

SINOPSE



FERIDAS DE GUERRA: (IN) JUSTIÇA SILENCIADA

Estudo da deficiência de guerra no Exército

Elaborado por:

João Andrade da Silva (Coord.)
Bruno Brito
Mário Rui Silva
Marcello Borges
Ana Romão
Sandra M. Queiroz
Mafalda Rodrigues
Rui Carriço
Artur Mimoso
Álvaro S. Santos

I - QUADRO SÍNTESE DAS CONCLUSÕES DE UM ESTUDO FEITO POR UMA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DO MINISTÉRIO DA DEFESA E DO INSTITUTO SUPERIOR DE TECNOLOGIAS AVANÇADAS (ISTEC) SOBRE ACIDENTES/TRAUMAS E DOENÇAS ADQUIRIDAS NA GUERRA DE ÁFRICA

Nota prévia

O estudo refere-se a 3020 queixas, de ex-militares sobre o seu estado de saúde, em consequência da guerra colonial, despachadas, pelo Ministério da Defesa, entre 1997 e 2006.

A amostra de militares é de 575, e é significativa e representativa de todas as categorias (Oficiais, Sargentos e Praças/soldados, cabos).

Este estudo é um autêntico teste de avaliação (stresse) aos sistemas de selecção militar em tempo de guerra e, ou de crise de efectivos; de diagnóstico em tempo de guerra e do acompanhamento dos cidadãos, depois de passarem à disponibilidade, e revela que estes sistemas funcionaram com um grau de ineficácia de 20 a 40%, isto é, um elevado número de militares ou não foram diagnosticados, ou foram objecto de diagnósticos optimistas, o que, teve efeitos dramáticos para eles e as suas famílias ao longo de décadas. Facto que de um ponto de vista humano, constitucional e de um Estado de Direito moderno tem de ser revisto e imperativamente alterado.

CONCLUSÕES

1 – Estima-se com recurso aos estudos e estatísticas americanas de, por cada morto, haver 5 acidentados que o número destes, na guerra de África, a carecerem de diagnóstico e tratamento, podem ultrapassar os 30 mil;

2- Quer se considere 15 mil ou 25 mil feridos/doentes/acidentados de guerra, conforme as fontes: a obra “A Guerra Colonial” de Aniceto Afonso, ou a Associação de Deficientes das Forças Armadas, respectivamente (o número de 30 mil, ou mais, é o estimado neste trabalho, conforme acima se refere) 3020 queixas não é um número residual, e revela graus diversos de eficácia dos diagnósticos feitos durante e após a guerra, que quer por motivos do esforço de guerra e de outros, podem ter sido menos rigorosos do que os meios de diagnóstico disponíveis permitiriam, ou pode mesmo haver deficits nestes, facto que neste trabalho não se conseguiu apurar, pela circunstância do Serviço de Saúde do Exército não ter dispensado nenhum médico, ausência de uma gravidade extrema.

3- O número de queixosos revela que este dossiê mesmo na questão de diagnóstico e deferimento de queixas não está encerrado. Face à morosidade dos processos de 5 anos em média, entre o início e o despacho final, independentemente da gravidade das lesões (o apoio médico está sempre garantido no âmbito do SNS) e à idade da apresentação da queixa, pelos 50 anos de idade, esta fase deve encerrar-se por volta de 2020, e os pesados encargos, de milhares de milhões de euros, ao longe de cerca de 30 anos, em 2035, com a descida dos últimos militares à tumba do seu último quartel.

4 – O processo médico-psicológico – jurídico tem muitos níveis. O jurídico-administrativo, para a determinação do nexos de causalidade, baseia-se somente em depoimento testemunhal e não no arquivo de documentos oficiais como: a caderneta de saúde e a ficha individual, onde, obrigatoriamente tudo devia estar registado e nem sempre está, facto que agrava este processo e diminui a sua moralidade, justiça e eficácia.

5- Apesar das queixas tardias é reconhecido a 90% dos militares um grau variado de razão entre 1% e 100% de incapacidade, sendo que a 25% é reconhecido o estatuto de Deficiente das Forças Armadas (DFA), ou sejam, militares com mais de 30% de incapacidade, adquirida em acções directas de combate. Os ex- militares Deficientes das Forças Armadas (DFA) para além de apoio médico, têm isenções fiscais e pensões em média na ordem mil euros/mês. Estes dados revelam ainda, a oportunidade e honestidade das queixas, algumas com severa gravidade, o que, torna mais gritantemente injusta a morosidade processual, e realça o altruísmo destes cidadãos que suportaram, sem reclamarem os seus direitos, pelos efeitos e consequências das doenças profissionais, durante cerca de 30 anos, após o fim da actividade militar.

6- As queixas referem-se sobretudo a ferimentos simples ou traumatismos múltiplos, sendo que o Stresse Pós Traumático (PTSD) está representado na amostra ao nível dos 9%, e no global as doenças emocionais são de 29%, o que, refere um agravamento destas doenças dos 5% inicialmente diagnosticados, para este valor.

7.-Na análise comparativa do número de feridos com os efectivos envolvidos em cada TO, tomando por base 100 os efectivos do Teatro de Operações da Guiné, verifica-se que na Guiné o número de feridos da amostra em relação ao valor esperado está ligeiramente sobrerrepresentado 1.2 vs 1, Moçambique subrepresentado 0.85 vs 1.2, e Angola significativamente subrepresentado 1.3 vs 2.1.

Face a este quadro e à previsível abertura do dossiê das Forças Nacionais destacadas em 2027 adiantam-se as seguintes propostas:

1 - De acordo com a profunda análise feita propõe-se a simplificação e a agilização deste processo, no seu processamento jurídico para a determinação do nexos de causalidade, mas também ao nível médico e psicológico, de modo a encerrar-se com honra, justiça e eficácia este dossiê.

2 - A imperativa necessidade da escrituração de todos os acontecimentos, doenças que afectam os militares das Forças Nacionais Destacadas nos documentos de matrícula e no documento de saúde, documento este, que deve acompanhar o ex-militar ao longo de toda a vida.

3 - Seguimento específico destes cidadãos ex-militares, sobretudo dos que actualmente participam nas missões no estrangeiro, no Serviço Nacional de Saúde, de modo a verificar-se a emergência ou agravamento de doenças, em consequência da sua participação em acções militares, e que os respectivos apoios sejam um direito universal, com execução célere e criteriosa, e não um direito só acessível, aos mais bem informados, que reúnam melhores provas etc.

4 - A constituição de uma base de dados, onde constem todos os elementos pertinentes à supervisão, avaliação financeira, médica e social destes casos, bem como, os adequados estudos científicos (no âmbito desta investigação o ISTEAC produziu uma base de dados que pode constituir o núcleo da que é necessário consolidar)

Lisboa 9 Janeiro de 2011

O coordenador do projecto

João António Andrade da Silva

Coronel de Artilharia na Reserva, licenciado em sociologia e psicologia.

SINOPSE

0 - INTRODUÇÃO

Os acontecimentos potencialmente traumáticos, como os vividos por alguns militares em situações de campanha ou equiparadas (SCE), têm o potencial de levar ao desenvolvimento de sequelas biopsicossociais, cuja correcta caracterização configura uma questão da maior relevância para os Estados que se querem Modernos e Democráticos.

Uma caracterização rigorosa e objectiva destas sequelas e do contexto em que se desenvolvem permite atender de uma forma eficiente e eficaz às necessidades que afectam, directa e indirectamente, os militares e os seus familiares, diminuindo os custos socioeconómicos implicados na prevenção, recuperação e apoio deste grupo socioprofissional.

Atento a esta realidade, o então Secretário-Geral do Ministério da Defesa Nacional (MDN), Exmo. Sr. Major-General Luís Sequeira, considerou vital a realização deste estudo quer em termos da Defesa, quer do conhecimento científico geral e universal pelo conjunto dos cidadãos desta realidade que afecta directa com grau variados milhões de portugueses e indirectamente toda a comunidade Nacional, através dos custos associados com a deficiência nas Forças Armadas, em consequência da participação dos militares em guerras, ou em missões de paz, ao serviço do País e também da Comunidade Internacional, como é o caso actual das Forças Nacionais Destacadas (FND).

