Navy Medicine – Base Aeronaval de Miramar TOP GUN Pilot School – NDRC Naval Drug Rehabilitation Center - San Diego*) pela Marinha Portuguesa e o Capitão também com competência em Medicina Aeronáutica, Rui Correia, pela Força Aérea Portuguesa.

É deste Grupo do EMGFA, coordenado pelo Coronel Batista Mendes do Exército Português, que nasce o original Programa para a Prevenção e Combate à Droga e Alcoolismo nas Forças Armadas, aprovado em CCEMs, e onde está inscrita a abertura, piloto, na Escola do Serviço de Saúde Militar (ESSM) de um curso para as chefias das Forças Armadas Portuguesas, o COPATD.

Para edificar o COPATD foram nomeados dois Oficiais: na prevenção da **redução da oferta**, Segurança Militar, Polícias, etc., o Capitão Comando do Exército Português e OSU da ESSM José Aleixo e na prevenção da **redução da procura**, Logística Militar Sanitária o Primeiro Tenente MN, Joaquim Margalho Carrilho que, entretanto, publicara na sociedade civil um livro sobre o novo Modelo Minnesota de *Addiction Medicine* (Carrilho, 1987).

#### 4. DA ESTRATÉGIA ATÉ À ABERTURA OPERACIONAL DO COPATD

No que respeita à minha parte de Adictologia, adquiriu-se um filme pedagógico aconselhado pela *U. S. Navy Medicine «I`LL QUIT TOMORROW»* com guião de Vernon E. Johnson de Minnesota e Professor nas Escolas de Verão sobre Alcoolismo da Universidade de *Rutgers* nos EUA, produzido pelo *Jonhson Institute-Hazelden Foundation*, e que contou com doação de uma verba financeira suplementar do General CEMGFA, para compra nos EUA, traduzir e legendar em português.

Por outro lado, dado que o regulamento de «Lei Seca» a bordo da *U. S. Navy* não era transponível para as Forças Armadas Portuguesas, consegui, no âmbito da Cooperação e Relações Internacionais, a cedência gratuita, pelo Departamento de Defesa do Canadá, dos dois manuais que usavam para treino das suas chefias militares «O Livro do Álcool» e «O Álcool e o Supervisor» que também tiveram de ser traduzidos, mas aí a ESSM dispunha de tipografia própria

e muito avançada tecnologicamente, pelo que foi possível ter sempre Manuais editados para cada COPATD.

Do lado da **redução da oferta** e Segurança Militar, o Capitão Comando, José Aleixo, que como todos os operacionais de Operações Especiais que conheci, me ia transmitindo uma enorme tranquilidade perante o meu nervosismo de algo imprevisto e de falha no experimental COPATD, construiu a abertura do Curso pelo EMGFA com o carismático Coronel Batista Mendes. Era «arrepicante» ver o imponente Coronel, Oficial Superior do Exército Português, explicar aos alunos, partilhar o seu testemunho pessoal na recuperação vivenciada, há décadas, da doença do alcoolismo, a sua carreira militar e estar ali a representar o EMGFA.

Posteriormente, seguiam-se três palestras de três oficiais de Estado-Maior de cada Ramo, responsáveis pela Divisão de Segurança Militar, que tinham feito parte do GCPCTFA na implementação de medidas de redução da oferta, dentro e na proximidade de perímetros de Unidades Militares, dissuasão do início de curiosidade, experimentação e até pressão de grupo para o consumo de drogas ou intoxicações agudas por álcool e uso ocupacional alternativo como exercício físico, etc. Segurança Militar dos OSUs e fase ou estágio em que se encontrava em cada um dos três Ramos a implementação comum do Programa para a prevenção e combate à Droga e Alcoolismo aprovado em CCEMs.

Para lidar com estes problemas nos trabalhadores civis nas Forças Armadas Portuguesas, era ministrada uma palestra pelo Prof. Dr. José João Abrantes, da Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa, atual Juiz Conselheiro eleito Presidente do Tribunal Constitucional, subordinado o tema ao Direito do Trabalho.

Com os seus excelentes contactos, o Capitão Comando José Aleixo, tinha um preletor da Escola da Polícia Judiciária Militar (EPJM) sobre o combate ao crime organizado e narcotráfico. Era ainda ministrada uma aula teórico-prática sobre buscas com equipas cinotécnicas, com cães ao vivo a farejar a deteção de drogas da GNR (atual Grupo de Intervenção Cinotécnico), e ainda uma aula, pela GNR, sobre o uso dos alcoolímetros de ar expirado (atual Unidade Nacional de Trânsito). Cabia à Direção de Pessoal da Marinha explicar os rastreios de urina, colheita, cadeia de custódia das amostras até ao seu laboratório de toxicologia forense, LAFTM, na Direção de Pessoal das Instalações Navais de Alcântara, bem como o sucesso dissuasor e deteção precoce do consumo atual ou recente de THC e outras drogas, desses rastreios pioneiros a nível mundial desde 1980, tal como nos vários laboratórios de toxicologia forense da *U. S. Navy – Navy Personnel Command*.

A UTITA – Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo, nesta data, estava a ainda a ser planeada para abrir no Hospital da Marinha, pela Direção do Serviço de Saúde Naval (1987-1993), pelo que até então, o tratamento era explicado com a experiência da Unidade de Reabilitação de Alcoólicos existente no Serviço de Psiquiatria do Hospital Militar Principal – Exército Português, do Capitão Médico Psiquiatra, José Leitão e do Psicólogo civil, Francisco Boavida.

O Capitão Médico da FAP, Rui Correia ministrava uma aula sobre aspetos elementares de Neurociências e comportamento de Adictos e em conjunto com Farmacêuticos Navais, abordavam o conceito de Toxicologia Clínica e Laboratorial de psicotrópicos e opiáceos de consumos recreativos.

A Ação Social do Estado-Maior da Força Aérea, explicava ainda a importância dos Técnicos de Serviço Social nos seus Núcleos de Apoio ao Comando (NAC) com longa tradição na Força Aérea.

O COPATD finalizava com partilhas de experiências pessoais dos, então inovadores em Portugal, Grupos de Ajuda Mútua de 12 Passos Alcoólicos Anónimos e Al-Anon (em Portugal desde 1978) e Narcóticos Anónimos e Famílias Anónimas (em Portugal desde 1985).

A terminar, apenas duas notas, tudo isto só foi possível graças à excelente relação pessoal que eu tinha com o Almirante CEMA, Sousa Leitão, desde que eu publicara o meu primeiro livro, em 1987, e à excelente relação pessoal do Capitão Comando, José Aleixo, com o General Soares Carneiro, ambos Comandos, até para projetar o filme «I’LL QUIT TOMORROW”, no primeiro COPATD, o projetor foi transferido e oferecido do EMGFA para o anfiteatro da ESSM, ficando o EMGFA sem projetor para os briefings até um novo ser instalado no local do anterior do EMGFA.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Carrilho, J. M. (1987). *Manual Prático de Recuperação de Alcoolismo e uso de Drogas (Modelo Minnesota)*. Lisboa: Editora Tempo Medicina (Nova Nórdica).

Carrilho, J. M. (1989). Factores socioeconómicos contribuintes para o tráfico ilícito e abuso de Drogas Psicoactivas ilegais no Mundo Actual. *Revista Portuguesa de Medicina Militar*, Lisboa: Editora ESSM – Escola do Serviço de Saúde Militar.

Carrilho, J. M. (1991). *Novos Avanços na Reabilitação da Dependência Química (Álcool e Droga)*. Lisboa: Editora TUPAM.

- Carrilho, J. M. (2002). *Programas de Assistência a Empregados – Álcool e outras Drogas em Meio Laboral*. Lisboa: Anais Do Clube Militar Naval.
- Carrilho, J. M. (2003). *Narcotráfico e Terrorismo: a destruição maciça já começou*. Anais do Clube Militar Naval, julho-setembro.
- Carrilho, J. M. (2004). *Narcotráfico e Terrorismo: a destruição maciça já começou* (segunda parte). Anais do Clube Militar Naval.
- Carrilho, J. M. (2006). A Espiritualidade no tratamento das Dependências. Pela Lei e pela Grei – *Revista da Guarda Nacional Republicana*, julho-setembro.
- Carrilho, J. M. (2006). A Espiritualidade no tratamento das Dependências II Parte. Pela Lei e pela Grei – *Revista da Guarda Nacional Republicana*, outubro-dezembro.
- Carrilho, J. M. (2009). A «Guerra às Drogas». Lisboa: GERE – Grupo de Estudos e Reflexão Estratégica do Gabinete do Almirante CEMA – Edições Culturais de Marinha – *Caderno Naval* 30 julho – setembro.
- Carrilho, J. M. (2010). A Segurança Nacional corre grave perigo na área do Narcotráfico. *Revista Segurança e Defesa*, Diário de Bordo, março-junho.
- Carrilho, J. M. (2016). A Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas Sobre o Problema Mundial da Droga – Ungasss 19- 21 abril 2016 e (falta) de uma Grande Estratégia de consenso global entre o «Ocidente» e a «Eurásia – Pacífico» – Breve Reflexão. JDRI digital *Jornal de Defesa e Relações Internacionais*.
- Giap, V. N. (2005). *Manual de Estratégia Subversiva*. Lisboa: Edições Sílabo Lda.
- Kennedy, P. (1991). *Grand Strategies In War and Peace*. New Haven, Connecticut: Yale University Press.
- Kung, T. (2003). *Os Seis Ensinaamentos Secretos*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Lawrence, T. E. (2020). *Os Sete Pilares da Sabedoria*. Silveira: Editora E-Primatur – Letras Errantes Lda.
- Liddell Hart, B. H. (2011). *ESTRATÉGIA – A perspectiva indirecta*. Lisboa: Edições Tinta da China Lda.
- Ministério da Defesa Nacional. (2015). Despacho 119217 - anexo PPCACDFA. Diário da República, 2ª Série, N208, 23 de outubro.
- Murray, W., Sinnreich, R. H., & Lacey, J. (2011). *The Shaping of Grand Strategy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Silva Ribeiro, A., Ribeiro de Faria, T.-C., & Mourato Lourenço, D. (2020). *Chefe Do Estado-Maior-General das Forças Armadas, 70 Anos, 1950-2020*. Lisboa: Gabinete do CEMGFA.

Szumsky, B., & Barbour, S. (1998). *The War on Drugs – Opposing Viewpoints*. San Diego, California: Greenhaven Press, Inc.

Tse Toung, M. (2004). *Problemas Estratégicos da Guerra Subversiva*. Lisboa: Edições Sílabo L.da.

Tzu, S. (2000). *A Arte da Guerra*. Mem Martins: Publicações Europa América Lda.

Tzu, S. (2008). *As Estratégias Militares do plano á ação – Nova Arte da Guerra*. Lisboa: Coisas de Ler Edições, Lda.

## ESTUDO 2 – A NECESSIDADE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NAS FORÇAS ARMADAS

### *THE NEED FOR MENTAL HEALTH TRAINING IN THE ARMED FORCES*

**António Correia**

Coronel Reformado  
Doutorado em Psicologia  
Especialista em clínica e saúde  
Colaborador convidado da UEFISM

**Nicole Esteves Fernandes**

1TEN TS ENF  
Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria  
Formadora da UEFISM, Lisboa  
nicole.esteves.fernandes@marinha.pt

## RESUMO

O Programa para a Prevenção dos Comportamentos Aditivos e Combate às Dependências nas Forças Armadas visa capacitar militares e profissionais de segurança, proteção civil, entre outros, para lidar com questões relacionadas a comportamentos aditivos e dependências. Coordenado pelo Grupo Coordenador do Programa, procura dissuadir o consumo de substâncias psicoativas e controlar casos suspeitos, abrangendo também a prevenção de outras dependências. As intervenções ocorrem em três níveis: prevenção primária, secundária e terciária. Destaca-se o Curso de Operadores de Prevenção de Alcoolismo e Toxicodependências, agora ministrado *online*, abordando comportamentos aditivos. Adicionalmente, surge o Curso de Operadores de Prevenção em Comportamentos Aditivos e Dependências em resposta às dependências comportamentais. O programa também inclui o Curso de Toxicologista Clínico - Ocupacional para médicos militares, visando prevenir o uso de substâncias psicoativas no meio organizacional. Além disso, há uma ênfase na saúde mental, abordando perturbações psicológicas em militares, com destaque para a formação em Primeiros Socorros Psicológicos (PSP). A Instituição procura promover uma cultura de saúde mental, reconhecendo os riscos psicossociais e o *stress* relacionado com o trabalho, buscando capacitar a UEFISM para ministrar cursos adicionais, incluindo primeiros cuidados psicológicos, de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Comportamentos Aditivos; Forças Armadas; Prevenção; Formação.

## **ABSTRACT**

*The Program for the Prevention of Addictive Behaviors and Combating Addictions in the Armed Forces aims to train military personnel and security and civil protection professionals, among others, to deal with issues related to addictive behaviors and addictions. Coordinated by the Program's Coordinating Group, it seeks to deter the consumption of psychoactive substances and control suspected cases, also covering the prevention of other addictions. Interventions take place at three levels: primary, secondary and tertiary prevention. Of particular note is the Course for Operators in the Prevention of Alcoholism and Drug Addiction, now taught online, covering addictive behaviors. In addition, the Addictive Behaviors and Addictions Prevention Operators Course has been created in response to behavioral addictions. The programme also includes the Clinical-Occupational Toxicologist Course for military doctors, aimed at preventing the use of psychoactive substances in the organizational environment. In addition, there is an emphasis on mental health, addressing psychological disorders in military personnel, with an emphasis on Psychological First Aid (PSP) training. The Institution seeks to promote a culture of mental health, recognizing psychosocial risks and work-related stress, seeking to enable UEFISM to teach additional courses, including psychological first aid, in accordance with the guidelines of the World Health Organization.*

**Keywords:** *Mental Health; Addictive Behaviors; Armed Forces; Prevention; Training.*

O Modelo do Programa para a Prevenção dos Comportamentos Aditivos e Combate às Dependências nas Forças Armadas (PPCACDFA) atualmente em vigor nas Forças Armadas, foi aprovado por Despacho n.º 11921/2015, de 05 de outubro, da Secretária de Estado Adjunta e da Defesa Nacional, para os três Ramos das Forças Armadas (FFAA). Este programa tem como objetivo primordial capacitar os militares dos diferentes ramos das FFAA e profissionais das forças de segurança, proteção civil (e, eventualmente, outros), para o desempenho de uma função de apoio a processos de prevenção e de reinserção no âmbito de problemas ligados aos comportamentos aditivos e dependências.

O PPCACDFA abarca um conjunto de medidas cuja finalidade é obter um efeito dissuasor do consumo de substâncias psicoativas (álcool, drogas, tabaco) e, ao mesmo tempo, manter um controlo sobre os casos suspeitos e confirmados, assim como a prevenção de outros tipos de dependência (jogo patológico).

A coordenação deste Programa é da responsabilidade do Grupo Coordenador do Programa de Prevenção dos Comportamentos Aditivos e Combate às Dependências nas Forças Armadas (GC/PPCACDFA), sendo presidido

por um elemento representante da Direção-Geral de Recursos de Defesa Nacional do Ministério da Defesa Nacional (DGRDN-MDN). Integra também técnicos de saúde diferenciados na área dos comportamentos aditivos e dependências e ainda dois representantes do Estado-Maior-General das Forças Armadas (EMGFA), sendo um deles técnico de saúde diferenciado na área e ainda outro profissional ligado à segurança militar. Conta ainda com a colaboração das seguintes Instituições: Hospital das Forças Armadas (HFAR)/Serviço de Psiquiatria, Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo (UTITA) e Unidade Militar de Toxicologia (UMT).

As intervenções deste programa centram-se em três níveis de atuação: prevenção primária (informação/sensibilização/formação), prevenção secundária (diagnóstico e tratamento) e prevenção terciária (reintegração e reinserção socio-laboral).

É, pois, ao nível da prevenção primária, que o PPCACDFA recomenda que na área da formação, deverão ser ministrados diversos cursos/formações, nomeadamente: Curso de Operadores de Prevenção de Alcoolismo e Toxicodependências (COPATD) até ao ano de 2017, lecionado na extinta Escola do Serviço de Saúde Militar (ESSM), sob a coordenação pedagógica da UTITA. Este curso destinava-se a oficiais, sargentos e civis, com funções nas áreas da Defesa, segurança, saúde e ação social e ainda com cargos de chefia e apoio ao comando. Procurava transmitir uma perspetiva global do fenómeno da droga, de modo a proporcionar uma adequação das atitudes/ações e por sua vez, desenvolver aptidões que possibilitassem o reconhecimento de comportamentos que constituíam indício da prática do consumo de substâncias psicoativas ou da existência de patologias de dependência.

Sabendo que a prevalência de outro tipo de dependências, sem uma ligação ao consumo de qualquer substância, as chamadas dependências comportamentais, como é o caso das dependências de internet, jogo, compras, etc., apesar de serem fenómenos silenciosos e de difícil deteção, afetam cada vez mais a população portuguesa, desde crianças aos adultos e conseqüentemente, a família militar.

Face a esta nova realidade, cada vez mais desafiante, urge a necessidade de adicionar novos conteúdos programáticos e material pedagógico ao curso até então existente (COPATD) e nasce em 2018, nos mesmos moldes, o Curso de Operadores de Prevenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (COPCAD), na ainda ESSM, ministrado em formato presencial. Esta reestruturação formativa

encontra-se igualmente contemplada no PPCACDFA, aprovado pelo Despacho n.º 11921/2015 da Secretária de Estado Adjunta e da Defesa Nacional, publicado no Diário da República, II Série, n.º 208, de 23 de outubro.

O objetivo deste curso, à semelhança do antigo COPATD, é formar militares com funções de comando e chefia e dotá-los de competências necessárias ao desempenho de funções enquanto Operadores de Prevenção (OP) constituindo-se como elementos-chave nas diversas Unidades/Estabelecimentos/Órgãos (U/E/O), integrando o Núcleo de Apoio ao Comando (NAC) para a prevenção e combate ao consumo de drogas e abuso de álcool.

Atualmente, e desde o ano de 2021, o COPCAD é ministrado em formato online, com a duração de três semanas, a partir da Unidade de Ensino, Formação e Investigação da Saúde Militar (UEFISM), a nova herdeira da antiga ESSM, localizada no Campus de Saúde Militar, em Lisboa.

A pandemia Covid19, apesar de todos os constrangimentos, trouxe uma nova aprendizagem e abertura para a utilização da formação à distância que, permite abarcar um maior número de formandos provenientes de U/E/O descentralizados da região de Lisboa.

Pela mesma razão que foi criado o COPCAD, a UEFISM entendeu desenhar uma atualização formativa, para os militares e civis que frequentaram o antigo COPATD (há mais de cinco anos). Desta feita, realizou-se em 2023 a primeira edição do Curso de Atualização de Operadores de Prevenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (CAOPCAD), com a duração de dois dias úteis, em formato presencial, ministrado na UEFISM e com periodicidade anual, prevista.

Por outro lado, ao nível da prevenção primária, o PPCADCDFDA prevê também a realização do curso de formação de Toxicologista Clínico - Ocupacional (TCO) *Medical Review Officer* (MRO), destinado a médicos militares dos três Ramos das FFAA, a desempenhar funções, essencialmente no campo da medicina ocupacional. Inspirado na ideologia das FFAA (a Armada em 1976, o Exército em 1977 e a Força Aérea, em 1980) que começaram a construir pioneiramente ao nível mundial, tal como o Departamento de Defesa dos EUA, um programa, que, em 1994, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) consagraram como a metodologia mais adequada para as organizações: os *Employee Assistance Programs* (EAP), do tipo *drug screening*, isto é, programas de assistência ocupacional, baseados em toxicologia analítica para álcool e drogas. Ora com base nestas premissas, e paralelamente à criação do CAOPCAD, em 2022, a

UEFISM, iniciou, no mesmo ano, a 1ª edição do Curso TCO-MRO, com a duração de dois dias úteis, em formato presencial, prevendo-se a realização de uma edição anual.

O seu objetivo primordial é a divulgação de informações científicas da área da medicina da adição e da toxicologia clínica, numa perspetiva jurídico-laboral e ética, de modo a transmitir conhecimentos que determinem o enquadramento das ações a desenvolver no âmbito dos programas de prevenção do uso de substâncias psicoativas em meio organizacional, incluindo o diagnóstico precoce e o encaminhamento.

Sendo certo que, a preocupação com a saúde mental não abrange apenas a intervenção no âmbito dos Comportamentos Aditivos e Dependências, mas todo um conjunto de situações de crise, quer de intervenção imediata, ou no âmbito do aprontamento e preparação para as missões das Forças Nacionais Destacadas (FND's), numa ação preventiva primária.

Esta constante evolução, decorre da necessidade de dotar os militares das FFAA de competências e estratégias, que possam ir ao encontro dos permanentes desafios que se lhes afiguram, quer em teatro de operações, ou resposta das capacidades operacionais ou na sua vertente mais ocupacional e preventiva da saúde mental dos militares.

Sabendo que os militares fazem parte de um grupo de risco para o desenvolvimento de perturbações psicológicas decorrente da exigência das missões e pela natureza da sua função, existe atualmente uma formação em Primeiros Socorros Psicológicos (PSP), ministrada pelo Centro de Psicologia Aplicada do Exército (CPAE), cujo público-alvo é transversal a todos os postos da hierarquia militar, tendo sido inclusivamente já ministrada à Marinha Brasileira. Esta formação é certificada pelo Sistema de Informação e Gestão da Oferta Educativa e Formativa (SIGO) que se constitui como uma plataforma de acesso reservado.

Os PSP constituem uma abordagem de intervenção na crise e catástrofe que visa ajudar os militares na redução e minimização do *stress* emocional e no desenvolvimento e adoção de estratégias de *coping* adaptativas que concedam aos militares a capacidade de recuperação perante eventos ou acontecimentos críticos, catastróficos ou potencialmente traumáticos, mantendo a sua atividade operacional.

Esta formação representa uma abordagem psicossocial e multidisciplinar, direcionada a grupos de indivíduos e/ou comunidades, afetadas por situações de catástrofe, de origem natural ou humana. Pretende-se que esta atuação seja o mais precoce possível, com o objetivo de reduzir os níveis de ansiedade e o *stress*,

provocados pelos eventos críticos ou potencialmente traumáticos e, desta forma, promover um funcionamento adaptativo a curto e a longo prazo, reduzindo o número de baixas de caráter psicológico/psiquiátrico e possibilitar a recuperação, ainda que parcialmente, do seu funcionamento físico, cognitivo, emocional e social prévio ao acontecimento, ou situação crítica ou catastrófica.

As instituições, incluindo a Instituição Militar, devem ter programas que promovam uma cultura de saúde mental, em que os militares tenham capacidades para identificarem sinais de alerta e saberem quando procurar ajuda.

Os riscos psicossociais e o *stress* relacionado com o trabalho são das questões que maiores desafios apresentam em matéria de segurança e saúde no trabalho. Têm um impacto significativo na saúde de pessoas, organizações e economias nacionais.

Para a OMS: os fatores psicossociais no trabalho podem ser definidos como os fatores que influenciando a saúde e o bem-estar do indivíduo e do grupo derivam da psicologia do indivíduo e da estrutura da função da organização do trabalho. Incluem aspetos sociais, tais como as formas de interação no seio dos grupos, aspetos culturais, tais como os métodos tradicionais de resolução de conflitos, e aspetos psicológicos, tais como as atitudes, as crenças e os traços de personalidade (OMS, 1981, p. 4).

Para a OIT: os fatores psicossociais no trabalho consistem em interações do ambiente de trabalho, do conteúdo, a natureza e das condições de trabalho, por um lado, e as capacidades, as necessidades, os costumes, a cultura e as condições de vida dos trabalhadores fora do trabalho, por outro lado; estes fatores são suscetíveis de influenciar a saúde, o rendimento e a satisfação no trabalho (OIT, 1986, p. 3).

Para a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (AESST), por riscos psicossociais entendem-se: os aspetos relativos ao desenho do trabalho, assim como à sua organização e gestão e aos seus contextos sociais e ambientais, que têm o potencial de causar danos de tipo físico, social ou psicológico (Agência Europeia, 2005, p. 14).

Para a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), é importante que três vetores comecem a ser tidos em conta: autonomia, reconhecimento e valorização das competências e no seu desenvolvimento permanente e em relações significativas no trabalho e com o trabalho. Estas questões são essenciais para a motivação, para a prevenção, para a promoção do bem-estar e saúde mental no trabalho, para a sustentabilidade do trabalho no futuro (consultado site da OPP).

A UEFISM, no âmbito da sua missão e dando continuidade à permanente atualização formativa, prevê num futuro próximo, a possibilidade de unir esforços em parceria com outras instituições militares e civis, de forma desenhar e solidificar uma formação em primeiros cuidados psicológicos, abrangendo toda a população militar, desde profissionais de saúde, passando pelos militares colocados em Unidades/Estabelecimentos/Órgãos das FFAA, ou aqueles que se encontram em missões mais exigentes e de maior risco, como as FND, procurando adequar o plano curricular às funções e às necessidades de formação dos militares.

De acordo com o documento de orientação, criado para o grupo de trabalho de uniformização de procedimentos em saúde e doença mental para as FND, define-se como um dos objetivos a capacitação da UEFISM para ministrar o curso “primeiros socorros psicológicos” ou conteúdo equivalente, tendo como base, o conteúdo disponibilizado pela Organização Mundial de Saúde em “Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo ou desenvolvimento de curso próprio nesta área”.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2005). Facts n° 6/2005, 79/2007 e 81/2008. Bélgica.
- Despacho n.º 11921/2015, de 05 de outubro.
- Organização Internacional do Trabalho. (1996). *Les facteurs psychosociaux au travail: Nature, incidences, prevention*. Genève: BIT.
- Organização Internacional do Trabalho. (2007). Locais de trabalho seguros e saudáveis: Relatório do BIT (Bureau Internacional do Trabalho). Genebra.
- Organização Mundial de Saúde. (1981).
- Ordem dos Psicólogos. (n.d.). Recuperado de <https://www.ordemdospsicologos.pt>
- Secretaria de Estado Adjunta e da Defesa Nacional. (2015).



## ESTUDO 3 – INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE MILITAR

### *MILITARY HEALTH RESEARCH*

**André Abílio Rodrigues Batista**

Major-general Médico Aeronáutico da Força Aérea  
Estado-Maior General das Forças Armadas – Diretor do Serviço de Saúde Militar

### RESUMO

O objetivo do presente estudo é identificar e avaliar fatores que possam conduzir a um modelo integrado de investigação médica em saúde militar, perante as novas estruturas de saúde, entretanto criadas. Da pesquisa efetuada verificou-se que a Unidade de Ensino Formação e Investigação em Saúde Militar deverá coordenar além da investigação clínica, toda a investigação em Saúde Militar (clínica, biomédica, cognitiva e comportamental), sendo proposto um modelo de organização, concebido através da criação de uma “rede de redes funcionais” de Investigação em Saúde, em estreita colaboração e cooperação com o Centro de Investigação e Desenvolvimento do Instituto Universitário Militar. As áreas de Investigação em Saúde consideradas com maior interesse e de desenvolvimento mais rápido, foram as centradas na saúde ocupacional, relacionadas com o meio envolvente específico das Forças Armadas, os estudos epidemiológicos e os ensaios clínicos na área da medicina hiperbárica.

**Palavras-chave:** Sistema de Saúde Militar; Unidade de Ensino Formação e Investigação da Saúde Militar; Centro de Investigação e Desenvolvimento do Instituto Universitário Militar; modelo integrado de investigação em saúde militar.

### ABSTRACT

*The aim of this study is to identify and evaluate factors that could lead to an integrated model of medical research in military health, given the new health structures that have been created in the meantime. From the research carried out, it was found that, in addition to clinical research, the Military Health Education, Training and Research Unit should coordinate all military health research (clinical, biomedical, cognitive and behavioural). An organizational model was proposed, designed through the creation of a “network of functional networks” for health research, in close collaboration and cooperation with the Military University Institute's Research and Development Centre. The areas of Health Research considered to be of greatest interest and to be developing most rapidly were those centered on occupational health, related to the specific environment of the Armed Forces, epidemiological studies and clinical trials in the area of hyperbaric medicine.*

**Keywords:** *Military Health System; Military Health Training and Research Teaching Unit; Research and Development Center of the Military University Institute; integrated model of military health research.*

## 1. INTRODUÇÃO

O tema “A Investigação na Saúde Militar” (ISM) conduz a uma inevitável reflexão sobre a coexistência de uma investigação estruturada na realidade da Saúde Militar (SM) das Forças Armadas (FFAA).

O Sistema de Saúde Militar (SSM) encontra-se num processo de profunda remodelação, com a criação de novas estruturas funcionais como a Direção de Saúde Militar (DIRSAM), o Hospital das Forças Armadas (HFAR) e a Unidade de Ensino, Formação e Investigação em Saúde Militar (UEFISM), facto este que parece justificar a relevância do tema e ser considerado como uma oportunidade para uma (re)definição de um Modelo de Investigação em Saúde Militar (MISM).

A UEFISM tem como missão “coordenar e ministrar formação especializada e promover estudos e projetos de investigação científica, no âmbito da saúde militar”, em cooperação com o Instituto Universitário Militar (IUM) e com o apoio de Instituições científicas congéneres nacionais e estrangeiras. No geral, deve promover o conhecimento científico e tecnológico na área da Saúde Militar.

Assim, pela primeira vez no SSM foi instituída formalmente uma estrutura com o objetivo de coordenar a IC, apesar de não existir legislação sobre qualquer relação de comando hierárquico entre a DIRSAM (do qual depende a UEFISM) e as Direções de Saúde (DS) dos ramos das FFAA, incluindo com o HFAR que tem como missão e atribuições, “apoiar ações de formação e de investigação e cooperar com instituições de ensino nestes domínios”.

O presente artigo, sintético é baseado no Trabalho de Investigação Individual elaborado em 2019 no IUM, no âmbito do Curso de Promoção a Oficial General, e será aprofundado nas próximas edições e que tem como objetivo geral partilhar o conhecimento sobre a pesquisa efetuada, e sensibilizar o Sistema de Saúde Militar para a temática da Investigação em Saúde Militar, nomeadamente para a identificação e avaliação de fatores que possam modular a Investigação, em contexto militar, tendo em conta as novas estruturas de saúde dependentes do Estado-Maior General das Forças Armadas (EMGFA (DIRSAM, UEFISM e HFAR)). Para tal, pretendeu-se:

(OE1) caracterizar o atual modelo de investigação na SM das FFAA, suas limitações, áreas de maior experiência e com potencialidade de ter impacto em investigação;

(OE2) caracterizar outros modelos de Investigação Médica (IMED) e;

(OE3) propor um modelo de organização integrado de IMED, visando a otimização de recursos e focado nas áreas de interesse para as FFAA.

