



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
ESCOLA DE SAÚDE DO EXÉRCITO
(Es Apl Sv Sau Ex / 1910)

1º Ten Alu. ANTÔNIO SOARES

**PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE OPERAÇÕES
CONJUNTAS DE APOIO À SAÚDE**

RIO DE JANEIRO

2019

1º Ten Alu. ANTÔNIO SOARES

**PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE OPERAÇÕES
CONJUNTAS DE APOIO À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde do Exército, como requisito parcial para aprovação no Curso de Formação de Oficiais Médicos do Serviço de Saúde, pós-graduação *lato sensu*, em nível de especialização em Aplicações Complementares às Ciências Militares.

Orientador: 1º Ten Gilberto Monteiro Martins Júnior.

RIO DE JANEIRO

2019

*À minha amada mãe, pelo incentivo e amor em
todos os meus projetos de vida!*

RESUMO

Esse estudo tem como propósito, o estudo do apoio de operações conjuntas a partir de uma análise dos procedimentos necessários para solicitação de operações conjuntas de apoio à saúde. Diante do exposto, busca-se entender quais os procedimentos necessários para solicitação de operações conjuntas de apoio à saúde? Assim, tem-se como objetivo geral: fazer uma análise dos procedimentos necessários para solicitação de operações conjuntas de apoio à saúde. Assim, alguns objetivos específicos foram buscados como: abordar sobre o apoio de saúde em operações conjuntas; tratar sobre o futuro ambiente operacional e apresentar os procedimentos necessários para solicitação de operações conjuntas de apoio à saúde. Justifica-se a realização desse estudo, uma vez que o emprego do Exército em operações de ação comunitária vem aumentando. Isso é creditado à sua constante assistência nacional e a agilidade e seriedade com que planeja e executa suas missões. Assim, o Exército Brasileiro está sendo chamado continuamente para participar de programas de caráter social do Governo Federal e, ainda, das ações de defesa civil e de segurança dos serviços públicos essenciais. Para realização desse estudo, utilizou-se de pesquisa bibliográfica, buscando em diferentes bancos de dados acadêmicos e científicos, artigos e publicações sobre o tema. Os quais foram selecionados, lidos, fichados e utilizados na escrita desse trabalho acadêmico. Concluindo que o SSP (Saúde, Segurança e Proteção) tenta fornecer soluções prontas, eficazes e unificadas serviços de saúde para melhorar a capacidade de combate de forças conjuntas, e requer contínua planejamento, coordenação e treinamento.

Palavras-Chave: Operações conjuntas; apoio à saúde; Exército.

;

ABSTRACT

This study purpose is to study joint operations support from an analysis of the procedures required to request joint health support operations. Given the above, we seek to understand what procedures are required to request joint health support operations? Thus, the general objective is: to analyze the procedures required to request joint health support operations. Thus, some specific objectives were pursued such as: addressing health support in joint operations; address the future operating environment and present the necessary procedures for requesting joint health support operations. This study is warranted, as army employment in community action operations is increasing. This is credited to their constant national assistance and the agility and seriousness with which they plan and execute their missions. Thus, the Brazilian Army is being continuously called upon to participate in social programs of the Federal Government, as well as in the civil defense and security actions of essential public services. For this study, we used bibliographic research, searching in different academic and scientific databases, articles and publications on the subject. Which were selected, read, recorded and used in the writing of this academic work. In conclusion, the HSS attempts to provide prompt, effective, and unified health care solutions to improve joint force combat capabilities, and requires ongoing planning, coordination, and training.

Keywords: Joint Operations; health support; Army.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 DESENVOLVIMENTO.....	8
2.1 METODOLOGIA	8
2.2 MARCO HISTÓRICO.....	9
2.3 CONCEITOS CONJUNTOS E INTERNACIONAIS PARA SERVIÇOS DE SAÚDE	12
2.3.1 Conceito Capstone para Operações Conjuntas	13
2.3.2 Desafio Militar	14
2.3.3 Ameaças.....	15
2.3.4 Avaliação Conjunta.....	15
2.4 FUTURO AMBIENTE OPERACIONAL	15
2.5 AÇÕES CONJUNTAS DE APOIO INTERNACIONAL	16
2.6 PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE AÇÕES CONJUNTAS.....	17
3 CONCLUSÕES.....	24
4 REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

Esse estudo tem como propósito, o estudo do apoio de operações conjuntas a partir de uma análise dos procedimentos necessários para solicitação de operações conjuntas de apoio à saúde. De acordo com o Ministério da Defesa (2018), as operações conjuntas de apoio à saúde configuram-se como de fundamental importância para alcance do Estado Final Desejado (EFD), sendo assim, fatores como infraestrutura, recursos humanos e materiais são determinantes e diretamente proporcionais aos desafios enfrentados nas operações militares. Dadas às nuances de um campo de batalha, as características deste apoio de saúde podem influenciar sobremaneira a moral dos combatentes e a opinião pública, partindo-se dessa premissa neste estudo para a comparação entre nações.

Quando se fala na integração das Forças Armadas os desafios são ainda maiores, visto exigir o emprego ponderável de meios e pessoal de mais de uma força singular, além da necessidade de compatibilização dos procedimentos. Dessa forma, apesar das operações conjuntas de apoio à saúde por um lado aumentarem a eficiência do serviço médico, por outro, são carregadas de desafios como a incompatibilidade de pessoal e procedimentos que se não superados podem custar até mesmo a vida de um paciente (MINISTÉRIO DA DEFESA, 2018).

Diante do exposto, busca-se entender quais os procedimentos necessários para solicitação de operações conjuntas de apoio à saúde? Assim, tem-se como objetivo geral: fazer uma análise dos procedimentos necessários para solicitação de operações conjuntas de apoio à saúde. Assim, alguns objetivos específicos foram buscados como: abordar sobre o apoio de saúde em operações conjuntas; tratar sobre o futuro ambiente operacional e apresentar os procedimentos necessários para solicitação de operações conjuntas de apoio à saúde.

Justifica-se a realização desse estudo, uma vez que o emprego do Exército em operações de ação comunitária vem aumentando. Isso é creditado à sua constante assistência nacional e a agilidade e seriedade com que planeja e executa suas missões. Assim, o Exército Brasileiro está sendo chamado continuamente para participar de programas de caráter social do Governo Federal e, ainda, das ações de defesa civil e de segurança dos serviços públicos essenciais. O Exército Brasileiro já participou de muitas missões de paz junto à ONU, e empregando milhares de militares (VERDE OLIVA, 2009), contribuindo com esforço, com envio de observadores militares desarmados ou pela inserção de tropas levemente armadas nas áreas conflagradas, tendo como objetivo monitorar o cessar-fogo entre as partes

conflitantes e proporcionar as melhores condições para o restabelecimento da paz (BRASIL, 2010).