Este trabalho cumpre um *desígnio nacional*, na medida em que o conhecimento produzido, permite *adequar o apoio médico, psicológico, jurídico e social a todos os cidadãos que, durante e/ou após o cumprimento de missões ao serviço do País, e em consequência daquela participação desenvolveram algum défice biopsicossocial e/ou profissional.*

1 - OBJECTIVOS DO ESTUDO

Constitui objectivo geral deste estudo caracterizar as situações de campanha ou equiparadas (SCE) em que os militares portugueses estiveram envolvidos, nos vários teatros de operações (TO), Angola, Moçambique e Guiné, e os *défices*

biopsicossociais e/ou profissionais diagnosticados pelas Juntas Hospitalares Militares (JHM), aos quais foi reconhecido nexo de causalidade com o exercício da função Militar.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e hierarquizar os TO em que ocorreram os acidentes, quanto ao seu grau de gravidade e frequência.
- Caracterizar as SCE dos militares que foram classificados no âmbito do estatuto do deficiente das forças armadas (DFA), como DFA ou com doença profissional, considerando as seguintes variáveis: Posto; Arma (tropas combatentes normais ou especiais, ou serviços); Função / tarefas operacionais ou não operacionais; Vínculo (Serviço Militar Obrigatório, Regime de Contrato, Quadro Permanente); Origem geográfica (urbana/ rural); Habilitação literária; Data da ocorrência do incidente/acidente, em termos do tempo de permanência no TO e das respectivas condições ambientais e climatéricas.
- Identificar as principais causas (artefactos provocadores da deficiência, designadamente, engenhos explosivos e/ou situações de combate emboscadas, flagelações, ou outras situações equiparadas ou não às de campanha, como acidentes de viação ou com armas de fogo etc.) que provocaram a emergência das situações de deficiência ou das doenças profissionais em estudo.
- Descrever e analisar os procedimentos adoptados nos casos de stress pós traumático (DSPT) quanto a: *Prevenção* – treino psicológico na área das estratégias de confronto para as situações de elevado stress; *Diagnóstico* – enumeração das técnicas utilizadas no âmbito dos acontecimentos de vida e profissionais traumáticos; *Apoio médico e psicoterapêutico* (rede de apoio); *Apoio social* nas áreas da reintegração social e do desenvolvimento pessoal e profissional; *Apoio psicológico* aos militares e às suas famílias, através de programas estruturados para atenuação dos sintomas e gestão das situações disfuncionais.
- Estudar, no âmbito da disciplina da investigação operacional, e em termos prospectivos e proposicionais os seguintes itens: Identificação e explicitação de métricas de eficiência processual; Confirmação/ infirmação de uma curva de aprendizagem de eficácia processual com ganhos de tempo e qualidade, e eventual proposição de medidas para reforço das aprendizagens;

Identificação da percentagem média da desvalorização concedida aos militares que requerem o estatuto de DFA e projecção dos seus custos pelo período de vida considerando a esperança de vida, se possível dos cidadãos com doenças diagnosticadas como profissionais militares; Identificação dos critérios e das metodologias utilizados para a atribuição dos diversos graus de desvalorização, nomeadamente nos casos de stress pós-traumático (DSPT), e proposição, sempre que seja pertinente, de métodos e/ou critérios que se considerem mais eficazes.

2 – IMPORTÂNCIA PRÁTICA DO ESTUDO

O estudo permitirá propor modelos de intervenção psicossocial, que garantam uma melhor gestão processual da participação dos militares portugueses em missões internacionais. Deste modo, prestar-se-á um serviço mais eficiente e eficaz aos que serviram e que servem o país, numa lógica de maximização dos recursos públicos existentes.

Numa óptica mais preventiva, o conhecimento derivado do estudo poderá facilitar a elaboração de um quadro de formação, a ministrar aos militares antes das missões, integrando dimensões biopsicossociais e culturais, com vista a facilitar a sua integração em contextos culturais diversificados, obtendo-se com esta intervenção ganhos no curto, médio e longo prazo.

3- CONCLUSÃO

O universo global de referência neste estudo diz respeito aos militares ou ex-militares que, entre 1997 e 2006, apresentaram queixas por danos causados à sua saúde em consequência da participação em situações de campanha ou equiparadas. A partir desse universo global composto por 3020 indivíduos, construiu-se uma amostra aleatória de 575 sujeitos, acautelando a representatividade global das queixosos e as respectivas categorias/Postos, excepto no que diz respeito aos Oficiais Superiores, que estão sub-representados na amostra, tendo também uma participação residual no universo dos queixosos.

Deste modo, a amostra revela a seguinte composição: 385 (66%) Praças, 86 (15%) Furriéis, 36 (6%) Sargentos, 45 (8%) Oficiais Subalternos e Capitães e oito (8) Oficiais Superiores. A maioria dos ex-militares encontrava-se a cumprir o Serviço Militar Obrigatório.

Mais de duas décadas após o termo das guerras em que ocorreram os incidentes/acidentes que fundamentam a queixa, poder-se-ia esperar um número residual de reclamantes. Porém, o estudo permite concluir que o universo de 3020 reclamantes não é residual. Esta conclusão mantém-se válida, quer se considerem as estimativas de 15000 acidentados de guerra (Aniceto, s/d), quer se considerem as projecções da ADFA que apontam para um total de 25000, valor este mais realista, se atendermos à contabilização de 5779 mortos apenas entre as tropas do contingente metropolitano e tivermos em conta o rácio de um morto para cinco feridos estudado pelo Exército dos Estados Unidos.

Dependendo de se tomar os 3020 queixosos como parte de um total de 15 mil ou de 25 mil acidentados, pode estimar-se a eficácia do primeiro filtro em, respectivamente, 80% ou em 60%. Consequentemente, significará que 20% a 40% destes militares não obtiveram diagnósticos e/ou encaminhamentos satisfatórios no processo de triagem que habitualmente ocorre após os acontecimentos traumáticos. A relativa ineficácia do primeiro filtro pode dever-se a aspectos organizativos, mas nunca se pode dissociar do esforço de guerra, susceptível de potenciar diagnósticos mais optimistas, e de dificultar o adequado e continuado apoio aos militares combatentes, como os dados de um modo indiscutível identificam.

Para todas as situações analisadas e com base na amostra definida, podem concorrer vários factores. O presente estudo permite explorar alguns desses factores, mas não conseguirá ultrapassar certas dificuldades decorrentes do modo como este dossier tem sido tratado ao longo do tempo. Note-se que os dados pertinentes para a apreciação destes processos se encontram dispersos por várias entidades e em registos de papel, facto que trouxe a este trabalho verdadeiros obstáculos da natureza dos “buracos negros”. Ainda assim, conseguiu-se criar uma base de dados a partir da qual se extrai informação sólida, não apenas quanto à tipificação dos problemas não identificados no primeiro filtro, mas também quanto à complexa tramitação processual inerente a esses casos.

Em média, esta tramitação leva cinco (5) anos; todavia, em alguns casos, ultrapassa a década e, em muito poucos, situa-se por volta dos três (3) anos, tempo que se

considera o limite superior para que, sobretudo nos casos de profundo sofrimento psicológico, os sintomas não se agravem.

Independentemente do trauma em causa e da Tipologia em que se situa, a idade dos queixosos tende a concentrar-se em torno dos 50 anos, isto é, numa fase relativamente avançada da vida activa, quando a reforma começa provavelmente a emergir no horizonte. Pouco ou nada haveria de surpreendente se, a maioria das queixas configurasse Stress Pós-Traumático tardio (PTSD). Mas, em vez disso, o estudo revela que mais de metade das queixas (52%) se refere a ferimentos simples e múltiplos. E, contrariamente ao que, por vezes, se veicula, só 50 ex-combatentes (9%) da amostra sofrem de PTSD, havendo 110 casos (19% da amostra) diagnosticados com doenças do foro emocional, incluindo doenças emocionais secundárias, diversas do PTSD.

De qualquer modo, em relação à triagem inicial feita durante o tempo de guerra, ou no final desta (primeiro filtro), verifica-se um incremento significativo das doenças emocionais, que então representavam 5% das queixas (Aniceto, sd: 562). Nesta amostra, essa percentagem sobe para 29%, o que se compreende devido a uma pluralidade de factores, como uma melhor atenção médica para estas doenças (antes muito pouco atendidas) e um enquadramento jurídico mais favorável, a par da diminuição dos estereótipos: muitos destes ex-militares afectados por doenças do foro emocional chegavam a ser uma espécie de “bobos” do aquartelamento, englobados na categoria dos “cacimbados”. A estigmatização a que ficavam sujeitos esses militares, contribuiria, eventualmente, para aumentar o seu trauma e, plausivelmente, causaria suficiente inibição a que outros militares admitissem, mesmo para si próprios, a possibilidade de terem sido afectados por esse tipo de patologias socialmente incompreendidas e, de certo modo, socialmente condenadas. Os elementos aduzidos podem contribuir para explicar que as queixas tenham sido adiadas, até que o enquadramento médico, jurídico e social tenha evoluído para um quadro mais amigável. Porém, e talvez a par disso, não é de excluir o efeito do avanço na idade que, por um lado, pode trazer mais fragilidades e, por outro lado, pode promover o desenvolvimento do sentido crítico com uma avaliação mais negativa a dados, comportamentos e vivências passados.

