

# **ESTRUTURA E EMPREGO DOS HOSPITAIS DE CAMPANHA DAS FORÇAS ARMADAS NAS MISSÕES DE PAZ DA ONU.**

**Priscelly Cristina Castro Brito, médica generalista – 1º Ten Al Brito  
Elizabeth Cristina Tavares, médica generalista – 1º Ten Al Elizabeth  
pri.brito96@gmail.com  
elizabethcristinatavares@gmail.com  
Maj Cláudia Medeiros  
Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, RJ**

## **RESUMO**

Hospitais de Campanha fornecem o apoio logístico necessário para que os empreendimentos políticos e socioeconômicos sejam bem sucedidos, mantendo a estabilidade da tropa e o bem-estar dos elementos apoiados. Sabe-se que os militares enviados para missões de paz, na maioria das vezes, são alocados em territórios com escassez de recursos assistenciais, sendo imperativo avaliar quais são as adaptações na estrutura física, material e de pessoal necessárias adequação da assistência médica e sanitária de que a população atingida por calamidades e confrontos necessita. Metodologia: Revisão bibliográfica baseada em trabalhos, artigos, documentos e manuais no banco de dados das Forças Armadas, Ministério da Defesa e da ONU. Desenvolvimento: O período pós-guerra trouxe consigo a concepção de “segurança coletiva”, a qual leva em consideração que, para a manutenção da paz e instauração da harmonia entre os Estados, não bastavam apenas ações individuais, mas sim de toda uma coletividade internacional convergindo para o mesmo propósito de “reprimir atos de agressão ou outra qualquer ruptura da paz”. A participação brasileira revela posição inclinada a satisfazer seus interesses de projeção internacional, aliados ao compromisso com causas humanitárias. As instalações médicas nas missões de paz podem ser providas pelos países integrantes das missões, pela ONU, ou pela combinação de ambos. Conclusão: Apesar da existência dos Manuais de Campanha, que apresentam os nivelamentos das instalações sanitárias, são escassos os dados que relacionam tais níveis às complexidades apresentadas por eventuais áreas conflituosas, o que dificulta maior eficiência da Função Logística Saúde.

**Palavras-chave:** Hospitais de Campanha. Operações de paz. Forças Armadas.

## **ABSTRACT**

Field Hospitals provide the logistical aid needed for political, social, and economical achievements, keeping troops' stability and the supported elements' welfare. It is known that the military is allocated to places with scarce resources, being crucial the evaluation of which adjustments in its physical, material and personal resources are required to turn medical and sanitary assistance enough for the population stricken by calamities and confrontation. Methodology: Bibliographic review based on articles, assignments, documents, and guidebooks searched through the Armed Forces, Defence Ministry and United Nations' data base. Development: The post-war period brought the idea of collective security, which took under consideration that, for peace maintenance and instauration of harmony in between States, not only individual actions mattered, but also the cooperation of the international community. Brazilian participation reveals a position inclined to satisfy its interests of international presence, allied to its compromise with humanitarian causes. Medical facilities in peace operations can be provided by the participating countries (Armed Forces), by the UN, or by the combination of both. Conclusion: Notwithstanding the existence of Campaign Manuals, which present medical facilities' gradings, there are limited collecting data that relate those levels to the intricacies shown by conflicting areas, which may hinder the efficiency of Health Logistical Function.

**Keywords:** Field Hospitals. Peace operations. Armed Forces.

## **1. INTRODUÇÃO**

A crescente participação do Brasil em missões de paz tem consolidado sua posição de destaque na política externa, sobretudo no que diz respeito à adequação das estruturas de apoio à saúde física e mental das tropas empregadas em operações internacionais: pequenas unidades de saúde móveis – os Hospitais de Campanha (H Cmp) – que zelam primordialmente

pelos enfermos em campo, até que possam ser evacuados a instalações com maior suporte (CUNHA, 2013).

A origem dos H Cmp remonta a períodos anteriores aos próprios registros de instalações permanentes destinadas à assistência à saúde. No Brasil, surgiram no período colônia (1550-1822), voltados ao tratamento de doenças transmissíveis, mas foi somente em 1943, com a criação do 1º Batalhão de Saúde do Exército, durante a Segunda Guerra Mundial, que a estrutura e organização destas unidades passaram a apresentar conformação semelhante à atual (SANTOS, 2017).

Aplicando ao contexto das operações de paz, os H Cmp fornecem o apoio logístico necessário para que os empreendimentos políticos e socioeconômicos sejam bem sucedidos, mantendo a estabilidade da tropa e o bem-estar dos elementos apoiados operando com os mínimos recursos (de pessoal, material e logística), possibilitando eficiência em sua acomodação e deslocamento, geralmente no contexto de guerras e catástrofes.

