



Apoio Médico-Sanitário

1961 – 1975

Serviços de Saúde Militar

(subsídios para a História)



CECA/EME, Lisboa 1990

Subsídios para o Estudo da Doutrina Aplicada nas Campanhas de África (1961-1974)

A Logística do Exército no Ultramar

De uma maneira geral, numa guerra subversiva o sistema de evacuação e hospitalização obedece aos princípios estabelecidos para qualquer outro tipo de guerra.

O conjunto de actividades englobadas na função evacuação e hospitalização constitui um sistema que assenta no princípio de que compete aos escalões recuados libertar os escalões avançados dos seus indisponíveis, de harmonia com o regime de evacuação estabelecido.

Nenhum indisponível é evacuado para a retaguarda, mais além do que fôr exigido pelo seu estado físico ou pela situação operacional.

Em cada órgão sanitário há uma separação dos indisponíveis de acordo com as seguintes categorias: os que necessitam de evacuação para a retaguarda, os que podem ser tratados no próprio órgão e os que podem ser considerados como prontos para o serviço.

Fazem-se avançar, tanto quanto possível, os hospitais da Zona de Combate para que sejam mais facilmente atingidos pelas evacuações dos postos de socorros divisionários e avançam-se também os hospitais da Zona de Comunicações.

No entanto, nos territórios ultramarinos havia determinados factores que davam características especiais ao problema da evacuação e da hospitalização. Entre esses factores devem citar-se:

- larga dispersão das tropas combatentes e, conseqüentemente, grandes distâncias a percorrer;
- pobreza da rede de comunicações terrestres;
- existência de uma estrutura razoável de meios aéreos;
- doenças da população civil criando, por vezes, necessidade de lhe prestar apoio sanitário.

Como consequência, assumia importância decisiva o apoio imediato por meios aéreos na evacuação dos feridos, a necessidade de levar os elementos dos serviços de saúde aos mais baixos escalões, a adopção de rigorosas medidas de profilaxia e higiene e a eficiência do serviço de saúde, sobretudo nas evacuações, o que se traduzia num grande efeito moral sobre as tropas.

Apesar de bem conhecidas as operações de evacuação e hospitalização, convém deixá-las enunciadas neste trabalho por uma questão de coerência.

Desde sempre foram consideradas as seguintes operações na evacuação e hospitalização dos indisponíveis: o levantamento dos feridos que se traduz na pesquisa, recolha e primeiro transporte; a sua reunião, que corresponde à sua concentração em postos sanitários avançados; a triagem, operação fundamental pela qual se vão classificando os feridos e doentes pelos graus de gravidade e de urgência que apresentam, o que começa a fazer-se logo no primeiro local de reunião. De acordo com a triagem, os feridos são evacuados para as formações de serviço de saúde adequadas. Finalmente, como indispensável e óbvia operação, faz-se o tratamento dos feridos e doentes em todos os escalões do serviço de saúde, nele incluindo a hospitalização.

Há vários tipos de hospitais que, quanto à mobilidade que apresentam, se classificam em fixos, móveis e semi-móveis. Os da Zona de Comunicações são do tipo fixo e os da Zona de Combate do tipo móvel e semi-móvel.

Quanto à sua capacidade técnica e capacidade de hospitalização, é costume classificar os hospitais em: hospitais gerais, hospitais de evacuação, hospitais de convalescentes e hospitais cirúrgicos móveis.

Ainda na actividade “hospitalização” se devem considerar os postos de socorros que, apesar das suas limitadas possibilidades, são elementos importantes na cadeia do serviço de saúde.

No dispositivo de apoio sanitário durante as campanhas de África aparecem, em alguns TO, estes vários tipos de hospitais, chamando-se, no entanto, aos hospitais cirúrgicos móveis, enfermarias de sector, para não se confundir a grandeza orgânica e funcional daqueles, com as limitadas capacidades destas.

A caracterização geral dos vários órgãos de hospitalização vêm descritas nos respectivos regulamentos .

Os indisponíveis na frente de combate são conduzidos aos postos de socorros que apoiam a respectiva unidade, a pé, a braços, de maca ou de automaca ou, se a gravidade e urgência o justificar, poderão ser levantados directamente do campo de batalha para o órgão de saúde mais próximo, por avião ou helicóptero.