Para aprofundar o esclarecimento destas (e outras) matérias seria necessário aceder à história de vida destes ex-combatentes, em situação de entrevista e/ou pela análise aprofundada de diários e outros auto-relatos. No entender do grupo de trabalho, a continuação da investigação por via de abordagens qualitativas, como as

mencionadas, não só aportaria aprofundamentos enriquecedores ao conhecimento específico da realidade em causa, como seria um importante contributo em termos da memória colectiva.

Quanto à idade tardia da apresentação das queixas dos elementos da amostra, como se abordou na hipótese 3, a distribuição das queixas ao longo dos anos deveria ser uniforme sem apresentar qualquer classe modal.

Como se observou, não há uma distribuição uniforme ao longo dos anos, mas sim uma concentração nos anos de 1995 a 1997, com um pico em 1997, considerando por um lado as idades médias das queixas, e, por outro, a idade média de 20 anos para cada uma das novas escolas de recrutas (*coortes*) de incorporação entre 1960 e 1974.

Todavia, face à descontinuidade da distribuição das idades das queixas, os estimadores da amostra não coincidem com os da população, nesta, pelas razões já suficientemente debatidas, a distribuição das queixas é bimodal com as classes-modas em 2000 e 2001.

A constatação de um número significativo de feridos obriga a uma profunda revisão das metodologias de diagnóstico aquando das ocorrências, no fim da vida militar e no seguimento médico após a vida militar. Sabemos que os militares para verem os seus direitos respeitados esperaram em média cinco (5) ou mais anos, o que é uma situação, também ela, traumática e que urge resolver, para além da avaliação do prejuízo que os mesmos traumas provocaram ao longo de quase quatro (4) décadas, sobretudo para os 25%, aos quais foi reconhecido o Estatuto de DFA com direito a apoios significativos, para além dos médicos, como foi referido no capítulo da legislação.

Ao nível das desvalorizações, mais de metade dos reclamantes teve uma classificação entre 1 e 29%; mais de um terço obteve classificação igual ou superior a 30%, condição necessária para serem considerados deficientes das Forças Armadas, mas não suficiente porque, como já vimos, o estatuto de DFA só é atribuído se os traumas resultarem de acções de combate ou equiparadas.

Ao nível da amostra global, 25% de ex-combatentes (145), obtiveram o Estatuto de DFA, o que se considera significativo, e até surpreendente, ao nível de um 2º filtro; ou seja, num processo de triagem que ocorre 30 anos depois das vivências difíceis e para um conjunto de traumas que não se prende com doenças de emergência retardada, mas com ferimentos, a constatação de tão elevados graus de

desvalorização deixa alguma perplexidade, relativamente ao facto de como os défices foram suportados até aos 50 e mais anos de idade.

Como se referiu no corpo do relatório, os traumas foram agrupados em seis (6) Tipologias: Tipologia I - um ferimento resultante de um incidente/ acidente; Tipologia II - politraumatizados em consequência de um ou vários incidentes/acidentes; Tipologia III - PTSD e outras Doenças Emocionais; Tipologia IV - Doenças Secundárias, Tipologia V - Doenças Primárias e Endémicas devido aos factores ambientais de risco; Tipologia VI - Outros traumas.

De acordo com esta organização dos dados verifica-se, como era esperado, que ao nível da Tipologia I, os Soldados estão ligeiramente sobre-representados, o que já acontecia na população; facto que se compreende, como já foi explicado, por razões de carácter técnico e por, na guerra subversiva, haver uma grande utilização de engenhos explosivos nos trilhos e nas emboscadas - os Praças que por razões técnicas e tácticas ocupavam os primeiros lugares, ficavam sujeitos a um maior risco.

Contudo, na Tipologia II, dos Politraumatizados, já não são os Praças os que estão sobre-representados, mas sim os Graduados, dado um pouco inesperado, de acordo com o anteriormente exposto.

Não sendo possível avançar explicações seguras para este facto, por se desconhecer em pormenor a natureza dos politraumatismos e, também, pelo reduzido número de Graduados, no campo teórico pode admitir-se que a sobre-representação esteja relacionada com uma melhor identificação dos Graduados por parte dos adversários, ou eventualmente resultar de, em certas circunstâncias, e talvez até por falta de efectivos, os Graduados terem participado em mais acções de que resultou maior probabilidade de serem atingidos.

De facto, nos cerca de 90 politraumatizados, sessenta (60) foram vítimas de vários incidentes/acidentes. Apesar de tudo, estas possíveis explicações são meras hipóteses, a exigirem um mais cuidado estudo científico da guerra e de um ponto de vista táctico, porque se há muita ficção, há pouca investigação com rigor adequado a nível epistemológico e metodológico.

Na Tipologia III, nas doenças emocionais simples, ou nas de PTSD e PTSD com psicopatologias associadas, verifica-se uma sobre-representação de Oficiais e Sargentos. E, quanto aos Praças, são os de origem urbana que apresentam mais sintomas deste tipo. Conjugando esses dois resultados, poderá dizer-se que um maior alerta social e conhecimento dos sintomas e/ou melhor informação sobre o

síndrome, sobre os seus direitos, leva a que populações mais esclarecidas sejam mais susceptíveis às doenças emocionais retardadas.

Deve, também, referir-se que um maior desenvolvimento sociocultural pode apurar a análise crítica do passado e encontrar razões éticas, morais, psicológicas e outras para que nestes grupos, os sentimentos de culpa ou outros, possam ampliar as vivências traumáticas e potenciar os *flashbacks*.

Ao nível dos Graduados poderá ainda considerar-se, como foi observado em algumas missões de apoio psicológico, que alguns apresentavam um nível disruptivo de stress, enquanto na categoria das Praças havia uma grande descontração. Estes comportamentos tinham, sempre, como núcleo desencadeante a preocupação, aparentemente excessiva, em relação ao sucesso da missão. Esta realidade não interferia aparentemente na estabilidade emocional dos Praças, mas muito em alguns Graduados. Parece poder adiantar-se como hipótese que esta permanente preocupação levará a mais exaustão psicológica que o envolvimento dos sujeitos nas acções de combate, em que não se vivenciem acontecimentos traumáticos, como mortos e feridos graves.

De referir, que não se conhecem estudos sobre o stress profissional das chefias militares, onde continua a haver alguns interditos, como seja a avaliação do stress do comando e a avaliação psicológica para a promoção na carreira, pelo que este estudo traz matéria nova e de certo modo inesperada à discussão científica.

Seja como for, apesar do presente estudo não aspirar a fazer doutrina sobre esta ou outra qualquer matéria – até porque as suas conclusões só são generalizáveis para o universo de 3020 ex-combatentes que por volta dos 50 anos de idade e cerca de 30 anos depois das ocorrências, se queixam - face às ocorrências referidas e aos dados, parece ser aconselhável uma melhor preparação psicológica dos Graduados para lidarem com os stressores, quer de um ponto de vista prático, quer teórico.

Na análise das restantes Tipologias (IV e V), por terem um carácter mais médico e por não ter sido possível juntar ao grupo de trabalho alguns dos clínicos pessoalmente disponíveis, por falta de anuência da Direcção do Serviço de Saúde do Exército, não se poderá fazer uma análise muito detalhada; contudo, sempre se dirá que as doenças emocionais, naturalmente desenvolvidas pelo mero stress das vivências de campanha ou por ruminação em consequência de sintomas de outras, têm larga representação, facto que nos reporta para a preparação técnica e psicológica, já referida, dos militares e para os critérios de selecção que num quadro de guerra tendem a ser menos exigentes para se responder ao esforço de guerra.

Interessa referir que, em 1960, foi criado o Centro de Estudos Psicotécnicos do Exército que deve ter tido a sua acção muito limitada, tal como voltou a acontecer durante a década de noventa e no início de 2000, quando o recrutamento era insuficiente para satisfazer as necessidades. Sublinha-se que a diminuição das exigências na selecção pode potenciar as mais perversas consequências, como um elevado risco de stress, físico, psicológico, cultural e sexual, quer no caso dos teatros de operações de alta ou média intensidade, quer naqueles em que as diferenças culturais são muito díspares, por exemplo, no contexto do confronto cultural entre a civilização ocidental e oriental.