No contexto dessas missões, o Serviço de Saúde é empregado, de forma que possa garantir o sucesso das missões preservando a salubridade da tropa do início ao fim das operações, prestando assistência médica curativa e preventiva, visando diminuir as intercorrências ou mesmo sequelas que possam advir de doenças adquiridas na área da missão. Porém, quando se trata de operações conjuntas ainda é possível verificar que a existência de desafios principalmente de ordem procedimental para que as ações sejam realizadas com êxito. Portanto, pode-se dizer que se trata de um estudo de relevância profissional por fazer um comparativo entre nações podendo trazer subsídios para a prática dessas operações conjuntas, com possíveis soluções de melhorias procedimentais, não podendo deixar de destacar a relevância social, considerando a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 METODOLOGIA

Para realização desse estudo, utilizou-se de pesquisa bibliográfica, buscando em diferentes bancos de dados acadêmicos e científicos, artigos e publicações sobre o tema. Os quais foram selecionados, lidos, fichados e utilizados na escrita desse trabalho acadêmico.

Método é um processo necessário para atingir um determinado resultado, caracterizando-se por um conjunto de diferentes etapas que devem ser dados para a realização da pesquisa, sendo necessário compreender o conteúdo da ciência e seus princípios vinculados ao objeto de estudo, enquanto a metodologia se configura como as técnicas utilizadas para se desenvolver determinada pesquisa.

Definindo pesquisa, Minayo (1993) entende ser uma atividade que busca a descoberta da realidade, por meio de uma combinação entre teoria e dados, no qual se estabelece um diálogo crítico e criativo. A pesquisa a ser realizada segundo a utilização dos resultados se classifica como pura, tendo, portanto, a finalidade de aumentar o conhecimento do pesquisador para uma nova tomada de posição.

Quanto à abordagem, a pesquisa que sucederá este projeto se classifica como qualitativa. Para Flick (2004), a pesquisa qualitativa é fundamental no momento de fazer a escolha mais adequada de métodos e teorias oportunas, no reconhecimento e na análise de diferentes perspectivas. A pesquisa que será realizada se classifica ainda como exploratória e explicativa no que diz respeito aos objetivos, isso porque se buscará explorar o tema, buscando maiores informações sobre ele.

Em relação ao tipo de pesquisa, esta assumirá as características de uma pesquisa bibliográfica, que tem como finalidade posicionar o leitor, o colocando em contato com tudo que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto. Conceituando pesquisa bibliográfica, Marconi e Lakatos (2006, p. 14) afirmam:

A pesquisa pode ser considerada um procedimento formal com método de pensamento reflexivo que requer um tratamento técnico ou científico, e se constitui no caminho para se conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais. Significa muito mais do que apenas procurar a verdade, mas descobrir respostas para perguntas ou soluções para os problemas levantados, por meio do emprego de métodos científicos.

Por sua vez, Gil (2007) afirma que a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Assim, será

feita uma pesquisa bibliográfica, considerando-se que a partir das pesquisas e documentos já existentes será possível evoluir com mais qualidade e eficiência no estudo proposto.

2.2 MARCO HISTÓRICO

Nos primórdios da civilização, a assistência médica se caracterizava como um elemento religioso e místico, as doenças eram consideradas sobrenaturais e o médico era tido como sacerdote (ROSEN, 1958). Evoluções foram ocorrendo e os serviços de saúde foram avançando, surgindo novas técnicas, de acordo com as necessidades sociais. De tais necessidades sociais, destaca-se aqui as guerras, que deixavam os soldados enfermos, necessitando de cuidados e intervenções médicas.

Para Paim e Almeida Filho (2000, p. 62) “a área da saúde tem passado durante a história por movimentos de recomposição das práticas sanitárias das articulações entre sociedade e estado que definem as respostas sociais às necessidades e aos problemas de saúde”.

Destaca-se que em Roma, os hospitais tinham como foco a recuperação de militares para novas lutas (SALLES, 1971). Assim, é incontestável a importância da presença de profissionais de saúde nas Forças Armadas, considerando as guerras e combates ao longo da história, onde a preocupação com os feridos nessas lutas armadas estão presentes desde a História Antiga, como na Batalha de Kadesh, travada por egípcios e hilitas, em 1247 a.C. Devem-se destacar ainda os indícios dos estudos de feridos em batalhas feitos por Hipócrates, “Pai da Medicina”, há cerca de quase quatro mil anos.

Registros históricos demonstram que a chamada Medicina de Guerra teve início no século VI, quando Mauricius, Imperador Romano na época, percebeu que poderia cuidar de seus soldados feridos nas batalhas e, assim, tê-los reabilitados para retornar, com isso, criou o primeiro corpo de cavaleiros que tinha como missão recolher os soldados feridos e levá-los de volta aos acampamentos.

Miranda (2010) mencionando séculos depois, afirma que no século XV, hospitais de campo foram criados por mouros e espanhóis, demonstrando a importância dos cuidados médicos na linha de frente.

Ressalta-se, com base em Castelões (2002) que o primeiro modelo de ambulância foi criado pelo francês Ambroise Pare, no século XVI, eram movidas a cavalo e levavam pessoas treinadas para atender aos feridos, fator que possibilitava uma maior agilidade no atendimento e, com isso, aumentava as chances de sobrevivência.

No Brasil, os serviços de saúde nas Guerras puderam ser vistos desde as Guerras Napoleônicas, ocorridas entre 1799 e 1815, sendo assinado em 1808, pelo Príncipe Regente, o Decreto Regencial oficializando o Serviço de Saúde do Exército e da Armada Real, com denominação de serviços dos cirurgiões e físicos (BARCELLOS et al., 2012). A partir de então escolas de saúde foram abertas por todo o Império.

No ano de 1863, tem-se um grande marco nos serviços de saúde nas guerras, a criação da Cruz Vermelha e o primeiro passo para a Conferência de Genebra (1964), impulsionados pelo grupo de discussão, criado pelo suíço Henri Dunant, com a finalidade de levantar opiniões e sugestões acerca das péssimas condições sanitárias dos Exércitos em campanha.

Cabe destacar aqui a Primeira Guerra Mundial palco de um aprendizado intensivo para a profissão médica, a medicina muito já tinha avançado, todavia, não eram só os ferimentos de batalha que eram enfrentados pelos profissionais de saúde, mas também os chamados “inimigos invisíveis”, que consistiam nas doenças que em epidemia que chegavam a levar inúmeros soldados à morte (DAROZ, 2011).

Os serviços de saúde na Primeira Guerra Mundial realizado pelos britânicos fizeram com que seus médicos recebessem o apelido de “médicos de cáqui”, utilizaram-se da experiência que haviam adquirido durante a Guerra do Bôeres, travada na África do Sul, entre os anos de 1899 até 1902, tal conhecimento os ajudou a tratar os soldados com “pé-de-trincheira”, que de acordo com Daroz (2011, p. 1):

Era tratado purificando a água com cloro, fumigando roupas e assegurando banhos regulares durante os rodízios fora da linha de frente. Vacinas evitavam o tétano e, para a gangrena gasosa, havia o “líquido de Dakin”, um antisséptico desenvolvido por um químico britânico e por um cirurgião franco-americano.

Assim, nota-se que a medicina não estava preocupada apenas com os ferimentos de guerra, mas também com as doenças que podiam ser desencadeadas. Dessa forma, a Primeira Guerra Mundial de muitos avanços nos serviços de saúde, o número de casos era bastante elevado, hospitais precisavam ser improvisados em decorrência do número de leitos, procedimentos precisavam ser realizados com urgência, a cada minuto que se passava uma vida era perdida.