Nos postos de socorros ou nas enfermarias de sector procede-se à triagem dos indisponíveis, executam-se os tratamentos de urgência, ou a própria intervenção cirúrgica se necessário, e presta-se a assistência temporária devida, até o escalão superior os evacuar para os hospitais de evacuação, onde são hospitalizados até à recuperação ou à transferência para os centros de convalescentes ou para os hospitais gerais.

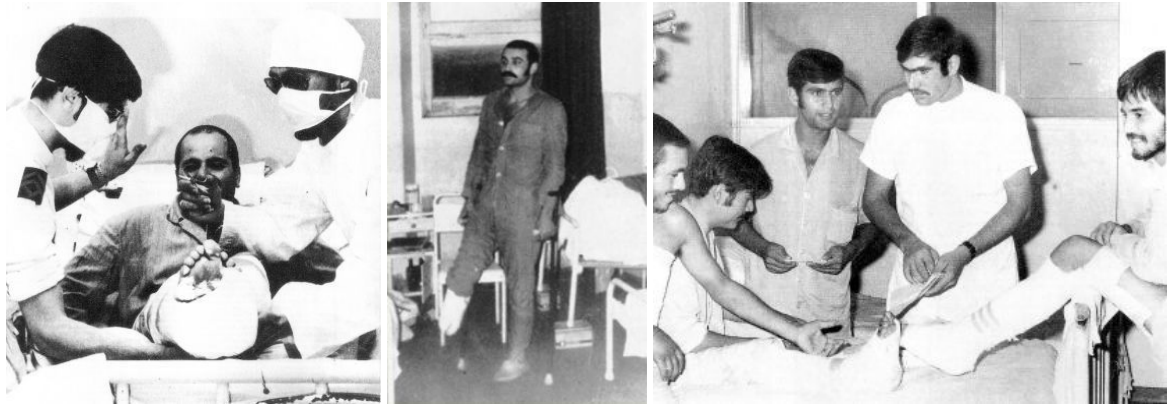
Englobados na função hospitalização e evacuação desenvolviam-se outros serviços de apoio sanitário e que eram: a medicina preventiva; o apoio estomatológico; o apoio veterinário, incluindo a inspecção de alimentos; e o reabastecimento de material sanitário.

A partir de 1974, este conceito começa a diluir-se e surge a tendência para considerar os serviços sanitários acabados de mencionar, como actividade do serviço de saúde em paralelo com a hospitalização e evacuação.

Mas não está no âmbito deste trabalho analisar doutrinas a partir daquela data. O que importa é ter presente que estes serviços sanitários constituíam, durante as campanhas ultramarinas, parte integrante da função hospitalização e evacuação.

- «Fiz o serviço militar entre 63 e 66, como enfermeiro militar, sempre no Hospital Militar Principal em Lisboa. Não fui para o Ultramar, por haver uma crónica falta de pessoal no hospital. Vejo em todos uma vontade de contar o que aconteceu, a sua versão dos acontecimentos, empolar este ou aquele acontecimento, conforme o julgam mais ou menos importante. Mas a guerra é isso mesmo, uma sucessão de factos cruéis, sobre os quais não temos controle e, que temos de admitir a sua existência como uma coisa normal. Não há guerras decentes nem boas guerras, só guerras onde a crueldade é o seu paradigma. A nossa guerra africana, foi uma guerra como todas as outras, com as suas particularidades, mas foi uma guerra como qualquer outra. A mim o que me choca, não é tanto o que acontece na guerra, na sua rotina de insegurança, medo, desespero e morte. Os rambos são do cinema, a guerra é feita por pessoas normais com todas as suas fragilidades, que têm de ser aceites tal como o são, pois é com elas que contamos para combater. Mas o que vejo de mais injusto e cruel, não é bem a zona de combate, onde as memórias são mais profundas e abundantes, como se a guerra ficasse circunscrita ao terreno do combate. Sem combater, vivi as três frentes de guerra ao mesmo tempo, onde durante três anos como enfermeiro, convivi com esses despojos da juventude, para quem a guerra nunca acabou e que o abandono os ignorou.»¹

¹ (Augusto M. Dias, ex-furriel miliciano enfermeiro; depoimento disponível na internet)