Ao nível das doenças endémicas, nomeadamente a malária, pode dizer-se que a sua representação nesta amostra é residual. Facto que mostra que a prevenção primária foi eficaz, ou que esta doença apresenta um elevado grau de remoção espontânea, ou ainda que a prevenção secundária foi eficaz eliminando eventuais sequelas. Regista-se, ainda, um significativo número de doenças da audição e um número menor do que expectável de doenças do aparelho digestivo, matérias que requereriam uma análise médica que pelas razões já expostas está fora da competência técnica deste grupo de investigadores.

Os dados também revelam que os combatentes mais afectados são os militares de Infantaria, (250) cerca de 43% da amostra, ao que se seguem pela ordem que se indica os de Transportes (53), atiradores de Artilharia (30), e depois Transmissões e Reabastecimentos; ou seja, na primeira linha dos mais afectados encontramos as especialidades vocacionados para cumprirem as suas missões através de deslocamentos apeados ou motorizados nas picadas ou nos trilhos (ao seu lado, para evitar as minas) que cruzavam em todos os sentidos belas florestas tropicais e savanas, embora, escondendo morte e dramas.

Também, como era esperado, cerca de 25% dos Praças ou eram analfabetos, ou não tinham o ensino primário completo. Nesta amostra, mas mais por motivos do desenvolvimento urbano que se operou em Portugal desde 1960 até à data do censo que se consultou, há um equilíbrio entre militares de origem urbana e rural.

No âmbito das doenças emocionais diversas do PTSD, verifica-se que há uma correlação positiva significativa com a origem geográfica: os urbanos apresentam mais casos, o que pode dever-se a melhor acesso à informação, e como estamos a tratar de casos com emergência tardia, não será de excluir a emergência de uma maior consciência crítica em relação à própria guerra e/ou aos comportamentos de

guerra, podendo espoletar mais traumas no âmbito destas doenças, como ansiedade, depressão, neuroses etc.

Poder-se-ia supor que um certo grau de rusticidade actuasse como uma espécie de protector para a disfuncionalidade psicológica mas, os dados recolhidos, não permitem confirmar ou infirmar esta hipótese.

Quanto aos casos de PTSD e PTSD com psicopatologia associada, a pouca dimensão da sub-amostra, ao contrário do que se esperaria dada a insistência com que ultimamente se alude a este tipo de trauma, incluindo em congressos de ex-combatentes, não permite fazer qualquer análise com relevância estatística, embora se possa adiantar que os Oficiais da amostra são os mais sobre-representados (2,54 vs 1,99,); os Sargentos estão sub-rerepresentados (3,81 vs 4,20), e as Praças estão ligeiramente sub-representadas (0,78 vs 0,79).

Pelos dados obtidos, verifica-se que o maior esforço de guerra se desenrolou entre 1963 e 1972, havendo uma significativa diminuição do número de ocorrências em 1974, apenas quatro (4), contra uma média de vinte e cinco (25) a trinta (30) nos anos anteriores.

Quanto aos Teatros de Operações de Angola (ANG) Moçambique (MOZ) e Guiné (GNB) e considerando a correlação entre os efectivos envolvidos em cada TO de 2,1, 1,2 e 1,0, respectivamente, os dados revelam que o TO ANG tem no conjunto dos incidentes/acidentes das várias Tipologias, uma sub-representação significativa de 1,3 versus os 2,1 esperados; ou seja, 224 traumatizados efectivos, contra 355 esperados. O TO MOZ também está sub-representado, com 0,86 de traumatizados/doentes contra os 1,2 esperados; ou seja, tem 146, quando o número esperado de acordo com aquela proporção e mantendo-se um grau de risco provável igual para todos os TO, seria de 224. Finalmente, o TO da GNB está ligeiramente sobre-representado, deveria apresentar 146 que seria a base 1, e apresenta 169 que é 1,2. Estes dados parecem assim questionar a hipótese de que o risco seria idêntico em todos os TO.

Com efeito, o risco aparece como mais atenuado em Angola, o que se pode dever à grande extensão do território, e que era um facto que trazia dificuldades acrescidas ao adversário mas, também, a lutas inter e intra movimentos de libertação e até à aliança de não agressão entre o Exército Português e a UNITA.

Em Moçambique, para as Tipologias I, II e III, os resultados efectivos estão de acordo com os esperados, o mesmo se passando com o TO da Guiné. Todavia, este paralelismo é rompido numa Tipologia significativa, a das doenças emocionais,

diferentes de PTSD, ou ainda em outras, mas que não foram estudadas segundo esta óptica.

Perante os dados, pode considerar-se que ao nível do risco de incidentes/acidentes os TO de MOZ e GNB apresentam um mesmo grau de risco médio provável, porém, o risco de traumas derivados de maior alerta social e exaustão psicológica é mais significativo no TO GNB. Este facto poderá relacionar-se com a menor dimensão do território, um inimigo aguerrido, motivado e exercendo uma grande pressão militar e psicológica sobre as nossas tropas, com resultados significativos no equilíbrio psicológico dos militares. Naturalmente, um pequeno território, com um clima e orografia hostis e com pouco espaço para as actividades recreativas e anti-stresse é, só por si, um motivo para desencadear síndromes na área emocional, o que no seu conjunto poderá explicar a emergência de maior disfuncionalidade psicológica entre os ex-combatentes do TO da Guiné.

Nas Tipologias I, II e III ressalta que os ex-combatentes desempenhavam funções de carácter operacional, e que sempre que os casos não observados não são significativos, de um modo claro, as ocorrências/incidentes/acidentes foram no contacto directo (emboscadas, golpes de mão, assalto a posições do Inimigo). O mesmo se passa no caso dos ferimentos simples, só que nesta Tipologia (I) os casos de não observado são significativamente superiores aos observados.

Quanto aos meios que provocaram os traumas, verificámos que são, sobretudo, os engenhos explosivos (minas e armadilhas), o que é muito característico na guerra subversiva. Têm ainda significado os acidentes de viação que, neste caso, poderão estar associados a acções do inimigo, como emboscadas, e ainda têm significado os ferimentos por granadas e tiros. Estes dados parecem indicar que no primeiro filtro os grandes feridos foram devidamente triados, não constituindo parte significativa do universo destes queixosos.

Para as doenças emocionais PTSD e outras é referido como meio espoletador do trauma, a vivência geralmente repetida de acontecimentos traumáticos, como emboscadas e outros, sem que o queixoso tenha sido fisicamente atingido, mas terá assistido a ferimentos e mortes de camaradas seus.

4 - ANÁLISE PROSPECTIVA

A população-alvo considerada neste estudo, 3020 elementos, prestou serviço nos Teatros de Angola, Moçambique e Guiné, entre 1960 e 1974. A idade de

apresentação das queixas, para todas as Tipologias estudadas (incidentes/acidentes/doenças), situa-se entre 50 e 55 anos.

Com base nesta faixa de idades, é de prever que o ciclo das queixas decorrentes da Guerra de África terá o seu término até 2010. Esta faixa etária dos 50-55 anos de idade, poderá para além das doenças adquiridas durante a vida militar, estar fortemente correlacionada com a aproximação às situações de reforma ou pré-reforma, quer por força da idade, das doenças profissionais eventualmente adquiridas e, das baixas habilitações literárias (situação revelada na caracterização da amostra, ao nível das Praças) e qualificações profissionais.

Admitindo a correlação entre a idade média das queixas e a aproximação às situações de reforma ou pré-reforma, é provável que, face ao aumento da idade de reforma, se verifique um deslocamento das médias, para a faixa etária 55-60 anos. Nesta hipótese, o termino de queixas ocorrerá em 2015.

Mantendo-se a média de queixas, 300 queixas/ano, é de esperar um adicional de 1800 queixas. Com um tempo médio de processo de 5 anos, isto significa que **os últimos casos terão a sua conclusão em 2020 (valores médios).**

Destes 1800 casos, 10 % deverão ser não classificados, isto é, a queixa não está correlacionada com a vida militar, 25% deverão ter acesso ao Estatuto de Deficientes das Forças Armadas e 65% deverão ter uma desvalorização ligeira, moderada ou grave (neste último caso, não reunindo as condições para acesso ao Estatuto de Deficiente das Forças Armadas, apesar de apresentarem uma desvalorização igual ou superior a 30%).