Ferimentos por projéteis costumavam ser fatais, se não tratados imediatamente, mas, quando os soldados da Frente Ocidental chegavam a um hospital de campanha, havia uma boa chance de sobrevivência. As baixas eram evacuadas para postos de socorro regimentais e, depois, para postos de atendimento avançado atrás da linha de frente. De lá, seguiam por estrada para estações de triagem de baixas, depois por ferrovia para os hospitais de base estacionários. Soldados britânicos com ferimentos

seriamente incapacitantes eram enviados para o Reino Unido, embora menos soldados tenham sido enviados depois de 1916. Em 1917, as estações de triagem de baixas haviam evoluído para hospitais de campanha, onde equipes de cirurgias norte-americanas desempenharam um papel fundamental. (DUROZ, 2011 p. 1).

A Segunda Guerra Mundial também foi marcada por avanços nos serviços de saúde, os profissionais já contavam com Morfina para aliviar a dor dos soldados, transfusão de sangue e penicilina. Outra preocupação na Segunda Guerra Mundial era com o atendimento imediato, com vistas a proporcionar uma maior chance de sobrevivência, visava-se que eles voltassem logo aos campos de batalha ou que conseguissem chegar com vida até um hospital de base. A Guerra Fria foi marcada pela implantação de unidades hospitalares móveis completos, chamadas de *Mobile Army Surgical Hospital* (MASH), em português Hospital Móvel Cirúrgico do Exército Americano, abrigoando um corpo médico mais especializado com mais especializado, contando com mais equipamentos e mais sucesso no atendimento aos feridos.

Importante destacar a historiografia da Escola de Saúde do Exército (EsSEX), que teve origem a partir do Decreto Lei n. 2.232, de 6 de janeiro de 1910, que se chamava “Escola de Aplicação Médico-Militar” de responsabilidade da Diretoria de Saúde do Exército. Objetivava oferecer conhecimento básico do Exército aos doutores em medicina (CARDOSO, 2010). Em 1921, a Escola de Saúde do Exército ficou sob o comando da Missão Militar Francesa, na qual os professores eram Médicos da Missão. Cardoso (2010, p. 5) chama atenção para o conteúdo do currículo dos cursos oferecidos durante o decorrer dos anos:

Conforme o Decreto nº 10. 402 de 1913, o curso de aperfeiçoamento tinha dois anos de duração. No primeiro ano, os alunos estudariam matérias como “higiene militar, exercícios de bacteriologia e química aplicada à higiene militar (...); serviço de saúde nos exércitos, seu funcionamento na paz e na guerra, noções de tática; clínica das moléstias da pele e sífilis; clínica cirúrgica e das vias urinárias, e cirurgia de guerra”. O segundo e último ano tinha como disciplina a destacarmos a “clínica médica das enfermidades e epidemias comuns nos exércitos”.

Em se tratando dos marcos históricos do Serviço de Saúde Militar, volta-se a época do Brasil Colônia em 1808, ano do surgimento do Serviço de Saúde do Exército Brasileiro, quando a família real portuguesa foi transferida para o Brasil. Nesta época foi criada a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Hospital Real Militar da Corte e a Botica Real Militar, na cidade do Rio de Janeiro, existente até hoje com os seguintes nomes respectivamente, Hospital Central do Exército e Laboratório Químico-Farmacêutico do Exército (MARRONI, 2008). Quando D. João VI retornou a Portugal, em 1821, sob a companhia do cirurgião Mor do Exército Frei Custódio, o referido cargo ficou para o Tenente Coronel Manuel Antônio

Henrique Totta, até o ano de 1849. Durante sua gestão Dr. Totta, realizou os seguintes importantes atos:

- A implementação, em 1832, do Regulamento dos Hospitais Regimentais;
- A realização inédita no Brasil, de diversos atos médicos, cirúrgicos e anestésicos, demonstrando o alto nível técnico dos integrantes do Hospital Militar da Corte;
- A promulgação, em 19 de abril de 1849, do Plano de Organização do Corpo de Saúde do Exército, o qual, pela primeira vez, estabelecia a organização de toda estrutura de saúde militar, tanto da força Terrestre quanto da Marinha (MARRONI, 2008, p. 23-24).

Atualmente o Serviço de Saúde do Exército tem uma estrutura que usa principalmente a higidez de seus integrantes, atendendo uma média de cinco milhões de beneficiários por ano (MARRONI, 2008). O Serviço de Saúde do Exército é de responsabilidade da Diretoria de Saúde (DSau) que se trata de um órgão técnico-normativo do Exército Brasileiro. O objetivo desse Sistema de Saúde do Exército “é prover assistência médico-hospitalar a militares e seus dependentes em tempo de paz ou de guerra” (STORTE, 2011, p. 29). Em tempos de paz, cabe ao Serviço de Saúde do Exército se fazer presente em todos os momentos como no apoio ao “Braço Forte” ou a “Mão Amiga”, e em operação de socorro em casos de calamidade pública (SILVA JUNIOR, 2010).

2.3 CONCEITOS CONJUNTOS E INTERNACIONAIS PARA SERVIÇOS DE SAÚDE

O Conceito para Operações Conjuntas: A Joint Force 2020 (CCJO) prevê uma *Joint Force* postulada globalmente que pode rapidamente combinar recursos em um futuro ambiente de segurança que pode ser mais imprevisível, complexo e potencialmente perigoso do que o ambiente de hoje. Essas Operações Integradas Globais (*Global Integrated Operations* - GIO) enfatizarão a capacidade da Força Conjunta de fornecer serviços de saúde para forças desdobradas e parceiros de missão. O JCCS responde a esses desafios, descrevendo como a futura Força Conjunta pode fornecer serviços de saúde para apoiar atividades em toda a gama de operações militares (ASSIS, 2016)

O JCCS procura aplicar as lições aprendidas de recentes experiências de combate, bem como a análise de futuros conceitos de operações (*Concept of Operations* - CONOPs) para modelar futuras soluções para os muitos desafios de saúde que a Força Conjunta enfrentará ao conduzir a GIO. Aplica-se aos Comandos Combatentes, aos Serviços, ao Estado-Maior Conjunto e às Agências de Apoio ao Combate e inclui todos os componentes médicos, ativos e de reserva. Embora focado nas atividades e capacidades do Departamento de Defesa (DoD), o conceito reconhece a provável participação de outros parceiros de agências interagências,

governamentais estrangeiras e não-governamentais durante a condução de operações militares.

Cada Serviço tem um papel vital na prestação de serviços de saúde que suportam Operações Integradas Globalmente. Este conceito foi desenvolvido com representação de cada um dos Serviços e de todo o Estado-Maior Conjunto em coordenação com os Comandos Combatentes, parceiros multinacionais e outros principais interessados. A necessidade de suporte médico integrado que acompanhe o ritmo agilidade operacional e requisitos de flexibilidade organizacional para as operações globalmente integradas são claras. O Conceito Conjunto para Serviços de Saúde é um passo crítico para garantir que a Força Conjunta tenha as capacidades necessárias para fazer isso.