Perante o objeto de estudo, importa colocar a questão que orienta o estudo: Qual a investigação que deverá ser realizada na SM, como se interligam e que definições têm investigação e formação?

Em primeiro lugar, a relação entre formação e investigação é muito relevante, mas não é simples, nem fácil de estabelecer. Se existe de facto uma relação entre investigação, essencialmente enquanto estudo e produção de conhecimento, e a formação, essencialmente enquanto ação, a investigação muitas vezes parece decorrente de necessidades formativas (Esteves, 2001, p. 217). Jack Masur, citado por Defense Health Board (2017, p. 1) entendia investigação como decorrente da parte operacional e que podemos traduzir no círculo virtuoso referido na figura 1.



**Figura 1 – Relação entre investigação, missão e formação**

Fonte: Adaptado a partir de DHB (2017).

No próprio Sistema Nacional de Saúde (SNS), até recentemente, a investigação não era contemplada como necessidade, existindo grande diversidade temática, sem priorização adequada e grande dispersão de recursos com persistente subfinanciamento (Guerreiro, 2017, p. 235).

Esta situação também não é claramente retratada no relatório sobre a SM elaborado por um grupo de trabalho do EMGFA, em 2018, com o objetivo de identificar oportunidades de melhoria a serem posteriormente discutidas. Nesse documento, no capítulo 8 “Inovação e gestão do conhecimento” (EMGFA, 2018, p. 38) não é referida a conceptualização de Investigação, Desenvolvimento e Inovação (I&D&I) num contexto de investigação em saúde.

Assim, a investigação é entendida sobretudo como uma ferramenta para melhorar a formação. A conceptualização de um círculo virtuoso entre investigação, formação e missão, entendendo a investigação como uma necessidade prioritária que decorre do campo de operações e da própria missão, é um desafio que merece ser discutido e aprofundado.

Com a criação da UEFISM, surge uma nova estrutura orgânica na área da ISM, com a missão de coordenar a Investigação Clínica (IC). Interessa, porém, analisar se para “coordenar a IC” está a ISM ajustada ao contexto atual, para que seja uma realidade, com impacto na atividade de I&D e não apenas em produção científica, circunscrita a publicações e doutoramentos. Que seja reconhecida como mais-valia e considerada relevante para que a investigação se autonomize da formação. Ter uma estrutura que consiga criar condições para permitir o acompanhamento de tecnologias emergentes e disruptivas, contribuindo para a edificação de futuras capacidades militares eventualmente transpostas para a sociedade civil, será uma mais-valia (DHB, 2017, p. 4). É importante compreender e clarificar, que relações funcionais e estruturantes devem ser estabelecidas entre a DIRSAM, UEFISM, o HFAR, as DS dos Ramos e o CIDIUM, enquanto rede de transmissão de experiência e conhecimento pluridisciplinar e agregadora dos Centros de Investigação (CI) dos Ramos das FFAA.

## **2. A INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE (IS)**

Como base conceptual para o tema ISM importa definir o conceito de IS, que depois será aplicado à especificidade das FFAA, assumindo, contudo que os sistemas de classificação da Investigação para a Saúde são vários, não existindo uma taxonomia uniforme e consensual (Guerreiro, 2017, p. 144).

O Decreto-Lei que dá origem à UEFISM, encara este órgão como estrutura coordenadora dos estudos de IC no âmbito da SM (Decreto-Lei n.º 84/2014). Aqui, interessa ter em conta o significado de “Investigação Clínica” para o legislador, de acordo com o art.º 1, da Lei n.º 21/2014, pág. 2450., que se transcreve: “A presente lei

regula a investigação clínica, considerada como todo o estudo sistemático destinado a descobrir ou a verificar a distribuição ou o efeito de fatores de saúde, de estados ou resultados em saúde, de processos de saúde ou de doença, do desempenho e, ou, segurança de intervenções ou da prestação de cuidados de saúde”.

A definição é de compreensão mais fácil, se atendermos à definição do NIH “Clinical research is medical research that involves people to test new treatments and therapies” (NIH, s.d.) que inclui como elemento principal deste tipo de atividade a investigação “orientada para o doente” e que por isso terá sempre o clínico como natural protagonista. Inclui ainda os estudos epidemiológicos e comportamentais, assim como a investigação sobre serviços de Saúde e de resultados [National Institute of Aging (NIA, s.d.)]. Esta é uma investigação conduzida fundamentalmente por médicos, embora cada vez mais se torne necessária a colaboração de cientistas com outras formações incluindo enfermagem, biologia, física, matemática, engenharia biomédica, biologia computacional, entre outras (Antunes, 2010, p. 4).

A IC inclui: mecanismos de doença humana, intervenções terapêuticas, ensaios clínicos ou desenvolvimento de novas tecnologias [National Institute of Aging (NIA, s.d.)], mas não inclui por exemplo a Investigação de Translação (IT), que é um conceito muito menos claro que as definições de Investigação Básica (IB) ou IC, mas muito importante na realidade atual (Rubio, 2010, p. 470) e que o National Research Council dos EUA engloba juntamente com a IC na área das Ciências Clínicas (National Research Council, 2011, p. 5). Não está também contemplado nesta definição de IC, a Investigação em Políticas e Sistemas de Saúde (IPSS) (Antunes, 2010, p. 11).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe uma terminologia de investigação conforme descrito na figura 2.

Conceito	Descrição
<b>Investigação Básica ou Fundamental</b> <i>(IBásica)</i>	Investigação experimental ou teórica que tem como principal finalidade adquirir novos conhecimentos sobre fundamentos subjacentes aos fenómenos e factos observáveis, sem ter em mente nenhuma aplicação futura. Pode referir-se a fenómenos biológicos, psicológicos, socioeconómicos, químicos ou físicos, mas também a metodologias e mediações e a recursos e infraestruturas
<b>Investigação Aplicada</b> <i>(IAplicada)</i>	Investigação realizada para adquirir conhecimentos úteis para fins práticos
<b>Investigação Translacional</b> <i>(ITranslacional)</i>	Investigação que mobiliza o conhecimento da investigação básica para o desenvolvimento de aplicações práticas e úteis – da bancada aos beneficiários (doentes ou indivíduos em comunidades de risco)
<b>Investigação Operacional ou de Implementação</b> <i>(IImplementação)</i>	Investigação que procura melhorar o conhecimento sobre estratégias, intervenções ou instrumentos para aumentar a qualidade e cobertura dos sistemas de serviços de saúde
<b>Investigação em Políticas e Sistemas de Saúde</b> <i>IPSS)</i>	Investigação que tenta compreender como é que a sociedade se organiza para a realização de finalidades coletivas de saúde. Tem um horizonte mais alargado que outros tipos de investigação, daí que tenha sido ignorado ou negligenciado nas agendas de investigação ou pelas fontes de financiamento

Figura 2 – Classificação Internacional de Doenças (CID-11; OMS)

Fonte: Guerreiro (2017).

Numa estrutura de coordenação de IS em contexto militar, é importante incluir, para além da IC, o campo da Investigação Biomédica (IB) conceito que permite a integração da IB Fisiológica e IT, áreas que poderão ter manifesto interesse para as FFAA, permitindo, nomeadamente, criar pontes com as áreas da engenharia. A criação da Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica (AICIB) aponta neste sentido de acordo com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 27/2018, de 9 de março.

Da pesquisa efetuada no âmbito do trabalho ressaltam outras áreas de investigação com potencial interesse centradas na saúde ocupacional e relacionadas com o meio envolvente específico das FFAA.

Estes dados estão de acordo com outros estudos obtidos junto de alguns investigadores dos países da Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN), que referem a traumatologia e na área clínica, a saúde mental e reabilitação motora e na área biomédica os fatores humanos (ritmos circadianos, sono, ergonomia,

performance, nutrição) relacionados com a fisiologia e adaptação a ambientes extremos. A base de dados clínica das FFAA e a realização de estudos prospetivos foram outros elementos considerados de muito interesse. Foi proposto ainda os ensaios clínicos na área da medicina hiperbárica como sendo uma mais-valia.

### **3. UM MODELO DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE MILITAR (MISM)**

No âmbito das novas estruturas criadas no EMGFA e na SM (DIRSAM, UEFISM, HFAR) existe a necessidade em operacionalizar a ISM, permitindo a conceptualização de um MISM, em particular no que concerne à área médica. Este modelo considera que as FFAA se encontram em posição privilegiada para liderar IS de tipo prospetivo e retrospectivo, nomeadamente epidemiológica, pelo facto de possuírem uma população que pode ser cuidadosamente monitorizada ao longo da vida e liderar ensaios clínicos sobretudo na área da medicina hiperbárica.

A ISM poderá ainda ser líder nas áreas ligadas à investigação centrada na saúde ocupacional militar, com nítido enfoque em I&D&I. Os fatores humanos incluindo a cronobiologia, a adaptação fisiológica e a performance em ambientes extremos (incluindo as áreas subaquática, aerospacial e Nuclear, Radiológica, Biológica e Química (NRBQ)), parecem ser as que mais rapidamente poderão ser promissoras e nas quais as FFAA têm maior conhecimento, podendo ter maior impacto na missão operacional e na aplicabilidade da investigação à sociedade civil.

Ao nível da organização constata-se que existe necessidade de coordenação não apenas da IC, mas também da IB e opinião generalizada por parte de investigadores e decisores militares que seria útil incluir na ISM a investigação na área cognitiva e comportamental, em que a UEFISM desempenhe um papel de coordenação. Foi também reconhecida a necessidade de interligação estrutural forte da ISM com a área tecnológica através dos CI do CIDIUM.

No MISM a desenvolver, a UEFISM integraria o Conselho de Coordenação da Investigação do CIDIUM e coordenaria as candidaturas a doutoramentos no âmbito da SM, nomeadamente através de programas doutorais no âmbito do Internato Complementar Médico.

Verifica-se a necessidade em tornar a ISM uma área mais atrativa, dando “tempo protegido” aos investigadores e permitindo que esta atividade tenha relevância na progressão da sua carreira.

## 4. PRINCIPAIS CONCLUSÕES

O artigo-síntese do trabalho de investigação pretendeu dar um contributo conceptual, e teve como objetivo geral a identificação e avaliação de fatores que possam modular a IMS em contexto militar, tendo em conta as novas estruturas de saúde dependentes do EMGFA (DIRSAM, UEFISM e HFAR).

Na análise da pesquisa efetuada, observa-se que seria desejável que a UEFISM centralize vários serviços de apoio, que presentemente não existem na ISM e habituais nas instituições de Investigação Cívica. Relativamente ao HFAR, a maioria dos inquiridos militares não considera adequada a atual estrutura para englobar a ISM.

Da pesquisa efetuada pode constatar-se que na realidade atual a ISM tem um potencial que não está a ser alcançado, porém a investigação não parece ter repercussão sobre a avaliação individual dos investigadores militares, apesar de que, na generalidade, todos os militares com atividade na área da SM referem como muito necessária a alocação de médicos na ISM.

Na generalidade da pesquisa identifica-se como muito necessária a alocação de mais médicos na Investigação em Saúde. No caso dos países OTAN, a investigação parece ter uma repercussão razoável na carreira dos médicos militares. Verifica-se a necessidade em tornar a ISM uma área mais atrativa, dando “tempo protegido” aos investigadores e permitindo que esta atividade tenha relevância na progressão da carreira. Os programas doutorais alinhados com a especialidade médica pareceram ser uma mais-valia, tornando a ISM uma extensão natural da atividade médica.

Por outro lado, identifica-se que a ISM devia estar englobada em redes de investigação, com um considerado potencial para ser aplicado à sociedade civil.

Com base nos resultados obtidos no âmbito do trabalho de pesquisa, foi também reconhecida a necessidade de interligação forte da ISM com a área tecnológica através dos CI do CIDIUM. Neste modelo, o CIDIUM seria a base estrutural do MISM funcionando como “a rede de redes”. O modelo pressupõe a existência de redes horizontais de tipo funcional, coordenadas pela UEFISM, que integrem os interesses e objetivos comuns em ISM das várias estruturas e interligadas ao CIDIUM.

## **5. PROPOSTAS E RECOMENDAÇÕES GERAIS (QUE MODELO DE ORGANIZAÇÃO PARA A INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE NAS FFAA?)**

A IS é um tema complexo. Nas FFAA não existia ainda uma pesquisa, trabalho de investigação aprofundado que permitisse uma avaliação da ISM, quais as áreas de investigação a investir e qual a melhor estrutura organizativa a implementar.

Perante as novas estruturas criadas no âmbito do EMGFA: DIRSAM, HFAR e UEFISM, propõe-se neste capítulo um modelo integrado de IMED em SM, flexível para integrar outras áreas profissionais da área da SM, mas focado nas áreas de interesse para as FFAA, criando condições para a participação e eventual liderança em projetos de investigação nacionais e internacionais.

As FFAA encontram-se em posição privilegiada para liderar áreas de investigação epidemiológica, ensaios clínicos na área da medicina hiperbárica e outros estudos em Saúde prospetivos e retrospectivos, pelo fato de possuir uma população que pode ser cuidadosamente monitorizada ao longo da vida.

A UEFISM deverá promover uma rede funcional de ISM, através da criação de um Conselho de Coordenação da ISM (CCISM), do qual farão parte o DIRSAM e o diretor da UEFISM (que representará o DIRSAM na sua ausência). Nesta rede estarão representados todos os investigadores através dos diretores de estruturas que o DIRSAM e que as DS dos ramosensem ser pertinentes no âmbito da ISM. Será uma rede de troca de informação nos sentidos top-down e bottom-up, de experiências e oportunidades colaborativas nas FFAA e discussão de assuntos ligados à ISM, permitindo o aconselhamento do Diretor da UEFISM no cumprimento da sua missão.

A UEFISM deverá coordenar ainda as candidaturas a doutoramento no âmbito da ISM, nomeadamente na área médica e assumir a responsabilidade pela criação e manutenção de uma plataforma digital que centralize todas as matérias relacionáveis com ISM.

Em síntese final: Identificou-se neste pequeno artigo, baseado no trabalho de pesquisa, um modelo organizativo MISM, tendo em conta as áreas de investigação identificadas, que melhor se adequam para a IMED em SM nas FFAA portuguesas, consistindo na conceptualização de uma “rede de redes funcionais” na área da Saúde Militar, interagindo com o CIDIUM através dos CI, que funcionará como

a rede base de I&D&I militar, já estruturada. Esta conceptualização irá permitir a integração de outras áreas profissionais no âmbito da ISM.

As áreas de investigação médica que as FFAA estão mais bem posicionadas para liderar, são a IB, na área da investigação ocupacional de âmbito militar e os ensaios clínicos na área da medicina hiperbárica. As FFAA poderão ainda liderar investigação prospetiva e retrospectiva em Saúde, nomeadamente investigação epidemiológica, pelo facto de possuir uma população que pode ser cuidadosamente monitorizada ao longo da vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, J. L. (2010). *Investigação Científica e Plano Nacional de Saúde*. Alto Comissariado da Saúde, Lisboa
- Decreto-Lei nº 84/2014, de 27 de maio (2014). Cria o Hospital das Forças Armadas. Diário da República, 1ª Série, 101, 2960-2963. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.
- Defense Health Board. (2017). *Improving Defense Health Program Medical Research Processes*. Falls Church: Defense Health Headquarters.
- Esteves, M. (2001). A Investigação como estratégia de formação de professores: perspectivas e realidades. *Máthesis*, 10, pp. 217-233. Retirado de [http://www4.crb.ucp.pt/Biblioteca/Mathesis/Mat10/mathesis10\\_217.pdf](http://www4.crb.ucp.pt/Biblioteca/Mathesis/Mat10/mathesis10_217.pdf)
- Estado Maior General das Forças Armadas. (2018). *Relatório sobre a Saúde Militar*. Lisboa.
- Guerreiro, C. (2017). Política de Investigação Científica para a Saúde em Portugal: I – Enquadramento Europeu e Nacional. *Acta Med Port*, 30(2) pp. 141-147. Retirado de [https://www.researchgate.net/publication/314112561\\_Politica\\_de\\_Investigacao\\_Cientifica\\_para\\_a\\_Saude\\_em\\_Portugal\\_I\\_-\\_Enquadramento\\_Europeu\\_e\\_Nacional](https://www.researchgate.net/publication/314112561_Politica_de_Investigacao_Cientifica_para_a_Saude_em_Portugal_I_-_Enquadramento_Europeu_e_Nacional)
- Guerreiro, C. (2017). Política de Investigação Científica para a Saúde em Portugal: II Factos e Sugestões. *Acta Med Port*, 30(3) pp. 233-242. Retirado de [file:///C:/Users/radba/Downloads/8012-25698-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/radba/Downloads/8012-25698-1-PB%20(1).pdf)
- Lei nº 21/2014, de 16 de abril (2014). Aprova a lei da investigação clínica. Diário da República, 1ª Série, 75, 2450 a 2465. Lisboa: Assembleia da República.
- National Institute on Aging. (s.d.). *NIA Glossary of Clinical Research Terms*. [Página online]. Retirado em 10 de outubro de 2018, de [www.nia.nih.gov/research/dgcg/clinical-research-study-investigators-](http://www.nia.nih.gov/research/dgcg/clinical-research-study-investigators-)

toolbox/nia-glossary-clinical-research-terms Resolução do Conselho de Ministros n.º 27/2018, de 09 de março (2018). Autoriza a constituição da AICIB – Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica. Diário da república, 1ª Série, 49, 1244-1246. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 27/2018, de 09 de março (2018). Autoriza a constituição da AICIB – Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica. Diário da república, 1ª Série, 49, 1244-1246. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

Rubio, D. (2010). Defining Translational Research: Implication for training. *Acad Med*, 85(3), pp. 470-475. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2829707/>



## **ESTUDO 4 – O SUCESSO DO MODELO MINESOTA E O MODELO MULTIDIMENSIONAL NA REABILITAÇÃO DA DOENÇA ADITIVA NAS FORÇAS ARMADAS E FORÇAS DE SEGURANÇA - UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO DE TOXICODEPENDÊNCIAS E ALCOOLISMO (UTITA)**

*THE SUCCESS OF THE MINESOTA MODEL AND THE MULTIDIMENSIONAL MODEL IN THE REHABILITATION OF ADDICTIVE DISEASE IN THE ARMED FORCES AND SECURITY FORCES - INTENSIVE DRUG ADDICTION AND ALCOHOLISM TREATMENT UNIT (UTITA)*

**Sandra Henriques**  
CFR TSN PSI  
Chefe Adjunta da UTITA

**Carolina Rodrigues**  
1TEN TSN PSI  
Chefe do Serviço de Psicologia e do Aconselhamento da UTITA

**Sónia Oliveira**  
**Liseta da Cunha**  
Psicólogas Clínicas da UTITA

**Sérgio Lopes**  
Psicólogo Clínico e Terapeuta Familiar da UTITA

**Pilar Farrajota**  
Psicóloga Clínica e Conselheira em Adição da UTITA

**Rui Pedro Gonçalves de Deus**  
CTEN TSN-EIO

**Laura Pinguicha Ferreira**  
STEN TN (EIO)

**Inês Mendes Coelho**  
ASPOF TN EIO  
Direção de Análise e Gestão da Informação da Marinha

### **RESUMO**

O presente estudo pretende demonstrar a evidência científica dos resultados da aplicação do Modelo Minnesota e do Modelo Multidimensional no tratamento de doentes com critérios de doença aditiva (dependência de álcool, drogas e jogo).

A adição é uma doença progressiva, crónica, com reconhecidas causas e consequências de âmbito biológico, psicológico e social. O Modelo Minnesota foi introduzido no ano de 1987, em Portugal, pela Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo

(UTITA), tendo como objetivo principal o tratamento e reabilitação de elementos das Forças Armadas. Este modelo tem como principal característica a intervenção integrada numa perspetiva biopsicossocial e espiritual, sendo, na nossa prática clínica, coadjuvado pelo Modelo Multidimensional que se caracteriza por uma metodologia de avaliação e monitorização clínica, de acordo com seis dimensões propostas pela Sociedade Americana de Medicina da Adição. Foi realizado um estudo de seguimento clínico entre 2013 e 2023, sendo 59% dos doentes militares e 41% civis que concluíram o programa de internamento. Para a recolha de dados, realizaram-se 983 entrevistas telefónicas estruturadas efetuadas aos 6 meses, 1, 3 e 5 anos de seguimento. Testou-se a relação entre a variável dependente sucesso do tratamento (abstinência) e 19 variáveis independentes presentes na fase de recuperação. 78% dos doentes militares e 65% dos doentes civis mantinham-se abstinentes no momento da entrevista. Registou-se uma influência de vários fatores (frequência de reuniões de suporte mútuo, a presença em sessões de prevenção de recaída, a situação laboral e familiar estável, dieta instituída, número de horas de sono, tempo de lazer e de trabalho, bem como com a existência de uma rede social de apoio) no sucesso do tratamento. Concluiu-se que o Modelo de Reabilitação da UTITA apresentou, até um máximo de 5 anos de seguimento clínico, bons resultados ao nível da manutenção da abstinência, predominantemente relacionados e influenciados pela continuidade da ligação do doente às suas estruturas de apoio e a cuidados diários ao nível da sua saúde física e mental.

**Palavras-chave:** Modelo Minnesota; Modelo Multidimensional; Doença Aditiva; UTITA.

## **ABSTRACT**

*The present study aims to demonstrate the scientific evidence of the results of applying the Minnesota Model and the Multidimensional Model in the treatment of patients with addictive disease criterion (alcohol, drug and gambling dependence).*

*Addiction is a progressive, chronic disease, with recognized biological, psychological and social causes and consequences. The Minnesota Model was introduced in 1987, in Portugal, by the Drug Addiction and Alcoholism Intensive Treatment Unit (UTITA), with the main objective being the treatment and rehabilitation of members of the Armed Forces. This model's main characteristic is integrated intervention from a biopsychosocial and spiritual perspective, and, in our clinical practice, it is supported by the Multidimensional Model, which is characterized by a clinical assessment and monitoring methodology, in accordance with six dimensions proposed by the American Society of Medicine. Addition. A clinical follow-up study was carried out between 2013 and 2023, with 59% of military patients and 41% civilians who completed the inpatient program. For data collection, 983 structured telephone interviews were carried out at 6 months, 1, 3 and 5 years of follow-up. The relationship between the dependent variable treatment success (abstinence) and 19 independent variables present in the recovery phase was tested. The 78%*

*of military patients and 65% of civilian patients remained abstinent at the time of the interview. There was an influence of several factors (frequency of mutual support meetings, attendance at relapse prevention sessions, stable work and family situation, established diet, number of hours of sleep, leisure and work time, as well as with the existence of a social support network) in the success of the treatment. Conclusions: The UTITA Rehabilitation Model presented, up to a maximum of 5 years of clinical follow-up, good results in terms of maintaining abstinence, predominantly related to and influenced by the continued connection of the patient to their support structures and daily care at the level of your physical and mental health.*

**Keywords:** *Minnesota Model; Multidimensional Model; Additive Disease; UTITA.*

## 1. INTRODUÇÃO/ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A adição não é uma fraqueza de carácter, nem um vício, mas sim uma doença. Uma doença progressiva, crónica e que pode ser fatal (Owen, 2000).

Segundo o DSM-5 (2014), as principais características da dependência de substâncias são um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicativos de que a pessoa está a consumir substância(s) psicoativa(s), apesar de todos os problemas relacionados com o consumo das mesmas.

Seja qual for o tipo de droga (álcool, alucinogénios, anfetaminas, cannabis, cocaína, inalantes, nicotina, fenciclidina, opiáceos, sedativos, ansiolíticos, entre muitos outros), existe um padrão de autoadministração repetido que resulta, em termos gerais, em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo quanto ao consumo dessa(s) mesma(s) droga(s).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), droga é qualquer substância natural ou sintética que, ao ser fumada, inalada, ingerida ou injetada, provoca alterações psíquicas, sentidas como agradáveis numa primeira fase, mas que cria dependência, tornando as pessoas incapazes de viverem normalmente e integradas na sociedade.

A pessoa dependente de substâncias psicoativas perde a liberdade de conseguir controlar a frequência e a quantidade do seu consumo. Esta necessidade leva a pessoa a consumir apesar das consequências adversas. A necessidade de consumir ocupa os seus pensamentos e modifica o seu comportamento. Como tal há distorção do pensamento e consecutivamente uma negação do problema.

Considera-se que é uma doença complexa e biopsicossocial, pois tem causas e efeitos aos níveis biológico, psicológico e social. Está, e corretamente, classificada como doença crónica tal como a diabetes, entre outras.

As pessoas começam a consumir por razões psicossociais. Consomem porque a substância (álcool ou outras drogas) as faz sentir bem, para dissociarem e abstraírem-se dos problemas, ou para procurarem um determinado efeito psicológico que não conseguem obter no seu estado normal (razão psicológica). Também podem consumir porque outras pessoas no meio onde estão inseridas também o fazem, porque as ajuda a pertencer a um grupo ou porque são pressionadas a isso nos meios onde estão inseridas (razões sociais). Independentemente destas razões, as pessoas tornam-se alcoólicas e ou aditas por razões de ordem física (predisposição biológica). Desenvolvem tolerância, isto é, necessitam de consumir mais para atingir o mesmo efeito. As células do corpo adaptam-se de modo a funcionar normalmente com elevados níveis de álcool ou outras substâncias e isso leva à dependência.

O organismo começa a necessitar de substância, e da ausência da mesma resultará desconforto e doença (sintomas de abstinência). Por outro lado, quanto mais as pessoas usam álcool ou outras drogas para se sentirem bem, menos têm que aprender a lidar com emoções, sentimentos, situações e com as outras pessoas. Não aprendem nem desenvolvem novas formas para enfrentar a vida, de resolverem os conflitos, de tomar decisões ou então esquecem-se de usar as competências que já tinham adquirido antes de iniciarem os consumos. Assim, todas as áreas da vida da pessoa dependente ficam afetadas, trazendo a longo prazo danos físicos (problemas de saúde, outras doenças), psicológicos (perturbações do humor, problemas relacionais, problemas cognitivos, etc.) e sociais (problemas na família – separação; abandono das atividades de lazer; problemas no trabalho – absentismo, redução da motivação para o trabalho, conflitos interpessoais, diminuição do rendimento, desemprego e acidentes) (Owen, 2000).

Contudo, a adição apesar de não ter cura, tem tratamento. A primeira etapa do tratamento e da recuperação desta doença significa parar totalmente os consumos, através de desintoxicação física com acompanhamento médico em hospital, ou em regime ambulatorio através da administração de medicamentos específicos. A desintoxicação tem a finalidade de ajudar a estabilizar a pessoa, tanto a nível físico como psicológico (Scheel, 2001). A segunda etapa implica a reabilitação.

Atualmente, o modelo que tem mais sucesso para o tratamento da dependência química é aquele que combina os princípios e o programa dos Doze-Passos dos Alcoólicos Anónimos com o Modelo Minnesota. Ambos coadjuvados

pelo aconselhamento e terapia cognitiva-comportamental (Gorsky & Miller, 1986), seguindo uma abordagem biopsicossocial (Scheel, 2001). Este modelo considera como objetivos gerais de um programa de recuperação, o reconhecimento da dependência como uma doença; a aceitação da necessidade de abstinência total; o estabelecimento de um programa para manter a abstinência e, por último o diagnóstico e o tratamento de problemáticas biopsicossociais que possam prejudicar a sobriedade (Henriques, 2004).

Pretende-se, assim, que ocorra uma mudança nas cognições, no sentir e no agir. A reabilitação implica que o tratamento seja acompanhado por médicos, psicólogos, terapeutas, enfermeiros e outros profissionais de forma a reabilitar a pessoa adita aos níveis físico, psicológico e social. As terapias são realizadas preferencialmente em grupo com pessoas que têm a mesma doença. Deste modo, existe entre todas um processo de identificação e de entreaajuda (Anderson, 1981).

O Modelo Minnesota foi introduzido no ano de 1987, em Portugal, pela Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicoddependências e Alcoolismo (UTITA), tendo como objetivo principal o tratamento e reabilitação de elementos das Forças Armadas. Este modelo tem como principal característica a intervenção integrada numa perspetiva biopsicossocial e espiritual, sendo, na prática clínica, coadjuvado pelo Modelo Multidimensional que se caracteriza por uma metodologia de avaliação e monitorização clínica, de acordo com seis dimensões propostas pela Sociedade Americana de Medicina da Adição (ASAM) – PPC2R (“Patient Placement Criteria”). O modelo dá resposta à individualização do tratamento através de passa por uma visão multi-dimensional do diagnóstico. (ASAM, 1986).

Esta metodologia ou avaliação diagnóstica pretende, por um lado, permitir a identificação de problemas específicos, o que determina a concepção de uma estratégia particular e, por outro, a partir da quantificação de problemas, determinar o tipo de cuidados necessários, ou seja, quais as estruturas de tratamento adequadas à fase em que o paciente se encontra. As mesmas ocorrem desde a intervenção precoce ao internamento/ tratamento residencial (monitorizado medicamente) (Santos & Carrilho, 2010).

Assim, o Patient Placement Criteria – 2 R possibilita quer a avaliação inicial do utente, quer a monitorização da sua evolução em tratamento, cuja periodicidade é semanal (Carrilho et al., 2004). Deste modo, o modelo tem como objetivo adequar o tratamento às características específicas de cada utente, segundo seis dimensões: (1) Intoxicação aguda e/ou potencial de abstinência; (2) Condições e complicações biomédicas; (3) Condições e complicações emocionais/comportamentais/cognitivas;

(4) Prontidão para a mudança; (5) Potencial para a recaída/uso continuado; (6) Ambiente de vida/recuperação (Carrilho, 2004).

Sendo que a principal missão da UTITA consiste em diagnosticar e tratar de problemas de dependência de substâncias, requer intervenção de técnicos das diversas áreas, nomeadamente a medicina, a psiquiatria, psicologia, aconselhamento em adicção, enfermagem, serviço social (Carrilho, 2004), entre outros profissionais tais como nutricionista e monitor de educação física.

A UTITA nasceu há 30 anos na Marinha Portuguesa, contudo as suas raízes são ainda mais antigas. No início da década de oitenta, precisamente a 8 de julho de 1980 é inaugurado o Laboratório de Análises Farmacotológicas da Marinha (LAFTM), dando-se, assim, início aos rastreios toxicológicos. A nível mundial, a Marinha Portuguesa torna-se pioneira na adopção de um sistema de rastreio regular (Ministério Defesa Nacional – MDN, 2000).