1967 – Abril.18

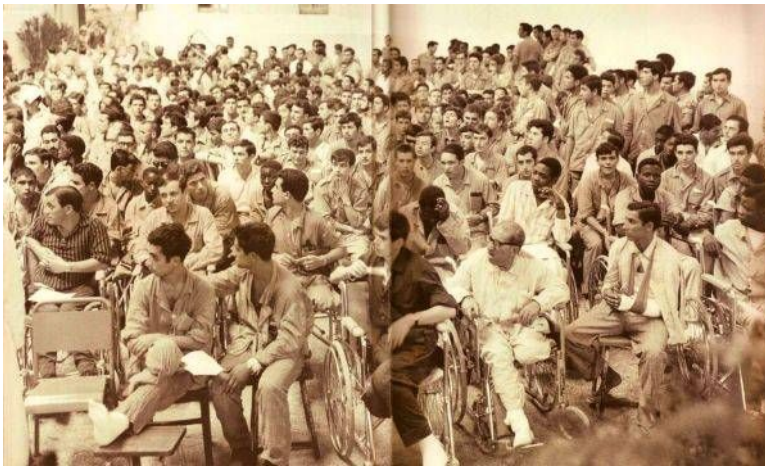
No hospital militar de Hamburgo, são recebidos 88 mutilados de guerra portugueses.

- «Em Abril [de 1961] começaram a chegar feridos aos hospitais militares, naquela altura os mais incapacitados. O núcleo inicial da Secção Feminina da Cruz Vermelha começou por incluir pessoas fantásticas, que se lançaram nesses primeiros trabalhos de entrega de encomendas e de visitas aos hospitais. [...] Resolvemos tirar o curso de primeiros-socorros, não podíamos estar na Cruz Vermelha, sem pelo menos ter uma noção de primeiros-socorros. [...] E assim fomos trabalhando mas, quando vimos que a desgraça era grande e que havia feridos graves com grandes mutilações, foi um choque geral para todas nós. Então decidimos ajudar os doentes para além dos tratamentos hospitalares, começámos a fazer os contactos com várias entidades, hospitais, militares, até que se fizeram operações cá em Portugal. [...] O nosso grande objectivo passou a ser a recuperação dos feridos.»¹
- «Em determinados casos de cirurgias ortopédicas correctivas, enxertos de pele para queimados ou outras especialidades complicadas, eram feitos acordos [pelos CCFAA e CCFAM] com as forças de defesa da África do Sul [SADF] para tratamentos no Hospital Militar de Pretória; houve uma pequena ala com cerca de 50 doentes (desde o final de 1972 até ao final das campanhas), na sua maior parte negros. A política era de evacuar todos os brancos [militares gravemente feridos] para a Metrópole [HMP-Lisboa], onde podiam recuperar com as suas famílias: havia 9 hospitais militares no Continente com um total de 2615 camas e uma capacidade extensível de 2955 camas. A excepção a esta regra geral, eram os casos de queimaduras e outras baixas traumáticas graves: estes eram transportados² para o hospital da Força Aérea na BA4, na ilha Terceira nos Açores; estas instalações com 100 camas estavam separadas do Continente e afastavam assim os feridos de qualquer utilização, como peões dos movimentos contra a guerra.»³

¹ (Amélia da Silva Pitta e Cunha, desde 24Jan69 presidente da Secção Auxiliar Feminina da CVP; depoimento em 19Out94, para a "Guerra de África", coord. JFAntunes);

² (cf oficial pilav da FAP Tomás Jorge Conceição Silva, em 1966-69 piloto de DC-6 nas pontes-aéreas; em 1988-91 general CEMFA); ³ (Cann, op.cit pp.238)





– «O soldado português sabia que, embora a sua alimentação no mato fosse parca, as condições tropicais fossem sufocantes e o perigo rondasse a cada passo, o seu Exército esforçar-se-ia por transportá-lo para um hospital caso fosse ferido. Eram utilizados todos os recursos disponíveis. [...] Embora o soldado português se queixasse pouco e desdenhasse o perigo, a presença de um excelente serviço de saúde com capacidades de hospitalização e evacuação, representava não apenas um importante factor do moral como também uma medida prática.