Os custos totais englobam a estrutura médica, jurídica e administrativa associada, a assistência médica e sanitária decorrente da sua classificação enquanto doença profissional, bem como as pensões e isenções fiscais. **Os custos de estrutura, referentes à guerra de África, cessarão em 2020, e os restantes custos cessarão em 2035, considerando uma esperança de vida de 80 anos.** Contudo, apesar de se sinalizar uma eventual correlação entre a idade da apresentação da queixa e a da pré-reforma ou reforma, interessa, no entanto, referir, de um modo inequívoco, que **o rigoroso processo de avaliação das queixas estabelece que em 90% dos casos há um nexos de causalidade entre as queixas com incidentes/ acidentes/ doenças da vida militar.**

De acordo com os novos conhecimentos científicos e o grande debate que corre na sociedade civil (e que também contamina a percepção geral no interior das Forças Armadas), este quadro de estabelecimento do nexos de causalidade, seria mais

esperado nas doenças do foro psicológico, espiritual e mental, face à emergência retardada do PTSD. Todavia, a maioria dos queixosos não é deste foro, o que levanta a questão da eficácia das triagens precoces e do seguimento destes militares, como largamente debatemos nas hipóteses, discussão dos resultados e propostas.

As novas missões em que as Forças Armadas Portuguesas se encontram envolvidas, iniciadas concretamente pelas Forças Nacionais Destacadas (FND) em 1997, e as missões de observação da ONU/EU, têm um carácter distinto da guerra de África.

No caso das FND, trata-se de operações de baixo risco físico e médico-sanitário, de curta duração (6 meses com possibilidade de repetição voluntária), e com elevado desgaste psicológico, se considerarmos as primeiras missões na Bósnia, Kosovo, Timor e Afeganistão, conforme os relatórios produzidos pelo Centro de Psicologia Aplicada do Exército (Revista de Psicologia Militar, edição do CPAE, nº 13/2002 e nº 14/2003).

O risco das doenças emocionais nos Teatros Operacionais onde se integram as FND terá, sobretudo, a ver com as queixas dos acontecimentos de vida relativos aos familiares dos militares, com a rotina, com as diferenças culturais e o contacto inicial com níveis de destruição massivos provocados pelas várias guerras civis, provocadoras de estados de miséria infra-humanos em elevada escala. **É, pois, de admitir um maior peso em queixas retardadas, no domínio das doenças emocionais, com um número muito reduzido de casos de stress pós-traumático.**

Assim, se nada de diferente for feito, se a média de idades das queixas se mantiver por volta dos 50 anos de idade, **é de prever que a partir de 2027 se inicie o ciclo de queixas de militares das FND. É de prever também que,** apesar destes militares serem voluntários, da evolução da economia nacional poder conduzir a uma eventual retracção das pensões de reforma e de uma maior capacidade reivindicativa de direitos, **o número de queixosos possa ser, de modo significativo, proporcionalmente superior aos anos da guerra de África.**

Com o actual sistema de queixas, de avaliação, de tramitação processual e de despacho final, e mantendo-se a idade média de apresentação da queixa, haverá encargos (médico-sanitários administrativos e de pensões) num período da ordem dos 30 anos, correspondente ao tempo entre a idade de apresentação da queixa e a esperança média de vida, 80 anos de idade.

Face aos cenários de empenhamento das FND de baixa conflitualidade, é expectável uma diminuição no acesso ao Estatuto de DFA em queixas retardadas. Para Teatros de conflitualidade média ou elevada (Afeganistão, 1ª e 2ª Missão na Bósnia, Kososvo e Timor) é provável a existência de 20-25% de queixas de stress pós-traumático e/ou psicopatologia associada, em queixas retardadas.

5 – PROPOSTAS

PROPOSTA 1

CRIAÇÃO DE UMA REDE MÉDICO-SANITÁRIA-SOCIAL DE APOIO AOS EX-MILITARES

Todos os militares devem possuir uma Caderneta de Saúde, actualizada que os acompanhe ao longo de toda a vida, durante e após o serviço militar, onde será escriturada toda a sua história clínica, estabelecendo nexos de causalidade entre estados de morbilidade e a vida militar.

O acompanhamento médico-sanitário deverá incluir um exame médico no final do serviço militar e exames periódicos, realizados no contexto do Sistema Nacional de Saúde.

Este sistema, a inserir no Sistema Nacional de Saúde, seria uma evolução da actual Rede de Apoio ao Stress Pós-Traumático, para uma Rede de Apoio aos ex-Militares, ou seja, um subsistema dentro do SNS.

Todos os dados referentes a acidentes/incidentes/ doenças dos militares seriam registados na base de dados anexa a este trabalho, que ainda pode ser alargada e aperfeiçoada, permitindo a rápida avaliação da situação de todos os militares, bem como dos custos associados.

Em Outubro de 1989, um grupo de vinte e cinco (25) Portugueses, onde se incluíam três Oficiais do Exército, deslocou-se à Namíbia, em apoio da missão das Nações Unidas, para supervisionar o processo eleitoral, iniciando um processo resultante de um novo tempo estratégico. Desde essa data, o Exército tem participado num novo tipo de operações militares. Estima-se que, nos últimos 20 anos, participaram em missões de Paz no exterior do Território Nacional cerca de 20.000 militares.

Este número é uma estimativa, e como tal revela a subjacente necessidade de se obter uma base de dados com os efectivos e os Teatros de Operações em que os militares têm participado.

Face ao exposto, propõe-se que:

1. Num curto espaço de tempo se dê início à construção de uma base de dados adaptada a partir da base criada nesta investigação, com a finalidade de se evitarem os erros silenciosos do passado.
2. Que esta base de dados esteja centralizada no Estado-Maior do Exército e na Direcção de Administração de Recursos Humanos.

Vantagens:

- A correcta e adequada escrituração, permite uma completa transparência e rigor na atribuição do nexos de causalidade, entre a doença e a vida militar;
- Reduz ou elimina todo o processo de prova do nexos de causalidade actual com manifesto défice de fiabilidade. Recorre-se, excessivamente, às memórias de guerra que, 30 anos após as ocorrências estão, naturalmente, contaminadas por “estórias” e acontecimentos sobrevindos, como todos naturalmente reconhecem. Todos, ou quase todos, já fomos sujeitos e espectadores no âmbito das narrativas de vida.
- Corresponde a uma obrigação do Estado;
- O acompanhamento médico especializado e contínuo no tempo poderá, no caso das doenças emocionais, constituir-se como forma de prevenção ou redução de episódios de stress pós-traumático;
- Para os restantes incidentes/acidentes/ doenças que, na Guerra de África, excedem os casos de PTSD e psicopatologia associada e outras doenças emocionais (29% vs 71%), o acompanhamento médico especializado e contínuo no tempo, poderá traduzir-se numa melhor qualidade de vida e numa redução dos deficits bio-físico-psicológicos ao longo da vida;
- Face aos dados que este trabalho disponibiliza, quer pela quantidade e qualidade dos outros traumatismos de guerra, a transformação da rede de apoio ao PTSD em rede de apoio aos ex-militares, é um acto da mais elementar JUSTÇA e um IMPERATIVO ÉTICO, e mesmo CONSTITUCIONAL, restabelecendo a legítima e justa igualdade de direitos entre todos os servidores da Nação que se encontram no exercício da função militar. Este tratamento excepcional justifica-se por serem, os militares, os

únicos que, profissionalmente, em nome da Nação e por sua determinação, fazem a guerra, e a guerra é uma situação social e humana anormal e limite.

- Os ganhos mesmo financeiros a longo prazo tenderão a eliminar os custos iniciais da sua execução.

Desvantagens:

- O actual sistema não trata todos os ex-militares mas, apenas, os que se queixam. Nesta perspectiva, o sistema proposto, embora mais justo e moral, poderá ser mais dispendioso. Porém, considerando a melhor qualidade de vida e a redução da gravidade dos deficits bio-físico-psicológico, poderá contribuir para a melhoria do potencial humano da Nação. Sendo assim, o sistema proposto é globalmente menos dispendioso.

PROPOSTA 2

SIMPLIFICAÇÃO DO PROCESSO MÉDICO-JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DE MODO A REDUZIR O TEMPO MÉDIO DE TRAMITAÇÃO DE 5 ANOS (EXCESSIVO) PARA UM TEMPO MÁXIMO DE 3 ANOS (LIMITE MÁXIMO ACEITÁVEL) E MÉDIO DE 2.