Neste período, a consulta externa do serviço de psiquiatria do Hospital de Marinha viu-se confrontada com um crescente número de casos de consumo de droga, muitos deles provenientes do então serviço militar obrigatório, para os quais se teria de descortinar uma solução dentro do meio laboral, pelo que não se encontrava nenhuma solução prevista na prática clínica psiquiátrica hospitalar. Assim, com o intuito de encontrar soluções para estes novos casos e atendendo ao nível avançado em que se encontrava nesta área, a Marinha dos E.U.A., foi proposto e aceite superiormente enviar para treino na Base Aeronaval de Miramar em S. Diego, no então “Naval Drug Rehabilitation Center”, um oficial médico naval, especializado na área de Psiquiatria, o que se concretizou em agosto de 1985.

O programa organizacional dos E.U.A. incluía três níveis distintos de intervenção; o primeiro correspondia à presença de um elemento especializado (“Drug Alcohol Program Advisor”) em todas as unidades para apoiar o comando na gestão dos casos; o segundo nível prendia-se com o seguimento dos casos em ambulatório; e, o terceiro com os programas de centros de tratamento especializado residenciais (“Alcohol Rehabilitation Centers”).

Após a análise da informação recolhida, nasce o Programa para a Prevenção e Combate à Droga e ao Alcoolismo nas Forças Armadas (aprovado a 12 de outubro de 1988 pelo Conselho de Chefes de Estado Maior), constituindo-se como o primeiro Programa de Assistência a Empregados (EAP). A eficácia do Programa assenta no desenvolvimento de acções preventivas que tenham efeito dissuasor do consumo e, fundamentalmente, na descentralização profilático- terapêutica em três níveis de intervenção: 1) Unidades/ Estabelecimentos e Órgãos; 2) Laboratórios de

Toxicologia/ Hospitais e Centros de Saúde Militar; 3) Unidade Especializada de Tratamento de Reabilitação Biopsicossocial de Toxicodependências e Alcoolismo (UTITA), Serviço de Utilização Comum das Forças Armadas, que recebe também pacientes das Forças de Segurança (Maymone & Carrilho, 2010).

Desta forma, no que diz respeito ao tratamento e à reabilitação, surge no interior do Serviço de Psiquiatria do Hospital da Marinha, a Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo – UTITA, constituindo uma iniciativa pioneira em Portugal da implementação do “Modelo Minnesota” de reabilitação.

No entanto, a UTITA apenas dá início ao seu funcionamento em janeiro de 1993 com uma capacidade inicial diminuta de 6 camas e o mínimo de recursos humanos técnicos especializados. Dado que se tratava de um projecto experimental, as suas actividades foram permanentemente monitorizadas a nível clínico e laboratorial toxicológico, realizando-se estudos após 2 e 5 anos de tratamento, os quais apontaram para uma eficácia de recuperação na ordem dos 75% (Carrilho, 2002).

Em julho de 1995, a UTITA passa a ser um Serviço de Utilização Comum das Forças Armadas e a 18 de maio de 1996, é planificada a instalação da UTITA na Base Naval de Lisboa (BNL).

Em conformidade com o processo de reinstalação e redimensionamento da UTITA, inicia-se, em 1998, um processo de formação e reciclagem profissional dos técnicos, através da colaboração da “U.S. Navy”. Para o respectivo efeito, a “U.S. Navy” indica como unidade de tratamento modelo o “NARED – Naval Addiction Rehabilitation and Education Department”, na Base de Fuzileiros Navais de Camp Pendleton (S. Diego), para onde são enviados dois oficiais, um de Administração Naval e um Médico Psiquiatra Naval, com o intuito de adquirir formação mais aprofundada dos métodos e procedimentos praticados na instituição e adaptá-los à realidade da população portuguesa (Carrilho, 2002).

Após este processo, a UTITA procede a uma abertura progressiva do ambulatório. A partir de outubro/novembro de 1999 começa a realizar consultas de avaliação inicial, consultas externas, consultas de terapia familiar, consultas de psiquiatria – alcoologia e outras drogas, e consultas de nicotinodependência. A 11 de setembro de 2000 procedeu-se à reabertura do internamento da UTITA, dando assim por concluído o processo de reinstalação e redimensionamento na Base Naval de Lisboa, na área da reabilitação da adicção.

Em 2014 passa para a dependência do Hospital das Forças Armadas (HFAR) e do Estado Maior General das Forças Armadas (EMGFA), mas mantém a sua localização na Base Naval de Lisboa.

A UTITA tem como enquadramento de ação contribuir para a prevenção e assegurar a reabilitação biopsicossocial dos militares e civis com dependências de substâncias e outros comportamentos aditivos. Para tal, dispõe de uma equipa multidisciplinar que atua de forma diferenciada no tratamento de dependências, composta por médicos (nomeadamente da área da psiquiatria), psicólogos clínicos, terapeuta familiar, conselheiro de adição, e enfermeiros (nomeadamente especialistas em saúde mental), bem como profissionais de apoio logístico e administrativo. A sua atuação ao nível da prevenção distribui-se em três níveis: primário, secundário e terciário. A prevenção primária figura-se através da promoção de ações de sensibilização e de formação, a prevenção secundária através do diagnóstico e tratamento com o programa residencial intensivo e a prevenção terciária através do apoio no processo de reintegração socioprofissional dos utentes.

Em relação ao programa residencial intensivo, a intervenção engloba: Psicoterapia de Grupo, Psicopedagogia da Adição, Aconselhamento em Adição, Aconselhamento e Terapia Familiar, Relaxamento, Exercício Físico, Atividades Ocupacionais, Atividades Hortícolas, Reuniões com os Grupos de Suporte Mútuo (alcoólicos anónimos, narcóticos anónimos, jogadores anónimos), reuniões com o operador de prevenção e sessões de Prevenção de Recaída.

A fase posterior ao período de tratamento residencial, de reintegração socioprofissional, é articulada em várias vertentes, nomeadamente através de grupos terapêuticos de prevenção de recaída, da possibilidade de continuação do acompanhamento médico e psicológico, da terapia familiar em ambulatório e das reuniões com o operador de prevenção (i.e., um elemento do meio laboral com formação para apoiar o utente na sua reintegração). As especialidades de consultas externas realizadas são de: Psiquiatria, Avaliação Psicológica, Apoio Psicológico e Aconselhamento, Terapia Familiar e Terapia de Grupo.

A missão da UTITA enquadra-se através dos seguintes pontos:

- (1) promover a prontidão organizacional e maximizar a eficácia dos militares com problemas de dependências de substâncias ou outros comportamentos aditivos;
- (2) assegurar o tratamento de dependências de substâncias promovendo a desintoxicação e a reabilitação biopsicossocial;
- (3) apoiar a reinserção socio laboral;
- (4) participar na formação de Operadores de Prevenção para intervenção em meio laboral;
- (5) promover a formação pós-graduada de profissionais na área de saúde e

- de serviço social nas temáticas de alcoolismo e dependências;
- (6) prestar serviço de utilidade pública através da disponibilização para tratamento de trabalhadores de empresas e entidades públicas com quem sejam articulados protocolos nesse sentido, bem como civis;
  - (7) realizar de estudos científicos sobre dependências;
  - (8) desenvolver o programa de prevenção primária na área dos comportamentos aditivos e dependências.

O modelo de tratamento utilizado na UTITA tem vindo a expandir-se por todo o mundo, com enorme sucesso. Devido às elevadas taxas de recuperação que o Modelo Minnesota tem evidenciado, é considerado ao longo dos tempos como um dos modelos mais eficazes no tratamento da doença aditiva e alcoólica (Owen, 2000). Miller e Hoffmann (1994) reportam, numa amostra de 6508 pacientes de nível ASAM III (internamento) e 1572 de nível ASAM II (ambulatório intensivo), num programa de Modelo Minnesota, uma taxa Global de abstinência ligeiramente superior a 60% no final do primeiro ano após tratamento. Adicionalmente, outros 25% da amostra reportaram ter tido pelo menos 6 meses completos de abstinência total nesse ano após tratamento.

No entanto, os mesmos autores salientam a importância de olhar para as percentagens de eficácia de tratamento à luz dos cuidados continuados após período de tratamento intensivo, uma vez que a adição é uma doença crónica que carece de continuidade de tratamento. Neste estudo, apenas 45% dos pacientes que não continuaram tratamento em ambulatório durante pelo menos 6 meses depois do período de internamento e que não frequentaram reuniões de suporte mútuo dos Alcoólicos Anónimos (AA) ou de outros grupos de suporte mútuo, ficaram completamente abstinentes durante 1 ano.

Nos casos em que frequentaram estas reuniões, mas não tratamento em ambulatório durante pelo menos 6 meses, apresentaram uma taxa de abstinência total de 69%.

Nos casos em que frequentaram 1 ano de tratamento em ambulatório, mas não frequentaram grupos de suporte mútuo, apresentaram uma taxa de abstinência total de 77%.

Os pacientes que frequentaram 1 ano de cuidados em ambulatório em simultâneo com reuniões de suporte mútuo, apresentaram uma percentagem de abstinência total de 90%. Stinchfield & Owen (1998) e Cook (1988) analisaram vários estudos anteriores sobre o Modelo Minnesota e concluíram que uma percentagem entre 40 a 70% dos pacientes que frequentaram tratamentos deste modelo

mostravam abstinência completa ou consumos significativamente mais baixos de álcool 1 ano após tratamento.

Uma investigação realizada num tratamento residencial de Modelo Minnesota de um hospital privado irlandês reportou que passados 6 meses, no grupo de indivíduos que terminou o tratamento residencial, 41,6% permaneciam completamente abstinentes sem recaídas, 23,4% estavam abstinentes embora tivessem tido episódios esporádicos de consumo desde saída de tratamento e 7,8% afirmaram estar a beber controladamente (Gallagher et al., 2018).

Adicionalmente, outro estudo reporta que todos os serviços profissionais de cuidados continuados (i.e., sessões de grupo guiadas por um técnico, psicoterapia, acompanhamento médico, etc.) após período de tratamento residencial num programa de Modelo Minnesota se verificaram mais relacionados com a manutenção da abstinência do que fatores individuais, com exceção de medicação para perturbações de uso de substâncias (Bergman et al., 2015). Este estudo confirma os resultados supracitados de Miller e Hoffmann (1994) de que tanto a continuidade de cuidados como a frequência de grupos de suporte mútuo após período de tratamento residencial apresentam associação significativa com a abstinência, verificando-se nestes casos 73,2% de abstinência 1 ano depois do tratamento.

Em Portugal não são conhecidos estudos longitudinais sobre a taxa de sucesso do Modelo Minnesota e não existe nenhum estudo sobre o Modelo Multidimensional, sendo a UTITA a única Unidade do país a utilizar este modelo de avaliação e monitorização clínica na área da doença aditiva.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1. OBJETIVOS**

Este estudo tem como objetivo avaliar o sucesso dos tratamentos da UTITA (com base no Modelo Minnesota e no Modelo Multidimensional) e verificar quais os principais fatores associados à manutenção da abstinência ou à recaída dos utentes com critérios de doença aditiva.

### **2.2. PARTICIPANTES, PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO**

Foi realizado um estudo de seguimento clínico (*follow-up*) entre novembro de 2013 e janeiro de 2023. Para a recolha de dados, promoveram-se entrevistas telefónicas estruturadas e fechadas, efetuadas aos 6 meses, 1, 3 e 5 anos de seguimento (Apêndice B).

À data da recolha dos dados, planejaram-se realizar 1410 entrevistas, contudo realizaram-se 983 (70% das planeadas) a 585 utentes. No entanto, para efeitos deste estudo, considera-se, por exemplo, que um utente que tenha participado em 2 (ou mais) tratamentos como tratando-se de 2 (ou mais) indivíduos, o que perfaz um total de 634 indivíduos, sendo 41% civis e 59% militares, 88% do sexo masculino e 12% do sexo feminino. Os participantes têm na sua maioria idades compreendidas entre os 36 e os 55 anos.

Foi desenvolvida uma aplicação informática, com recurso ao software Matlab versão R2010b, para registo das respostas à entrevista com vista ao seu tratamento e análise estatística.

A aplicação informática desenvolvida, cuja interface gráfica pode ser observada no Apêndice B, encontra-se dividida em 4 partes: na primeira parte constam os dados do inquérito, na segunda os dados dos indivíduos, e na terceira parte indica qual o tipo de adição-utente e reflete o acompanhamento que este recebeu durante o tratamento, bem como os seus hábitos e estilo de vida. É nesta terceira parte que se inclui a conclusão do estado atual do doente, dando origem à variável dependente em estudo, no sentido de avaliar o sucesso dos tratamentos. Na quarta e última parte, é possível fazer uma gestão e exportação dos dados da entrevista.

Para fins de análise estatística, os registos inseridos nesta aplicação são exportados. Já foram utilizados anteriormente softwares como o SPSS e o StatSact para este efeito. No presente estudo, foi utilizada a linguagem de programação Python para desenvolver os vários gráficos.

Foi realizada uma análise de natureza descritiva relativamente às características biográficas dos indivíduos no momento da admissão no programa e às variáveis associadas ao acompanhamento do tratamento. Foram usadas tabelas de contingência e o teste de independência do Qui-Quadrado para averiguar a relação entre a variável de sucesso do tratamento (abstinência) e 19 variáveis independentes presentes na manutenção de recuperação. Essas variáveis são associadas à caracterização do indivíduo (como, por exemplo, Estatuto, Ramo e Categoria) e ao acompanhamento do tratamento (como, por exemplo, Tipo de adição, Reuniões de autoajuda, situação familiar atual, prática de desporto, etc.).

### **3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

No que diz respeito à idade dos participantes no momento de admissão no estudo foram consideradas válidas 617 respostas. Cerca de dois terços de indivíduos, ou seja, 376 tinham entre 36 a 55 anos. Nas restantes faixas etárias,

os indivíduos distribuem-se da seguinte forma: 8.10% tinham menos de 26 anos, 14.10% entre 26 e 35 anos, 9.24% entre 36 e 45 anos e 1.78% tinham mais de 45 anos. Este predomínio da faixa etária entre os 36-45 anos relaciona-se com o facto de o tratamento da UTITA estar direcionado para população inserida em meio laboral. Para além disso, sendo a adição uma doença progressiva e ao surgir predominantemente no início da idade adulta, faz com que os indivíduos venham para tratamento passados alguns anos de começarem os seus consumos (na terceira fase da doença aditiva).

Relativamente ao sexo e ao estatuto dos indivíduos, todas as respostas foram consideradas válidas. Constatou-se que o sexo masculino é o mais predominante, pois apenas 12.15% dos indivíduos são do sexo feminino, sendo que 58.68% dos indivíduos são militares e os restantes são civis. Estes resultados estão ligados ao enquadramento da UTITA que inicialmente surgiu para a reabilitação intensiva e rápida de militares no ativo e posteriormente abriu portas à sociedade civil. Quanto ao sexo dos participantes, o sexo masculino está representado em maior número nas Forças Armadas e consequentemente também estão em maior número representados no nosso estudo.

No que diz respeito ao estado civil, só 6 respostas não foram consideradas válidas. Quase metade (47.13%) dos indivíduos são casados e cerca de um terço

(34.87%) são solteiros, o que corresponde a que 82% dos indivíduos sejam ou casados ou solteiros. Apenas uma ínfima fração (0.96%) é viúva e os restantes 17.04% são divorciados.

Sobre o ramo dos militares das Forças Armadas, a mais representada é a Marinha (41.51%), e a menos representada a Força Aérea (9.16%), sendo 19.41% dos militares do Exército. Das Forças de Segurança, a mais representada é a PSP (19.95%) e 9.97% dos militares são da GNR. A maioria dos indivíduos são da Marinha porque a UTITA nasceu na Marinha há 30 anos para reabilitar os seus militares, como tal foi sendo mais conhecida no seio deste ramo. Posteriormente em 1995, passou a ser um serviço de utilização comum para os três ramos e forças de segurança e mais tarde em 2014 passou a ser um serviço do Hospital das Forças Armadas. Atualmente, a UTITA já é mais conhecida entre todos e isso está muito ligado à divulgação da mesma através do Programa de Prevenção Primária e da colaboração na formação de Operadores de Prevenção em Comportamentos Aditivos e Dependências. Estes operadores que estão distribuídos pelas várias unidades têm um precioso papel na identificação e encaminhamento de casos, daí que presentemente tenhamos muitos utentes oriundos de diferentes ramos.

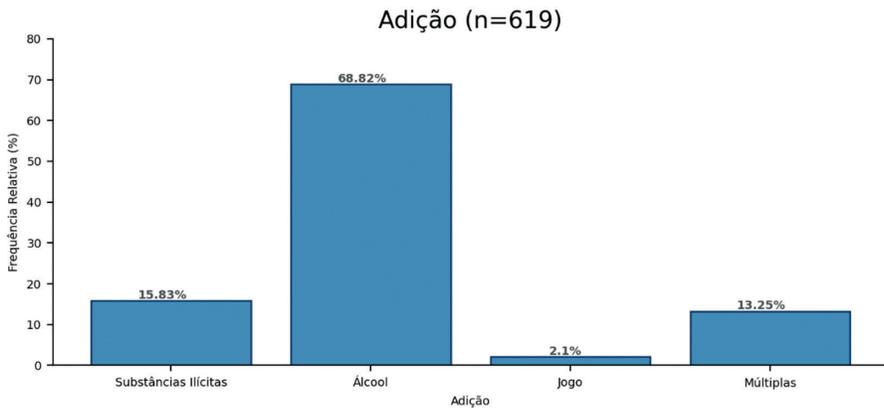
Dos 372 indivíduos militares foram consideradas válidas 359 respostas relativamente à sua categoria. Quase metade (45.13%) são praças das Forças Armadas e GNR, e 20.89% Sargentos, também dos três ramos das Forças Armadas e GNR. Já 11.98% são agentes da PSP e 11.70% são oficiais tanto das Forças Armadas como das Forças de Segurança. Por fim, 5.57% são chefes da PSP e 4.74% são militarizados da Marinha.

Relativamente à situação profissional, foram consideradas válidas 622 respostas. Cerca de três quartos (76.05%), encontram-se no ativo, enquanto 11.74% estão desempregados. Na situação de reserva ou de reforma estão 9.49% e apenas 2.73% estão de licença médica. Entre os militares, encontram-se no ativo mais de quatro quintos (85.41%), enquanto 13.24% estão na situação de reserva ou

de reforma e por fim só 1.35% encontram-se de licença médica. Entre os civis, quase dois terços (62.30%) encontram-se no ativo e cerca de um quarto (28.97%) estão desempregados, 4.76% estão de licença médica e 3.97% encontram-se na situação de reserva ou de reforma.

Relativamente ao tipo de adição (gráfico nº 1), 619 respostas foram consideradas válidas. A adição mais comum é o álcool (68.82%), enquanto o jogo é a menos comum (2.10%). 15.83% dos indivíduos são adictos a substâncias psicoativas e 13.25% tem múltiplas adições. Entre os indivíduos cuja adição (ou uma das adições) é as substâncias psicoativas, foram consideradas válidas 185 respostas sobre quais são consumidas. A cocaína é a mais consumida (62.70%), seguida dos opiáceos (38.38%) e da cannabis (27.57%). Seguidamente, aparecem (4.32%) os sedativos e as anfetaminas e depois os alucinogénios (3.78%). Quanto aos inalantes (0.54%), a cafeína e outras substâncias não explicitadas.

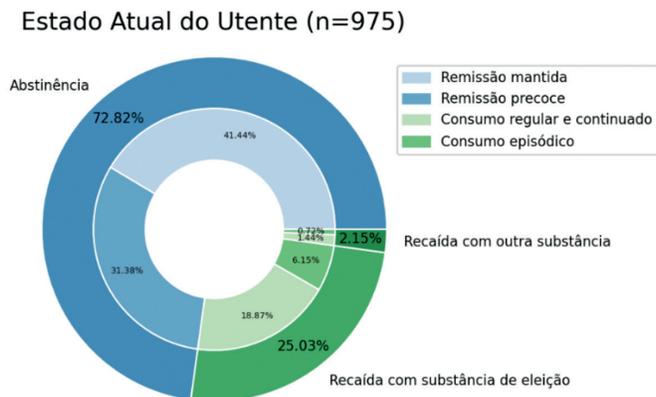
Estes dados não vão de encontro ao Relatório europeu sobre drogas 2022 do Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência (OEDT, 2022) pois a tendência da europa incide em primeiro lugar no consumo de canabinoides e em último lugar os opiáceos.



**Gráfico 1 – Tipo de Adição dos utentes**

Em relação ao estado atual do utente (gráfico nº 2) apuraram-se 975 respostas. 31.38% encontrava-se em remissão precoce e 41.44% em remissão mantida, totalizando 72.82% em abstinência. 6.15% e 18.87% revelaram, respetivamente, ter consumido de forma episódica e regular a substância de eleição, pelo que 25.03% encontravam-se em recaída com a substância de eleição. 0.72% e 1.44% revelaram ter consumido episódica e regularmente outra substância, respetivamente, pelo que 2.15% encontravam-se em recaída com outra substância.

Esta percentagem elevada de taxa de abstinência e consequentemente elevada taxa de sucesso do tratamento da UTITA para os utentes que responderam à entrevista está de encontro ao que é referido na literatura sobre a eficácia do Modelo Minnesota no tratamento da doença aditiva (Gallagher et al., 2018; Owen, 2000).



**Gráfico 2 – Estado Atual do Utente**

Quando segmentado por estatuto (gráfico 3 e gráfico 4), as proporções de resposta dentro de cada situação (isto é, abstinência, recaída com substância de eleição e recaída com outra substância) não aparentam ter diferenças significativas entre civis e militares, e, portanto, nem quando comparado com o global. No entanto, a percentagem de civis em abstinência é de 64.74%, enquanto a de militares é de 77.98%.

Possivelmente a explicação para esta diferença entre militares e civis está relacionada com os mecanismos de suporte e de acompanhamento que existem para os militares após o tratamento. Este apoio é dado sobretudo pelo Operador de Prevenção (militar com formação específica sobre os comportamentos aditivos e dependências) na reintegração sócio-laboral do militar que fez tratamento. Esse acompanhamento decorre obrigatoriamente por 6 meses após o internamento, através da administração de rastreios toxicológicos e testes de alcoolemia que são dissuasores do consumo, o incentivo à prática desportiva, a disponibilidade para o militar vir semanalmente à UTITA participar em sessões de prevenção de recaída, observação e comunicação semanal de cuidados e aspetos inerentes à recuperação, entre outros apoios presentes no dia a dia.

Por outro lado, um utente civil não usufrui destes mecanismos de suporte após o tratamento, não tem a presença de um Operador de Prevenção e nem sempre consegue a facilitação laboral para frequentar as sessões de prevenção de recaída semanalmente, durante pelo menos 6 meses.

### Estado Atual do Utente Militar (n=595)

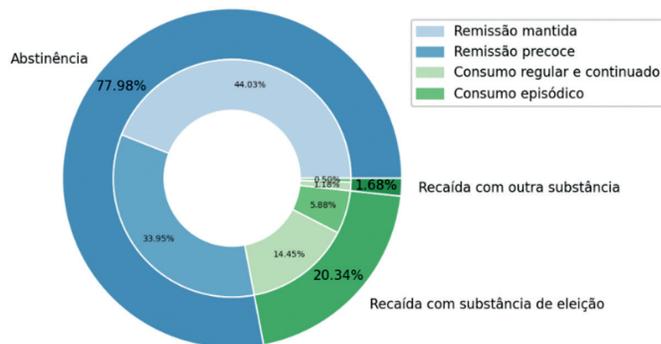
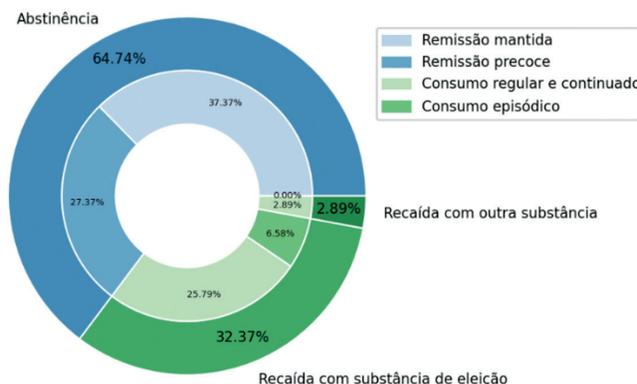


Gráfico 3 – Estado Atual do Utente Militar

### Estado Atual do Utente Civil (n=380)



**Gráfico 4: Estado Atual do Utente Civil**

O mesmo não se passa quando visto por *follow-up* (figura nº 1). Aquando do primeiro momento de *follow-up* (6 meses), quase todos entre os que estavam em abstinência (73.12%), encontravam-se em abstinência precoce. Cerca de um quarto (25.45%) recaiu com a substância de eleição e apenas 1.43% sofreu de recaída com outra substância. Aquando do segundo momento de *follow-up* (1 ano), mais de três quartos (77.60%) estavam abstinentes, sendo que a sua grande maioria se encontrava em remissão mantida. Cerca de um quinto (20.40%) recaiu com a substância de eleição e 2,00% recaiu com outra.

Aquando do terceiro *follow-up* (3 anos), quase três quartos (73.02%) encontravam-se abstinentes, sendo que a maioria estava em remissão mantida. Quase um quarto recaiu com a substância de eleição e 2.38% recaiu com outra. Aquando do último momento (5 anos) de *follow-up*, 65.98% encontravam-se abstinentes, sendo que a grande maioria se encontrava em remissão mantida. Quase um terço (30.93%) recaiu com a substância de eleição e 3.09% recaiu com outra. Em todas as ocasiões de *follow-up*, é muito mais frequente o consumo regular e continuado do que o consumo esporádico, tanto na recaída com a substância de eleição como na recaída com outra substância. É no segundo momento de *follow-up* (1 ano) que a percentagem de abstinência é maior, sendo o quarto *follow-up* (5 anos) o que apresenta a menor.

Estes dados vão de encontro ao expetável pois sendo a adição uma doença crónica, é necessário que haja um cuidado contínuo com a gestão e controlo da doença e uma proximidade e um contato com os profissionais de saúde de forma

regular. Há medida existe um espaçamento temporal após o término do tratamento, também os utentes tendem a adotar comportamentos de menos cuidado com a sua doença e de maior facilitação com a mesma, podendo colocar-se em situações de risco à recaída (Bergman et al., 2015; Miller e Hoffmann,1994).

### Estado Atual do Utente do Follow-up de 6 Meses (n=279)

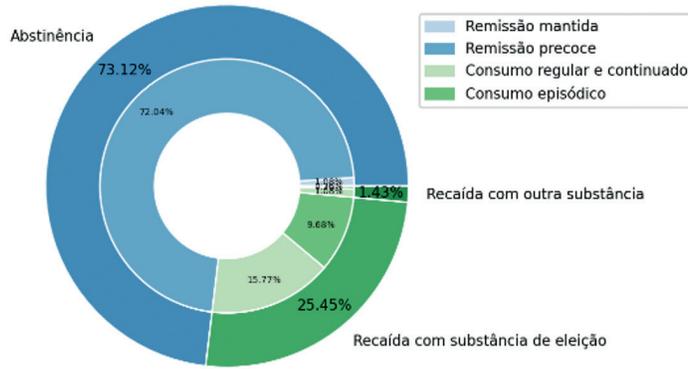


Gráfico 5: Estado Atual do Utente do *follow-up* de 6 meses

### Estado Atual do Utente do Follow-up de 1 Ano (n=250)

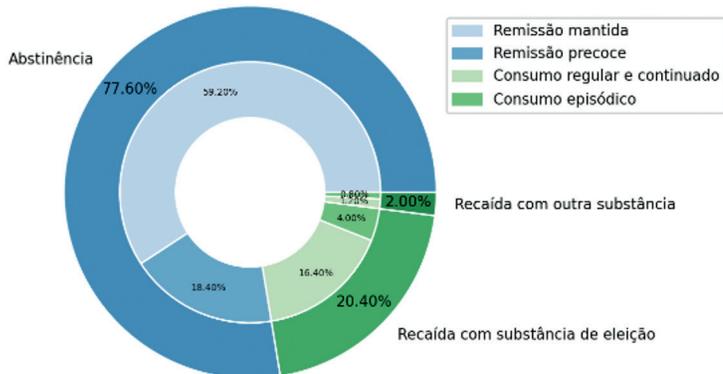


Gráfico 6: Estado Atual do Utente do *follow-up* de 1 ano

### Estado Atual do Utente do Follow-up de 3 Anos (n=252)

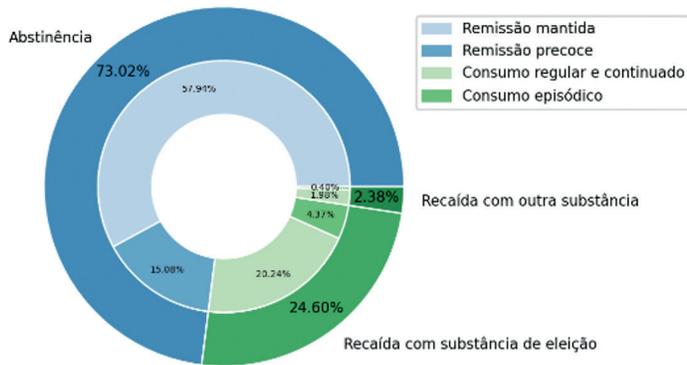


Gráfico 7: Estado Atual do Utente do *follow-up* de 3 anos

### Estado Atual do Utente do Follow-up de 5 Anos (n=194)

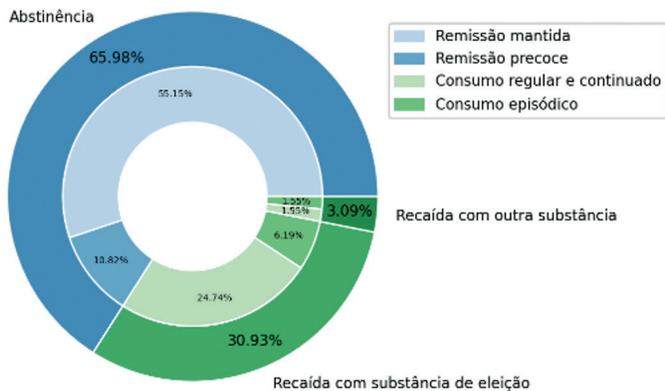


Gráfico 8: Estado Atual do Utente do *follow-up* de 5 anos

Por fim, em relação às variáveis que estão relacionadas com a manutenção da abstinência e com a permanência em recuperação (figura nº 2) apurou-se que 37.53% frequenta reuniões de suporte mútuo e 15.67% frequenta irregularmente essas mesmas reuniões.