– «Historicamente, os exércitos sempre sofreram mais com a falta de higiene e com as doenças, do que com as acções inimigas. [...] Portugal concebeu os seus serviços de assistência médica e evacuação em torno de certos princípios de tratamento de baixas. O primeiro foi a “Regra das Seis Horas”,¹ segundo a qual um ferido tem maior probabilidade de sobreviver se puder receber tratamento médico adequado para os seus ferimentos no prazo de 6 horas. [...] Embora muitos dos ferimentos em combate ocorressem em teatros remotos, as forças de combate mantinham contacto via rádio com os quartéis-generais, podendo assim pedir ajuda. O tratamento inicial era quase sempre aplicado por pessoal não médico, facto que sublinha a importância do treino em primeiros-socorros e ferimentos. Fosse a evacuação por camião ou por helicóptero, ou uma combinação dos dois, o primeiro tratamento efectuado por um médico era geralmente no quartel-general da companhia, apesar do pessoal médico acompanhar por vezes uma patrulha. Em Angola, para além dos postos de [primeiros] socorros, foi ordenado que fosse estabelecida uma “enfermaria de estacionamento” com pelo menos 10 camas nos quartéis-generais das companhias, para se utilizar de uma forma mais eficaz o pessoal médico local. Dependendo do sítio onde a acção da unidade tivesse tido lugar, os feridos podiam receber tratamento aí ou [pós-Ago67] na “enfermaria de sector” que tinha uma capacidade de pelo menos 30 camas. Estas enfermarias de sector serviam também como locais de recuperação para os feridos tratados nas enfermarias das companhias e cujo estado não permitisse a evacuação para um hospital. Em ambos os casos, os hospitais civis disponíveis podiam ser utilizados como alternativa. O Hospital Militar de Luanda [HM124], com uma capacidade de 800 camas, podia tratar quase todos os casos e era o último local para evacuação em Angola. Uma vez que um ferido tivesse feito uma cirurgia inicial, entrava em vigor a “Regra dos Dez Dias”. Esta directriz, baseada na experiência ganha no tratamento geral dos feridos, sugeria que as hipóteses de um ferido sobreviver à cirurgia aumentava bastante se lhe fossem dados dez dias de descanso antes de ser deslocado. O número de enfermarias e de camas em cada uma delas, era baseado no número de feridos esperados, na “Regra das Seis Horas” e na “Regra dos Dez Dias”. [...] Havia conseqüentemente um sentido de urgência em evacuar os doentes e feridos das áreas de frente, de modo que as instalações médicas pudessem albergar novos feridos. [...] O esquema de movimentação de pessoal em recuperação foi estabelecido em Angola e estas directrizes aplicaram-se em todos os teatros, sendo promulgadas pelas autoridades competentes: nas enfermarias ao nível de unidade, 10 dias; nas enfermarias de sector, 20 dias; nos hospitais civis, 30 dias; no Hospital Militar de Luanda, 60 dias. Na Guiné havia o Hospital Militar de Bissau [HM241], com 320 camas e com as competências de um hospital central; havia também uma rede de enfermarias de unidade e de postos de primeiros socorros mas, devido ao facto de a Guiné ser um teatro muito pequeno, as instalações intermédias de enfermaria de sector foram omitidas e o hospital de Bissau desempenhava essas funções. Em Moçambique havia três hospitais: o principal era o Hospital Militar de Lourenço Marques, com 340 camas e com competências de hospital central; os hospitais secundários eram o Hospital Militar da Beira [HM339 com capacidade de 75 camas extensível a 120] e o Hospital Militar de Nampula [HM125 com 240 camas, ambos inaugurados em Fev63], com competências de hospitais regionais. [...] Tal como em Angola, Moçambique tinha uma rede de enfermarias de sector [pós-Set66] e de unidade, e postos de primeiros socorros. Tendo em conta as baixas [por doença e ferimentos por origens várias] das campanhas, estas camas eram suficientes para permitir a cada baixa 51 de recuperação na Guiné, 78 em Angola e 61 em Moçambique, sem necessidade de evacuação para a Metrópole. À excepção da África do Sul e da Rodésia, não havia melhor assistência médica em toda a África.»²

¹ (vd “Plano Geral dos Procedimentos de Operações Standard - Regras Gerais de Hospitalização”, 4ªRep-QG/RMA; Luanda 15Ago63);

² (coronel médico Lourenço de Sousa Pereira; extractos de palestra, proferida no Curso de Comando Superior do IAEM, 1968-69)