As Organizações de Saúde Móveis existentes hoje no Brasil – Marinha do Brasil (MB), Exército Brasileiro (EB) e Força Aérea Brasileira (FAB) –, ao longo do tempo, foram reformulando seus aspectos organizacionais e estruturais a fim de atender às suas demandas específicas, de acordo com as vivências e contextos experienciados por cada Força Singular.

Sabe-se que os militares enviados para missões de paz, na maioria das vezes, são alocados em territórios com escassez de recursos assistenciais, sobretudo em saúde. Diante disso, fez-se um levantamento bibliográfico sobre a estrutura e o emprego dos H Cmp das Forças Armadas (FA), em especial do Exército Brasileiro (EB), sob a égide das missões de paz da Organização das Nações Unidas (ONU), objetivando avaliar quais são as adaptações na estrutura física, material e de pessoal necessárias para adequar a assistência médica e sanitária de que a população atingida por calamidades e confrontos necessita, a qual vê no militar de saúde, muitas vezes, a única fonte de atenção e cuidados.

A análise justifica-se pela necessidade de adequar os serviços oferecidos às complexidades apresentadas, utilizando instalações de saúde próprias, avaliando se são condizentes com a localidade e se disponibilizam recursos logísticos próprios para maior autonomia na missão.

## 2. METODOLOGIA

O presente artigo baseia-se na pesquisa bibliográfica e documental relacionada aos H Cmp empregados pelas FA nas Missões de Paz da ONU.

Para tal, foram realizadas buscas de trabalhos, artigos, documentos e manuais no banco de dados das FA, do Ministério da Defesa e da ONU, utilizando-se os seguintes descritores: Hospital de Campanha, Forças Armadas, Missões de Paz da ONU e Operações de paz.

## 3. DESENVOLVIMENTO

### As missões de paz da ONU

As operações de paz da ONU surgiram pouco tempo depois do término da Segunda Guerra Mundial, à luz de um conflito armado que perdurava na Grécia; em outubro de 1947, o Conselho de Segurança da recém-criada organização recomendou a criação de uma comissão especial, a UNSCOB (*United Nations Special Committee on the Balkans*), composta por um Corpo de Observadores, que deveriam atuar na região do conflito, e um Corpo de Delegados, cuja missão seria analisar os relatórios desses observadores e apresentá-los à ONU (BITTENCOURT, 2010).

Ainda segundo Bittencourt (2010), os membros da UNSCOB foram representantes de sete países voluntários – e pioneiros – a participar desta missão de paz, dentre eles Brasil, China, EUA, França, México, Grã-Bretanha e Holanda; três militares das Forças Armadas brasileiras fizeram parte do Corpo de Observadores, a saber: o Capitão-Tenente John Anderson Munro, da Marinha, o Capitão Hervé Berlandez Pedrosa, do Exército, e o Capitão-Aviador João Camarão Telles Ribeiro, da Força Aérea (Figura 1).

Figura 1. Equipe de observadores do Capitão-Tenente John Munro: à esquerda, de chapéu escuro, no topo do monte Steno e Golio, em 1948; à direita, de boné, ao centro, no monte Tsigla, em 1949.



Fonte: BITTENCOURT (2010).

O período pós-guerra, portanto, trouxe consigo a concepção de “segurança coletiva”, que levava em consideração que, para a manutenção da paz e instauração da harmonia entre os Estados, não bastavam apenas ações individuais das nações por si mesmas, mas sim de toda uma coletividade internacional convergindo para o mesmo propósito de “reprimir atos de agressão ou outra qualquer ruptura da paz” (ONU, 1945).

Nesse contexto, em 1947, a teoria da segurança coletiva foi colocada em prática com o início das operações de paz que, de acordo com sua abrangência e objetivos, são divididas em cinco categorias: *peacekeeping* (manutenção da paz), *peacemaking* (promoção da paz), *peace enforcement* (imposição da paz) e *peacebuilding* (construção da paz). Apesar desta subdivisão, as missões se sobrepõem e caracterizam as chamadas “zonas cinzentas”, retratadas na Figura 2.

O documento United Nations Peacekeeping Operations (2008), também conhecido como Capstone Doctrine, define *peacekeeping* como uma operação cuja finalidade consiste em preservar a paz, mesmo que volúvel, em locais onde já ocorrera o cessar-fogo, buscando implementar acordos alcançados pelos *peacemakers*; os *peacemakers*, por sua vez, atuam no *peacemaking*, cuja missão compreende a realização de acordos, por vias diplomáticas, entre as partes dissidentes; as missões de *peacebuilding* buscam reduzir a recorrência dos conflitos, acessando suas causas estruturais, sejam elas no âmbito político, cultural ou socioeconômico; enfim, o *peace enforcement*,

envolve a aplicação de medidas coercitivas, mediante autorização do Conselho de Segurança, com o intuito de restaurar a paz e a segurança internacionais.