Paralelamente quase três terços de 969 inquéritos respondidos participa regularmente em sessões de prevenção de recaída durante os seis meses após o tratamento e quase um quarto participou de forma irregular, sendo que apenas

12.80% os que nunca participaram numa sessão desse tipo ou que foram apenas ocasionalmente.

Relativamente às situações familiar e profissional no momento da entrevista (966 e 971 respostas, respetivamente), aproximadamente 80% afirma que a sua situação não sofreu alterações. Sobre a situação familiar, a alteração para união de facto ou casamento e a alteração para separação ou divórcio são as alterações mais expressivas, sendo residual a alteração para viuvez. Sobre a situação profissional, a alteração para empregado é mais expressiva, seguido por alteração para desempregado e alteração para reserva ou reforma. A alteração para licença médica é a menos expressiva.

As percentagens referentes a uma dieta instituída estão entre 40.80% e 55.33%. Relativamente ao horário de trabalho diário, conhecem-se 748 respostas. 83.02% afirma trabalhar ter de forma regular ou quase sempre entre seis a nove horas.

Sobre o sono diário, quase um quinto das 953 respostas afirma que quase nunca dormem mais de seis horas num dia e 43.86% afirma dormir quase sempre mais de seis horas.

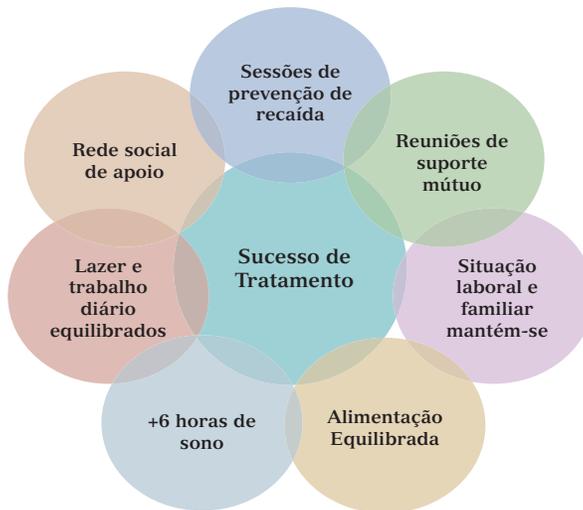
Em 949 respostas sobre o tempo para se divertir, quase metade (46.26%) afirma ter tempo para tal de modo regular ao longo de um mês.

Relativamente à questão sobre a rede social de apoio, das 955 respostas, 65% afirma ter contacto com uma rede social de apoio.

Não se encontraram estudos que tenham testado a relação destas variáveis com a abstinência dos utentes, após um período de tratamento com internamento, à exceção dos estudos que avaliaram a frequência dos utentes nas reuniões de suporte mútuo e na assiduidade a consultas de especialidade e de cuidados continuados em ambulatório (Miller e Hoffmann, 1994). Nesses estudos, os utentes que mantinham esse apoio tinham uma taxa de abstinência de 90%, o que corrobora os nossos resultados, que não sendo tão elevados vão no mesmo sentido.

Ao nível de significância de 95%, não se rejeita a hipótese de que o sucesso do tratamento seja independente do sexo, idade (aquando do tratamento), follow-up e ramo do utente. No entanto, para esse mesmo nível de significância, rejeita-se a hipótese de que o sucesso do tratamento seja independente do número de tratamentos, estatuto, categoria, tipo de adição, reuniões de suporte mútuo, sessões de prevenção de recaída, situação familiar (aquando do inquérito), situação profissional (aquando do inquérito), alimentação equilibrada, 6 a 9 horas de sono

diário, mais de 6 horas de sono diário, tempo para se divertir e rede social de apoio. Deste modo, as variáveis em que se rejeita a hipótese de independência com o sucesso são consideradas fatores de relevo na influência do mesmo.



**Figura 2 – Variáveis relacionadas com a manutenção da abstinência/recuperação**

#### **4. CONCLUSÕES**

A adição é uma doença progressiva, crônica, com reconhecidas causas e consequências de âmbito biológico, psicológico e social. O tratamento deverá ser também biopsicossocial com recurso a internamento. A UTITA utiliza o Modelo Minnesota e o Modelo Multidimensional como base do seu Programa Residencial Intensivo de 28 dias mais 6 meses de ambulatorio e está vocacionado para meio laboral. Este estudo demonstrou o sucesso do nosso programa de reabilitação, materializado pela reduzida taxa de recaída após alta clínica e nos anos seguintes. Compreendeu-se ainda que existem várias variáveis que contribuem para a manutenção de uma recuperação em sobriedade, ou seja, em abstinência de substâncias psicoativas. Essas variáveis são a frequência de reuniões de suporte mútuo, de sessões de prevenção de recaída, um estilo de vida saudável com alimentação equilibrada, mais de 6 horas de sono, tempo de lazer, rede social de apoio, estabilidade na vida familiar e profissional.

Este estudo vem evidenciar que apesar da adição ser uma doença crónica, é possível manter uma recuperação e prosseguir com uma vida equilibrada no plano pessoal, social, familiar e profissional. Evidencia o sucesso do tratamento pela elevada taxa de recuperação, o que nos demonstra a relevância no investimento de programas de tratamento e o impacto positivo que pode ter na vida das pessoas que padecem desta doença.

A literatura tem demonstrado que os trabalhadores que apresentam problemas de dependência de álcool e/ou drogas lícitas e/ou ilícitas são pessoas menos produtivas e têm conflitos frequentes com chefias e colegas. Tendem também a apresentar atrasos no horário laboral, ficam doentes com mais frequência, protagonizam momentos de intoxicação no próprio local de trabalho, manifestam elevados índices de absentismo, problemas disciplinares, despedimentos, lesões e acidentes, que tanto podem prejudicar o próprio como os que o rodeiam no meio laboral. Também se sabe que após o tratamento, as pessoas aditas passam a ser pessoas capazes de dar resposta aos desafios laborais e sociais, recuperam gradualmente a sua saúde física e mental, desenvolvem os seus recursos cognitivos e adquirem estabilidade emocional que lhes permitem desempenhar os diferentes papéis ao nível familiar, social e laboral (Junior et al., 2016).

Neste sentido, há necessidade de serem realizados mais estudos longitudinais nesta temática que nos permitam testar a eficácia deste modelo. Este estudo traz esta mais-valia de ser pioneiro em Portugal e de abrir portas para novos estudos, bem como de continuarmos a aumentar a nossa amostra no mesmo formato de investigação longitudinal. Com essa amostra maior, será possível utilizarmos outros recursos estatísticos com regressões lineares para apurar qual ou quais as variáveis com mais impacto na recuperação.

## APÊNDICE A – Interface gráfica da aplicação informática – software Matlab versão R2010b

**GESTRATAMENTO1**

Estadísticas Descriptivas Ajudas

### FOLLOW-UP PROGRAMA RESIDENCIAL INTENSIVO - UTITA

**Dados do inquérito**

Técnico Responsável:

Data de preenchimento do quest.:

Follow-up:  Nº do processo:

Nº de tratamentos efetuados na UTITA:

Entrevista:

**Indivíduo**

Nome:  Data de nascimento:

Estado civil:  Nº de identificação (BICO):  Sexo:

Contacto:  Contacto de um familiar:  Est. Civil (entrevista):  Nº de filhos por PPI:

Militar Ramo/Força a que pertence:   Civil Origem:

Categoria:  Situação durante o tratamento:

Selecionar indivíduo da BD

**Acompanhamento do tratamento**

Tipo de adição Desde o último tratamento consumiu alguma substância psicoativa:  se sim, quando foi?

Drogas  Alcool  Jogo  Freqüente reuniões de autoajuda?   A.A.  N.A.  J.A.

Alucinações  Antepasmos  Cafeína  Cannabis  Cocaína  Fenclodina  Inalantes  Opiáceos  Sedativos  Outros

Freqüentou reuniões de prevenção de recaída durante os 6 meses após o tratamento?

Acompanhamento ao nível da saúde:  Sim  Não Tratamento farmacológico:  Quais:

Acomp. Psicológico  Acomp. Psiquiátrico  Outro. Acomp. Médico  St. familiar atual:

Outro trat. adição  St. profissional:

Estilo de vida saudável

Prática desporto:  +6 horas de sono diário:

Alimentação equilibrada:  Tempo p/ se divertir:

6 a 8 horas de trabalho diário:  Rede social de apoio:

Data do último consumo:

Continuada  Episódios de consumo

**Gestão de dados**

Nº de processos na BD:

Selecionar processo em BD

Detecção automática de processos com erros

## APÊNDICE B – Entrevista estruturada e de reavaliação

Estamos a realizar uma entrevista de reavaliação a todas as pessoas que realizaram tratamento na UTITA. Esta entrevista tem como objetivo compreender o seu estado de saúde atual, se necessita da nossa ajuda, bem como perceber de que forma é que nosso tratamento foi eficaz.

### Dados do Inquérito

Responsável: \_\_\_\_\_

*Follow-up*

6 meses  1 ano  3 anos  5 anos

Nº do Processo \_\_\_\_\_

Entrevista realizada em: \_\_\_\_\_ (data da realização da entrevista)

Próprio  Familiar  Não realizada

Nº de Tratamentos Realizados na UTITA:

1  2  3

Nº do PRI \_\_\_\_\_

Início do PRI \_\_\_\_\_ Fim do PRI... \_\_\_\_\_

### Indivíduo

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ (idade)

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nº de Identificação (CC) \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_

Contacto de um familiar: \_\_\_\_\_

Nº de elementos por PRI \_\_\_\_\_

## CATEGORIA

Militar	<input type="checkbox"/>	Civil	<input type="checkbox"/>
Marinha	<input type="checkbox"/>	Particular	<input type="checkbox"/>
Exército	<input type="checkbox"/>	Protocolo SICAD	<input type="checkbox"/>
Força Aérea	<input type="checkbox"/>	Outro Protocolo	<input type="checkbox"/>
GNR	<input type="checkbox"/>	Qual: _____	
PSP	<input type="checkbox"/>	Ativo	<input type="checkbox"/>
		Reserva/Reforma	<input type="checkbox"/>
		Desempregado	<input type="checkbox"/>
		Licença Médica	<input type="checkbox"/>

### Tipo de Adição:

Drogas	<input type="checkbox"/>	Álcool	<input type="checkbox"/>	Jogo	<input type="checkbox"/>
Alucinogénios	<input type="checkbox"/>				
Anfetaminas	<input type="checkbox"/>				
Cafeína	<input type="checkbox"/>				
Cannabis	<input type="checkbox"/>				
Cocaína	<input type="checkbox"/>				
Fenciclidina	<input type="checkbox"/>				
Inalantes	<input type="checkbox"/>				
Opiáceos	<input type="checkbox"/>				
Sedativos	<input type="checkbox"/>				
Outros	<input type="checkbox"/>				

## Acompanhamento do tratamento

- Desde o último tratamento consumiu alguma substância psicoativa?  
Nunca  Esporadicamente (até 3 consumos)  Regularmente   
Desconhecido   
1.1 Se sim, quando foi a última vez? \_\_\_\_\_
- Frequente reuniões de autoajuda?  
Sim  Irregularmente (algumas sessões)  Não   
Desconhecido   
2.1. Se sim, quais?

AA   
 NA   
 JA

3. Frequentou reuniões de prevenção de recaída durante os 6 meses após o tratamento?

Sim  Irregularmente (algumas sessões)  Não

4. Acompanhamento ao nível da saúde

Sim  Não

Acompanhamento Psicológico

Acompanhamento Psiquiátrico

Qual: \_\_\_\_\_

Outro Acompanhamento Médico

Qual: \_\_\_\_\_

Outro Tratamento em Adição

4.1. Tratamento farmacológico

Sim  Não

Se sim, quais os medicamentos: \_\_\_\_\_

Estado Civil à data da entrevista \_\_\_\_\_

5. Situação familiar atual

Alterou-se  Mantém-se

União de facto/casamento

Separação/divórcio

Viuvez

6. Situação profissional

Alterou-se  Mantém-se

Empregado

Desempregado

Licença Médica

Reserva/Reforma

7. Estilo de vida saudável:

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Prática de desporto					
Alimentação equilibrada					
Trabalhar um n° de horas razoável ( de 6 a 9 horas por dia)					
Dormir o n° de horas de sono que necessita (+6)					
Tempo para se divertir (cinema, música, "hobbies")					
Rede social de apoio (amigos, família)					

• Conclusão do estado atual do utente:

- Abstinência       Remissão Precoce   
 Remissão mantida     Recaída     Recaída com substância de eleição   
 Recaída com outra substância   
 Consumo episódico       Consumo regular e continuado

Data do último consumo: \_\_\_\_\_

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, D. J. (1981). *Perspectives on treatment: The Minnesota experience*. Center City, MN: Hazelden Foundation.
- ASAM (American Society of Addiction Medicine) (1994). *Principles of Addiction Medicine*. Washington D.C.: Ed. ASAM.
- Association, American Psychiatric (2006). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 4ª Edição, Texto Revisto. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bergman, B. G., Hoepfner, B. B., Nelson, L. M., Slaymaker, V., & Kelly, J. F. (2015). The effects of continuing care on emerging adult outcomes following residential addiction treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 153, 207-214.
- Carrilho, M. (2002). A UTITA, O Modelo Minnesota em Portugal e um Projecto de Sucesso da Saúde Militar no Âmbito da Defesa Nacional. *Anais do Clube Militar Naval*. Vol. 132, 583-596.
- Carrilho, M., Maymone & M., Oliveira, S. (2004). Intervenção no Programa de Reabilitação da UTITA - Serviço de Utilização Comum das Forças Armadas. *Revista de Psicologia Militar*, 15, 95-103.
- Cook, C. C. (1988). The Minnesota model in the management of drug and alcohol dependency: Miracle, method or myth? Part II. Evidence and conclusions. *British Journal of Addiction*, 83(7), 735-748.
- Bergman, B. G., Hoepfner, B. B., Nelson, L. M., Slaymaker, V., & Kelly, J. F. (2015). The effects of continuing care on emerging adult outcomes following residential addiction treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 153, 207-214.
- Gorsky, T.T. & Miller, M., (1986). *Staying Sober: A Guide for Relapse Prevention*. USA: Herald House Press.
- Henriques F. (2004). *Prevenção de Recaída*. In C. Ferreira-Borges & H. C. Filho (Eds), *Usos Abusos e Dependências Alcoolismo e Toxicodependência* (387-40), Lisboa, Climepsi, Editores.
- Junior I., Schlindein V., & Calheiros P. (2016). A relação entre o uso de drogas e o trabalho: uma revisão de literatura PSI. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 16, 104-122.
- OEDT: Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2022). *Relatório Europeu sobre drogas, 2022*.
- Owen, P. (2000). *Minnesota Model: Description of counseling approach*. In *Approaches to drug abuse counseling*. U.S.A: U.S. Department of Health and Human Services – National Institutes of Health: 117-125.

- Maymone, M. & Carrilho, J. M. (2010). Uma Experiência a Partilhar em Segurança Nacional – Curso de Operadores de Prevenção de Alcoolismo e Toxicodependência. Formação de Chefias das Forças Armadas e de Segurança (GNR e PSP). Segurança e Defesa. *Escola do Serviço de Saúde Militar*, 15, 73-77.
- Miller, N. S., & Hoffmann, N. G. (1994). Addictions treatment outcomes. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 12(2), 41-55.
- Santos, N. & Carrilho, M. J. (2002). Avaliação – Instrumentos de Avaliação Inicial e Continua (Dimensões) em Tratamentos (Níveis de Cuidados) e suas Aplicações. Intervenção, Tratamento e Reabilitação no uso de Álcool e Outras Drogas. Manuscrito não submetido para publicação.
- Scheel, K. (2001). *Theory and Practice of Addiction Counseling*; DLCAS, Hazelden Foundation Acedido em <http://.dlcas.com/states.html>, a 20 de Dezembro de 2011.
- Stinchfield, R., & Owen, P. (1998). Hazelden's model of treatment and its outcome. *Addictive behaviors*, 23(5), 669-683.

## **ESTUDO 5 – A GESTÃO DO STRESS NA PREVENÇÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDÁRIO: DUAS ESTRATÉGIAS DE PROTEÇÃO PARA MILITARES, MILITARIZADOS E CIVIS DA MARINHA PORTUGUESA**

*STRESS MANAGEMENT IN PREVENTING SUICIDAL BEHAVIOR: TWO PROTECTION STRATEGIES FOR MILITARY, MILITARY AND CIVILIANS OF THE PORTUGUESE NAVY*

**Daniel Cruz Neves**

Capitão-tenente

Psicólogo Clínico da Marinha Portuguesa

### **RESUMO**

O ambiente militar é considerado stressante e a saída de pessoal da Marinha Portuguesa (MP), resultou num aumento do volume de trabalho, comprometendo períodos de descanso e aumentando o nível de *stress* da população militar. A literatura menciona a relação entre elevados níveis de *stress* e comportamento suicidário (CS). Desta forma, o presente estudo visa analisar na MP, o nível de *stress*, dos militares, militarizados e civis (MMC), investigar o número de casos de CS e selecionar medidas de prevenção de Gestão do *Stress* e Prevenção do Comportamento Suicidário. A metodologia de investigação foi baseada num tipo de raciocínio dedutivo. Para além da análise documental, foi aplicado um inquérito por questionário a 1.015 participantes e foram realizadas oito entrevistas com Psicólogos Militares (PM) da MP. O estudo mostrou que o nível de *stress* na amostra corresponde à categoria de nível intermédio, que nos últimos doze anos foram identificados dezassete casos de CS, quinze de suicídio e duas tentativas de suicídio e que os programas de prevenção não cobrem toda a população na MP. A partir dos dados recolhidos, foi possível propor um conjunto de medidas para otimizar as estratégias de proteção dos MMC nesta área.

**Palavras-chave:** Marinha Portuguesa; *Stress*; Comportamento Suicidário.

### **ABSTRACT**

*The military environment is considered stressful and the departure of personnel from the Portuguese Navy (MP) has resulted in an increase in workload, compromising rest periods and increasing the stress level of the military population. The literature mentions the relationship between high levels of stress and suicidal behavior (SB). Therefore, this study aims to analyze the stress levels of military personnel, both military and civilian (MMC), to investigate the*

*number of cases of SB and to select preventive measures for Stress Management and Suicidal Behavior Prevention. The research methodology was based on deductive reasoning. In addition to document analysis, a questionnaire survey was administered to 1,015 participants and eight interviews were conducted with MP Military Psychologists (MPs). The study showed that the level of stress in the sample corresponds to the intermediate level category, that in the last twelve years seventeen cases of CS, fifteen of suicide and two suicide attempts have been identified and that prevention programs do not cover the entire population in the MP. Based on the data collected, it was possible to propose a set of measures to optimize the protection strategies for MMC in this area.*

**Keywords:** Portuguese Navy; Stress; Suicidal Behavior.

## 1. INTRODUÇÃO/ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O bem-estar psicológico da força é a principal responsabilidade da Cadeia de Comando (North Atlantic Treaty Organization [NATO] (2014) e a base de uma Organização são as pessoas, mas nos últimos anos, as Forças Armadas (FFAA) têm sido confrontadas com a perda de efetivos, acarretando para estes um aumento do volume de trabalho podendo vir a comprometer a saúde do efetivo. Entende-se saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social (Organização Mundial da Saúde, 1984).

Desde 2008, data da crise económica e financeira, até aos dias de hoje, a Marinha Portuguesa (MP) tem menos 3.150 dos militares efetivos<sup>4</sup> (28%). A falta de pessoas implica acréscimo do volume de trabalho e compromete os períodos de descanso gerando pressão acrescida.

A CareerCast (2019), ao analisar fatores como o salário médio, as perspetivas do emprego, o aumento do salário, o perigo, os períodos longe de casa, o ambiente emocional, físico e horas trabalhadas (Harms, Krasikova, Vanhove, Herian & Leste, 2013; Sicard, 2016), classificou o emprego “militar” como um dos trabalhos mais stressantes do mundo.

O ambiente militar é um ambiente potencialmente stressante (Schincariol & Vasconcellos, 2001; Wilson, Braithwaite & Murphy, 2003; Ribeiro & Surrador, 2005) e os militares apresentam maior *stress* psicológico e maior risco de tentativas de suicídio em comparação com a população em geral (Lin, Nagamine, Yang, Tai, Lin & Sato, 2020). O nível elevado de *stress* pode causar ideias suicidas que estão associadas às tentativas de suicídio (Lin, et al., 2020).

A prevenção e a promoção da saúde são fundamentais e não podem ser vistas apenas como um objetivo individual. A organização também é responsável, de acordo com o estipulado na Lei 102/2009 de 10 de setembro, que estabelece o regime jurídico aplicável à promoção da segurança e saúde no trabalho, incluindo a prevenção, através da recomendação da Resolução da Assembleia da República n.º 240/2018, que consiste na diminuição dos riscos psicossociais e dos problemas de saúde psicológica no trabalho e as normas ISO5, nomeadamente a ISO 45001 e ISO/DIS 45003, que especificam os requisitos para um sistema de gestão de saúde e segurança ocupacional e saúde e segurança psicológica no trabalho fornecendo orientação para o seu uso, de modo a capacitar as organizações a proporcionar locais de trabalho seguros e saudáveis, prevenindo lesões e doenças ocupacionais, gestão dos riscos psicossociais, assim como proactivamente, melhorar o desempenho (Cicco, 2018).

Assim, decorrente do anteriormente exposto, é objeto de estudo analisar o nível de *stress* atual dos militares, militarizados e civis (MMC) e o número de comportamentos suicidários (CS) no período de 2008 a 2022 na MP, para que se possa delinear medidas de prevenção (Gestão de *Stress* (GS) e Prevenção de Comportamentos Suicidários (PCS)).

Considerando a abrangência do objeto de investigação, este será delimitado em três domínios distintos, conteúdo, espaço e tempo (Santos & Lima, 2016). No que concerne à delimitação do conteúdo, o presente estudo incidirá na análise dos níveis de *stress* dos MMC da MP e investigar o número de casos de risco de CS para que se possa vir a selecionar medidas de prevenção (GS e PCS) à população que presta serviço na MP. No que respeita ao espaço, será centrado na MP, considerando todos os MMC que prestam serviço no ramo.

Por último, no que concerne ao domínio para a variável *stress* será o presente, mais concretamente junho de 2022, por forma a identificar o nível de *stress* atual dos MMC e para o CS, o período compreendido entre o ano de 2008 a junho de 2022, sendo que o ano de 2008 está referenciado como o ano da crise económica e financeira que afetou a sociedade portuguesa e obrigou, entre outras razões, a conter a despesa do Estado, onde as FFAA foram sujeitas a reduções de efetivos, alterações estatutárias da competência do comando, a concentração de serviços, encerramentos de unidades e cortes orçamentais nas verbas da Lei de Programação Militar (Santo, 2014).

O estudo tem o objetivo geral (OG) de “analisar a gestão do *stress* na prevenção do CS e propor estratégias de prevenção na MP”. Decorrente da formulação do OG, foram decompostos três Objetivos Específicos (OE): o OE1, pretende “analisar os níveis de *stress* dos MMC que prestam serviço na MP”, o OE2, “investigar o número de casos de CS na MP” e o OE3, que visa “selecionar medidas de prevenção (GS e PCS) à população que presta serviço na MP”.

No seguimento do que foi anteriormente exposto, a questão central (QC) formulada para o presente problema de investigação consiste em: que medidas deverão ser implementadas para a melhoria da GS na prevenção do CS, inseridas nas estratégias de proteção da MP e eventualmente nas FFAA? Por sua vez, para melhor responder à QC e com o intuito de alcançar os OE foram definidas três questões derivadas (QD). A QD1: Qual o nível de *stress* dos MMC que prestam serviço na MP?; a QD2: Quantos casos de CS ocorreram entre 2008 e 2022?; e a QD3: Que estratégias ou programas de prevenção e intervenção, relativo ao *stress* e CS, junto dos MMC, estão a ser implementados na MP?

Este estudo insere-se na Área das Ciências Militares, Comportamento Humano e Saúde em Contexto Militar e na subárea da Psicologia Militar – Saúde Militar (Decreto-Lei n.º 249/2015). Santos (2018, p. xix) define a saúde militar como um conjunto de atividades que envolve, quer em tempo de paz, quer em tempo de guerra, objetivos de diagnóstico e tratamento, de carácter médico ou cirúrgico, em todas as especialidades, em benefício dos indivíduos ou grupos pertencentes ao pessoal militar. Pese embora os vastos estudos relacionados com os conceitos *stress* e CS, verifica-se a inexistência de estudos relacionando as duas variáveis numa organização militar e com as três populações envolvidas, os MMC.

Vários são os autores (Lipp 2004; Tolentino, Morais & Santos, 2015; Azevedo, 2021) que consideram o *stress* como uma reação psicofisiológica complexa, que tem, na sua gênese, a necessidade de o organismo lidar com algo que ameça a sua homeostase ou equilíbrio interno. Isso pode ocorrer quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz. Trata-se de uma tentativa de vencer um desafio, de sobreviver a uma ameaça ou de lidar

com uma adaptação necessária no momento, mesmo que seja algo extremamente desejado e esperado.

Segundo Vaz Serra (2005, p.19), um indivíduo sente-se em *stress* quando desenvolve a percepção de não ter controlo sobre um acontecimento com que

se defronta, que é considerado importante para si e perante o qual sente que as exigências criadas ultrapassam as suas aptidões e os recursos pessoais e sociais.

Em contexto militar, o *stress* tem uma profunda influência na saúde física e mental (Van Dyk, s.d.). A ocupação militar envolve muitos riscos e stressores, nomeadamente a exposição ao combate, morte e potencial lesão, testemunhar camaradas feridos ou mortos, a incerteza, impotência, tédio, trabalho pesado e atividades de treino perigosas (Alford & Cuomo, 2009; Bartone, Eid, Hystad, 2016). Os mesmos autores, referem que em missão, todos os fatores de *stress* identificados podem surgir, assim como a sensação de isolamento associada ao distanciamento da própria cultura familiar, família e amigos.

São vários os modelos de *stress* que têm surgido ao longo do século XX, quer na sua definição, quer na atribuição dos fatores fisiológicos e psicológicos, quer na relação entre o indivíduo e o meio ambiente. MacDonough's (1991) definiu um modelo conceptual de *stress* multivariável que explica como as variáveis relevantes e críticas, nomeadamente as exigências do ambiente, os "amortecedores" psicológicos, as variáveis intrapsíquicas, como o atual estado psicológico, as estratégias de *coping* e as consequências sintomáticas, interagem e se relacionam face aos stressores em contexto militar.

O mesmo autor define as variáveis da seguinte forma: as exigências do ambiente consistem em stressores relacionados com as funções no trabalho, no casamento/relação conjugal ou análoga, com os filhos, na comunidade e a própria história pessoal e familiar do sujeito. Os "amortecedores" psicológicos dizem respeito ao sistema de apoio social e grupos de ajuda informais e formais, amigos, família. As variáveis intrapsíquicas referem-se às características da personalidade, eventuais perturbações de personalidade, mecanismos de defesa, tipo de avaliação percetiva face aos stressores, estratégias de *coping*, métodos de redução de *stress*, competências sociais e mecanismos de autocontrolo. O estado psicológico atual do indivíduo pode ser descrito através das cinco respostas: cognitivas, emocionais, comportamentais, físicas e mentalidade com dimensões positivas e negativas (MacDonough's, 1991). As respostas de *coping* podem ser: adequadas/adaptativas, não adequadas/desadaptativas ou totalmente desorganizadas. O *coping* adequado conduz a um comportamento adaptativo, enquanto um indivíduo com *coping* inadequado ou totalmente desajustado manifesta reações desadaptativas de *stress* (MacDonough's, 1991).

Segundo o mesmo autor, os resultados das pesquisas em ambiente militar identificam nove categorias de *stress* desadaptativo, como modelo teórico do problema da investigação incluímos a categoria “Comportamento suicidário”, dado o que a literatura o identifica, por forma a explicar como os militares reagem ao *stress* em ambiente militar (Figura 1).

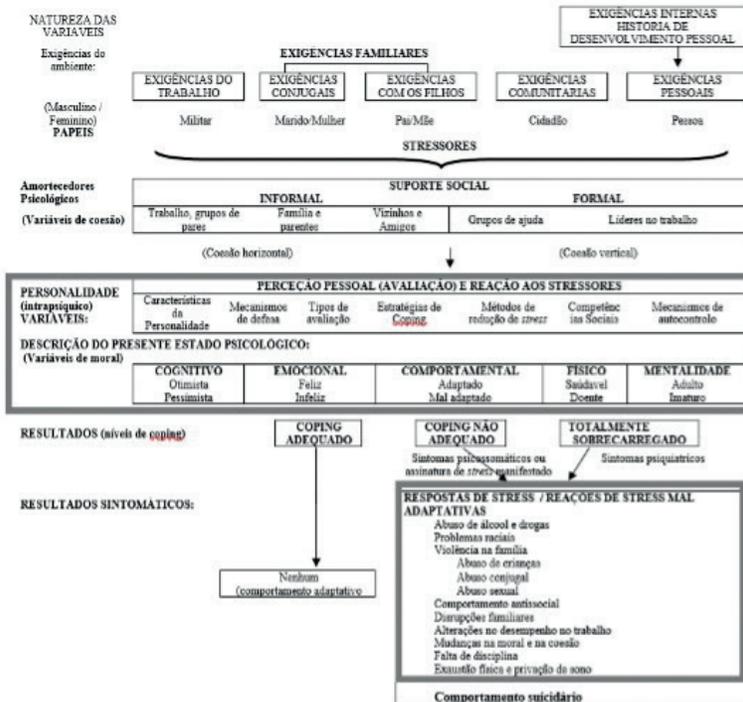


Figura 1 – Modelo multivariável de *stress* de MacDonough's com a categoria Comportamento suicidário

Fonte: Adaptado de MacDonough's (1991).

O *stress* tem impacto na vida das pessoas, sendo considerado como a segunda queixa dos trabalhadores portugueses (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2013), e impacto a nível organizacional, na diminuição da produtividade, aumento do número de acidentes de trabalho e nos erros na tomada de decisão.

Com base nos estudos relacionados com o *stress* foi possível identificar os que estão relacionados com os militares. Nos anos da guerra de Ultramar,

Gouveia Pereira (2004) realizou um estudo que foi iniciado na Guiné em 1964 e que se prolongou até 1981, numa amostra de 153 Fuzileiros. O objetivo foi analisar o impacto da guerra e as consequências que teriam para a saúde dos Fuzileiros. O autor concluiu que as consequências eram negativas e de grande impacto, se a exposição à situação fosse prolongada no tempo ou se a exposição ao *stress* fosse intensa e com intermitências.