Justificação técnico-científica para o limite máximo proposto:

A equipa pluridisciplinar que realizou o estudo, considera que o tempo de tramitação processual não deve exceder nunca os três (3) anos, face à forte probabilidade de agravar os sintomas, sobretudo nos casos dos traumas emocionais. Todavia, considera como boa prática a meta dos dois anos que, no caso de patologias muito graves, com queixosos com idades muito avançadas (superior aos cinquenta e cinco (55) anos) e em situações socioeconómicas muito difíceis, ainda deveria reduzir-se o máximo possível, atribuindo-lhe um elevado grau de procedência.

Refere-se que estes prazos, levam em linha de conta que a assistência médica está sempre garantida e que os despachos finais têm, sobretudo, a ver com o acesso a apoios não médicos; nos casos graves e muito graves, sobretudo nos ex-militares com idade avançada, a defesa legítima de bens patrimoniais do Estado, isto é, de todos nós, por excesso de zelo, o processamento burocrático muito lento e excepcionalmente complexo, associado a algum grau de improficiência e o próprio

desinteresse por este casos, pode ter um efeito destrutivo nestes concidadãos, criando um verdadeiro direito suplementar a indemnizações posteriores pelo, eventual, agravamento dos sintomas que os atrasos provocam nomeadamente, ao nível emocional.

CONSIDERANDO:

O tempo de Tramitação Processual de Processos por Acidente/Doença e DSPT, podemos referir que quase diariamente são dirigidos ao Arquivo Geral do Exército requerimentos de cidadãos que, durante a sua passagem pelas fileiras, foram vítimas de acidente ou doença ou até de stress. Para o efeito, o cidadão deve fazer, nos dois primeiros casos, um requerimento dirigido ao Exmo. Sr. Chefe de Estado Maior do Exército, solicitando a revisão do seu processo por acidente/doença, nos termos do nº 3 da Portaria 162/76 de 24 Março, com redacção dada pela Portaria 114/79 de 12 de Março, a fim de ser presente a uma Junta Hospitalar de Inspeção (JHI) e lhe ser atribuída uma desvalorização funcional em virtude da diminuição da sua capacidade geral de ganho. Neste caso, o requerente terá que juntar um atestado médico comprovativo da sua situação clínica. No segundo caso, referente ao DSPT, todo o trâmite processual tem início no centro de saúde da área da sua residência.

O ex-militar faz entrega do seu requerimento no Arquivo Geral do Exército (ArqGEx) e a Instituição elabora uma informação sobre o mesmo e sobre a documentação¹ que está à sua guarda respeitante ao requerente; produz-se, então, uma nota² que remete à Direcção de Administração de Recursos Humanos (DARH), sita no Porto. Os requerimentos e atestado médico são acompanhados da citada informação (modelo 16) e de toda a restante documentação atinente ao ex-militar e enviado à DARH que despacha, isto é, atribui-lhe a informação de deferido ou de indeferido. No primeiro caso, remete o requerimento e demais documentação relacionada para o Comando da área de residência do requerente; este Comando reenvia para a Unidade/Estabelecimento/Órgão (UEO) sob o seu comando, onde é nomeado um Oficial da sua Secção de Justiça, quando ela exista, que faz as diligências achadas por convenientes³. Concluídas estas diligências a UEO devolve toda a

¹ Informa se existe Processo Individual, Processo Clínico, entre outros com interesse para a questão.

² Nota é o nome da correspondência trocada entre entidades militares. Em anexo, um modelo desta nota.

³ Os Oficiais das UEO iniciam os processos sumários e efectuam uma série de diligências que vão desde a abertura do processo, passando pela audição do requerente e de testemunhas, pela solicitação ao ArqGEx de documentação, etc,

documentação à DARH e esta reenvia para a Direcção de Saúde (DS), entidade que autoriza a Junta⁴. Ora, é neste ponto que terminam todas as diligências das UEO, deixando de ter contacto com o resto do caminho processual, isto é, até que este fique terminado para que o cidadão possa ser convocado para uma Junta de Inspeção.

A DS envia este processo para o Hospital Militar da área de residência do requerente ou a outros, desde que o requerente assim o deseje. O Hospital, por sua vez, marca a consulta e informa o ArqGEx da data da Junta. Por sua vez, o ArqGEx envia por correio, com aviso de recepção, a informação ao requerente e elabora uma guia de marcha que lhe é, igualmente, enviado.

Depois de ter sido submetido à JHI, o Hospital informa o resultado ao requerente⁵. Posteriormente, o Hospital devolve o processo à DS e, desta, é enviado à DARH para homologação da JHI. Daí, seguirá para a DJD onde o Director submete à consideração da CPIP que receberá a sua homologação. Deste ponto, partirá para o GabCEME de onde apenas transita para o MDN onde receberá o Despacho de DFA, ou não. Após despacho do Ministro, regressa ao GabCEME que o reenvia para a DARH que analisa e organiza o processo, pede documentos ao ArqGEx que, em algumas trocas de correspondência com a DSP, prepara uma nova guia de marcha e junta tudo para envio à DARH, a qual terá como tarefa final o envio de toda a documentação (agora de processo por invalidez) para a CGAp ou CNP que convocará o ex-militar para uma sua Junta Médica e efectua o cálculo da Pensão. Após todos estes procedimentos, será finalmente publicado em Diário da República. Pelo acima referido, torna-se óbvio que todo este caminho é moroso, levando mesmo anos a ser percorrido. Além disso, para que tanto os requerentes como as entidades intervenientes, possam saber qual a situação em que se encontra o processo, é dado conhecimento a todos sempre que o processo sofre alguma alteração, facto que resulta numa redundância documental exagerada. Por outras palavras, quando uma entidade envia o processo ou faz uma diligência, qualquer que ela seja, da sua correspondência faz cópias que envia para todos os outros. Se

terminando com o envio do processo para a DARH. A partir desse momento, eles desligam-se completamente porquanto a suas acções terminaram. Um aspecto que merece alguma atenção é o *modus facendi* dos processos que difere de unidade para unidade e de oficial para oficial, uma vez que cada um trabalha naqueles processos não só com base na lei como também na sua própria personalidade.

⁴ Tanto o ArqGEx como todas as entidades envolvidas vão acompanhando todos os passos que o Processo vai tendo até à sua finalização. Assim, em qualquer momento, o cidadão poderá saber em que situação se encontra o seu processo.

⁵ Este concorda ou não com a decisão.

fizemos uma análise dos custos apenas relativo a este procedimento de controlo, em termos de correio, depreendemos logo que estes são elevados. E, se adicionarmos o valor em vencimentos das pessoas hipotecadas à replicação de documentos que cada entidade mantém à sua guarda em pastas, que contêm cópias e cópias de todos os documentos elaborados, então esse valor sobe consideravelmente.

PROPÕEM-SE:

Para dar maior celeridade e uniformidade na elaboração dos processos por doença/acidente e de stress, dever-se-iam formar três equipas de trabalho⁶ e, a cada uma delas seria atribuída uma das ex-Províncias Ultramarinas mais significativas⁷. Estas equipas estariam sediadas em Lisboa, por exemplo, no Arquivo Geral do Exército⁸, uma vez que, por estarem nas mesmas instalações onde estão arquivados todos os processos individuais dos ex-militares que requerem a qualificação de DFA, não se perderia, por um lado, recursos de tempo e dinheiro em correspondência, como acontece com as unidades que solicitam ao ArqGEx os citados processos individuais e, por outro lado, porque seriam sempre os mesmos sujeitos constituintes da equipa que trabalhavam estes casos, logo, usando um objectivo e idêntico critério de trabalho, para além de se especializarem num mais abrangente conhecimento da realidades de cada ex-Povíncia Ultramarina⁹ à sua responsabilidade, no seio da qual os ex-militares adquiriram as doenças/acidentes, para além de poderem, igualmente, conhecer melhor as testemunhas, as quais podem ser potenciais candidatas a serem consideradas, igualmente, DFA¹⁰.

De uma forma mais sintética, é nossa opinião que a existência dessas equipas de trabalho que pudessem substituir os Oficiais de Justiça das diversas UEO teriam as seguintes vantagens:

⁶ Cada equipa deve ser formada por um oficial, dois sargentos e uma praça. Não quer isto dizer que o efectivo não possa variar em função de necessidades resultantes do volume de trabalho.

⁷ Moçambique, Angola e Guiné.