2.3.1 Conceito Capstone para Operações Conjuntas

De um modo geral, o Joint Force 2020 (CCJO) prevê uma Força Conjunta globalmente postulada que pode combinar rapidamente capacidades em um futuro ambiente de segurança que pode ser mais imprevisível, complexo e potencialmente perigoso do que o ambiente atual. Essas GIO enfatizarão a capacidade da Força Conjunta de fornecer serviços de saúde para forças desdobradas e parceiros de missão. O JCHS responde a esses desafios, descrevendo como a futura Força Conjunta na prestação de serviços de saúde em apoio a atividades em toda a gama de operações militares (BRASIL, 2017).

Conforme Assis (2016), o JCCS procura aplicar as lições aprendidas de recentes experiências de combate, bem como análise de conceitos futuros de operações (CONOPs) para moldar soluções futuras para os muitos desafios de saúde que a Força Conjunta enfrentará ao conduzir o OGI. Aplica-se aos comandos combatentes, serviços, o Estado-Maior Conjunto e Agências de Apoio ao Combate e inclui todos os componentes médicos, ativos e de reserva. Enquanto focado em Departamento de Defesa (DoD) atividades e capacidades, o conceito reconhece a provável participação de outros organismos interparceiros de missões governamentais e não-governamentais durante a condução de operações militares.

Este conceito responde a uma segurança futura do ambiente projetado para não permanecer incerto e complicado com o aumento tendências de instabilidade e conflito. Neste ambiente, a defesa quadrienal prevê uma mudança das operações relativamente estáticas Iraque e Afeganistão para o envolvimento sustentado e projeção de força / crise operações de resposta. Estas operações exigirão que a futura Força Conjunta combine rapidamente capacidades; implante longas distâncias; e realize missões em toda a gama de operações militares, muitas vezes em ambientes austeros e contestados. A globalização e a proliferação

de tecnologia e informação, no entanto, desafia a capacidade das Forças armadas de manter as vantagens da capacidade atual sobre adversários estaduais e não estatais durante estas operações. Estes adversários podem obter equivalência ou mesmo superioridade nos vários domínios operacionais, aumentando assim a ameaça à saúde da força, aumentando o risco operacional e, potencialmente, limitando a liberdade das Forças Conjuntas (ASSIS, 2016).

O futuro ambiente operacional e a resposta da Joint Force GIO representam várias questões para a prestação de cuidados de saúde. Esses problemas incluem o suporte das forças que estão dispersas por grandes distâncias e que devem ser capazes de serem agregados / desagregados, fornecendo serviços de saúde a forças cada vez mais integradas em escalões mais baixos, do que é atualmente, e integrando com parceiros de missão não-DoD. Esses desafios devem ser abordados em um ambiente estratégico que está se tornando mais fiscalmente restrito enquanto ainda atendendo às altas expectativas de resultados médicos positivos. Problema Militar (BARATA, 2009).

Segundo Brasil (2017), o objetivo desse conceito conjunto é oferecer uma maneira de enfrentar esses desafios e guiar o desenvolvimento da força futura por: estabelecimento de um quadro para a prestação de serviços de saúde conjuntos para uso por altos decisões políticos, combatentes e a comunidade médica de interesse; informar estudos, jogos de guerra e experimentação, resultando em recomendações para DOTMLPF-P; e estabelecer um contexto médico conjunto para orientar o Comando Combatente (CCMD), serviço, equipe conjunta e esforços da Agência de Saúde de Defesa para alcançar unidade de esforço para operações conjuntas de serviços de saúde.

2.3.2 Desafio Militar

Diante dos desafios acima, Brasil (2017) destaca que o JCCS procura abordar o seguinte problema militar: Como a Força Conjunta pode fornecer serviços de saúde abrangentes para forças em um ambiente operacional caracterizado por alta distribuição operações e infra-estrutura de serviços de saúde mínima, se houver, pré-estabelecida? Ideia central. A futura Força Conjunta abordará este problema com a *Global Serviços Integrados de Saúde* (GIHS).

A GIHS é a gestão estratégica e sincronização global de serviços operacionais conjuntos de saúde que são suficientemente modulares, interoperáveis e em rede para permitir que o Comandante da Força Conjunta possa combinar e sincronizar recursos de forma rápida e eficiente. Esses futuros serviços de saúde serão caracterizados por capacidades de serviço interoperáveis guiado por padrões e procedimentos comuns com a capacidade de adaptar o

suporte para atender a uma ampla variedade de requisitos operacionais e estratégicos (ASSIS, 2016).

2.3.3 Ameaças

As ameaças podem emanar de estados-nações ou atores não estatais, como terroristas transnacionais, insurgentes e organizações criminosas. Estas condições podem complicar o apoio médico, especialmente o ressuscitador cuidado, hospitalização e todo o espectro da evacuação do paciente. A ampla dispersão também complica intrinsecamente o suporte médico como funções tendem a se beneficiar de economias de escala. Geralmente é mais simples fornecer suporte médico a uma única unidade em uma única linha de comunicação do que várias unidades operando em várias linhas de comunicação diferentes (BARATA, 2009).

2.3.4 Avaliação Conjunta

A avaliação conjunta dos requisitos médicos, após aceitação deste conceito, irá informar e orientar os Serviços com o seu desenvolvimento de força e gestão de risco, aumentando a comunicação entre serviços em relação à integração de capacidades; isso ajudará na priorização de recursos em suporte de redução de redundância e melhoria de processos. Os custos crescentes de cuidados de saúde relativos aos gastos gerais com a defesa devem fornecer impulso para inovar em conjunto para maximizar os recursos. Um desafio adicional no futuro ambiente operacional é a crescente incorporação de potenciais parceiros interagências, ONGs e multinacionais que pode não atender aos padrões de atendimento aceitos (BRASIL, 2005).

Isso exigirá um aumento envolvimento com os respectivos parceiros médicos e alavancar o acesso a recursos médicos para forças conjuntas. O papel e o compromisso dos médicos parceiros variam de acordo com a situação, de acordo com um grande número de fatores, como testamentos, habilidades e recursos disponíveis para os parceiros. Alguns parceiros contribuirão com apoio médico para o esforço geral, seja em apoio de seus próprios elementos ou no lugar de outras contribuições. Seus médicos capacidades variarão, assim como seus padrões de cuidado, proficiência médica e protocolos / equipamentos de diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2017).

2.4 FUTURO AMBIENTE OPERACIONAL

O futuro ambiente operacional complicará a atenção à saúde entrega com uma matriz dinâmica de desafios médicos, como novos produtos químicos, ameaças biológicas e radiológicas; nanotecnologia e biotecnologia artificiais ameaças projetadas; e novos tipos de

feridas causadas por armas em evolução tecnologia. A falta de infra-estrutura médica madura em áreas operacionais e os esforços de negação de acesso / área adversários desafiarão a capacidade de prestar cuidados de saúde no ponto de lesão e encaminhar os pacientes para evacuação, bem como aumentar o tempo de trânsito para atendimento definitivo (ASSIS, 2016).