Pflanz & Ogle (2006) investigaram a relação entre *stress* no trabalho, depressão, desempenho e os tipos de stressores. Com uma amostra constituída por oitocentos e nove militares (n=809), estes autores identificaram que 27,4% (222) da população sofria de *stress* significativo no ambiente de trabalho.

Bola (2017), ao analisar o *stress* e a sua influência no desempenho dos alunos da Academia da Força Aérea Portuguesa, concluiu que os alunos percecionavam níveis de *stress* significativamente mais elevados quando comparados com outros estudantes universitários fora do âmbito militar e que os alunos mais novos percecionavam maiores níveis de *stress* em comparação com os que tinham mais idade.

Também Correia (2011) ao comparar alunos da Universidade e alunos da academia encontrou diferenças na perceção do *stress* ao nível do género, sendo os alunos do género masculino a apresentar uma maior perceção das fontes indutoras de *stress* e com mais queixas nas variáveis psicológicas relacionadas com o *stress* académico.

Importa salientar que o *stress* nem sempre é prejudicial à saúde, existindo dois tipos de *stress*, o Eustress que é benéfico, construtivo e que traz otimismo para o futuro e o Distress, que é prejudicial, nocivo, que traz pessimismo para o futuro e que a longo prazo tem implicações na saúde física, psicológica e comportamental do indivíduo (Selye, 1983; Santos & Castro, 1998, p.685), com impacto nas relações sociais e familiares e que poderá culminar numa morte prematura ou num CS.

No que concerne ao CS, existem três tipos, a ideação suicida, a tentativa de suicídio e o suicídio consumado. O suicídio é uma tragédia pessoal e familiar que causa sofrimento naqueles que convivem e se relacionam com a vítima. Atinge todas as culturas, classes sociais e idades, e possui uma etiologia multivariada, englobando elementos biológicos (neurológicos), genéticos, sociais, psicológicos (conscientes e inconscientes), culturais e ambientais (Werlang, Borges e Fensterseifer, 2005).

O motivo que desencadeia uma crise não é definido por uma situação única ou por um conjunto de circunstâncias, mas sim pela perceção do indivíduo, do acontecimento e da sua capacidade ou incapacidade para conseguir enfrentar a

situação. Assim, quando um indivíduo não consegue apoiar-se na rede de contatos sociais, os seus recursos pessoais falham e a situação de crise é insuportável. É possível perante a angústia avassaladora sentida que veja na morte como a única saída (Seminotti, Paranhos, Thiers, 2006). Para Kendrick, Holleran, Hart, Lockwood, Vargo e Bongar (2017). O suicídio é um fenômeno complexo, que é percebido de diversas formas e que envolve uma multiplicidade de processos diferentes, sendo uma questão de saúde pública.

A literatura refere uma relação entre ideação suicida e o *stress*, pelo que gerir o *stress* e prever precocemente a presença de ideação suicida é importante e essencial nas FFAA (Lin et al., 2020).

Recorrendo aos dados da PORDATA (2021), de 2008 a 2019, o óbito de residentes em Portugal por suicídio foi de 12.606 indivíduos. O ano de 2014 teve o maior número de mortes por suicídio (1.216) e em 2019, o valor diminuiu para 975.

No estudo alemão em que se procurou examinar as tentativas e suicídios consumados em militares ativos das FFAA Alemãs entre 2010 e 2016, com base em registos pessoais e médicos registados nos arquivos centrais do Serviço de Medicina, Helms, Wertenaue, Spaniol, Zimmermann e Willmund (2021) identificaram a ocorrência de 262 tentativas de suicídio e 148 suicídios consumados. Durante o período de 2014-2015 as FFAA Alemãs atingiram uma taxa de suicídio de 16 por 100.000 militares ativos, superior à taxa de suicídio de 12 por 100.000 de civis da Alemanha. Helms, et al., (2021) identificaram ainda que os efetivos do serviço eram na sua maioria homens jovens, com idade entre 17 e 35 anos e com menos de 6 anos a exercer as suas funções nas FFAA Alemãs.

Ferreira (2019) no estudo realizado com o tema: as limitações e potencialidades na prevenção, intervenção e pósvenção do suicídio na Guarda Nacional Republicana, procurou compreender a problemática do suicídio, nos militares, destacando nos resultados obtidos as atividades realizadas para a prevenção do suicídio e a importância da divulgação de informação e da formação.

Lin et al., (2020) realizaram uma investigação com base na utilização de tecnologias e programas de inteligência artificial para prever comportamentos suicidários. Estes programas, através de algoritmos computadorizados, conseguem analisar dados de informação e fornecer um diagnóstico preciso de doenças e prever o resultado. Com recurso a esta tecnologia foi possível prever a presença de ideação suicida com uma precisão superior a 98%.

Num outro estudo realizado a 905 controladores de *drones* da Força Aérea, Bryant-Lees, Martinez, Frise, Bryan, Goodman, Chappelle & Thompson (2021) procuraram examinar o apoio social do membro pertencente à equipa e o apoio social do líder como fatores de proteção para a redução do risco de ideação suicida. Os resultados foram significativos na medida em que o apoio social da equipa e do líder foram fatores protetores para os militares que trabalhavam em turnos e para aqueles que estavam mais predispostos a procurar cuidados de saúde mental.

De acordo com Pflanz e Ogle (2006), observar e eliminar as fontes de *stress* no trabalho deveria ser uma prioridade, com o objetivo de preservar e proteger a saúde mental dos MMC. Os programas de saúde mental nos locais de trabalho têm um grande potencial para melhorar a saúde mental da força de trabalho e gerar retorno económico, uma vez que conduzem a melhorias significativas ao nível do bem-estar dos trabalhadores, de redução do absentismo e do aumento da produtividade e do melhor desempenho dos trabalhadores (Matrix, 2013).

Em 2002, a NATO criou um Grupo de Trabalho, o HFM-081/RTG para se dedicar ao estudo do *Stress* e Apoio Psicológico em Operações Militares Modernas. Este grupo composto por mais de 30 profissionais que representaram 19 nações diferentes da NATO e vários profissionais de defesa militar e civil da área de apoio psicológico militar, como psicologia, psiquiatria, serviço social e sociologia, trabalharam durante 4 anos com o principal objetivo de fornecer aos líderes militares, informações e estratégias práticas para lidar com o *stress* e fornecer apoio psicológico, de modo a aumentar a eficácia da unidade nas operações militares modernas (NATO, 2008). O resultado deste trabalho culminou com a criação da *Standardization Agreement (STANAG) 2565, A Psychological Guide for Leaders across the Deployment Cycle* (NATO, 2011).

Nas FFAA Portuguesas, existem programas ou ações de formação de prevenção e intervenção. A Força Aérea Portuguesa tem mantido o seu foco na GS do pessoal tripulante de aeronaves e na promoção de estratégias de controlo de *stress* nas Operações de Apoio à Paz e no apoio psicológico às várias unidades (Dias, 2010).

O Centro de Psicologia Aplicada do Exército, apresenta um Modelo de Intervenção e Apoio Psicológico com o objetivo de avaliar e preparar psicologicamente os militares integrados nas Forças Nacionais Destacadas (FND), garantir o seu bem-estar após o final das missões e prestar apoio às famílias dos militares. Tem ainda um Programa de formação pares (C2C) desenvolvido pela

Academia Militar do Exército Português, que procura desenvolver competências cognitivas e comportamentais aos cadetes-alunos, com resultados positivos em relação à utilidade da experiência vivenciada para confrontar a realidade e da preparação para respostas a futuras situações de crise (Januário, Queirós, Cruz, Santos & Almeida, 2021).

Na MP, existem ações de formação de GS Operacional que são ministradas para militares que participam em FND ou para cargos Deployable. Na Escola de Fuzileiros (EF) existem ainda formações que abordam a temática nos cursos específicos de formação de carreira. Mas, segundo Azevedo (2021), estas ações de formação são insuficientes face a uma população militar que necessita de conhecimentos e estratégias para lidar com os fatores stressores, tendo a autora proposto um programa de intervenção para as FND com as recomendações do GT HFM-081 da NATO que se poderá aplicar à MP e eventualmente às FFAA.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1. OBJETIVOS**

É objeto deste estudo analisar o nível de *stress* atual dos MMC e o número de CS no período de 2008 a 2022 na MP, para que se possa selecionar medidas de prevenção.

### **2.2. PARTICIPANTES**

O estudo contou com a participação voluntária dos sujeitos após o consentimento informado sobre os objetivos da investigação e das garantias do anonimato e da confidencialidade, para além de respeitar os demais procedimentos éticos e deontológicos face à investigação.

A investigação considerou dois tipos de participantes, nomeadamente todos os MMC que prestam serviço na MP que responderam ao inquérito por questionário e os PM que prestam serviço na MP e que responderam à entrevista.

### **2.3. PROCEDIMENTO**

Em relação ao questionário, iniciou-se o estudo com um pré-teste para verificação da adequabilidade dos termos e das expressões utilizadas, tendo o mesmo sido enviado a cinco militares. Após o preenchimento solicitaram-se

comentários e as sugestões levaram à alteração de 02 questões. O questionário na sua versão final foi elaborado através da ferramenta LimeSurvey da plataforma do Instituto Universitário Militar e enviado para a Superintendência do Pessoal (SP) da MP para ser analisado e aprovado. Foi solicitada a remoção de seis das questões iniciais, que não surgem na versão final do questionário.

Após a alteração do questionário e a superior autorização para a aplicação interna do mesmo, a respetiva hiperligação foi disponibilizada por via da Direção de Formação (DF) a todos os MMC que prestam serviço na MP, num total de cerca de 8.492 MMC, para um universo 7.341 militares, 404 militarizados e 747 civis (Direção de Pessoal, email, 15 de junho de 2022).

As respostas foram recebidas durante o período de 02 a 22, de junho, de 2022, com um total de participantes da amostra de 1.015 sujeitos, dos quais resultaram 759 questionários válidos<sup>7</sup>, constituindo-se assim como participantes deste estudo, 666 militares, 37 militarizados e 41 civis. 15 dos respondentes não se identificaram em relação à sua categoria.

Em relação às entrevistas, estas foram semiestruturadas, uma vez que, é o tipo mais eficiente quando o objetivo da recolha de dados são as afirmações concretas sobre um assunto (Santos & Lima, 2019). As entrevistas decorreram de 14 a 29 de abril de 2022 e contaram com a participação voluntária de oito PM, num universo de 12 que estão a exercer funções na MP, com o objetivo de recolher informação e compreender o impacto do *stress* na população, fornecer dados relativos a comportamentos suicidários e programas de prevenção que estão a ser implementados.

Foi ainda solicitado informação junto da MP, do quantitativo de casos de CS entre 2008 a abril de 2022, bem como a descrição de eventuais programas de prevenção e intervenção na MP no que concerne a GS e PCS. O pedido foi aceite e reencaminhado para a Direção de Saúde (DS), Centro de Medicina Naval (CMN), Unidade de Psicologia (UP), tendo obtido resposta em 14 de abril de 2022 (Unidade de Psicologia, email, 14 de abril de 2022).

#### **2.4. INSTRUMENTOS/MEDIDAS/PROTOCOLOS UTILIZADOS**

Esta investigação iniciou-se com a recolha e análise documental de estudos, artigos científicos e legislação sobre a temática do *stress*, do CS e programas de prevenção em contexto militar.

O Protocolo de Investigação é constituído pelo questionário aos MMC que prestam serviço na Marinha e pela entrevista semiestruturada a profissionais de saúde – Psicólogos Militares.

O inquérito por questionário foi estruturado em quatro partes:

– A primeira, “Lista de verificação das condições de trabalho – *stress*”, é um instrumento aplicado pela Autoridade para as Condições de Trabalho e constituído por oito categorias: ambiente de trabalho, exigências cognitivas/emocionais, controlo, relações interpessoais, inovações papel desempenhado, apoio e formação. Cada categoria tem questões direcionadas para o individuo responder se existe ou não, um problema de trabalho nas diferentes categorias.

– A segunda, a “Escala de *Stress* Percebido” é um instrumento adaptado, validado e aferido para a população portuguesa e com boas qualidades psicométricas (Trigo, Canudo, Branco & Silva, 2010). É constituída por 10 itens, onde o indivíduo deverá responder de acordo os seus sentimentos e pensamentos durante o último mês, numa escala de tipo *Likert*, cotado desde “Nunca” (0) a “Muito Frequentemente” (4).

A escala é determinada pelo cálculo da média das pontuações de todos os itens que a integram, tendo originado uma nova variável na base de dados, invertendo os resultados dos itens 4, 5, 7 e 8.

Queirós (2003) categorizou os valores de *stress* percebido em 3 intervalos: 0 a 1,3 corresponde a nível baixo; 1,4 a 2,7 a nível intermédio; e 2,8 a 4,0 a nível elevado.

Esta escala não avalia Psicopatologia, sendo mais utilizada para comparar médias de grupos ou fazer correlações com outras variáveis.

– A terceira parte, “Estratégias” está centrada na identificação de estratégias que os MMC utilizam para gerir o *stress*.

– A última parte, “Dados sociodemográficos”, está organizada em doze questões para caracterização da amostra do ponto de vista estatístico e que permite recolher os seguintes dados: sexo, idade, estado civil, nº de filhos, habilitações literárias, categoria (MMC), horas de trabalho por semana, unidade, vínculo contratual e anos de serviço.

De salientar que, no final do questionário foram disponibilizados contatos e recursos de ajuda, neste contexto, na eventualidade de o MMC sentir uma necessidade de ajuda imediata.

Em relação à entrevista, esta foi semiestruturada e incluía doze questões relacionadas com a temática do *stress*, CS e programas de prevenção aplicados na MP.

## 2.5. ANÁLISE DE DADOS

Em relação aos resultados obtidos do inquérito por questionário, recorreu-se aos programas IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 25 e Microsoft Excel.

Para os dados obtidos através das entrevistas, procurou-se seguir a proposta das cinco etapas de Guerra (2006), nomeadamente a transcrição, leitura, a construção de sinopses, a análise descritiva (análise temática tradicional) e análise interpretativa, que permite conceber novos conceitos e apresentar preposições teóricas, potencialmente explicativas do fenómeno em análise.

Para analisar os dados qualitativos, recorreu-se à ferramenta Microsoft Excel, através do método de análise Temática ou Categoria, que é a primeira fase da análise temática, normalmente descritiva e que consiste em operações de desmembramento do texto em unidades (categorias) (Guerra, 2006; Vilela, 2009; Santos & Lima, 2019).

## 3. RESULTADOS

Considerando o universo dos MMC, a amostra da investigação é constituída por 1.015 respondentes, dos quais resultaram 759 questionários válidos.

Da amostra, 89,5% (666) são militares, 5% (37) militarizados e 5,5% (41) civis. A maioria são do sexo masculino, 77% (585) e 23% (173) do sexo feminino.

Trinta e dois por cento (246) encontra-se na faixa etária entre os 40 e os 47 anos, 25% (190) entre os 48 e os 55 anos de idade. Predominam maioritariamente em termos de estado civil, os casados/ união de fato, 74% (563), seguido dos solteiros, 19% (142). A maioria, 74% (568), tem filhos.

Considerando-se as habilitações literárias, 41% (315) dos inquiridos tem o 12º ano, seguido de Licenciatura 25% (193) e Mestrado 21% (160).

No que concerne à unidade, a esmagadora maioria dos respondentes, 91% (691), está colocado em unidades em terra e somente 9% (67) em unidades navais. Em termos de horas de trabalho, identifica-se que de uma forma geral que 73% (557) dos participantes trabalham mais de 40 horas de trabalho por semana.

Analisando apenas os 9% dos elementos que estão a exercer as funções em unidades navais, quase a totalidade dos respondentes 93% (62) trabalha mais de 40 horas por semana.

Considerando-se o vínculo contratual com a MP, 92% (696) dos respondentes estão efetivos / pertencem aos quadros permanentes. Em relação aos anos de

serviço, 30% (229) dos inquiridos tem entre os 15-22 e 27% (200) entre os 23-30 anos de serviço.

## 4. DISCUSSÃO

### 4.1. ANÁLISE, DISCUSSÃO E RESPOSTA QD1

Procurando dar resposta à QD1: “Qual o nível de *stress* dos MMC que prestam serviço na MP?”, iremos analisar as questões aplicadas no questionário e as entrevistas realizadas aos PM.

Com base nos dados adquiridos, salienta-se os seguintes resultados (Quadro 1):

Descrição	Porcentagem	N.º/ Média
Intervalo de idades dos inquiridos: 40-47 anos	25%	246
48-55 anos	32%	190
Número de horas a mais que os MMC trabalham por semana	73%	557
Anos de serviço: 15-22	30%	229
23-30	27%	200
Pressão constante para trabalhar mais e de forma mais rápida	56%	426
As pessoas afetadas pelo <i>stress</i> são tidas como fracas	52%	398
Recebem mais trabalho do que é possível fazer no tempo que dispõem	60%	452
Cumprir tarefas que não fazem parte do seu trabalho	71%	542
Conflito-trabalho como maior fonte de <i>stress</i> identificado pelos PM	21%	6
Estratégias de <i>coping</i> mais utilizada - estar com família e/ou amigos.	20%	515
Categoria de nível intermédio de <i>Stress</i> Percebido		1,63
Nível elevado de <i>stress</i> dos MMC identificado pelos PM	56%	5

**Tabela 1 – Principais resultados em relação ao *stress***

Os resultados obtidos vão no sentido da literatura, concretamente na forma como as exigências do ambiente, os “amortecedores” psicológicos (o sistema de apoio social, a família e os amigos) e o nível de *stress* percebido interagem e se relacionam face aos stressores em contexto militar, conforme descrito por MacDonough’s, (1991). A perceção de um estímulo como stressor e o modo como este atua ao nível individual depende do estado do organismo, da intensidade e subitaneidade da ocorrência do estímulo, da possibilidade de superar a situação,

da significação atribuída ao *stress*, das causas deste, do tempo de exposição ao stressor, da experiência passada com stressores semelhantes e do limiar individual de tolerância ao *stress* (Santos, 2001).

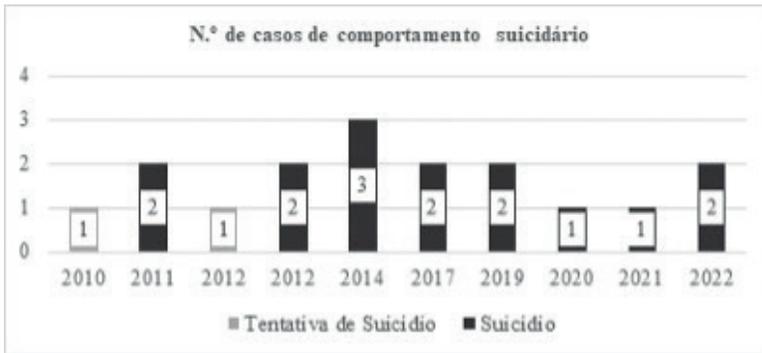
O intervalo de idades em que os inquiridos se encontram, mais experientes, com mais tempo de serviço e experiência militar, faz com que estejam mais adaptados às exigências da situação e aos recursos de que dispõem (Ribeiro & Surrador, 2005), o que facilita o ajustamento individual ou a adaptação quando se está perante situações ou em momentos stressantes (Moos & Holahan, 1987; Pais Ribeiro, 2005). A idade é um fator a levar em consideração, uma vez que com o passar do tempo adquire-se experiência, que vai ensinando o indivíduo a lidar melhor com os problemas da vida corrente (Vaz Serra, 2005).

A comparação destes dados, vai também de encontro com o estudo de Pflanz & Ogle (2006) que identificaram na investigação entre *stress* no trabalho, depressão, desempenho e tipos de stressores que numa amostra constituída por oitocentos e nove militares (n=809), a maioria da população (27,4%), sofria de *stress* significativo no ambiente de trabalho.

Assim, face aos dados apresentados neste subcapítulo e recorrendo para tal às categorias da escala de *Stress* Percebido, podemos afirmar que o nível de *stress* dos MMC que responderam corresponde à categoria de nível intermédio, considerando-se desta forma respondia a QD1.

## **4.2. ANÁLISE, DISCUSSÃO E RESPOSTA À QD2**

Da análise efetuada aos dados fornecidos da UP, Direção Jurídica, da investigação realizada e das entrevistas aos PM, verificam-se 17 casos de CS nos últimos 12 anos, em que há a lamentar 15 MMC que cometeram suicídio (Gráfico 1). Identifica-se ainda o ano de 2014 como aquele, com o maior número de casos de suicídio à semelhança dos dados nacionais para 2014 (PORDATA (2021)).



**Gráfico 1 – N.º de casos de comportamento suicidário**

Assim, calculando a taxa anual para o total do universo da MP ela será de 1,25 casos de CS por 8.492 MMC e comparando com a taxa anual de suicídio em Portugal que é de 9,5 casos de suicídio por 100.000 habitantes (Instituto Nacional de Estatística, 2019), os dados apresentados serão sempre preocupantes e com uma necessidade de intervenção imediata, pois se a MP tivesse 100.00 MMC a trabalhar na organização, extrapolando o mesmo raciocínio, a taxa de suicídio na MP seria de 13,15 ( $1,25 \times 100.000 / 9,5$ ), desta feita superior à taxa de suicídios de Portugal. A comparação destes dados, vai também de encontro com o estudo alemão desenvolvido por Helms et al., (2021) em que se procurou examinar as tentativas e suicídios consumados em militares ativos das FFAA Alemãs entre 2010 e 2016, identificando também uma taxa de suicídio de 16 por 100.000 militares ativos.

Assim, pela inexistência de uma Unidade / Entidade / Organismo (U/E/O) responsável pela análise e intervenção na área e com dados completamente atualizados, pode-se afirmar que de 2010 a junho de 2022, contabilizam-se um total de 17 casos de CS, em que 2 são tentativas de suicídio e 15 de suicídio, considerando-se desta forma respondida a QD2.

### **4.3. ANÁLISE, DISCUSSÃO E RESPOSTA À QD3**

Para responder à QD3, foi solicitado à MP informação sobre os programas de prevenção e intervenção para GS e PCS. A resposta foi direcionada para a UP.

Os três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) de *stress* e de CS é realizada no âmbito das palestras efetuadas, das avaliações psicológicas, das consultas de acompanhamento psicológico e das intervenções psicológicas

em crise. Os aprontamentos médico-sanitários das unidades navais e forças de Fuzileiros e Mergulhadores, incluem algumas das temáticas dos Programas de GS e de CS, e baseiam-se nas recomendações das STANAGS 2564 e 2565 da NATO para as três fases do ciclo de destacamento.

Existe também na EF, para além do apoio psicológico à guarnição, palestras de GS para cursos de carreira e o “Estágio em Apoio e Camaradagem na Saúde Mental” que tem como objetivo habilitar os formandos com conhecimentos e competências sobre a prevenção e promoção da saúde mental ao nível dos pares.

Em entrevista aos PM, 75% (6) estão ou já estiveram envolvidos na GS, sendo as atividades mais desenvolvidas a consulta de acompanhamento psicológico 16% (3), as palestras sobre GS 11% (2) e as intervenções psicológicas em crise 11% (2).

As atividades desenvolvidas na PCS por parte destes profissionais de saúde, está relacionado com a psicoterapia de apoio / acompanhamento psicológico 27% (3) e palestras 18% (2). No entanto, a maioria 63% (5) desconhece a existência de programas de prevenção dos MMC. Os que conhecem 37% (3) identificam as palestras de GS 67% (2) e o trabalho desenvolvido pelos PM nas unidades 33% (1).

Apesar da prevenção de *stress* e de CS serem realizadas pontualmente no âmbito de palestras e de apoio psicológico às guarnições, assim como no apoio às FND, verifica-se que não existe um programa estruturado e que abranja a totalidade dos MMC no que concerne à GS e PCS, considerando-se desta forma respondida a QD3, o que traz à tona a necessidade de educar, formar e sensibilizar os MMC para a importância de GS e de PCS.

#### **4.4. ANÁLISE, DISCUSSÃO E RESPOSTA À QC**

O presente subcapítulo visa estabelecer uma análise entre os resultados obtidos e discutidos até ao momento, no que concerne às dimensões individuais, profissionais de saúde militar (PM), organizacional, psicoeducacional e psicoterapêutica, assim como o conjunto de medidas a propor, que visam melhorar a GS na prevenção de CS, inseridas nas estratégias de prevenção da MP.

Da análise das entrevistas realizadas aos PM, todos 100% (8) identificam a necessidade de uma GS e PCS na MP e que o programa traz vantagens a nível organizacional 40% (10) e a nível individual 60% (15), sendo o maior desafio a sensibilidade pelo tema 25% (3).

Assim, por forma a responder à QC desta investigação: “Que medidas deverão ser implementadas para a melhoria da gestão de *stress* na prevenção do CS,

inseridas nas estratégias de proteção da Marinha”, recorreu-se à literatura (Poiares, 2009; Mishara & Martin, 2012; Ferreira, 2019; & Helms, et. al., 2021), às sugestões recolhidas pelos PM entrevistados e por participantes do estudo, à legislação nacional, nomeadamente a Lei 102/2009 de 10 de setembro, que estabelece o regime jurídico aplicável à promoção da segurança e saúde no trabalho, incluindo a prevenção, a Resolução da Assembleia da República n.º 240/2018 que consiste na diminuição dos riscos psicossociais e dos problemas de saúde psicológica no trabalho e às normas ISO 45001 e ISO/DIS 45003. Apresentam-se de seguida algumas propostas de prevenção de GS e PCS na MP, baseado melhores evidências científicas das nas intervenções psicológicas:

Primeiramente será importante a nomeação de uma U/E/O que seja responsável pela análise do nível de *stress* dos MMC e pela identificação do número de casos de CS, para que posteriormente tenha a capacidade de intervir nas temáticas de GS e PC e assim ser possível desenvolver os eixos de sensibilização e prevenção, de tratamento e de intervenção e contenção, nomeadamente:

i. Sensibilização e prevenção:

- a. Palestras de GS e de PCS a todos os MMC: Palestra de carácter obrigatório e com a duração de 6 horas. O objetivo é o desenvolvimento de competências para lidar com as temáticas do *stress* e do CS e desenvolvimento de entreajuda e solidariedade entre pares;
- b. Folheto de PCS: informação sobre sinais de alerta e formas de intervir, disponível na intranet e em formato físico nas unidades para divulgação;
- c. Em situações de morte de um Militar ou Militarizado, aquando da nomeação do assistente à família pela Direção de Pessoal da MP, dotar esse elemento com formação específica sobre possíveis reações que poderá encontrar no apoio à família e a forma como se deve autocuidar antes, durante e após esse apoio (M. C. Lemos, contato telefónico, 02 de junho de 2022).

ii. Tratamento:

Consultas de apoio e acompanhamento psicológico;

iii. Intervenção e contenção em casos de emergência:

- a. Criação de uma linha telefónica de apoio aos MMC que disponibilize ajuda emocional a todos aqueles que se encontram

em situações de sofrimento causado pela ansiedade, depressão ou risco de suicídio;

b. Intervenções psicológicas em crise.

As medidas acima apresentadas, remetem para a importância da divulgação, informação e formação, necessitando para tal do apoio da estrutura estratégica da MP para ser implementada de uma forma global, enquadrada e integrada. Deve ser desenvolvida por profissionais de saúde e aplicados a todos os MMC por forma a promover a saúde do ponto de vista individual e coletivo, aumentar as estratégias de *coping* da população e manter acima de tudo uma atitude de vigilância, de prevenção e de proteção.

## 5. CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ambiente militar é um ambiente potencialmente stressante e agravado pela perda de efetivos que a MP tem sido confrontada, o que resulta num acréscimo do volume de trabalho, compromete os períodos de descanso e aumenta o nível de *stress* dos MMC. Este nível de *stress* quando é elevado, pode causar ideias suicidas que podem evoluir para as tentativas de suicídio.

Foi neste contexto de prevenção e proteção da saúde que se inseriu este trabalho, procurando analisar o nível de *stress* dos MMC, o número de CS no período de 2008 a junho 2022 na MP, por forma a poder selecionar medidas de prevenção de GS e de PCS. O percurso metodológico seguiu uma investigação do tipo dedutivo, tendo-se adotado uma estratégia de investigação mista, associado a um desenho de pesquisa de estudo de caso, tendo como instrumentos de recolha de dados o inquérito por questionário, entrevista semiestruturada e análise documental.

Para esta investigação foi formulado o seguinte OG: “analisar a gestão do *stress* na prevenção do comportamento suicidário: Estratégias de prevenção na MP”, a partir do qual foram construídos três OE, nomeadamente OE1 “analisar os níveis de *stress* dos MMC que prestam serviço na Marinha”, OE2 “investigar o número de casos de CS na MP” e OE3 “selecionar medidas de prevenção (GS e PCS) à população que presta serviço na MP”.

De acordo com os OEs, propôs-se como QC “Que medidas deverão ser implementadas para a melhoria da GS na PCS, inseridas nas estratégias de proteção da MP”, assim como as QD1 Qual o nível de *stress* dos MMC que prestam serviço na MP?”, QD2 Quantos casos de CS ocorreram desde 2008?” e a QD3 “Que

estratégias ou programas de prevenção e intervenção, relativo ao *stress* e CS, junto dos MMC, estão a ser implementados na Marinha?”.

Para ir de encontro com os objetivos deste trabalho, procedeu-se à aplicação de um questionário estruturado em quatro partes, nomeadamente lista de verificação das condições de trabalho – *stress*”, “Escala de *Stress* Percebido”, “Estratégias de *Coping*” e “Dados sociodemográficos” a todos os MMC e de uma entrevista aos PM da MP, com doze questões relacionadas com a temática do *stress*, CS e programas de prevenção aplicados na MP.

O questionário foi respondido por 1.015 MMC, das quais 759 respostas foram válidas e a entrevista foi realizada a 8 PM da MP, permitindo assim responder de forma detalhada às QD, a seguir apresentadas.

Em resposta à QD1 e cumprir o OE1, é possível identificar com base nos resultados que o nível de *stress* dos MMC corresponde à categoria de nível intermédio.

Para a resposta à QD2 e cumprir o OE2, pode concluir-se com base na análise efetuada que, de 2010 até junho de 2022 contabilizaram-se 17 casos de CS, em que dois são tentativas de suicídio e quinze de suicídio. Não foi possível analisar os dados de 2008 e 2009 porque não existe uma U/E/O que seja responsável pela análise, intervenção e atualização de dados.