⁸ Estas equipas não necessitavam de estar dependentes da chefia daquele Órgão.

⁹ Diminuiria as possíveis tentativas de fraude por parte de requerentes oportunistas.

¹⁰ Algumas testemunhas poderão candidatar-se a DFA mesmo sem razão, apenas pelo facto de poderem receber benefícios que outros que realmente são receberam ou ainda estão à espera de vir a receber. Por outras palavras, diminuiria as tentativas de fraude.

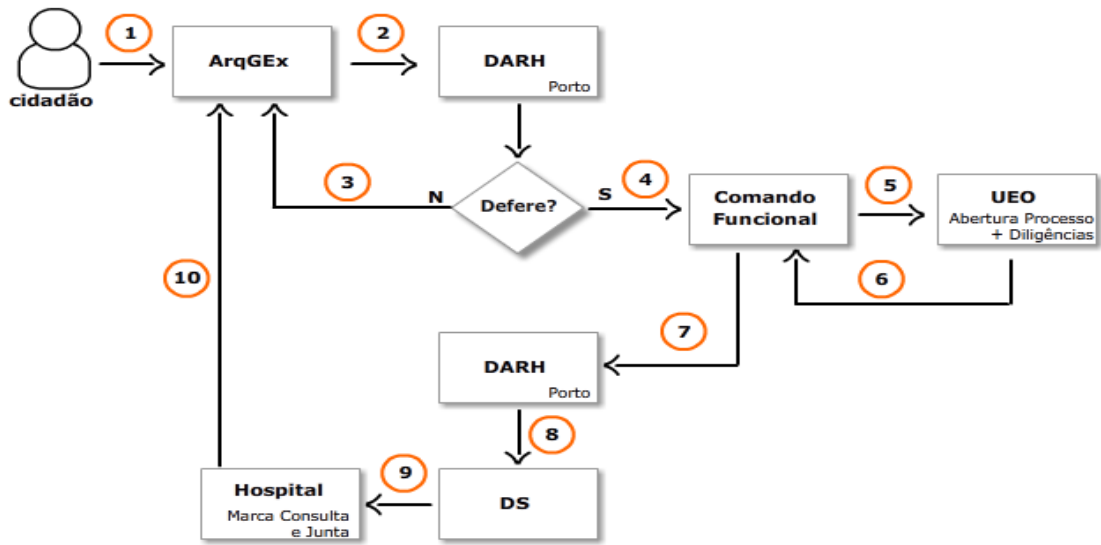
- Libertariam os recursos humanos das UEO e dos Comandos Funcionais;
- Poupariam tempo entre o pedido do ex-militar e a sua satisfação;
- Teriam acesso directo à informação disponível no ArqGEx relacionada com o requerente, nomeadamente:
 - Acesso às Ordens de Serviço das diversas Unidades por onde o requerente passou durante o cumprimento do serviço militar;
 - Acesso aos boletins clínicos dos requerentes;
 - Acesso imediato às moradas, muitas delas actuais, das testemunhas;
 - Acesso à documentação existente no Arquivo Histórico Militar, nomeadamente: **Ordens de Operações e Histórias das Unidades.**

Um outro aspecto merecedor de reflexão e que constitui parte integrante desta proposta, está relacionado com a criação de uma Base de Dados à qual todas as entidades teriam acesso o que evitaria, consideravelmente, o consumo de papel e de outros consumíveis associados, os portes de correio por envio de cópias a todas as entidades e a inconveniente ocupação de espaço com arquivos repetidos em cada UEO por onde transitam os processos. De facto, com esta Base de Dados, apenas seriam elaborados os documentos mínimos e necessários para o decorrer do processo, pois estes seriam enviados apenas para quem tivesse a responsabilidade de trabalhar o processo no passo seguinte. Assim sendo, a Base de Dados seria sempre actualizada em tempo oportuno pelo que, tal como inicialmente foi dito, quer o cidadão quer as entidades envolvidas saberiam em que ponto se encontraria o processo.

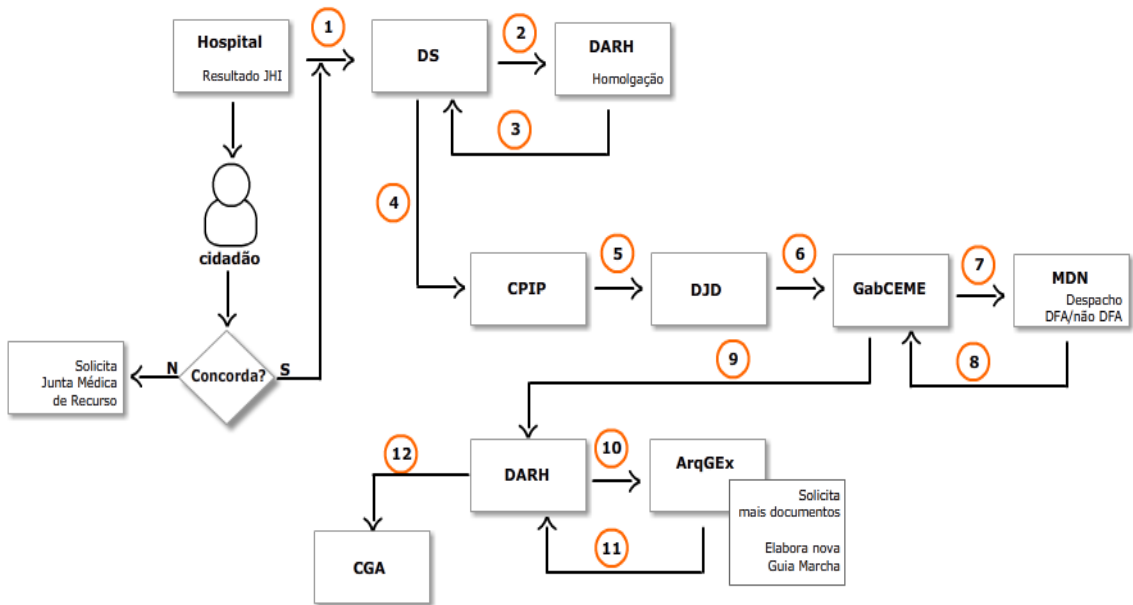
Observemos os esquemas explicativos apresentados de seguida:

ESQUEMAS EXPLICATIVOS

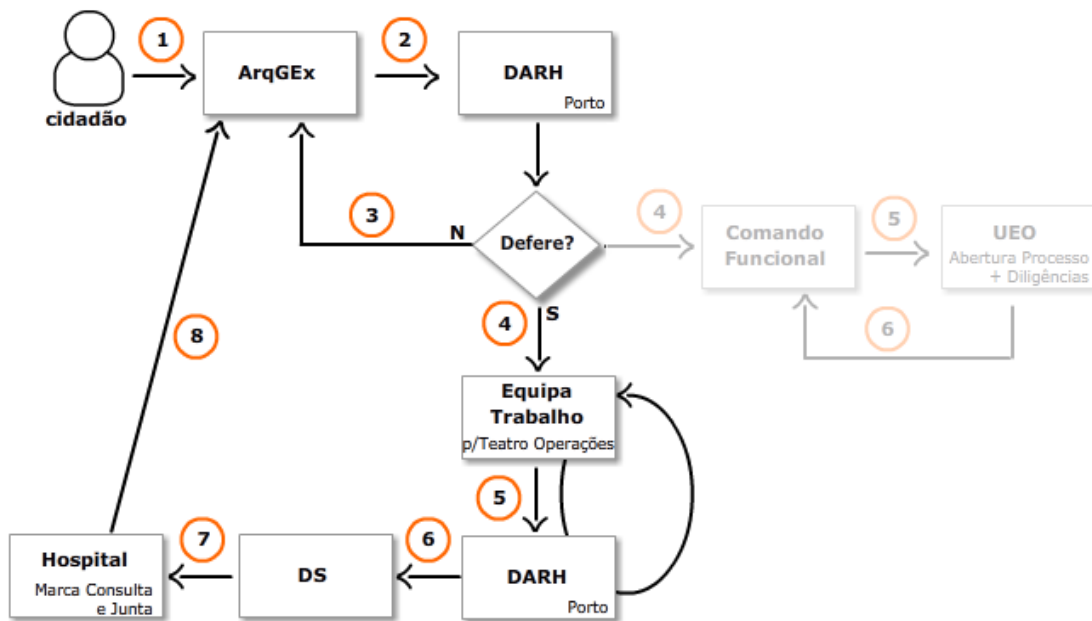
Marcação Consultas/Junta



Decisão



Proposta Marcação Consultas/Junta



PROPOSTA 3

PREENCHIMENTO DA BASE DE DADOS COM TODOS OS INCIDENTES/ACIDENTES/ DOENÇAS DOS MILITARES

A base de dados anexa a esta investigação deveria ser atribuída a uma entidade/ órgão, a criar na dependência do Serviço de Saúde do MDN que, em estrita ligação com Arquivos Gerais dos Ramos e os respectivos Comandos Operacionais, preencheria os respectivos campos, de modo a fazer-se a monitorização sistemática e permanente de todo este processo.