Conforme Brasil (2017b) ameaças inimigas e restrições do meio ambiente desafiarão a aplicação de uma “hora de ouro” padrão em um paradigma de tratamento médico / evacuação. Esses desafios podem aumentar a necessidade de parcerias para fornecer apoio médico a todos os escalões, especialmente ao apoiar pequenas unidades em locais remotos. Por fim, o futuro ambiente operacional desafiará os serviços de saúde, uma vez que as forças podem não ter o benefício de uma infra-estrutura médica robusta, para dominância de domínio e para permitir cuidados antecipadamente posicionados sem ameaça das forças inimigas. Além disso, avanços na medicina militar ao longo dos recentes conflitos criam expectativas aumentadas para resultados para o trauma relacionado ao combate.

2.5 AÇÕES CONJUNTAS DE APOIO INTERNACIONAL

Têm sido frequentes novas concepções de emprego militar e discussões na doutrina das instituições. A Cooperação Civil-Militar e as Operações Interagências representam etapas do processo de evolução doutrinária, destacando-se o emprego militar em ações subsidiárias em apoio à Defesa Civil na solução de desastres naturais e em casos de emergência (PESSANHA, 2018).

As políticas públicas de forma simples definem as prioridades para investimentos e programas dos governos para assegurar o direito dos cidadãos. São feitas implementações e planejamentos que refletem em muitas áreas, estimulando ou não interesses em grupos da sociedade pelo governo.

Com características distintas e diferentes contextos foram criados os Estados, que se define de acordo com a análise da corrente teórica. Em algum nível, é conceito comum, representa independência e soberania; responsável por um determinado espaço territorial pela gestão político-administrativa e por representar interesses e ideologias da população se relaciona com outros estados no meio internacional, demonstrando poder, garantir a sobrevivência, soberania, ter influência e força no cenário externo. De acordo com Sant’Anna (2009, p.186), “o Estado não age como um ator unitário no sistema internacional, ele é centro de conflitos e oposições entre diferentes grupos da sociedade que disputam o poder para imporem os seus interesses através do aparato do Estado”.

Alem de promover o bem-estar, também responsável por garantir os direitos naturais, (à vida, à liberdade, dentre outros), preservação do território e a ordem social. “Somente os Estados possuem a prerrogativa legal para agir em suas fronteiras domesticas, sem a interferência de outras forças, sejam elas internas ou externas” (SCHERMA, 2012, p.106). O Estado atua fiscalizando leis bem com sua criação e cumprimento. “O Estado ampliou seu poder de influencia sobre seu interior de tal forma que chega a afetar o comportamento de todos que se encontram sob sua influencia” (SCHERMA, 2012, p.105).

O Estado tem poder dissuasório de preparar e empregar profissão das armas em ritmo constante mesmo em tempos de paz, de modo que estratégias sejam adotadas com manobras conjuntas em territórios fronteiriços e participação em missão de paz ou de caráter humanitário com organismos internacionais. Essas ações podem ser feitas no território nacional visando a efetividade da logística, nem como a mobilização de grupos não combatentes (TAVARES, 2014).

Ao longo de 70 anos, a cooperação internacional tem como escopo o alcance de um ambiente internacional pacífico com estabilidade política e econômica, crescendo a necessidade de cooperação entre atores internacionais. E para alcançar esse objetivo é preciso ter uma compreensão mais ampla das possibilidades de cooperação proporcionada pela Organização das Nações Unidas – ONU (SOUZA, 2015).

A cooperação internacional para o desenvolvimento abrange uma gama de interações complexas e dinâmicas, sendo que além da incorporação de outros atores não estatais, que desempenham crescente relevância no equilíbrio das forças das relações internacionais contemporâneas. Alguns estados passaram a ter o papel de doadores de cooperação, havendo ainda a possibilidade de modalidades de cooperação internacional com mais de dois atores, independente da categoria (SOUZA, 2015).

2.6 PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE AÇÕES CONJUNTAS

O relacionamento entre atores com o mesmo objetivo ou metas compartilhadas em operações passadas devem ser discutidas acerca das melhores práticas, contribuindo para o fortalecimento da coordenação humanitária civil-militar, sendo necessária maior clareza sobre a operacionalização dos principais aspectos do relacionamento civil-militar (ROSA; BANDEIRA, 2016).

As operações militares de grande vulto exigem o uso de elementos pertencentes a mais de uma FS, racionalizando as capacidades logísticas de cada força, maximizando a

disponibilidade de recursos para obter sinergia buscando alcançar uma maior efetividade do que aquela que ocorreria se atuando de forma isolada.

As operações conjuntas definem as responsabilidades quanto à logística m operações conjuntas, estrutura organizacional de apoio logístico no âmbito do Comando Operacional (C Op), níveis e modalidades de apoio à Logística Conjunta.

A Logística Militar Terrestre exerce papel importante nas operações conjuntas sendo a base para a constituição da logística conjunta, que pode decorrer das ações conduzidas pela F Ter (MINISTÉRIO DA DEFESA, 2018).

Na saúde a função logística se refere aos recursos e serviços destinados à promoção, conservação e restabelecimento da saúde física e mental da F Ter, englobando atividades conjuntas que fazem parte da Função Logística Saúde e outras relacionadas ao apoio de material de saúde no âmbito da F Ter (MINISTÉRIO DA DEFESA, 2018).

O apoio à saúde é fundamental nos planos táticos, devendo estar sincronizado com os planejamentos táticos, mantendo estreita ligação com os recursos de saúde operativa das demais FA. A saúde operativa da F Ter integra com os seus congêneres das demais FS, capacidades conjuntas para sustentação das forças desdobradas, buscando a unidade de esforços através da interoperabilidade dos recursos, assegurando a efetividade de todo o sistema de saúde (MINISTÉRIO DA DEFESA, 2018).

Cabe ao EMCFA desenvolver o planejamento em nível estratégico, definindo o apoio à geração, sustentação e reversão das forças constituídas para o cumprimento de determinada operação militar que considera a capacidade de cada FA.

Nas operações conjuntas, o planejamento logístico da FTC se dá com o Plano de Operações Logísticas, elaborado pelo CLTO/CLAP servindo como base para elaborar o anexo de Logística ao Plano de Operações da FTC, a ser confeccionado pelo CLFTC (MINISTÉRIO DA DEFESA, 2018).

Verifica-se aqui os elementos do processo de negociação da cooperação militar entre Brasil e Estados Unidos nas décadas de 1930 e 40 que resultaram na estruturação da influência deste país sobre o Exército Brasileiro. Argumenta-se que, tanto no contexto da II Guerra Mundial quanto no da Guerra Fria, essa influência foi bastante seletiva e pragmaticamente negociada, pois nem sempre as formulações quanto à política de defesa nacional do Brasil convergiam com as de defesa hemisférica elaboradas nos EUA e cedo os militares brasileiros perceberam as restrições materiais para se replicar o modelo militar norte-americano.