Para responder à QD3 e cumprir o OE3, pode-se concluir, que apesar da prevenção de *stress* e de CS serem realizadas pontualmente através de palestras e do apoio psicológico às guarnições e às FND, verifica-se que não existe um programa estruturado que abranja a totalidade dos MMC no que concerne à GS e PCS.

Assim, para responder à QC e cumprir o OG, propõe-se medidas que poderão ser implementadas para melhorar a GS e a PCS, focado primeiramente na identificação de uma U/E/O que seja responsável pela análise da gestão do nível de *stress* dos MMC, de forma transversal e integrada, para a prevenção dos riscos psicossociais, e pelo levantamento do número de casos de CS, por forma a analisá-los retrospectivamente, retirar as lições aprendidas e intervir em tempo na GS e PCS. Esta U/E/O teria o objetivo de desenvolver três eixos essenciais, nomeadamente a sensibilização e prevenção, o tratamento e intervenção e contenção em casos críticos, com eventual referenciação para outros serviços competentes, caso seja necessário.

Para estas medidas serem implementadas é importante a divulgação, informação e formação concertada, no apoio à estrutura estratégica da MP. Deve ser implementada por profissionais de saúde mental e aplicados a todos os MMC,

procurando-se assim, promover a saúde e saúde mental do ponto de vista individual e coletivo, aumentar as estratégias de *coping* da população e manter uma atitude de vigilância, prevenção e proteção.

Em síntese, considera-se que os objetivos enunciados para esta investigação foram alcançados pois, realçou-se os níveis de *stress* e as lacunas organizacionais, apresentando medidas como propostas que vão de encontro à prevenção e proteção de todos os MMC.

Identificam-se nesta investigação duas principais limitações: a primeira refere-se ao reduzido número de MMC no preenchimento do questionário, que afetou a caracterização da amostra, não sendo assim possível generalizar os resultados; e a segunda diz respeito à solicitação de remoção de algumas questões por parte da MP que limitou a compreensão no que diz respeito a algumas dimensões relacionadas com o *stress* e o CS. Não obstante a estas limitações, considera-se que o estudo confere uma visão válida e pertinente.

Como recomendações de ordem prática, propõe-se à SP e à DS o desenvolvimento de um projeto em que se possa nomear uma U/E/O responsável pela GS e PCS, com o objetivo de concretizar as medidas propostas, visando a prevenção e proteção de todos os MMC que prestam serviço na MP.

Em investigações futuras, propõe-se a realização de estudos relacionadas com estas temáticas, Saúde Operacional e Saúde Assistencial, em termos de prevenção e intervenção nos CS, GS e avaliação de riscos psicossociais. Propõe-se ainda aumentar a amostra representativa de todos os MMC, por forma a melhorar esta caracterização.

## APÊNDICE C – Protocolo de Investigação: Questionários aos MMC que prestam serviço na Marinha

### **Gestão do stress na prevenção de comportamentos suicidários: Estratégias de proteção dos militares, militarizados e dos civis, da Marinha Portuguesa**

Trabalho de Investigação

Curso de Promoção a Oficial Superior - M

2ª Ed. 21/22

O presente questionário destina-se exclusivamente para fins de investigação, no Instituto Universitário Militar.

O Trabalho de Investigação Individual é realizado pelo auditor ITEN ST-EPSI Cruz Neves, com o tema "**Gestão do stress na prevenção de comportamentos suicidários: Estratégias de proteção dos militares, militarizados e dos civis, da Marinha Portuguesa**".

Os objetivos propostos do presente estudo são analisar os níveis de stress de toda a população que presta serviço na Marinha, assim como os casos de risco de comportamento suicidário. Os dados obtidos tenderão a contribuir para propostas de medidas de proteção.

Este tema revela-se importante e é encarado como uma oportunidade de intervenção, pelo que o seu contributo no preenchimento deste questionário, a quem este estudo se destina, revela-se de extrema importância para o sucesso desta investigação e, por conseguinte, para a qualidade das recomendações práticas que possam surgir.

A sua participação neste questionário é voluntária e estima-se que demore cerca de 10 minutos. Pode escolher participar ou não participar. Se escolher participar, pode interromper a participação em qualquer momento, sem ter de prestar qualquer justificação.

A participação é também anónima e confidencial e os dados destinam-se apenas para tratamento estatístico, sendo analisados na sua globalidade. Em nenhum momento do estudo precisará de se identificar.

Solicito que leia com atenção as instruções que lhe são dadas, certificando-se de que compreendeu corretamente o modo como deverá responder.

Caso pretenda algum esclarecimento, ou partilhar algum comentário adicional, poderá contactar-me através do email [neves\\_dc@uqm.iuim.pt](mailto:neves_dc@uqm.iuim.pt).

Ao avançar com o presente questionário declaro (a) que me considero (a) esclarecido (a) sobre a presente investigação e aceito participar de forma voluntária.

[Agradeço antecipadamente a sua participação e colaboração!](#)

## 1. Lista de verificação das condições de trabalho: Stress

Existe um problema de *stress* no local de trabalho?

As questões seguintes ajudam a compreender se existe alguma dificuldade ou problema.

### [1. Ambiente de Trabalho \*

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

	Sim	Não	Não Aplicável
Tem que prestar trabalho extraordinário para manter o seu emprego ou ser promovido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As pessoas afetadas pelo stress são tidas como fracas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É dada importância ao seu trabalho e às sugestões que apresenta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existe uma pressão constante para trabalhar mais e de forma mais rápida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### [2. Exigências cognitivas / emocionais \*

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

	Sim	Não	Não Aplicável
Recebe mais trabalho do que é possível fazer no tempo que dispõe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu trabalho é demasiado difícil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gosta do trabalho que faz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O ambiente de trabalho é demasiado ruidoso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A temperatura no local de trabalho é agradável?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O local de trabalho é arejado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O local de trabalho tem boa iluminação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### [3. Controlo \*

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

	Sim	Não	Não Aplicável
Tem possibilidade de influenciar o trabalho que faz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participa no processo de tomada de decisões?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[]4. Relações Interpessoais \***

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Sim	Não	Não Aplicável
As relações com os seus superiores hierárquicos são boas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem boas relações de trabalho com os seus camaradas, ou, no caso de ter um cargo de chefia, com os seus colaboradores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[]5. Inovações \***

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Sim	Não	Não Aplicável
Recebe informação sobre as inovações introduzidas no seu local de trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recebe apoio durante o processo de inovações?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participa no planeamento das inovações que afetam o seu trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[]6. Papel desempenhado \***

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Sim	Não	Não Aplicável
Conhece com clareza em que consiste o trabalho e as responsabilidades que lhe foram delegados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem de cumprir tarefas que, na sua opinião, não fazem parte do seu trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[]7. Apoio \***

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Sim	Não	Não Aplicável
É apoiado pelos seus superiores hierárquicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É apoiado pelos seus camaradas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É reconhecido quando faz um bom trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recebe críticas quanto ao trabalho que realiza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[]8. Formação \***

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Sim	Não	Não Aplicável
Dispõe das qualificações adequadas para executar o seu trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- |  |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| É encorajado a<br>aprofundar as suas<br>qualificações? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| É-lhe proporcionado<br>formação contínua?              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## 2. Stress Percebido

**As perguntas incluídas nesta escala referem-se aos seus sentimentos e pensamentos durante o último mês.**

**Em cada caso, por favor indique com uma cruz com que frequência se sentiu ou pensou de uma certa maneira**

**[1. No último mês, com que frequência se sentiu perturbado por causa de qualquer coisa que aconteceu inesperadamente? \***

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Com alguma frequência
- Muito frequente

**[2. No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes na sua vida? \***

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Com alguma frequência
- Muito frequente

**[3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso e "stressado"? \***

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Com alguma frequência
- Muito frequente

**[4. No último mês, com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais? \***

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Com alguma frequência
- Muito frequente

**[15. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas corriam a seu favor? \***

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Com alguma frequência
- Muito frequente

**[16. No último mês, com que frequência sentiu que não conseguia lidar com todas as coisas que tinha de fazer? \***

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Com alguma frequência
- Muito frequente

**[17. No último mês, com que frequência se sentiu capaz de controlar as irritações na sua vida? \***

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Com alguma frequência
- Muito frequente

**[18. No último mês, com que frequência sentiu que dominava a situação? \***

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Com alguma frequência
- Muito frequente

**[19. No último mês, com que frequência se sentiu irritado por causa de coisas que estavam fora do seu controle? \***

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Com alguma frequência
- Muito frequente

**[ ] 10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam de tal modo que não conseguia ultrapassá-las? \***

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Nunca  
 Quase nunca  
 Às vezes  
 Com alguma frequência  
 Muito frequente

**3. Estratégias****[ ] Que estratégias utiliza para gerir o seu stress? \***

Por favor, selecione **todas** as que se aplicam:

- Treino físico  
 Estar com família e/ou amigos  
 Relaxar  
 Ter um estilo de vida saudável  
 Encarar a vida com positividade  
 Ajudar os outros  
 Utilizar o humor  
 Outro:

**4 . Dados Sociodemográficos****Caracterização da amostra****[ ]****1. Sexo: \***

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Feminino  
 Masculino

**[ ]****2. Idade (anos): \***

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 18 - 25  
 26 - 32  
 33 - 39  
 40 - 47  
 48 - 55  
 mais de 55

Selecione o grupo etário ao qual pertence.

[ ]

**3. Estado Civil: \***

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Solteiro(a)
- Casado (a) ou a viver em união de facto
- Divorciado\* (a)
- Viúvo(a)

[ ]

**4. Tem filhos? \***

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Sim
- Não

**[15. Habilitações Literárias: \***

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Menos do que o 9.º Ano
- 9.º Ano
- 10.º Ano
- 11.º Ano
- 12.º Ano
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro

**[16. No caso de ser MILITAR, pertence a que categoria?**

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Oficial
- Sargento
- Praça

**[17. No caso de ser MILITARIZADO, pertence a que categoria?**

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Inspetor
- Subinspetor
- Chefe
- Subchefe
- Agente 1º CI
- Agente 2º CL
- Agente 3º CI
- Guarda Auxiliar

**[]8. No caso de ser CIVIL, pertence a que categoria?**

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Técnico Superior
- Assistente Técnico
- Assistente Operacional
- Especialista Informática
- Técnico Informática
- Carreira Docente
- Carreira Médica
- Carreira Enfermagem

**[]9. Quantas horas trabalha por semana? \***

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- menos de 40 horas
- 40 horas
- mais de 40 horas

**[]10. Unidade: \***

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Em Terra
- Naval

**[]****11. Qual o seu vínculo contratual com a Marinha? \***

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Quadro Permanente
- Efetivo
- Regime de contrato
- Contrato de trabalho em funções públicas
- Contrato a termo
- Contrato de Prestação de Serviço
- Outro

**[]****12. Quantos anos de serviço tem até à presente data \***

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- menos de 3
- 3 - 6
- 7 - 14
- 15 -22
- 23 - 30
- 31 -35
- Mais de 35

Selecione um dos intervalos apresentados.

## Atenção

[]

## ATENÇÃO

**Se no decorrer do preenchimento deste questionário sentiu alterações emocionais e uma necessidade de ajuda, sugere-se contatar:**

- Centro de Saúde da sua unidade
  
- Psicólogo da unidade
  
- Centro de Medicina Naval / Gabinete de Apoio à crise  
Contactos: 211 909 730 | 916 632 861  
E-mail: [cmn.gab.psicologia@marinha.pt](mailto:cmn.gab.psicologia@marinha.pt)
  
- Hospital das Forças Armadas (HFAR)  
Contactos: 217 519 500 | 217 519 777
  
- Médico de Família
  
- INEM - 112
  
- Serviço Nacional de Saúde (SNS): 808 24 24 24
  
- Linhas de Apoio:

<b>SOS VOZ AMIGA</b> Horário: 15:30 – 0:30 Contactos Telefónicos: 213 544 545 912 802 669   963 524 660 Website: <a href="http://sosvozamiga.org">sosvozamiga.org</a>	<b>TELEFONE DA AMIZADE</b> Horário: 16:00 – 23:00 Contacto Telefónico: 222 080 707
---	---

## **APÊNDICE D – Protocolo de Investigação: Entrevista Semiestruturada a Profissionais de Saúde – Psicólogos Militares**

### **PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO**

#### **ENTREVISTA**

O presente questionário destina-se exclusivamente para fins de investigação, no Instituto universitário Militar (IUM)

O trabalho de Investigação Individual é realizado pelo auditor 1TEN ST-EPSI Cruz Neves, com o tema **“Gestão do stress na prevenção do comportamento suicidário: duas estratégias de proteção para militares, militarizados e civis da Marinha Portuguesa”**.

Os objetivos propostos do presente estudo é analisar os níveis de *stress* de toda a população que presta serviço na Marinha, assim como os casos de risco de comportamento suicidário, os dados obtidos tenderão a contribuir para a proposta de medidas de proteção.

Este tema revela-se importante e é encarado como uma oportunidade de investigação e intervenção, pelo que o contributo de V. Exa. na entrevista, revela-se de extrema importância para o sucesso desta investigação e, por conseguinte, para a qualidade das recomendações práticas que possam surgir.

A sua participação nesta entrevista é voluntária e estima-se que demore cerca de 15 minutos. Pode escolher participar ou não participar. Se escolher participar, pode interromper a participação em qualquer momento, sem ter de prestar qualquer justificação.

A participação é confidencial e os dados destinam-se apenas a tratamento estatístico, sendo analisados na sua globalidade. Em nenhum momento do estudo precisará de se identificar.

Caso pretenda algum esclarecimento, ou partilhar algum comentário adicional, poderá contactar-me através do email [neves.dc@upm.iium.pt](mailto:neves.dc@upm.iium.pt).

Ao avançar com a presente entrevista declaro (a) que me considero (a) esclarecido (a) sobre a presente investigação e aceito participar de forma voluntária

Agradeço antecipadamente a sua participação e colaboração!

Unidade onde presta serviço: \_\_\_\_\_

Posto: \_\_\_\_\_

Classe/Especialidade: \_\_\_\_\_

1. Da sua experiência profissional como caracteriza o nível de *stress* dos Militares, Militarizados e Civis que prestam serviço na Marinha?
2. Quais são as fontes de *stress* que mais identifica?
3. No âmbito do desempenho das suas funções enquanto profissional de saúde, está ou já esteve envolvido na gestão de *stress* e prevenção de comportamentos suicidários na Marinha?  
 Sim  
 Não
4. Se sim, que atividades desenvolveu na gestão de *stress*?
5. E na prevenção de comportamentos suicidários?
6. Dos casos de que tem conhecimento, quantos e de que tipologia são em número os casos de comportamento suicidário desde 2008?
7. É do seu conhecimento a existência de algum programa de prevenção dos Militares, Militarizados e Civis da Marinha no âmbito da gestão de *stress* ou de prevenção do comportamento suicidário?  
 Sim  
 Não
8. Se sim, mencione e descreva?
9. No âmbito do desempenho das suas funções enquanto profissional de saúde, entende que é necessária uma gestão de *stress* e prevenção de comportamentos suicidários na Marinha?  
 Sim  
 Não
10. Se sim, quais são as vantagens?
11. Quais os desafios e dificuldades que encontra ao trabalhar com estas temáticas/perturbações?
12. Sente que há apoio organizacional para desempenhar funções nesta área?

Muito obrigada pela sua disponibilidade e colaboração!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2013). *Guia da campanha: Guião do stresse e dos riscos psicossociais no trabalho*.
- Alford, J. D., and Cuomo, S. A. (2009). Operational design for ISAF in Afghanistan: A primer. *Joint Force Quarterly*, 53, 92–98.
- Azevedo, L. S. M. (2021). *Saúde Operacional da Marinha Portuguesa: Programas de Intervenção para apoio aos militares que integram as Forças Nacionais Destacadas* (Trabalho de Investigação Individual do CPOS-M). Instituto Universitário Militar, Lisboa.
- Bola, P. A. R. N. (2017). *O stress e a sua influência no desempenho dos alunos da Academia da Força Aérea Portuguesa* (Relatório Científico Final do Trabalho de Investigação Aplicada). Academia da Força Aérea, Sintra.
- Bryant-Lees, K. B., Martinez, R. N., Frise, A., Bryan, C. J., Goodman, T., Chappelle, W., & Thompson, W. (2021). Predictors and protective factors for suicide ideation across remotely piloted aircraft career fields. *Military Psychology*, 33, 4, 228-239.
- Careercast (2019). *Most stressful jobs 2019* [Página online]. Retirado de <https://www.careercast.com/jobs-rated/most-stressful-jobs-2019>
- Cicco, F. (2018). ISO 45001:2018 *Sistemas de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho – Requisitos com Orientações para Uso* [Página online]. Retirado de <https://idoc.pub/documents/iso-450012018-em-portugues-sistemas-de-gestao-da-segurana-e-saude-no-trabalho-9n0krp3j5p4v>
- Correia, A. (2011). Stresse académico, estratégias de coping e suporte social em estudantes do ensino universitário. *Revista de Psicologia Militar*, 20, 83-107.
- Decreto-Lei n.º 26/2009 de 28 de setembro (2009). Fixa os efectivos de militares dos quadros permanentes, na situação de activo, integrados na estrutura orgânica da Marinha, do Exército e da Força Aérea. *Diário da República*, 1ª série, 188, 6957-6958. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.
- Decreto-Lei n.º 249/2015 de 28 de outubro (2015). Aprova a orgânica do ensino superior militar, consagrando as suas especificidades no contexto do ensino superior, e aprova o Estatuto do Instituto Universitário Militar. *Diário da República*, 1ª série, 211, 9298-9311. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.
- Decreto-Lei n.º 6/2022 de 07 de janeiro (2022). Fixa os efetivos das Forças Armadas para o triénio de 2022-2024. *Diário da República*, 1ª série, 05, 10-22. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

- Decreto Regulamentar n.º 12/2009, de 17 de julho (2009). Fixa os quantitativos máximos de militares na efetividade de serviço e em preparação para os regimes de voluntariado e de contrato na Marinha, no Exército e na Força Aérea. Diário da República, 1ª série, 137, 4552-4552. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.
- Dias, M. L. C. (2010). *Personalidade e stress em militares da Força Aérea Portuguesa: Diferenças entre género* (Tese de Dissertação de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde (2013-2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental: Plano Nacional de Prevenção do Suicídio*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Ferreira, L. C. S. (2019). *As limitações e potencialidades na prevenção, intervenção e pósvenção do suicídio na Guarda Nacional Republicana* (Relatório Científico Final do Trabalho de Investigação Aplicada). Academia Militar, Lisboa.
- Gouveia Pereira, A. (2004). *Fundamentos de Comportamento Organizacional* (2.ªed). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e formas de uso*. Lisboa: Princípiã.
- Harms, P. D., Krasikova, D. V., Vanhove A. J., Herian, M. N., & Lester, P. B. (2013). *Stress and Emotional Well-being in military organizations* [Página online]. Publications of affiliated Faculty, 31, 102-132. Retirado de file:///C:/Users/USER/Desktop/IUM%20CPOS/TIFC/Trabalho%20final%20TIFC/Stress/2013-UofNE-Stress-and-Emotional-Wellbeing-in-the-Military.pdf
- Helms C, Wertenuer F, Spaniol K-U, Zimmermann PL, Willmund G-D (2021). Suicidal behavior in German military service members: An analysis of attempted- and completed suicides between 2010 and 2016. *PLoS ONE*, 16, 8, pp. 1-14. Retirado de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256104>
- Instituto Nacional de Estatística (2019). Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por 100 000 habitantes [Página online]. Retirado de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0003736&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003736&contexto=bd&selTab=tab2)
- Januário, I. M. L., Queirós, J. M. G., Cruz, P. A. G., Santos, R. E. C. P. & Almeida, S. L. E. O. (2021). Avaliação de um programa de formação de suporte de pares em contexto militar: estudo exploratório da perspetiva dos Cadetes/Alunos. *Proelium*, 8, 89-117.

- Kendrick, V., Holleran, L., Hart, D., Lockwood, D., Vargo, T., & Bongar, B. (2017). Why suicide? Em: B. Bongar, G. Sullivan & L. James (EDs.), *Handbook of Military and Veteran Suicide: Assessment, Treatment, and Prevention*. Nova Iorque: Oxford University Press.
- Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro (2009). Regulamenta o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho, nos termos do artigo 284.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro (alterado pela Lei n.º 42/2012, de 28 de agosto). Diário da República, 1ª série, 176, 6167-6192. Lisboa: Assembleia da República.
- Lin, G., Nagamine, M., Yang, J., Tai, Y., Lin, C., & Sato, H. (2020). Machine Learning Based Suicide Ideation Prediction for Military Personnel. *Journal of Biomedical and Health Informatics*, 24, 1907-1916.
- Lipp, M. E. N. (Org.). (2004). *Stress no Brasil: Pesquisas avançadas*. Campinas: Ed. Papirus.
- MacDonough, T. S. (1991). *Noncombat Stress in Soldiers: how it is manifested, how to measure it, and how to cope with it*. Em: R. Gal & D. Mangelsdorff (Eds.), *Handbook of Military Psychology*, 531-558. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Matrix (2013). *Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes*.
- Mishara, B., & Martin, N. (2012). Effects of a Comprehensive Police Suicide Prevention Program. *Crisis*, 33(3), 162–168. doi: 10.1027/0227-5910/a000125
- Monteiro, S. D. T. (2006). *Quando for grande quero ser polícia: Stress Profissional em três unidades policiais* (Tese de Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação, Lisboa.
- Moos, R.H. and Holahan, C.J. (1987) Personal and Contextual Determinants of Coping Strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 946-955. doi: 10.1037/0022-3514.52.5.946
- NATO (2008). *Stress and Psychological Support in Modern Military Operations*. NATO: Research and Technology Organization.
- NATO (2011). *Standardization Agreement (STANAG) 2565: A Psychological Guide for Leaders across the Deployment Cycle*. NATO: Standardization Agency.
- NATO (2014). *Standardization Agreement (STANAG) 2564: Forward Mental Healthcare*. NATO: Standardization Agency.

- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020). CPAE Centro de Psicologia Aplicada do Exército um centro de excelência da Psicologia em Portugal [Página online]. *Revista Oficial da Ordem dos Psicólogos Portugueses*: Reconhecer os Psicólogos, 20, pp. 26-27. Retirado de [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/psis21\\_20\\_dig\\_mobile.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/psis21_20_dig_mobile.pdf)
- Organização Mundial da Saúde (1948). *Summary Report on Proceedings Minutes and Final Acts*. Genebra: World Health Organization.
- Pais Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pflanz, S. E. & Ogle, A. D. (2006). *Stresse no trabalho, depressão, desempenho e percepções sobre supervisores por parte dos militares* [Página online]. Retirado de <http://www.medscape.com/medline/abstract/17036607>
- Poiars, N. (2009). *Apresentação do Plano de Prevenção do Suicídio nas Forças de Segurança: O caso das populações das cidades de Beja e Moura (1991-2008)*. Lisboa: Ministério da Administração Interna.
- PORDATA (2021). *Óbitos de residentes em Portugal por algumas causas de morte* [Página online]. Retirado de <https://www.pordata.pt/Portugal/%c3%93bitos+de+residentes+em+Portugal+por+algumas+causas+de+morte-156-235702>
- Queirós, P. J. P. (2003). O que causa mal-estar, stresse em enfermeiros? *Revista Investigação em Enfermagem*, 8.
- Resolução da Assembleia da República n.º 240/2018 de 08 de agosto (2018). Recomenda ao governo que tome medidas para melhorar os riscos psicossociais e os problemas de saúde psicológica no trabalho. *Diário da República*, 1ª série, 152, 3954. Lisboa: Assembleia da República.
- Ribeiro, R. B. & Surrador, A. A. (2005). Stress em contexto militar e aeronáutico: identificação dos stressores mais frequentes e indicação de estratégias organizacionais e pessoais para a melhoria do bem-estar. Em A. M. Pinto & A. L. Silva (Eds), *Stress e bem-estar* (pp.151-166). Lisboa: Climepsi Editores.
- Santo, G. A. (2014). Quarenta Anos de Reformas nas Forças Armadas: uma avaliação. *Revista Militar*, 2554.
- Santos, A. M. & Castro, J. J. (1998). Stress. *Análise Psicológica*, 4, 675-690.
- Santos, L.A.B., & Lima, J.M.M. (Coord.) (2019). Orientações metodológicas para a elaboração de trabalhos de investigação (2.ª ed., revista e atualizada). *Cadernos do IUM*, 8. Lisboa: Instituto Universitário Militar.
- Santos, N. O. C. L. (2018). Prólogo. Em: C. Fachada (Coord.), *Saúde e Comportamento humano nas Forças Armadas Portuguesas: Desafios e Oportunidades*.

*Coleção ARES*, 23. Lisboa: Instituto Universitário Militar.

- Schincariol, M. F. & Vasconcellos, A. C. (2001). Suporte psicossocial a familiares de militares durante operação de manutenção de paz [Página online]. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2001, 3 (2): 37-45. Retirado de [http://www.mackenzie.com.br/universidade/psico/publicacao/vol3\\_n2/v3n2\\_art3.pdf](http://www.mackenzie.com.br/universidade/psico/publicacao/vol3_n2/v3n2_art3.pdf)
- Selye, H. (1983) The Stress Concept: Past, Present and Future. Em: C. L. Cooper (Ed.), *Stress Research Issues for the Eighties* (pp. 1-20). New York: John Wiley & Sons.
- Seminotti, E. P., Paranhos, M. E. & Thiers, V. O. (2006). *Intervenção em crise e suicídio: análise de artigos indexados* [Página online]. Retirado de <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0297.pdf>
- Sicard, S. (2016). *Enlisted Military' Ranks As One Of The Worst Jobs In The World* [Página online]. Retirado de <https://taskandpurpose.com/joining-the-military/enlisted-military-ranks-one-worst-jobs-world/>
- Tolentino, F. C., Morais, M. R., Santos, T. S., (2015). Primeiros Socorros Psicológicos aplicados a reações de estresse em operações militares. *Revista Interdisciplinar de Ciências Aplicadas à Atividade Militar*, 5, 82-98.
- Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*, (53), pp. 353-378. doi: 10.14195/1647-8606\_53\_17
- Van Dyk., G. (s/data). *The role of military psychology in peacekeeping operations: the South African National Defence Force as an example*. Stellenbosch: Department of Industrial Psychology, Faculty of Military Science, Stellenbosch University.
- Vaz Serra, A. (2005). As múltiplas facetas do stress. Em A. M. Pinto & A. L. Silva (Eds), *Stress e bem-estar*, 17-42. Lisboa: Climepsi Editores.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: o Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Werlang, B. S. G., Borges, V. R., & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de Risco ou Proteção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 39, 259-266.
- Wilson, C., Braithwaite, H. & Murphy, P. J. (2003). *Psychological preparation for the battlefield*. In G. E. Kearney, M. Creamer, R. Marshall & A. Goyne (Eds), *Military Stress and Performance*, 19-38. Melbourne: Melbourne University Press.



## ESTUDO 6 – IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NA RECONSTRUÇÃO CIRÚRGICA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

### *IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC ON SURGICAL RECONSTRUCTION OF THE ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT*

**José Lito dos Santos Mónico**  
Major Médico do Exército Português

#### RESUMO

As lesões do ligamento cruzado anterior são das lesões mais graves e comuns na prática desportiva. Uma vez não tratada, a rotura do ligamento cruzado anterior condicionará uma instabilidade do joelho, resultando numa osteoartrose precoce e na incapacidade do joelho a longo prazo. Nem todos os atletas retomam o desporto a nível competitivo e, aqueles que o fazem, correm um elevado risco de sofrer uma nova lesão. A reconstrução do ligamento cruzado anterior, por si só, não é suficiente para garantir um retorno seguro ao nível de atividade pré-lesão. Para tal, requer-se uma reabilitação de alta qualidade baseada em metas a atingir e numa bateria de critérios clínicos a satisfazer. A gestão da pandemia COVID-19 resultou em importantes restrições na atividade cirúrgica em Ortopedia e na suspensão dos programas de reabilitação pós-operatórios. A curto prazo, os dados clínicos demonstram um impacto negativo da COVID-19, reduzindo o número total de cirurgias realizadas e atrasando as cirurgias de doentes considerados como não urgentes. Para além disto, os programas de reabilitação pós-operatórios foram suspensos e substituídos por exercícios de reabilitação de realização autónoma no domicílio, resultando em valores mais reduzidos de força nos membros inferiores. Apesar de ainda não serem conhecidos os efeitos da COVID-19 a longo prazo, é seguro assumir que, a curto prazo, a pandemia COVID-19 teve consequências muito negativas na reconstrução cirúrgica do ligamento cruzado anterior e na sua reabilitação pós-operatória.

**Palavras-chave:** Rotura Ligamento Cruzado Anterior; Reconstrução Cirúrgica Ligamento Cruzado Anterior; Reabilitação Pós-Cirúrgica; Desporto; SARS-CoV-2; COVID19; UTITA.

#### ABSTRACT

*Anterior cruciate ligament injuries are amongst the most common major injuries in sports. If left untreated, anterior cruciate ligament injury can lead to knee instability, premature osteoarthritis and long-term disability. Not all athletes return to competitive sports. Those who do, experience*

*high risk of sustaining a new injury. Anterior cruciate ligament reconstruction alone is not enough to guarantee a safe return to preinjury activity levels. High-quality goal-based and stepwise rehabilitation that relies in a battery of criteria to allow the player to return to sports is crucial. The management of the COVID-19 pandemic led to severe restrictions in the orthopedic surgical activities and post-surgical rehabilitation programs. On the short-term, clinical data shows the negative impact of COVID-19, reducing the total number of surgeries performed and delaying surgeries in patients redeemed as non-urgent. Moreover, postsurgical rehabilitation programs were suspended and replaced by self-made home rehabilitation exercises, which led to lower strength values in the lower limbs. While long-term effects of COVID-19 remain to be seen, its safe to assume that, in the short-term, the COVID-19 pandemic had a very negative effect in the anterior cruciate ligament reconstruction and in the post-surgical rehabilitation.*

**Keywords:** Anterior Cruciate Ligament Rupture; Anterior Cruciate Ligament Reconstruction; Post-Surgery Rehabilitation; Sports; SARS-CoV-2; COVID19.