Este procedimento seria, absolutamente, indispensável para a definição de adequadas políticas de prevenção, formação e apoio aos militares e ex-militares mas, também à boa gestão dos recursos públicos e ao cálculo das despesas de defesa e do cumprimento dos compromissos internacionais que deveriam ser compartilhados pela comunidade internacional e pelos países beneficiários.

PROPOSTA 4

MODELO DE AVALIAÇÃO BIO-PSICO-SOCIAL E JURÍDICO COMUM A TODOS OS RAMOS DAS FORÇAS ARMADAS.

Conquanto o Exército seja o Ramo mais afectado, por ter mais efectivos envolvidos nesta problemática, constitui um direito inalienável de todos os cidadãos terem acesso aos mesmos direitos, (esta problemática tem um significado crucial inultrapassável) em igualdade de circunstâncias, independentemente do Ramo onde prestaram serviço; e, mesmo dentro do mesmo Ramo, os resultados não podem depender da subjectividade das Junta de Inspeção Hospitalares ou de critérios avulsos em termos da prioridade que diferentes Comandantes ou Oficiais de Justiça diversos possam dar a este assunto.

Para ultrapassar este gravíssimo desencontro entre posições científicas e administrativas e demais convicções pessoais, propõe-se a criação de um modelo integrado – bio-psicológico-social-jurídico comum aos três Ramos e a todos os Hospitais, Comandos e Unidades, conforme uma proposta já há muito apresentada ao DeJur do MDN, que se junta em anexo.

PROPOSTA 5

REALIZAÇÃO DA 2ª FASE DESTE PROJECTO

O presente estudo, tem um carácter pioneiro e exploratório sobre a pertinente e fundamental problemática da Guerra de África e, bem como também se debruça sobre outra questão, mais geral e nuclear, a da natureza intrínseca das Forças Armadas; defendemos que a pesquisa realizada deveria ser continuada, para a abordagem cujo enfoque se centraria no que foi feito, imediatamente, após o termo das operações militares em África, conforme fazia parte do projecto inicial.

O presente estudo que aborda as queixas retardadas é, de certo modo, um teste à eficácia do que chamamos 1º filtro, todavia, sem estudar a dimensão e a qualidade dos casos que foram triados e tratados naquele momento, não só se pode estar a cometer grave injustiça, na avaliação ao esforço então feito na resolução dos casos mais graves como, do ponto de vista da investigação científica, podemos estar a deixar de fora a informação mais significativa. Por estas razões de elevado mérito científico mas, também, por motivos de natureza nacional, humano, social e político no âmbito da Defesa Nacional, propõe-se a continuação deste estudo e, pela

experiência adquirida, que o mesmo seja desenvolvido por este grupo de trabalho; contudo, teria de ter um âmbito de colaboração inter-ministerial, uma vez que a realização desta nova tarefa exigiria a cooperação da Caixa de Aposentações, Serviços de Saúde, Direcções da Administração de Recursos, Arquivos Gerais e dos Arquivos Históricos dos Ramos

PROPOSTA 6

CRIAÇÃO E UM OBSERVATÓRIO DAS FORÇAS ARMADAS

A dimensão, importância, significado humano, pessoal, social e político de todos os acontecimentos, incidentes, sequelas e mais-valias provenientes da acção militar a nível interno e internacional deveriam, para bem do País e dos cidadãos, ser devidamente monitorizadas nas suas consequências positivas e negativas, quer ao nível material mas, e, sobretudo, no campo da moral e da solidariedade nacional e internacional, que devem congrega os povos que vivem no mesmo contexto civilizacional. Para este efeito, e para que o País conheça todas as consequências de possuir umas Forças Armadas e do seu exacto significado no concerto das Nações onde existimos (e que fora das quais não seríamos o País que somos, sublinhe-se), torna-se do mais lúdimo interesse a constituição de um Observatório para o Facto Social Militar, com as características de Global, conforme a definição de facto social proposta por Émile Durkheim.

Este observatório deveria fazer a monitorização de todos os eventos e consequências internas e externas: morais, de desenvolvimento, financeiras e da afectação do bem-estar das populações e dos militares e, ainda, estudos e investigações de um modo sistemático.

Este Observatório deveria situar-se no MDN e ter uma composição mista com entidades militares e civis.

6 - NOTAS FINAIS

Para realizar um estudo desta natureza existem vários desafios e obstáculos que é preciso ultrapassar. Em primeiro lugar, torna-se difícil determinar com rigor o número de militares e os Teatros de Operações onde estes estiveram envolvidos, devido à inexistência de uma Base Dados para se colher uma amostra, independentemente da técnica de amostragem.

Para colmatar esta lacuna, construiu-se uma Base de Dados, que ocupou uma parte significativa do tempo reservado para este projecto. Em segundo lugar, torna-se difícil estabelecer uma relação entre a experiência de guerra e a adaptação psicossocial porque, para além dos factores de personalidade, poderão ter ocorrido na vida dos ex-combatentes outras potenciais adversidades que, hipoteticamente, influenciaram o desenvolvimento de perturbação psicológica. Para colmatar esta limitação, seria necessário realizar um estudo do tipo correlacional que comparasse estes militares com um grupo de homens, na mesma faixa etária, que não tivessem sido expostos à guerra.

IDENTIFICAÇÃO DOS AUTORES

Coordenador Geral:

Coronel de Artilharia (Reserva) João António Andrade da Silva

Licenciado em Ciências Militares pela AM

Licenciado em Sociologia pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

Licenciado em Psicologia pela Faculdade de Psicologia de Lisboa

Coordenador Executivo pelo MDN

Dr. Artur Mimoso

Jurista

Coordenadores Científicos

TCor de Artilharia Mário Rui Pinto da Silva

Doutorando em Ciência Política - FCSH UNL

Mestre em Ciências da Educação pela FCSH UNL

Docente da Academia Militar

Chefe da Secção de Estudos e Planeamento da AM

Licenciado em Ciências Militares pela AM

Licenciado em Psicologia pela FPCEUL

Professora Doutora Sandra Maria de Oliveira Marques Gonçalves Queiroz

Doutora em Ciências da Educação - Univ. Sevilha - Espanha

Mestre em Ciências da Educação - Univ Sevilha - Espanha

Mestre em Ciências de Enfermagem pela UCP

Professora Adjunta da Carreira Docente do Ensino Superior Politécnico

Docente na Escola do Serviço de Saúde Militar

Investigadora em Educação - Ceief - Univ. Lusófona de Humanidades e Tecnologia

Equipa de Investigadores:

Coronel Infantaria Bruno da Silva Brito

Mestre em Economia Aplicada pela FEUC, Coimbra. Docente da Academia Militar

Pós-Graduado em Operations Research & Systems Analysis, Ft Lee, Virginia

Licenciado em Ciências Militares pela AM

Licenciado em Engenharia Mecânica pela FCTUC, Coimbra

Professora Doutora Ana Romão

Doutora em Sociologia pela Universidade do Algarve

Mestre em Sociologia Aprofundada e Realidade Portuguesa pela FCSH UNL

Licenciada em Sociologia pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa-IUL

Docente da Academia Militar

Vogal do Conselho Directivo do CINAMIL

Mestre Mafalda Sofia Santos Morgado Rodrigues

Mestre em Comportamento Desviante e Ciências Criminais

Licenciada em Psicologia

Dr. Rui Fernando da Silva Carriço

Docente do ISTEAC

Especialista em Informática

Mestrando em Comunicação Multimédia

Major SGE Marcelo Hernâni de Teves Borges

Mestrando em Guerra de Informação/Competitive Intelligence na AM

Licenciado em Sociologia pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia

Sub-Chefe do Arquivo Geral do Exército

Dr. Álvaro Santos

Jurista

Consultor do DEJUR - MDN 2005/2009

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

Ministério Defesa Nacional (MDN)

Instituto Superior de Tecnologias Avançadas (ISTEAC)