Desde 1941 as relações com a França e o Reino Unido estavam difíceis, os submarinos alemães, U-Boot, protegiam as rotas marítimas do Atlântico Norte, impedindo a livre circulação de navios. Era normal nesse sentido que o Brasil voltasse sua atenção para seu próprio mercado, e para as relações com os vizinhos do Norte, sem romper os tradicionais laços com a Alemanha. A condição para que o Brasil declarasse guerra ao Eixo era o apoio financeiro estadunidense. As perdas marítimas da Alemanha no início de 1942 condicionaria o bloqueio a este país, completando a estratégia preconizada por Londres. A principal consequência para o Brasil e as repúblicas sul-americanas foi o rompimento dos últimos laços comerciais com a Europa.

A III Reunião de Chanceleres Americanos de 1942 viria esclarecer as posições brasileiras e latino-americanas. Vargas e seus representantes militares aceitariam a assinatura de um acordo de cooperação militar, prevendo a criação da Comissão Militar Mista Brasil - Estados Unidos (CMMBEU), que funcionaria tanto no Rio de Janeiro quanto em Washington. No Brasil, o representante do Exército Brasileiro era o general Cristóvão Barcelos, nos EUA, a mesma função era exercida por Leitão de Carvalho.¹ Também estava previsto neste acordo o envio de tropas brasileiras para o conflito, em troca de equipamentos militares e capitais necessários para a construção da Companhia Siderúrgica Nacional.

O acordo ia além, prevendo uma formação especializada para os melhores oficiais brasileiros nas três principais escolas militares do país: *Fort Glock*, *Fort Leavenworth*, e *National War College*. Segundo Svartman (2006), o processo de americanização do Exército brasileiro se consolida a partir deste momento.

No campo militar, existiram certos elos de união, a compra de armamentos e a cooperação entre as polícias, com o fim de proporcionar treinamento e informações sobre o comunismo aos brasileiros, e de divergência, principalmente na questão do serviço militar, entre os dois países.

Países europeus, no período entre - guerras, auxiliaram na organização e reorganização das forças armadas e das organizações policiais da América Latina, através de missões militares de treinamento, pois consideravam que estas eram necessárias ao desenrolar das relações exteriores (MCCANN, 1983). Na década de 1930, a Alemanha participou ativamente com missões militares de treinamento na Argentina, no Chile e na Bolívia, e a França no Brasil.²

¹ Relatório do Ano de 1942 Ministro das Relações Exteriores. p. 23

² MCCANN (1983) afirmou que os sistemas militares alemão, francês e norte-americano tiveram influência no exército brasileiro. Os alemães tiveram preponderância antes da Primeira Guerra Mundial, os franceses no entre - guerras e o norte-americano durante e depois da Segunda Guerra Mundial.

O alto comando militar brasileiro, a partir de 1933, passou a requerer material bélico e treinamento para seus oficiais, pois considerava insuficiente aquele proporcionado pela missão francesa, porque havia deficiências no treinamento de oficiais de serviço e uma baixa qualidade nas armas e equipamentos. O Brasil precisava aprimorar as relações comerciais com países que tinham um maior desenvolvimento nesta área, entre eles estavam EUA, Itália e Alemanha. Este contexto possibilitou uma competição entre os fabricantes de armas da Alemanha e dos Estados Unidos, uma vez que ambos gostariam de fornecer material bélico ao Brasil (MCCANN, 1983).

A necessidade das forças armadas do Brasil em adquirir material bélico fazia parte, desde 1934, dos planos do governo brasileiro em ligar os contratos bélicos com os acordos comerciais (HILTON, 1977, p. 75). O governo estadunidense, um dos países que poderia fornecer material bélico, informou que desestimulava a venda de armamentos a outros países, principalmente, em 1937 e 1938, tanto que, em 1937, a marinha brasileira tentou sem sucesso o arrendamento de vasos de guerra norte-americanos.

As conferências interamericanas. Fundamental para a Política da Boa Vizinhança foram as conferências regionais pan-americanas organizadas periodicamente entre os EUA e os países da América Latina voltadas para a ampliação da solidariedade e cooperação hemisféricas. As conferências de Buenos Aires (1936) e de Lima (1938) estabeleceram o compromisso da segurança coletiva contra agressões que partissem de potências não americanas e mecanismos de consulta mútua. De certa forma, isso transformou a Doutrina Monroe dos EUA em uma doutrina multilateral interamericana. Na I Reunião de Consulta, no Panamá (1939), foi declarada a neutralidade dos países americanos na guerra europeia. A Reunião de Havana (1940) reforçou o compromisso de defesa mútua em face de uma ameaça externa.

De fato, as importações brasileiras de produtos alemães em 1936-1938 superaram as americanas e transformaram a Alemanha na nossa principal parceira comercial. As relações germano-brasileiras, contudo, não ficaram livres de problemas e tensões, sobretudo por causa da repressão getulista às organizações nazistas que atuavam no sul do Brasil junto aos imigrantes alemães.

Na verdade, as negociações em torno de uma cooperação militar para além do que os Estados Unidos propunham para América Latina nos termos do pan-americanismo começam a ser delineadas nas vésperas da Conferência de Lima, em 1938, por intermédio do Itamaraty. Em fins de maio do ano seguinte, ainda antes da eclosão da guerra na Europa, o chefe do Estado-Maior do Exército (EME) norte-americano visita o Rio de Janeiro e propõe

abertamente às autoridades políticas e militares brasileiras a cooperação entre os dois países na defesa do continente e, em particular, do canal do Panamá. A cooperação, aceita pelas autoridades brasileiras, seria, contudo, “tanto maior quanto maior for a quantidade de material enviado pelos Estados Unidos.

Este primeiro encontro, que se desdobrou na ida de Góes Monteiro, então chefe do EME brasileiro, aos EUA é particularmente importante porque os militares de ambos os países colocaram abertamente os objetivos, interesses e condições envolvidos na cooperação que se pretendia alinhar. Ao relatar sua estada em Washington a Vargas, Góes informa as preocupações dos norte-americanos quanto à defesa do continente e a importância que então se conferia a Fernando de Noronha e que, na possibilidade de uma cooperação com o Brasil, os Estados Unidos estariam “prontos a facilitar a aquisição do que necessitassem as suas Forças Armadas”. Góes sabia que nada havia ainda de concreto, contudo recomendava estreitar as relações com os EUA e para lá enviar oficiais qualificados na condição de adidos militares. Quanto à possibilidade de se obter armamento moderno, o general brasileiro, que nunca depositara entusiasmo no liberalismo ou na democracia e que era constantemente criticado, dentro e fora do Brasil, por suas inclinações *germanófilas*, explicitava o seu pragmatismo: “não teremos jamais outra oportunidade como a que se nos depara agora e perde-la seria absolutamente ridículo e impatriótico”. Na mesma correspondência Góes alerta Vargas de que, caso os Estados Unidos não obtenham do Brasil a cooperação esperada, eles iriam procurar a Argentina (SILVA, 1972, p. 152).