## 1. INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO

A lesão do Ligamento Cruzado Anterior (LCA) é considerada uma lesão grave, mas comum, na prática desportiva. Uma lesão do LCA condiciona instabilidade do joelho com conseqüente redução do desempenho físico, risco acrescido de osteoartrose e incapacidade a longo prazo (Lohmander et al., 2007; Montalvo et al., 2019). Para além da instabilidade biomecânica, as lesões do LCA também são reconhecidas como lesões neurofisiológicas acompanhadas de disfunção neurocognitiva e do controlo sensoriomotor do joelho (Dingenen & Gokeler, 2017). Acredita-se que esta alteração do funcionamento biomecânico do joelho seja o principal mecanismo responsável pela instalação de uma osteoartrose precoce (Buckwalter, 2002).

O tratamento conservador e a modificação da atividade desportiva podem ser opção para os doentes que queiram evitar uma intervenção cirúrgica (Ericsson et al., 2013; Grindem et al., 2018; Thoma et al., 2019). No entanto, caso haja uma instabilidade grosseira instalada, o tratamento cirúrgico pode ser a única opção de tratamento viável com vista a diminuir a instabilidade e, potencialmente, evitar o aparecimento de lesões meniscais ou condrais secundárias. Evitar o aparecimento de novas lesões intrarticulares reveste-se de uma importância fundamental para a evicção ou atraso do aparecimento de uma degeneração precoce do joelho (Lohmander et al., 2007). No entanto, de referir que a evidência científica ainda é fraca para que se possam

tirar conclusões científicas definitivas sobre o papel da ligamentoplastia do LCA na evicção de uma artrose precoce do joelho (Ekås et al., 2020).

Na tentativa de aumentar a probabilidade de retomar a atividade desportiva sem limitações e, potencialmente, reduzir a probabilidade de desenvolver uma osteoartrose precoce, muitos atletas optam pela reconstrução cirúrgica do LCA (Ardern et al., 2014). Até cerca de 80% dos atletas submetidos à ligamentoplastia do LCA retomam a algum tipo de atividade desportiva, no entanto, apenas 55% regressam à competição e a incidência de osteoartrose ainda se mantém elevada mesmo após o tratamento cirúrgico (Lie et al., 2019).

Tanto a lesão inicial do LCA como o trauma associado ao tratamento cirúrgico da ligamentoplastia causam dor, edema e disfunção do joelho, com consequente perda de força, mobilidade e estabilidade.

A reabilitação é crucial na redução destes sintomas, no melhoramento do funcionamento e desempenho do joelho, na diminuição o risco de nova lesão e no regresso ao desporto da forma mais segura possível (Thomeé et al., 2012). O processo de reabilitação deve de ser gradual e obedecer a objetivos, metas e etapas. A negligência deste processo pode resultar numa reabilitação contraprodutiva e até perigosa, devido ao risco aumentado de contrair uma nova lesão.

Para retomar a atividade desportiva, os atletas devem de cumprir os critérios clínicos necessários. Historicamente, o critério tempo pós-cirurgia tem sido o mais usado como critério principal e, muitas vezes, é mesmo o único critério usado (Adams et al., 2012). No entanto, avaliando a literatura publicada, desde os anos 90 outros critérios têm sido progressivamente utilizados, nomeadamente: força (41% dos estudos), exame objetivo (26% dos estudos), desempenho físico (20% dos estudos) e escalas de resultados clínicos reportados pelo doente (12% dos estudos). Os atletas que regressam ao desporto sem cumprir todos critérios ficam expostos a um risco de nova lesão em cerca de quatro vezes superior, incluindo rotura da ligamentoplastia (Grindem et al., 2016; Kyritsis et al., 2016).

Com o aparecimento de um novo coronavírus, uma infeção respiratória altamente contagiante com um desfecho potencialmente fatal, (Holshue et al., 2020; Montani et al., 2022) a World Health Organization declarou o SARS-CoV2 uma pandemia a nível mundial, a COVID19 (Cucinotta & Vanelli, 2020). Esta nova pandemia colocou uma enorme carga nos sistemas de saúde de todo o mundo, mobilizando recursos médicos para o seu tratamento e confinando a população, com vista à redução de contactos e consequente diminuição do número de contágios.

Com efeito, num sistema com recursos finitos, o acesso aos cuidados de saúde ficou restrito e houve necessidade de selecionar clinicamente os doentes a tratar, resultando no adiamento das consultas de rotina e das cirurgias consideradas não urgentes (Brindle & Gawande, 2020; Holshue et al., 2020).

Sendo a reconstrução cirúrgica do LCA considerada uma cirurgia não urgente e o processo de reabilitação pós-operatório algo menos importante à luz de uma nova pandemia à escala global, os doentes com rotura do LCA viram as suas cirurgias adiadas e os seus processos de reabilitação interrompidos.

## **2. OBJETIVOS**

O objetivo principal deste trabalho prende-se com a avaliação do impacto da COVID19 na reconstrução cirúrgica do LCA, e respetivo processo de reabilitação pós-operatória, no panorama internacional e nacional, especificamente, ao nível do Sistema Nacional de Saúde (SNS) Português.

Como objetivo secundário, procura-se estudar os critérios para a gestão dos doentes cirúrgicos e as formas de mitigação dos impactos da COVID-19 no tema em estudo.

## **3. METODOLOGIA**

A Metodologia deste trabalho baseou-se na revisão da literatura existente.

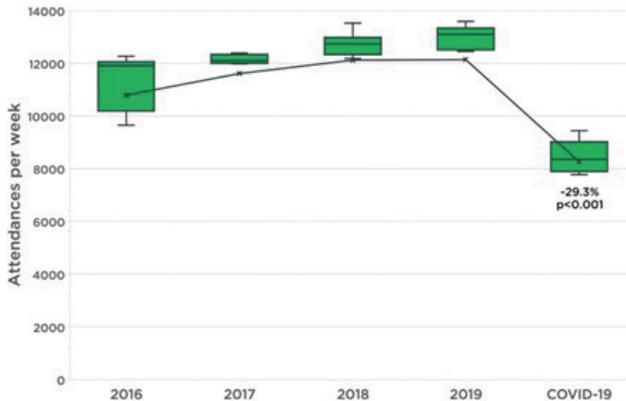
Para a respetiva investigação documental, de acordo com as fontes disponíveis, efetuou-se uma pesquisa na Pubmed e no Google usando os termos chave “Anterior Cruciate Ligament Rupture; Anterior Cruciate Ligament Reconstruction; Post-Surgery Rehabilitation; Sports; SARS-CoV-2; COVID19”.

Foram recolhidos e analisados os artigos julgados pertinentes e relevantes para o tema em investigação, não se tendo excluído qualquer artigo devido à data de publicação ou língua de redação.

## **4. RESULTADOS**

O aparecimento da COVID-19 suscitou a necessidade de tomar medidas imediatas de gestão. Com vista a poupar recursos humanos e tecnológicos, parte das consultas de rotina e a maioria das cirurgias eletivas foram adiadas ou canceladas. Adicionalmente, foram elaborados planos e critérios para determinar as cirurgias clinicamente prioritárias, fizeram-se escalas de rotação de pessoal para

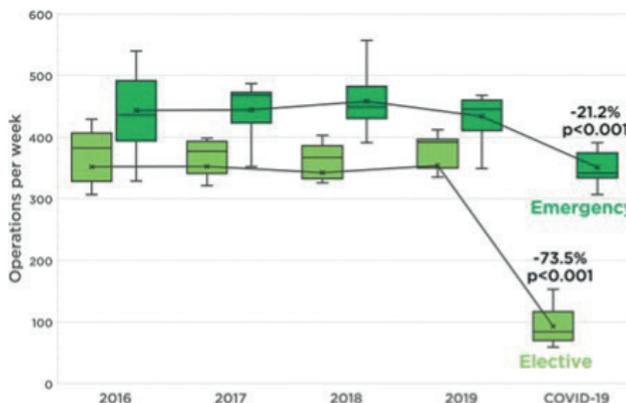
diminuir a exposição destes ao vírus e criaram-se áreas dedicadas aos doentes infetados com SARSCoV2 (Brindle & Gawande, 2020).



**Figura 1 – Número de consultas de Ortopedia efetuadas por semana.**

Fonte: Wong & Cheung (2020).

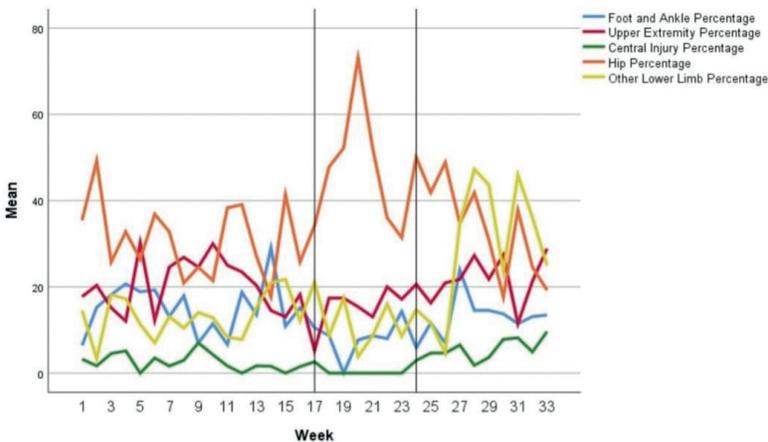
Mesmo as especialidades médicas que não lidam diretamente com a patologia causada pelo SARS-CoV-2, viram-se empenhadas na luta contra a COVID-19 sofrendo, concomitantemente, alterações à sua prática clínica habitual. Com efeito, verifica-se que o volume de doente operados em Ortopedia diminuiu significativamente, (Stringer et al., 2021), chegando mesmo a atingir uma redução média na ordem dos 44% durante o ano de 2020 (Wong & Cheung, 2020).



**Figura 2 – Número de cirurgias efetuadas por semana num grande centro de trauma.**

Fonte: Wong & Cheung (2020).

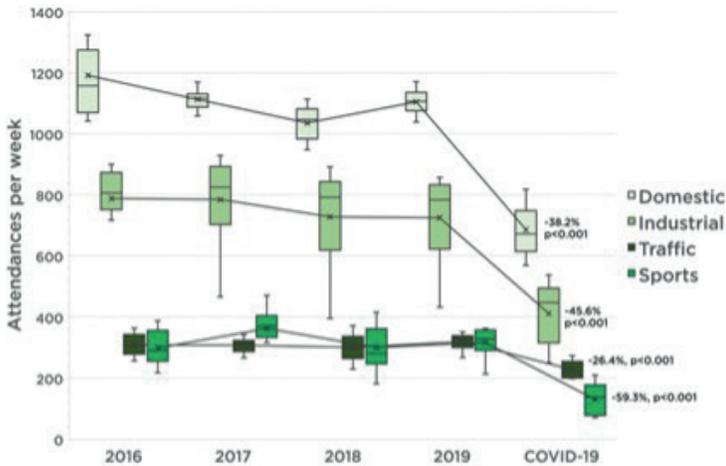
Analisando as cirurgias realizadas distribuídas por área anatómica e por períodos de tempo durante a pandemia COVID-19, verifica-se que o tratamento cirúrgico de fraturas do colo do fêmur ocupou a esmagadora maioria das cirurgias realizadas, quase 80%. Tal facto, deve-se ao impacto potencialmente fatal de uma fratura do colo do fêmur não tratada. Em sentido contrário, constata-se que o tratamento cirúrgico das fraturas do membro superior diminuí cerca de 20%, dando-se primazia ao tratamento conservador sempre que clinicamente viável, enquanto que as artroplastias eletivas e as reconstruções cirúrgicas do LCA registaram uma diminuição na ordem dos 80%, visto que são consideradas cirurgias não urgentes (Wong & Cheung, 2020).



**Figura 3 – Gráfico representativo das cirurgias efetuadas por fratura óssea distribuídas por áreas anatómicas e por períodos.**

Fonte: Stringer et al (2021).

Adicionalmente, fruto dos confinamentos e da redução da atividade laboral, verifica-se que os números de acidentes diminuíram a todos os níveis, resultando na redução de admissões ao serviço de urgência em Ortopedia (Wong & Cheung, 2020).



**Figura 4 – Número de admissões semanais na urgência de Ortopedia distribuídas pelo tipo de trauma.**

Fonte: Wong & Cheung (2020).

Por último, abordando a reabilitação pós-ligamentoplastia do LCA, verifica-se que os doentes operados antes dos confinamentos perderam o seu processo de reabilitação devido aos sucessivos confinamentos e consequentes restrições no acesso às equipas técnicas, clínicas e ginásios de reabilitação habitualmente usados (Webster et al., 2021). Para mitigar estas restrições, doentes passaram a receber um acompanhamento à distância através de videochamada ou aplicações de telemóvel para orientação dos exercícios de reabilitação no domicílio.

## 5. DISCUSSÃO

Um atleta que tenha sofrido uma lesão do LCA e regresse à atividade desportiva, tem uma elevada probabilidade (23 a 31%) de sofrer uma nova lesão no joelho (Arderm et al., 2014; McCormack & Hutchinson, 2016).

No joelho contralateral ao joelho inicialmente lesado, o risco de rotura do LCA é o dobro, comparativamente ao risco de rotura da ligamentoplastia (Grassi et al., 2020; Magnussen et al., 2015). Tal explica-se pela tendência em sobrecarregar o joelho não operado de forma a proteger o joelho contralateral inicialmente lesado.

Adicionalmente, o aumento de risco de lesão também é explicado pela perda de propriocepção, que afeta ambos os joelhos, e pela reabilitação negligente do joelho não lesado, visto que geralmente dá-se primazia ao joelho operado (Ernst & Saliba, 2000; Salem et al., 2003).

Sofrer uma segunda rotura do LCA pode ser devastador para o atleta. Com uma incidência estimada entre 1 a 11%, (Allen et al., 2016; Bourke et al., 2012), uma nova rotura do LCA pode ser causada por um novo trauma major, uma falha no processo biológico de integração da ligamentoplastia, diversos fatores correlacionados com a técnica cirúrgica de ligamentoplastia (Alentorn-geli et al., 2015; Chen et al., 2013) ou com um processo de reabilitação insuficiente (Ebert et al., 2018; Welling et al., 2018).

Assim sendo, para um pleno retorno à atividade desportiva após a rotura do LCA, os doentes beneficiam de uma ligamentoplastia acompanhada de um processo de reabilitação otimizado a todos os níveis, permitindo um regresso mais rápido, seguro e eficaz aos níveis de rendimento pré-lesão.

O novo coronavírus SARS-CoV-2 foi primeiramente identificado na China, em dezembro de 2019 (Holshue et al., 2020). Tratando-se de uma infeção respiratória altamente contagiante, a gravidade da sintomatologia pode apresentar um espectro de sintomas muito amplo, desde um ligeiro quadro gripal à pneumonia com insuficiência respiratória aguda, falência multissistémica e morte (Montani et al., 2022).

Com efeito, a 11 de março de 2020, a World Health Organization declarou o SARS-CoV-2 uma pandemia a nível global, a COVID19 (Cucinotta & Vanelli, 2020). Seguidamente, num espaço de duas semanas, contabilizaram-se cerca de 330 000 infeções e 13 700 mortes (Covid map: Coronavirus cases, deaths, vaccinations by country - BBC News, 2022).

Perante este cenário, uma doença nova altamente contagiante e potencialmente fatal numa proporção da população ainda desconhecida, a COVID-19 colocou uma enorme carga nos sistemas de saúde em todo o mundo. Em virtude, muitos recursos foram canalizados para o tratamento desta nova doença, mobilizando camas, material médico e até equipas médicas cujas especialidades não estavam diretamente relacionadas com o tratamento deste tipo de patologias, como a Ortopedia. Num sistema com recursos finitos, esta mobilização teve efeitos imediatos, resultando no adiamento das consultas de rotina e das cirurgias eletivas (Brindle & Gawande, 2020). Adicionalmente, havia ainda uma preocupação em selecionar, admitir para internamento e tratar apenas os doentes com necessidade urgente de cuidados, com vista a reduzir os contactos e a limitar a propagação do vírus (Holshue et al., 2020).

Apesar das indicações na restrição da seleção de doentes, o termo rotina ou a definição de necessidade urgente de tratamento é algo subjetivo e insuficiente (Massey et al., 2020). Clarificando o impacto destes factos na ortopedia, os doentes podem ser operados em contexto de: urgência em regime de internamento (exemplo: fratura do fémur), urgência em regime de ambulatório (exemplo: rotura de um tendão da mão), eletivo em regime de internamento (exemplo: prótese total do joelho) ou eletivo em regime de ambulatório (exemplo: libertação do túnel cárpico). Em suma, para gestão hospitalar minuciosa e precisa em tempos desafiantes onde há uma clara restrição de camas, equipamentos individuais de proteção, soluções de desinfeção, ventiladores ou equipas médicas, é necessário o estabelecimento criterioso dos doentes a operar. (Statement from the Ambulatory Surgery Center Association regarding Elective Surgery and COVID-19 - Ambulatory Surgery Center Association (ASCA), 2020).

De uma forma geral, não se pode adiar a cirurgia de um doente cuja vida dependa dessa intervenção cirúrgica (exemplo: fraturas do colo do fémur, patologia oncológica). Quanto às restantes cirurgias em ortopedia, vários critérios podem ser usados na escolha dos doentes a operar:

**Crítérios Clínicos – Classificação clínica em doentes em urgentes ou não urgentes.** Seguindo este critério, todos os doentes que possam aguardar pela cirurgia por mais de 1 mês são considerados não urgentes, vendo a sua cirurgia adiada ou cancelada. Em ortopedia, as principais áreas afetadas foram as cirurgias eletivas da coluna, as artroplastias e alguns casos de Ortopedia Pediátrica (Liang et al., 2020);

**Duração do internamento – Classificação baseada na duração do tempo de internamento, em dias.** Este critério prioriza o tratamento de doentes com um tempo de internamento mais curto, visto que, tipicamente, envolvem um gasto menor de recursos e são mais fáceis de planear. Em consequência, prioriza-se as cirurgias de ambulatório e abdica-se das cirurgias com internamento superior a 3 dias (exemplo: artroplastias de rotina, fixações da coluna de rotina) (Gholson et al., 2017);

**Comorbilidades dos doentes – Classificação baseada nas comorbilidades do doente a operar.** Este critério realça a importância da saúde do doente como um todo, visto que os doentes com múltiplas comorbilidades (exemplo: insuficiência cardíaca, diabetes, obesidade) têm tempos de internamento aumentados, necessidades adicionais de cuidados de saúde e estão predispostos a patologia grave em caso de infeção por SARS-CoV-2 (Fan et al., 2020).

Conjugando estes critérios anteriores, surgiu um novo critério de decisão sobre os doentes a intervencionar e o respetivo momento, classificando os doentes em categorias prioritárias:

Prioridade A – Cirurgias de emergência a serem realizadas num período inferior a 24 horas. São cirurgias que, por motivos clínicos, não podem ser adiadas de modo algum, sob pena de resultar na perda de um membro ou da vida (Ebraheim et al., 2018; Sarac et al., 2020).

Prioridade B – Cirurgias de urgência a serem realizadas num período inferior a 48 horas. Apesar de não terem o mesmo carácter emergente que as cirurgias de categoria A, as cirurgias de categoria B também não devem ser adiadas por motivos de ordem clínica (Ebraheim N et al., 2018).

Prioridade C – Cirurgias de urgência diferida a serem realizadas num período inferior a duas semanas. A maioria das fixações cirúrgicas de fraturas encaixa nesta categoria. Tal critério baseia-se no facto de a maioria das fraturas em ortopedia poder ser operada num espaço de duas semanas sem comprometimento do resultado clínico final. A partir da terceira semana, devido à criação de calo ósseo e ao tempo prolongado de imobilização, a fixação cirúrgica torna-se tecnicamente mais difícil e os resultados clínicos podem ser inferiores (Browner et al., 2015).

Prioridade D – Cirurgias não urgentes a serem realizadas num período inferior a três meses. São cirurgias cujo tratamento pode ser adiado por semanas ou meses. O período de três meses prende-se com o facto de existir literatura que associa o tratamento adiado destas lesões a resultados clínicos inferiores e/ou a danos adicionais para o doente (Lohmander et al., 2007).

Prioridade E – Cirurgias de rotina a serem realizadas num período superior a três meses. Engloba todas as outras cirurgias que não tenham cabimento nos critérios anteriores (Scott et al., 2019).

Apesar da classificação proposta e dos diversos elementos de ordem clínica, a gestão dos doentes cirúrgicos deve ser sempre conjugada com a situação pandémica local e com a disponibilidade de recursos. Informações adicionais relativamente ao uso clínico desta classificação encontram-se no Apêndice E.

Com o evoluir da pandemia COVID-19, as unidades de cirurgia de ambulatório (UCA) foram consideradas clinicamente seguras para a realização procedimentos cirúrgicos com o mínimo risco de infeção por SARS-CoV-2. Adicionalmente, a atividade cirúrgica da UCA apresenta-se como extremamente relevante para a continuação da prestação de cuidados de saúde necessários.

Sem surpresa, vários serviços de Ortopedia decretaram que os doentes devem ser preferencialmente operados em regime de ambulatório numa UCA sempre que possível, em detrimento das cirurgias num bloco operatório central com regime de internamento. (Statement from the Ambulatory Surgery Center Association regarding Elective Surgery and COVID-19 - Ambulatory Surgery Center Association (ASCA), 2020).

Apesar de todos os critérios estabelecidos na gestão de doentes e na atribuição de locais preferenciais para a prestação de tratamentos cirúrgicos, num cenário de pandemia mundial com uma elevada necessidade de recursos e com um risco de contágio associado ao contacto social, verifica-se que o volume de doentes operados em Ortopedia diminuiu significativamente (Stringer et al., 2021).

Abordando a reabilitação pós-ligamentoplastia do LCA, verifica-se que o tratamento presencial foi preterido em relação ao acompanhamento por teleconsulta ou ao uso de aplicações para a realização de exercícios autonomamente no domicílio. A reabilitação autónoma por aplicação de telemóvel, apresentou resultados clínicos iniciais similares a uma reabilitação tradicional em determinados parâmetros avaliados, como a mobilidade do joelho e a instabilidade pósoperatória (Bauwens et al., 2022). No entanto, outros estudos realçam que os doentes que se submeteram a uma reabilitação autónoma no domicílio apresentam uma perda de força dos membros inferiores (18%) comparativamente aos doentes submetidos a uma reabilitação tradicional na era pré-covid (Weaver et al., 2022).

Abordando o impacto da pandemia COVID-19 em Portugal, a gestão hospitalar consistiu em diversos planos faseados por níveis de impacto do SARSCoV-2 no Sistema de Saúde Nacional. Dos vários planos definidos, destaca-se o da especialidade de Medicina Intensiva (Paiva et al., 2020), onde foram definidos os seguintes níveis:

**Impacto Baixo.** Uma taxa de ocupação de doentes COVID-19 inferior a 10% da lotação normal do Serviço de Medicina Intensiva (SMI), capacidade de resposta médica mantida;

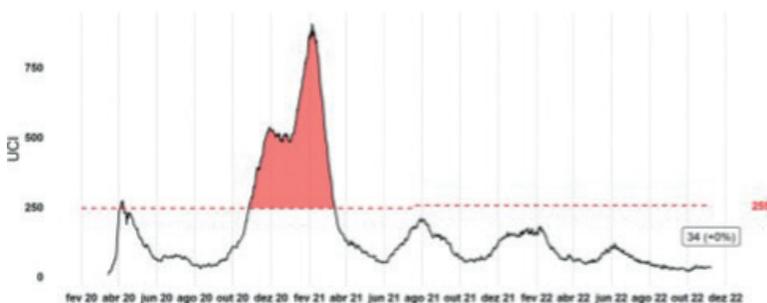
**Impacto Moderado.** Uma taxa de ocupação de doentes COVID-19 a rondar os 25% da lotação normal do SMI, capacidade de resposta médica mantida;

**Impacto Severo.** Uma taxa de ocupação de doentes COVID-19 a rondar os 50% da lotação normal do SMI, capacidade de resposta limite;

Catástrofe. As necessidades excedem os recursos.

Informações adicionais relativamente ao plano de gestão da Medicina Intensiva encontram-se no Apêndice F. Analisando este documento, verifica-se que a atividade de todos os blocos operatórios, e dos seus respetivos serviços de recobro, foram canibalizados pelos Serviços de Medicina Intensiva sempre que o combate à pandemia esteja na fase 3 ou superior.

Observando a evolução diária dos doentes COVID-19 internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) nos hospitais, verifica-se que está atualmente definido como crítico a ocupação de 255 camas, sendo 250 camas o critério inicial (Direção Geral da Saúde, 2022). Adicionalmente, constata-se que a evolução do número de internamentos de doentes com SARS-CoV-2 em UCI apenas gozou de breves períodos de uma taxa de ocupação diminuta.



**Figura 5 – Evolução diária de doentes com SARS-CoV-2 internados nas Unidades de Cuidados Intensivos dos hospitais do continente.**

Fonte: Direção Geral da Saúde (2022).

Para além do aumento de camas destinadas às UCI, foi ainda necessário o aumento do número de camas de internamento para os doentes infetados com SARS-CoV-2 clinicamente menos graves. Neste cenário, destaca-se a participação das Forças Armadas através da criação do Centro de Apoio Militar (CAM), do uso ambos os polos do Hospital das Forças Armadas (HFAR) e da operacionalização de uma antiga enfermaria do Centro de Saúde Militar de Coimbra (antigo Hospital Militar Regional n.º 2).

Para fazer face a tais necessidades, o CAM foi instalado no antigo Hospital Militar de Belém, após processo de remodelação e operacionalização das suas antigas enfermarias (Centro de Apoio Militar Covid-19 aumenta capacidade de internamento, 2020). Por outro lado, o HFAR teve necessidade de adaptar e converter

os seus recursos físicos em espaços de internamento, nomeadamente, refeitórios e áreas destinadas à consulta externa (Defesa Nacional reforça capacidade de internamento para doentes Covid-19, 2021).

Com a canibalização de recursos e a expansão do número de enfermarias de internamento, torna-se evidente que os blocos operatórios viram a sua atividade restrita ou cancelada durante largos períodos. Particularizando, a UCA, local de eleição para as cirurgias menos urgentes, foi a mais afetada, optando-se por manter a atividade do bloco operatório central, local preferencial para as cirurgias major clinicamente mais relevantes.

Em suma, tendo em conta que as ligamentoplastias do LCA são realizadas em UCA e são consideradas cirurgias não urgentes sem importância vital para a saúde do doente, é possível determinar que, ao nível de SNS, esta cirurgia foi maioritariamente suspensa ou adiada. À semelhança desta realidade, também a reabilitação pós-operatória e o regresso criterioso ao desporto foram suspensos com os sucessivos confinamentos e com as restrições de acesso às equipas técnicas, às clínicas ou aos ginásios de reabilitação (COVID-19: Medidas, Orientações e Recomendações, 2022).

## **6. CONCLUSÕES**

Apesar da gravidade de uma rotura do LCA, os seus efeitos deletérios podem ser minimizados através da sua reconstrução cirúrgica e de uma reabilitação profissional, objetiva e criteriosa. Com o aparecimento do SARS-CoV-2, o mundo teve de fazer face a uma pandemia à escala global. Tal implicou a gestão de recursos humanos, a gestão de material sanitário e a diferenciação dos doentes em urgentes ou não urgentes mediante critérios clínicos.

Neste cenário, a atividade cirúrgica da Ortopedia restringiu-se maioritariamente ao tratamento de determinadas fraturas. Quanto à traumatologia desportiva, onde a ligamentoplastia do LCA se enquadra, esta viu a sua atividade cirúrgica definida como pouco prioritária e, conseqüentemente, adiada ou cancelada.

Por outro lado, os doentes já previamente submetidos a ligamentoplastias viram a sua reabilitação presencial suspensa devido às restrições e confinamentos impostos. Em alternativa, os doentes passaram a receber um acompanhamento à distância, por videochamada, e a realizar os exercícios de reabilitação autonomamente, mediante indicações prévias ou aplicações de telemóvel.

Em suma, a COVID-19 causou um grande interrupção ao nível dos cuidados de saúde prestados em Ortopedia e em Traumatologia Desportiva, levando à diminuição do número de cirurgias realizadas, à restrição do tipo de procedimentos cirúrgicos efetuados e à suspensão dos processos de reabilitação pós-operatórios.

## APÊNDICE E – Prioridades Cirúrgicas em Ortopedia

Tabela 1 - Prioridades cirúrgicas A e B

Subespecialidade	Prioridade A Emergente (<24 horas)	Prioridade B Urgente (<48 horas)
Trauma	Fraturas expostas Fraturas do colo do fêmur em jovens Fraturas pélvicas com hemorragia ativa Fraturas com lesão vascular Síndrome compartimental Redução de luxações Fasciite necrotizante Fraturas fechadas com compromisso dos tecidos Fixação externa de fraturas cominutivas	Fraturas do colo do fêmur Fraturas trocantéricas Fraturas do colo do tálus Fraturas diafisárias
Coluna	Fraturas luxação Fraturas com lesão neurológica Hematoma epidural Abscesso epidural	Síndrome da Cauda Equina
Oncologia	Tumor compressivo intramedular	Fratura patológica iminente
Artroplastias	Infeção aguda de artroplastia Luxação de artroplastia	Fratura periprotésica
Ortopedia Pediátrica	Fraturas da bacia Fratura supracondiliana Epifisiólise da cabeça do fêmur Fraturas com lesão vascular Fraturas expostas	
Punho e Mão	Síndrome do túnel cárpico agudo Fraturas luxação Reimplantação digital Infeções	
Traumatologia Desportiva	Fixação externa pós luxação do joelho	
Outras	Artrite Séptica	

Fonte: Adaptado de Massey et al., 2020.

**Tabela 2 - Prioridades cirúrgicas C, D e E**

<b>Subespecialidade</b>	<b>Prioridade C Diferido (&lt;2 semanas)</b>	<b>Prioridade D Não Urgente (&lt;3 meses)</b>	<b>Prioridade E Rotina (&gt;3 meses)</b>
Trauma	Restantes fraturas		
Coluna		Radiculopatia	Espondilolistese
Oncologia	Tumor compressivo intramedular	Fratura patológica iminente	
Artroplastias			Artroplastias por artrose
Ortopedia Pediátrica	Restantes fraturas		Correção Escoliose Correção de outras deformidades
Punho e Mão	Restantes fraturas Lesões ligamentares	Síndrome do tunel cárpico crônico Compressão do nervo ulnar	Dedo em gatilho Doença de Quervain
Traumatologia Desportiva	Lesões tendinosas Remoção de corpos livres Avulsões ligamentares Luxações da acromioclavicular	Reconstrução do LCA Reconstrução de outros ligamentos Reparação da coifa dos rotadores Reparação da instabilidade do ombro	Reparação de lesão condral Reparação de lesão crônica da coifa dos rotadores
Outras			

Fonte: Adaptado de Massey et al., 2020.