De volta ao Brasil e após submeter à minuta ao ministro da Guerra, Eurico Gaspar Dutra e a Vargas, Góes envia uma longa carta a seu homólogo norte-americano, George Marshall, na qual dá continuidade às “combinações e ajustes para a eventual cooperação (...) na hipótese de uma guerra”. Informa também que o “centro de gravidade” das forças brasileiras está no sul do país, mas que se iniciará a preparação de bases aéreas no Nordeste e serão organizadas novas unidades para protegê-las. Sinalizada a iniciativa brasileira, Góes explicita a contrapartida demandada: “conforme a ajuda material que os Estados Unidos puderem prestar ao Brasil, o programa de organização será então desenvolvido para a defesa completa do Nordeste, Amazonas, Bahia, conjunto Rio-Santos, Santa Catarina e Rio Grande do Sul”. O documento é ainda mais incisivo nos termos da barganha que então se desenhava:

Para esse fim o governo brasileiro necessita conhecer até que ponto e em que condições contará com o governo dos Estados Unidos para fornecimento do material de primeira urgência indispensável, cuja nota deixei em vosso poder, sendo que as particularidades de preços e pagamentos não poderão ser nunca menos vantajosas para o

Brasil dos que as que até agora tem sido ajustada e proposta pela Alemanha e outras nações (SILVA, 1972, p. 156).

O clima ainda era de confiança e cordialidade, tanto que o número de oficias de ambos os países envolvidos no processo crescia. Porém começava a ficar evidente para a cúpula militar brasileira que as esperadas armas tardariam bastante. Na correspondência trocada por Marshall e Góes nas semanas seguintes, que coincide com o início da fase europeia da guerra, o militar norte-americano informa que a legislação de seu país impedia a venda de armas para o exterior nos termos desejados pelo Brasil e Góes replica que seu país não dispõe de recursos para organizar sua segurança e ficaria, então, no “aguardo” para que os EUA fornecessem a sua ajuda indispensável.

Em outubro de 1940, Góes visita novamente os EUA, desta vez junto com os demais chefes de estado-maior da América Latina. Pessimista, informa a Vargas que pouco se avançou em termos de cooperação militar e que não se conseguia mais do que promessas do governo norte-americano.

Ainda assim, procurou dar as cartas: ao entregar as instruções aprovadas pelo governo brasileiro para a cooperação militar a George Marshall e ao subsecretário para América Latina, *Sumer Welles*, Góes frisa as vantagens fornecidas pelo Reich quanto ao fornecimento de material bélico ao Brasil. Nessa reunião fora aprovada a criação de uma comissão mista de oficiais que se reunira no Brasil no ano seguinte para estudar planos e formas de cooperação na defesa do litoral nordeste brasileiro. A chefia dos membros norte-americanos dessa comissão coube ao mesmo Lehman Miller que desde junho estava no Brasil e que em 1938 fora o intérprete de Góes Monteiro em sua viagem aos Estados Unidos.

Criada em 24 de junho de 1941, a comissão só se reuniu pela primeira vez no final do mês seguinte, e o ambiente já era de desconfianças, pois antes disso o próprio Miller expusera a Góes seus temores quanto às inclinações pró-Eixo de muitos oficiais brasileiros e a sua “estranheza” quanto à relativa indiferença por ele notada nos meios militares brasileiros quanto à ampliação da cooperação com os EUA (LEITE, 1983, p. 425-431).

Somente com a entrada oficial dos Estados Unidos na guerra (consequência do ataque japonês à base de Pearl Harbor), com a remoção de Lehman Miller e com novas promessas de Roosevelt de enviar os armamentos solicitados pelo Brasil, que as tensões Brasil-EUA foram parcialmente dissipadas. A nova e definitiva rodada de negociações se deu durante a III Reunião Consultiva de Chanceleres, realizada em janeiro de 1942 no Rio de Janeiro, ao fim da qual o Brasil romperia relações diplomáticas com o Eixo.

A importância da análise do processo de negociação e da cooperação militar entre Brasil e Estados Unidos na década de 30 e 40, resulta na estruturação da influência deste país não só sobre as Forças Armadas Brasileira, mas também sobre a política e economia brasileira. Justifica-se o estudo da missão Militar Americana para melhor entendimento do pensamento político e estratégico adotado pelo governo de Getúlio Vargas, haja visto o traumático episódio no qual o arrendamento de alguns *destroyes* para a marinha brasileira tenha sido vetado pela Argentina e do desinteresse do setor privado norte-americano investir em siderurgia no Brasil fez com que o “comércio compensado” com a Alemanha e a Itália se torna uma vantajosa alternativa até a eclosão da guerra na Europa.

A troca de armamentos pesados (artilharia de campanha, artilharia antiaérea, submarinos, etc.) por produtos primários da pauta brasileira de exportações tornou-se também uma ferramenta de barganhas negociações com os Estados Unidos em torno de uma adesão mais consistente em favor do bloco que Washington construía no continente.

É importante tecer a seguinte consideração:

O Sistema das Nações Unidas tem vantagens comparativas e está bem posicionado para auxiliar, no marco dos compromissos internacionalmente assumidos, o compartilhamento de boas práticas entre países por meio do aperfeiçoamento de capacidades, do intercâmbio, da facilitação do envolvimento da sociedade civil com processos de cooperação Sul-Sul e de parcerias de cooperação triangular que poderiam potencializar recursos com uma abordagem focada na equidade. (...) A cooperação triangular brasileira com organizações internacionais possibilita a elaboração de ações conjuntas e não é baseada em doações financeiras. Essa prática do governo brasileiro amplia as possibilidades de complementaridade (ROSA; BANDEIRA, 2016, p. 21).

Cita-se o grupo dos 77 como a maior organização intragovernamental dos países em desenvolvimento na ONU, fornecendo meios para que os países se articulem e promovam seus interesses econômicos coletivos e avancem na negociação conjunta, promovendo a cooperação sul-sul para o desenvolvimento (ROSA; BANDEIRA, 2016).

Em 2004, a Lei Orçamentária Anual autorizou o Ministério da Defesa – MD a realiar despesas para implementar programas sob sua responsabilidade e dentre os principais resultados tem-se Realização de operações conjuntas com as Marinhas do Chile, França, Estados Unidos da América, Índia, Venezuela, África do Sul, Uruguai e outros; Realização das operações combinadas/conjuntas: MARACAJU III, TIMBÓ II e RIO NEGRO; A ação "4229 - Operações Militares Combinadas ou Conjuntas" realizou as 3 operações previstas, e mais um exercício não previsto (Atlântida II) (MINISTÉRIO DA DEFESA, 2018).

3 CONCLUSÕES

Considera-se o ethos do médico militar no Brasil em tempos de paz sob os auspícios do Estado Brasileiro. A predominância do ethos militar decorre da ação conjunta entre Estado e corporação médica, podendo ainda manter o vínculo com os Conselhos fiscalizadores da profissão médica gerando contato com as necessidades médicas da população em geral.

Constatou-se que a relação entre atores na cooperação internacional tem sido proativa, consistindo dos esforços de ambos os lados para desenvolver capacidades dedicadas em apoiar o processo de coordenação, estabelecendo limites e aumentando o conhecimento mútuo.

Evidencia-se com essa pesquisa que o SSP (Saúde, Segurança e Proteção) no Exército tenta fornecer soluções prontas, eficazes e unificadas serviços de saúde para melhorar a capacidade de combate de forças conjuntas. O SSP em operações conjuntas requer contínua planejamento, coordenação e treinamento. SSP é uma saúde em fases sistema de atendimento baseado em cinco escalões de atendimento

4 REFERÊNCIAS

ASSIS, Jussara Francisca de (2016). **Serviço Social e Saúde: a intervenção num hospital militar de saúde do Exército Brasileiro**. Trabalho apresentado no V Congresso Internacional do Núcleo de Estudos das Américas- Simpósio Questão Social, Serviço Social e Forças Armadas. UERJ.

BARATA, Rita Barradas (2009). **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Disponível em:
<http://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>

BARCELLOS, Carlos Alberto Neiva (org). Diretoria de Saúde: Revitalizando o Serviço de Saúde do Exército. **Revista Verde Oliva**. Ano XL, n. 218, dezembro 2012.

BRASIL, Ministério da Defesa. **Apoio de saúde em operações conjuntas**. Estado Maior Conjunto das Forças Armadas. 2010

BRASIL, Ministério da Defesa. **Apoio de saúde em operações conjuntas**. Estado Maior Conjunto das Forças Armadas. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA DEFESA (2017). Forças Armadas e EMCFA: Exército Brasileiro. Brasília. Disponível em: <http://www.defesa.gov.br/index.php/forcas-armadas/exercito-brasileiro>

_____. PORTARIA Nº 653, DE 30 DE AGOSTO DE 2005 (2005). Aprova as Instruções Gerais para o Fundo de Saúde do Exército (IG 30-32) e dá outras providências. Brasília: Ministério da Defesa. Disponível em:
http://dap.dgp.eb.mil.br/aplicativos/materia/legislacao/Legislacao_FUSeX_IG_Nr30-32.pdf

_____. BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (2007). Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília: CONASS. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro9.pdf

_____. EXÉRCITO BRASILEIRO. DEPARTAMENTO GERAL DE PESSOAL (2017). Competências do DGP. Brasília. Disponível em:
<http://www.dgp.eb.mil.br/index.php/institucional?layout=edit&id=79>

_____. CENTRO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL DO EXÉRCITO BRASILEIRO. REVISTA VERDE OLIVA (2013). Inativos e Pensionistas: a meta é aprimorar o atendimento àqueles que já serviram. Ano XLI, nº 220, especial, julho 2013.

_____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL (2017). Lei 6880 de 09 de dezembro de 1980 - Estatuto dos Militares. Brasília: Palácio do Planalto. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6880.htm

_____. EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília: Palácio do Planalto. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm

_____. HOSPITAL GERAL DO RIO DE JANEIRO (2017). Missão, visão, valores e objetivos. Disponível em: <http://www.hgerj.eb.mil.br/missao-hgerj>.

CARDOSO, Rachel Motta. O Serviço de Saúde do Exército no período entre guerras. In: **Encontro Regional De História Da Anpuh-Rio**, 14. 2010, Rio de Janeiro. Anais... 2010. p. 1-16.

CASTELÕES. **Boletim do Exército (2002)**. Disponível em: <http://www.sgex.eb.mil.br/sistemas/be/copiar.php?codarquivo=1026&act=bre>

DAROZ. **Informex 23** (2011) Disponível em: <http://www.eb.mil.br/documents/16768/396506/Informex+032+25+dez+11-Promo%C3%A7%C3%A3o+de+oficiais.pdf/16680361-3820-4874-898a-72ae61548c1d?version=1.0>

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Trad Sandra Netz. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa** / Antonio Carlos Gil. São Paulo: Atlas, 2007.

HILTON, Stanley E. **O Brasil e as Grandes Potências 1930-1939**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1977.

LEITE, Mauro R. **Marechal Eurico Gaspar Dutra: o dever da verdade**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.

MARCONI, Marina Andrade; LAKATOS, Maria Eva. **Metodologia do trabalho científico**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

MARRONI, D. de C. **General João Severiano da Fonseca e o serviço de saúde do exército: braço forte, mão amiga: ontem, hoje e sempre**. Rio de Janeiro: Escola de Saúde do Exército, 2008.

McCANN, Frank. **Aliança Brasil-Estados Unidos, 1937-1945**. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército, 1983.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. **Cadernos de saúde pública**, v. 9, p. 237-248, 1993.

MINISTÉRIO DA DEFESA. Operação de Campanha. Logística militar Terrestre. 1. Ed. 2018.

_____, Adestramento e Emprego Combinado das Forças Armadas. 2018.

MIRANDA, T. **Exército e os procedimentos de saúde**. Rev. Saúde Pública. São Paulo, 2010

PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. de. **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PESSANHA, Renan Pereira. **Logística Nas Operações Interagências: O Desafio Institucional De Se Atingir A Parceira Genuína Em Operações De Ajuda Humanitária**. Escola De Aperfeiçoamento De Oficiais. Rio de Janeiro, 2018.

ROSA, Paulo Ricardo Sousa da; BANDEIRA, Renata Albergaria de Mello. A COORDENAÇÃO CIVIL-MILITAR NA LOGÍSTICA HUMANITÁRIA E O PAPEL DAS FORÇAS ARMADAS BRASILEIRAS NO GERENCIAMENTO DE DESASTRES. **Revista Produção Online**, Florianópolis, SC, v. 16, n. 3, p. 895-915, jul./set. 2016.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Unesp/Abrasco, 1994.

ROSEN, G. **A history of public health**. New York: MD Publications, 1958

SALLES, P. **História da medicina no Brasil**. Belo Horizonte, Ed.G. Holman, 1971. p. 141-161.

SANT'ANNA, Fernanda Mello. Cooperação internacional e os recursos hídricos transfronteiriços: soberania e instituições internacionais. **GEOUSP: Espaço e Tempo (Online)**, n. 26, p. 183-210, 2009.

SCHERMA, Marcio Augusto. As fronteiras nas relações internacionais. **Monções: Revista de Relações Internacionais da ufgd**, v. 1, n. 1, p. 102-132, 2012.

SILVA JUNIOR. **Palavra Oficial do Exército**. Disponível em| <http://www.eb.mil.br/documents/16768/69689/informex037.pdf/1964643e-5980-411b-ac5e-2824ea379718?version=1.0>

STORTE, Marcos. **Manifestações Patológicas na Impermeabilização de Estruturas de Concreto em Saneamento**. Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Arquitetura, São Paulo, 18 nov. 2011.

SOUZA, Pedro Henrique Nascimento. **A Organização das Nações Unidas e a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento no Brasil: um breve relato sobre a incorporação de projetos de cooperação Sul-Sul como prioridade para as Nações Unidas no Brasil desde 2007**. Artigo apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Relações Internacionais pela Universidade de Brasília. 2015.

SVARTMAN, Eduardo Munhoz. O pragmatismo brasileiro na cooperação militar com os Estados Unidos, nas décadas de 1930 e 40. **Estudos Ibero-Americanos**, v. 34, n. 1, p. 76-91, 2006.

TAVARES. Sandra Maria Becker. **“O médico militar brasileiro e os desafios éticos da profissão”**. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.