## APÊNDICE F – Plano de Gestão de Camas pela Medicina Intensiva

Tabela 3 - As fases de combate à COVID-19 pela Medicina Intensiva

Fase	Impacto	Estratégias a ativar
1	<b>Baixo impacto</b> (< 10% da lotação normal do SMI ocupada por doentes COVID-19) capacidade de resposta mantida	<b>Fase de preparação</b> - Garantia de efetividade de Rede de Referência Inter-hospitalar de Medicina Intensiva - Planeamento da extensão da Medicina Intensiva - Estabelecimento dos circuitos intra-hospitalares - Estabelecimento de protocolos de diagnóstico e terapêutica e de fluxogramas de processos assistenciais - Treino de rotinas (p.e. equipamentos de proteção individual) - Constituição de stocks de material (EPI, consumíveis, medicação) - Levantamento das existências de material e recursos humanos
2	<b>Impacto moderado</b> (≈ 25% da lotação normal do SMI ocupada por doentes COVID-19) capacidade de resposta mantida	<b>Fase de reestruturação</b> - Realização das obras necessárias a expansão da Medicina Intensiva - Libertação de vagas no Serviço de Medicina Intensiva - Internamento de doentes críticos em Unidades de Cuidados Intensivos normalmente fora do Serviço de Medicina Intensiva (ex. Unidade Coronária) - Adiamento de cirurgia não emergente/urgente - Limitação da participação em atividade não clínica interna (p.e. Equipa de Emergência Interna, doação, etc.). - Recurso a outros hospitais públicos/privados de acordo com protocolos prévios
3	<b>Impacto severo</b> (≈ 50% da lotação normal do SMI ocupada por doentes COVID-19) capacidade de resposta limite	<b>Fase de ajuste</b> - Internamento de doentes críticos em áreas alternativas (p.e. unidades de recobro pós-cirúrgico, bloco operatório)
4	<b>Catástrofe</b> necessidades excedem os recursos disponíveis	<b>Fase de catástrofe</b> - Internamento de doentes críticos em áreas sem infraestrutura de cuidados intensivos pré-existente (p.e. Enfermarias Médicas) - Consideração de implementação de sistema de triagem em situação excepcional de catástrofe

Fonte: Adaptado de Artur Paiva et al., 2020.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, D., Logerstedt, D., Hunter-Giordano, A., Axe, M. J., & Snyder-Mackler, L. (2012). Current concepts for anterior cruciate ligament reconstruction: a criterion-based rehabilitation progression. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 42(7), 601–614. <https://doi.org/10.2519/jospt.2012.3871>.
- Alentorn-geli, E., Cugat, R., Farmer, K. W., & Moser, M. W. (2015). Failure of ACL Reconstruction. *Archives of bone and joint surgery*, 3(4), 220–240. <https://doi.org/10.22038/abjs.2015.4584>.
- Allen, M. M., Pareek, A., Krych, A. J., Hewett, T. E., Levy, B. A., Stuart, M. J., & Dahm, D. L. (2016). Are Female Soccer Players at an Increased Risk of Second Anterior Cruciate Ligament Injury Compared with Their Athletic Peers? *American Journal of Sports Medicine*, 44(10), 2492–2498. <https://doi.org/10.1177/0363546516648439>.
- Ardern, C. L., Taylor, N. F., Feller, J. A., & Webster, K. E. (2014). Fifty-five per cent return to competitive sport following anterior cruciate ligament reconstruction surgery: An updated systematic review and meta-analysis including aspects of physical functioning and contextual factors. *British Journal of Sports Medicine*, 48(21), 1543–1552. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-093398>.
- Artur Paiva, J., Paulo Almeida-Sousa, J., Araújo, R., Bento, L., Branco, M., Camara, M., Catorze, N., Gomes, R., Pais Martins, A., Mergulhão, P., & Nunez, D. (2020). *Linhas orientadoras dos planos de contingência dos Serviços e da Rede de Medicina Intensiva para o doente COVID-19 crítico*.
- Bauwens, P. H., Fayard, J. M., Tatar, M., Abid, H., Freychet, B., Sonnery-Cottet, B., & Thaunat, M. (2022). Evaluation of a Smartphone Application for Self-Rehabilitation after Anterior Cruciate Ligament Reconstruction during a COVID-19 Lockdown. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, 103342. <https://doi.org/10.1016/J.OTSR.2022.103342>.
- Bourke, H. E., Salmon, L. J., Waller, A., Patterson, V., & Pinczewski, L. A. (2012). Survival of the anterior cruciate ligament graft and the contralateral ACL at a minimum of 15 years. *American Journal of Sports Medicine*, 40(9), 1985–1992. <https://doi.org/10.1177/0363546512454414>.
- Browner BD, Jupiter JB, Krettek C, & Anderson P. (2015). *Skeletal Trauma Basic Science, Management, and Reconstruction* (5.a ed.). Elsevier/Saunders.

- Buckwalter, J. A. (2002). Articular cartilage injuries. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 402, 21–37. <https://doi.org/10.1097/00003086-200209000-00004>.
- Centro de Apoio Militar Covid-19 aumenta capacidade de internamento. (2020). <https://www.defesa.gov.pt/pt/comunicacao/noticias/Paginas/Centro-de-Apoio-Militar-Covid-19-aumenta-capacidade-de-internamento.aspx>.
- Chen, J. L., Allen, C. R., Stephens, T. E., Haas, A. K., Huston, L. J., Wright, R. W., & Feeley, B. T. (2013). Differences in mechanisms of failure, intraoperative findings, and surgical characteristics between single- and multiple-revision ACL reconstructions: A MARS cohort study. *American Journal of Sports Medicine*, 41(7), 1571–1578. <https://doi.org/10.1177/0363546513487980>
- Covid map: Coronavirus cases, deaths, vaccinations by country - BBC News. (2022). <https://www.bbc.com/news/world-51235105>.
- COVID-19: Medidas, Orientações e Recomendações. (2022). <https://www.acm.gov.pt/ru/-/covid-19-medidas-orientacoes-e-recomendacoes>.
- Cucinotta, D., & Vanelli, M. (2020). WHO declares COVID-19 a pandemic. Em *Acta Biomedica* (Vol. 91, Número 1, pp. 157–160). Mattioli 1885. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397>.
- Defesa Nacional reforça capacidade de internamento para doentes Covid-19. (2021, Janeiro). <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/comunicacao/noticia?i=defesa-nacional-reforca-capacidade-de-internamento-para-doentes-covid-19>.
- Dingenen, B., & Gokeler, A. (2017). Optimization of the Return-to-Sport Paradigm After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Critical Step Back to Move Forward. *Sports Medicine*, 47(8), 1487–1500. <https://doi.org/10.1007/s40279-017-0674-6>.
- Direção Geral da Saúde. (2022). *Relatório de Monitorização da Situação Epidemiológica da COVID-19*.
- Ebert, J. R., Edwards, P., Yi, L., Joss, B., Ackland, T., Carey-Smith, R., Buelow, J. U., & Hewitt, B. (2018). Strength and functional symmetry is associated with post-operative rehabilitation in patients following anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 26(8), 2353–2361. <https://doi.org/10.1007/s00167-017-4712-6>.
- Ebraheim N, Lea J, Cooper J, & Corba L. (2018). Orthopaedic Emergencies Booklet.

- Ekås, G. R., Ardern, C. L., Grindem, H., & Engebretsen, L. (2020). Evidence too weak to guide surgical treatment decisions for anterior cruciate ligament injury: A systematic review of the risk of new meniscal tears after anterior cruciate ligament injury. *British Journal of Sports Medicine*, *54*(9), 520–527. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-100956>.
- Elizabeth Brindle, M., & Gawande, A. (2020). Managing COVID-19 in Surgical Systems. *Annals of surgery*, *272*(1). <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003923>.
- Ericsson, Y; Roos, E; Frobell, R. (2013). Lower extremity performance following ACL rehabilitation in the KANON-trial: impact of reconstruction and predictive value at 2 and 5 years. *British Journal of Sports Medicine*, *47*(15), 980–985. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092676>.
- Ernst, G. P., & Saliba, E. (2000). Lower-Extremity Compensations Following Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *Physical Therapy*, *80*(3), 251–260. <https://doi.org/10.1093/ptj/80.3.251>.
- Fan, J., Liu, X., Pan, W., Douglas, M. W., & Bao, S. (2020). Epidemiology of Coronavirus Disease in Gansu Province, China, 2020. *Emerging infectious diseases*, *26*(6), 1257–1265. <https://doi.org/10.3201/EID2606.200251>.
- Grassi, A., Macchiarola, L., Lucidi, G. A., Stefanelli, F., Neri, M., Silvestri, A., Della Villa, F., & Zaffagnini, S. (2020). More Than a 2-Fold Risk of Contralateral Anterior Cruciate Ligament Injuries Compared With Ipsilateral Graft Failure 10 Years After Primary Reconstruction. *American Journal of Sports Medicine*, 1–8. <https://doi.org/10.1177/0363546519893711>.
- Grindem, H., Snyder-Mackler, Lynn Moksnes, H., Engebretsen, L., & Risberg, M. A. (2016). Simple decision rules reduce reinjury risk after anterior cruciate ligament reconstruction: the Delaware-Oslo ACL cohort study. *British Journal of Sports Medicine*, *50*(13), 804–808. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096031>.
- Grindem, H., Wellsandt, E., Failla, M., Snyder-Mackler, L., & Risberg, M. A. (2018). Anterior Cruciate Ligament Injury—Who Succeeds Without Reconstructive Surgery? The Delaware-Oslo ACL Cohort Study. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*, *6*(5), 1–9. <https://doi.org/10.1177/2325967118774255>.
- Holshue, M. L., DeBolt, C., Lindquist, S., Lofy, K. H., Wiesman, J., Bruce, H., Spitters, C., Ericson, K., Wilkerson, S., Tural, A., Diaz, G., Cohn, A., Fox, L., Patel, A., Gerber, S. I., Kim, L., Tong, S., Lu, X., Lindstrom, S., ... Pillai, S. K. (2020). First

- Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States. *New England Journal of Medicine*, 382(10), 929–936. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2001191>.
- Joseph Gholson, J., Noiseux, N. O., Otero, J. E., Gao, Y., & Shah, A. S. (2017). Patient Factors Systematically Influence Hospital Length of Stay in Common Orthopaedic Procedures. *The Iowa Orthopaedic Journal*, 37, 233. [/pmc/articles/PMC5508301/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35508301/).
- Kyritsis, P., Bahr, R., Landreau, P., Miladi, R., & Witvrouw, E. (2016). Likelihood of ACL graft rupture: Not meeting six clinical discharge criteria before return to sport is associated with a four times greater risk of rupture. *British Journal of Sports Medicine*, 50(15), 946–951. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-095908>.
- Liang, Z. C., Wang, W., Murphy, D., & Po Hui, J. H. (2020). Novel coronavirus and orthopaedic surgery early experiences from Singapore. *Journal of Bone and Joint Surgery – American Volume*, 102(9), 745–749. <https://doi.org/10.2106/JBJS.20.00236>.
- Lie, M. M., Risberg, M. A., Storheim, K., Engebretsen, L., & Øiestad, B. E. (2019). What's the rate of knee osteoarthritis 10 years after anterior cruciate ligament injury? An updated systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 53(18), 1162–1167. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099751>.
- Lohmander, L. S., Englund, P. M., Dahl, L. L., & Roos, E. M. (2007). The long-term consequence of anterior cruciate ligament and meniscus injuries: Osteoarthritis. *American Journal of Sports Medicine*, 35(10), 1756–1769. <https://doi.org/10.1177/0363546507307396>.
- Magnussen, R. A., Meschbach, N. T., Kaeding, C. C., Wright, R. W., & Spindler, K. P. (2015). ACL graft and contralateral ACL tear risk within ten years following reconstruction. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 3(1), 1–8.
- Massey, P. A., McClary, K., Zhang, A. S., Savoie, F. H., & Barton, R. S. (2020). Orthopaedic Surgical Selection and Inpatient Paradigms during the Coronavirus (COVID-19) Pandemic. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 28(11), 436–450. Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-20-00360>.
- McCormack, R. G., & Hutchinson, M. R. (2016). Time to be honest regarding outcomes of ACL reconstructions: Should we be quoting 55–65% success rates for high-level athletes? *British Journal of Sports Medicine*, 50(19), 1167–1168. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096324>.

- Montalvo, A. M., Schneider, D. K., Yut, L., Webster, K. E., Beynnon, B., Kocher, M. S., & Myer, G. D. (2019). «what's my risk of sustaining an ACL injury while playing sports?» A systematic review with meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 53(16), 1003–1012. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096274>.
- Montani, D., Savale, L., Noel, N., Meyrignac, O., Colle, R., Gasnier, M., Corruble, E., Beurnier, A., Jutant, E. M., Pham, T., Lecoq, A. L., Papon, J. F., Figueiredo, S., Harrois, A., Humbert, M., & Monnet, X. (2022). Post-acute COVID-19 syndrome. *European Respiratory Review* 163(31). European Respiratory Society. <https://doi.org/10.1183/16000617.0185-2021>.
- Salem, G. J., Salinas, R., & Harding, F. V. (2003). Bilateral kinematic and kinetic analysis of the squat exercise after anterior cruciate ligament reconstruction. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(8), 1211–1216. [https://doi.org/10.1016/S0003-9993\(03\)00034-0](https://doi.org/10.1016/S0003-9993(03)00034-0).
- Sarac, N. J., Sarac, B. A., Schoenbrunner, A. R., Janis, J. E., Harrison, R. K., Phieffer, L. S., Quatman, C. E., & Ly, T. v. (2020). A Review of State Guidelines for Elective Orthopaedic Procedures During the COVID-19 Outbreak. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 102(11), 942–945. <https://doi.org/10.2106/JBJS.20.00510>.
- Scott, C. E. H., MacDonald, D. J., & Howie, C. R. (2019). «Worse than death» and waiting for a joint arthroplasty. *The bone & joint journal*, 101-B(8), 941–950. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.101B8.BJJ-2019-0116.R1>.
- Statement from the Ambulatory Surgery Center Association regarding Elective Surgery and COVID-19 - Ambulatory Surgery Center Association (ASCA). (2020). <https://www.ascassociation.org/asca/aboutus/pressroom/press2020/statement-from-the-ambulatory-surgery-center-association-regarding-elective-surgery-and-covi>.
- Stringer, H., Molloy, A., Craven, J., Moorehead, J., Santini, A., & Mason, L. (2021). The impact of COVID-19 on foot and ankle surgery in a major trauma centre. *The Foot*, 46, 101772. <https://doi.org/10.1016/J.FOOT.2020.101772>.
- Thoma, L. M., Grindem, H., Logerstedt, D., Axe, M., Engebretsen, L., Risberg, M. A., & Snyder-Mackler, L. (2019). Coper Classification Early After Anterior Cruciate Ligament Rupture Changes With Progressive Neuromuscular and Strength Training and Is Associated With 2-Year Success: The Delaware-Oslo ACL Cohort Study. *American Journal of Sports Medicine*, 47(4), 807–814. <https://doi.org/10.1177/0363546519825500>.

- Thoméé, R., Neeter, C., Gustavsson, A., Thoméé, P., Augustsson, J., Eriksson, B., & Karlsson, J. (2012). Variability in leg muscle power and hop performance after anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 20(6), 1143–1151. <https://doi.org/10.1007/s00167-012-1912-y>.
- Weaver, A., Ness, B., Roman, D., Giampetruzzi, N., & Cleland, J. (2022). Short-Term Clinical Outcomes After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction In Adolescents During The COVID-19 Pandemic. *International Journal of Sports Physical Therapy*, 17(4), 585. <https://doi.org/10.26603/001c.35668>.
- Webster, K. E., Klemm, H. J., Devitt, B. M., Whitehead, T. S., & Feller, J. A. (2021). Effect of COVID-19 Social Isolation Policies on Rehabilitation After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*, 9(10). [https://doi.org/10.1177/232596712111047216/ASSET/IMAGES/LARGE/10.1177\\_232596712111047216-FIG3.JPEG](https://doi.org/10.1177/232596712111047216/ASSET/IMAGES/LARGE/10.1177_232596712111047216-FIG3.JPEG).
- Welling, W., Benjaminse, A., Seil, R., Lemmink, K., Zaffagnini, S., & Gokeler, A. (2018). Low rates of patients meeting return to sport criteria 9 months after anterior cruciate ligament reconstruction: a prospective longitudinal study. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 26(12), 3636–3644. <https://doi.org/10.1007/s00167-018-4916-4>.
- Wong, J. S. H., & Cheung, K. M. C. (2020). Impact of COVID-19 on Orthopaedic and Trauma Service: An Epidemiological Study. *Journal of Bone and Joint Surgery – American Volume*, 102(14), E80. <https://doi.org/10.2106/JBJS.20.00775>.



Os **Cadernos do IUM** têm como principal objetivo divulgar os resultados da investigação desenvolvida no/sob a égide do IUM, autonomamente ou em parcerias, que não tenha dimensão para ser publicada em livro. A sua publicação não deverá ter uma periodicidade definida. Contudo, deverão ser publicados, pelo menos, seis números anualmente. Os temas devem estar em consonância com as linhas de investigação prioritárias do CIDIUM. Devem ser publicados em papel e eletronicamente no sítio do IUM. Consideram-se como objeto de publicação pelos Cadernos do IUM:

- Trabalhos de investigação dos investigadores do CIDIUM ou de outros investigadores nacionais ou estrangeiros;
- Trabalhos de investigação individual ou de grupo de reconhecida qualidade, efetuados pelos discentes, em particular pelos do CEMC e pelos auditores do CPOG que tenham sido indicados para publicação e que se enquadrem no âmbito das Ciências Militares, da Segurança e Defesa Nacional e Internacional;
- *Papers*, ensaios e artigos de reflexão produzidos pelos docentes;
- Comunicações de investigadores do IUM efetuadas em eventos científicos (e.g., seminários, conferências, *workshops*, painéis, mesas redondas), de âmbito nacional ou internacional, em Portugal ou no estrangeiro.

#### **N.ºs Publicados:**

##### 1 – Comportamento Humano em Contexto Militar

Subsídio para um Referencial de Competências destinado ao Exercício da Liderança no Contexto das Forças Armadas Portuguesas: Utilização de um “Projeto STAFS” para a configuração do constructo

Coronel Tirocinado Lúcio Agostinho Barreiros dos Santos

##### 2 – Entre a República e a Grande Guerra: Breves abordagens às instituições militares portuguesas

Coordenador: Major de Infantaria Carlos Afonso

##### 3 – A Abertura da Rota do Ártico (*Northern Passage*). Implicações políticas, diplomáticas e comerciais

Coronel Tirocinado Eduardo Manuel Braga da Cruz Mendes Ferrão

##### 4 – O Conflito da Síria: as Dinâmicas de Globalização, Diplomacia e Segurança

(Comunicações no Âmbito da Conferência Final do I Curso de Pós-Graduação em Globalização Diplomacia e Segurança)

Coordenadores: Tenente-coronel de Engenharia Rui Vieira  
Professora Doutora Teresa Ferreira Rodrigues

##### 5 – Os Novos Desafios de Segurança do Norte de África

Coronel Tirocinado Francisco Xavier Ferreira de Sousa

- 6 – Liderança Estratégica e Pensamento Estratégico  
Capitão-de-mar-e-guerra Valentim José Pires Antunes Rodrigues
- 7 – Análise Geopolítica e Geoestratégica da Ucrânia  
Coordenadores: Tenente-coronel de Engenharia Leonel Mendes Martins  
Tenente-coronel Navegador António Luís Beja Eugénio
- 8 – Orientações Metodológicas para a elaboração de Trabalhos de Investigação  
Coordenadores: Coronel Tirocinado Lúcio Agostinho Barreiros dos Santos  
Tenente-coronel Técnico de Manutenção de Material Aéreo Joaquim Vale Lima
- 9 – A Campanha Militar Terrestre no Teatro de Operações de Angola. Estudo da Aplicação da Força por Funções de Combate  
Coordenadores: Coronel Tirocinado José Luís de Sousa Dias Gonçalves  
Tenente-coronel de Infantaria José Manuel Figueiredo Moreira
- 10 – O Fenómeno dos “*Green-on-Blue Attacks*”. “*Insider Threats*” – Das Causas à Contenção  
Major de Artilharia Nelson José Mendes Rêgo
- 11 – Os Pensadores Militares  
Coordenadores: Tenente-coronel de Engenharia Leonel José Mendes Martins  
Major de Infantaria Carlos Filipe Lobão Dias Afonso
- 12 – *English for Specific Purposes* no Instituto Universitário Militar  
Capitão-tenente ST Eling Estela do Carmo Fortunato Magalhães Parreira
- 13 – I Guerra Mundial: das trincheiras ao regresso  
Coordenadores: Tenente-coronel de Engenharia Leonel José Mendes Martins  
Major de Infantaria Fernando César de Oliveira Ribeiro
- 14 – Identificação e caracterização de infraestruturas críticas – uma metodologia  
Major de Infantaria Hugo José Duarte Ferreira
- 15 – O DAESH. Dimensão globalização, diplomacia e segurança. Atas do seminário 24 de maio de 2016  
Coordenadores: Tenente-coronel de Engenharia Adalberto José Centenico  
Professora Doutora Teresa Ferreira Rodrigues
- 16 – Cultura, Comportamento Organizacional e *Sensemaking*  
Coordenadores: Coronel Piloto Aviador João Paulo Nunes Vicente  
Tenente-coronel Engenheira Aeronáutica Ana Rita Duarte Gomes S. Baltazar
- 17 – Gestão de Infraestruturas Aeronáuticas  
Major Engenheira de Aeródromos Adelaide Catarina Gonçalves

- 18 – A Memória da Grande Guerra nas Forças Armadas  
Major de Cavalaria Marco António Frontoura Cordeiro
- 19 – Classificação e Análise de Fatores Humanos em Acidentes e Incidentes na Força Aérea  
Alferes Piloto-Aviador Ricardo Augusto Baptista Martins  
Major Psicóloga Cristina Paula de Almeida Fachada  
Capitão Engenheiro Aeronáutico Bruno António Serrasqueira Serrano
- 20 – A Aviação Militar Portuguesa nos Céus da Grande Guerra: Realidade e Consequências  
Coordenador: Coronel Técnico de Pessoal e Apoio Administrativo  
Rui Alberto Gomes Bento Roque
- 21 – Saúde em Contexto Militar (Aeronáutico)  
Coordenadoras: Tenente-coronel Médica Sofia de Jesus de Vidigal e Almada  
Major Psicóloga Cristina Paula de Almeida Fachada
- 22 – *Storm Watching. A New Look at World War One*  
Coronel de Infantaria Nuno Correia Neves
- 23 – Justiça Militar: A Rutura de 2004. Atas do Seminário de 03 de março de 2017  
Coordenador: Tenente-coronel de Infantaria Pedro António Marques da Costa
- 24 – Estudo da Aplicação da Força por Funções de Combate - Moçambique 1964-1975  
Coordenadores: Coronel Tirocinado de Infantaria Jorge Manuel Barreiro Saramago  
Tenente-coronel de Infantaria Vítor Manuel Lourenço Ortigão Borges
- 25 – A República Popular da China no Mundo Global do Século XXI. Atas do Seminário de 09 de maio de 2017  
Coordenadores: Professora Doutora Teresa Ferreira Rodrigues  
Tenente-coronel de Infantaria Paraquedista Rui Jorge Roma Pais dos Santos
- 26 – O Processo de Planeamento de Operações na NATO: Dilemas e Desafios  
Coordenador: Tenente-coronel de Artilharia Nelson José Mendes Rêgo
- 27 – Órgãos de Apoio Logístico de Marinhas da OTAN  
Coordenador: Capitão-tenente de Administração Naval Duarte M. Henriques da Costa
- 28 – Gestão do Conhecimento em Contexto Militar: O Caso das Forças Armadas Portuguesas  
Coordenador: Coronel Tirocinado Lúcio Agostinho Barreiros dos Santos
- 29 – A Esquadra de Superfície da Marinha em 2038. Combate de alta Intensidade ou Operações de Segurança Marítima?  
Capitão-de-mar-e-guerra Nuno José de Melo Canelas Sobral Domingues

- 30 – Centro de Treino Conjunto e de Simulação das Forças Armadas  
Coronel Tirocinado de Transmissões Carlos Jorge de Oliveira Ribeiro
- 31 – Avaliação da Eficácia da Formação em Contexto Militar: Modelos, Processos e Procedimentos  
Coordenadores: Tenente-coronel Nuno Alberto Rodrigues Santos Loureiro  
Coronel Tirocinado Lúcio Agostinho Barreiros dos Santos
- 32 – A Campanha Militar Terrestre no Teatro de Operações da Guiné-Bissau (1963-1974).  
Estudo da Aplicação da Força por Funções de Combate  
Coordenadores: Brigadeiro-general Jorge Manuel Barreiro Saramago  
Tenente-coronel de Administração Domingos Manuel Lameira Lopes
- 33 – O Direito Português do Mar: Perspetivas para o Séc. XXI  
Coordenadora: Professora Doutora Marta Chantal Ribeiro
- 8 – Orientações Metodológicas para a elaboração de Trabalhos de Investigação (2.<sup>a</sup> edição, revista e atualizada)  
Coordenadores: Coronel Tirocinado Lúcio Agostinho Barreiros dos Santos  
Coronel Técnico de Manutenção de Material Aéreo Joaquim Vale Lima
- 34 – Coreia no Século XXI: Uma península global  
Coordenadores: Professora Doutora Teresa Ferreira Rodrigues  
Tenente-coronel Rui Jorge Roma Pais dos Santos
- 35 – O “Grande Médio Oriente” Alargado (Volume I)  
Coordenadores: Professor Doutor Armando Marques Guedes  
Tenente-coronel Ricardo Dias Costa
- 36 – O “Grande Médio Oriente” Alargado (Volume II)  
Coordenadores: Professor Doutor Armando Marques Guedes  
Tenente-coronel Ricardo Dias Costa
- 37 – As Forças Armadas no Sistema de Gestão Integrada de Fogos Rurais  
Coordenador: Tenente-coronel Rui Jorge Roma Pais dos Santos
- 38 – A Participação do Exército em Forças Nacionais Destacas: Casos do Kosovo, Afeganistão e República Centro-Africana. Vertente Operacional e Logística  
Coordenadores: Brigadeiro-general Jorge Manuel Barreiro Saramago  
Major de Transmissões Luís Alves Batista  
Major de Material Tiago José Moura da Costa

- 39 – Pensar a Segurança e a Defesa Europeia. Atas do Seminário de 09 de maio de 2019  
Coordenador: Tenente-coronel Marco António Ferreira da Cruz
- 40 – Os Desafios do Recrutamento nas Forças Armadas Portuguesas. O Caso dos Militares Contratados  
Coordenador: Coronel Tirocinado Lúcio Agostinho Barreiros dos Santos
- 41 – Inovação na Gestão de Recursos Humanos nas Forças Armadas Portuguesas: Os Militares em Regime de Contrato. Atas das Comunicações do *Workshop* de 28 de janeiro de 2019  
Coordenador: Coronel Tirocinado Lúcio Agostinho Barreiros dos Santos
- 42 – Sistemas de Controlo de Gestão: Modelos, Processos e Procedimentos  
Coordenador: Tenente-coronel Nuno Alberto Rodrigues Santos Loureiro
- 43 – Desafios Estratégicos para Portugal no Pós-Covid-19  
Auditores Nacionais do Curso de Promoção a Oficial General 2019/2020
- 44 – Gestão Estratégica: Contributos para o Paradigma Estrutural da Marinha Portuguesa  
Capitão-de-mar-e-guerra Nuno Sardinha Monteiro
- 45 – A Geopolítica dos *Chokepoints* e das *Shatterbelts* (Volume I)  
Coordenadores: Professor Doutor Armando Marques Guedes  
Tenente-coronel Marco António Ferreira da Cruz
- 46 – A Geopolítica dos *Chokepoints* e das *Shatterbelts* (Volume II)  
Coordenadores: Professor Doutor Armando Marques Guedes  
Tenente-coronel Marco António Ferreira da Cruz
- 47 – A Geopolítica dos *Chokepoints* e das *Shatterbelts* (Volume III)  
Coordenadores: Professor Doutor Armando Marques Guedes  
Tenente-coronel Marco António Ferreira da Cruz
- 48 – Estudos Estratégicos das Crises e dos Conflitos Armados  
Coordenadores: Brigadeiro-general Lemos Pires  
Tenente-coronel Ferreira da Cruz  
Tenente-coronel Pinto Correia  
Tenente-coronel Bretes Amador
- 49 – A Vulnerabilidade em Infraestruturas Críticas: Um Modelo de Análise  
Tenente-coronel Santos Ferreira

50 – Função de Combate Proteção

Coordenadores: Coronel de Infantaria Paulo Jorge Varela Curro  
Major de Cavalaria Rui Miguel Pinho Silva

51 – Estudos Estratégicos das Crises e dos Conflitos Armados

Coordenadores: Coronel de Cavalaria (Reformado) Marquês Silva  
Tenente-coronel GNR Marco Cruz  
Tenente-coronel ENGEL Silva Costa  
Major Engenheiro Reis Bento

52 – Reinventar as Organizações Militares

Coordenador: Tenente-coronel de Administração Militar Carriço Pinheiro

53 – Estudos de Reflexão sobre as Informações Militares

Coordenador: Tenente-coronel de Infantaria Carlos Marques da Silva

54 – Convulsões Eurasiáticas. *in illo tempore* e agora

Coordenador: Coronel (Reformado) Carlos Manuel Mendes Dias

55 – Estratégias Marítimas – Uma Análise Comparativa (NATO, UE, Espanha, França, Itália, Portugal e Reino Unido)

Coordenadora: Capitão-tenente Sofia Saldanha Junceiro

56 – Ensino e Formação, Avaliação de Desempenho e Retenção do Talento: Dimensões para o Desenvolvimento da Liderança

Coordenador: Tenente-coronel Nuno Alberto Rodrigues Santos Loureiro

57 – Ameaças Híbridas - Desafios para Portugal

Coordenador: Tenente-coronel de Artilharia Diogo Lourenço Serrão

58 – Cadernos de Saúde Militar e Medicina Operacional – Vol. I

Coordenadores: Coronel (REF) António Correia  
Primeiro-tenente Nicole Esteves Fernandes



---

Editorial: [cidium@ium.pt](mailto:cidium@ium.pt)

Telefone: (+351) 213 002 100; Fax: (+351) 213 002 162

Morada: Rua de Pedrouços - 1449-027 Lisboa