Desde a primeira missão e, sobretudo após os fracassos em Ruanda, na Bósnia-Herzegovina e na Somália, em meados da década de 1990, as operações de paz da ONU vêm se desvencilhando da clássica abordagem de estabelecimento de acordos de paz e de cessar-fogo, gerenciados unicamente pelo Departamento de Operações de Manutenção de Paz (*Department of Peacekeeping Operations* – DPKO), caminhando em direção a uma perspectiva mais complexa e multidimensional. A partir do Relatório Brahimi, as operações passaram a abranger também questões políticas, sociais, econômicas, culturais, judiciais e da sociedade civil, envolvendo, por conseguinte, outras agências da ONU, tais como o Alto Comissariado da ONU para Refugiados (ACNUR), o Fundo das Nações Unidas para Crianças (*United Nations Children's Fund* – UNICEF) e o Instituto de Pesquisa para o Desarmamento (*United Nations Institute for Disarmament Research* – UNIDIR), bem como diversas organizações não-governamentais (ONG), a Cruz Vermelha Internacional (CVI) e demais setores da sociedade (AGUILAR, 2015).

A ONU apresenta, atualmente, missões de paz nos seguintes países (ONU, 2019): República Centro-Africana (MINUSCA), Chipre (UNFICYP), Mali (MINUSMA), República Democrática do Congo (MONUSCO), Darfur (UNAMID), Golan (UNDOF), Saara Ocidental (MINURSO), Sudão do Sul (UNMISS), Índia e Paquistão (UNMOGIP), Oriente Médio (UNTSO), Kosovo (UNMIK), Líbano (UNIFIL), Abyei (UNISFA).

Figura 2. Zona cinzenta



Fonte: ONU (2008)

## **A participação do Brasil nas missões de paz da ONU**

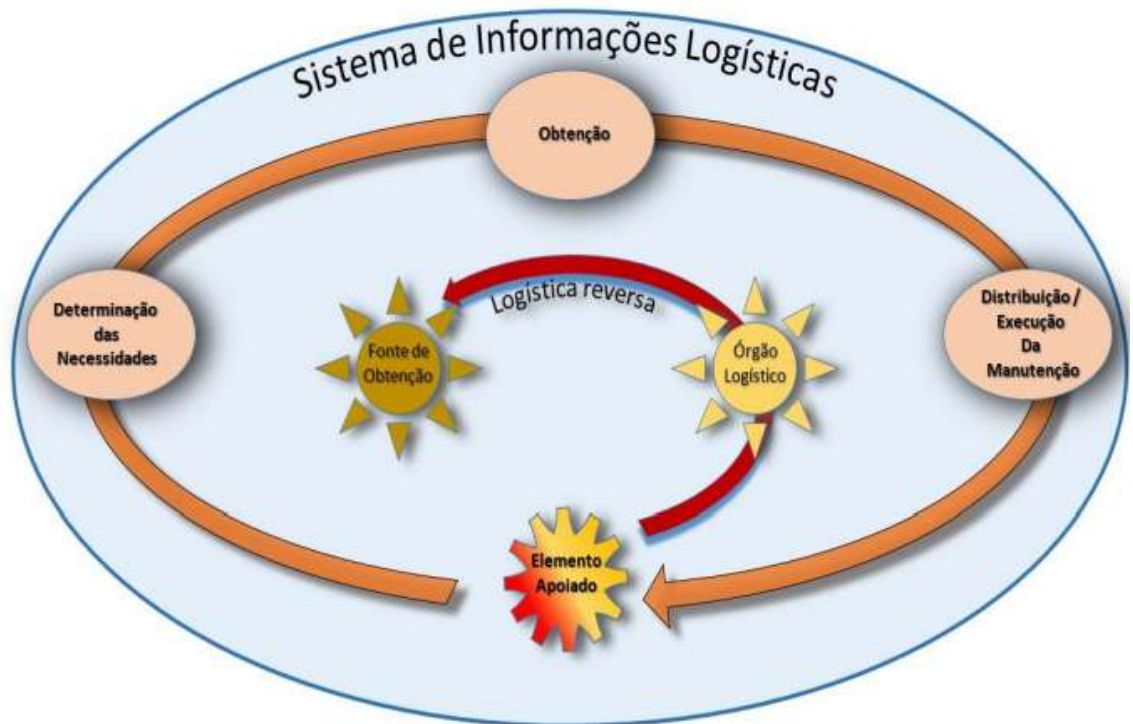
A estrutura organizacional da ONU, centralizada no Departamento de Operações de Manutenção de Paz (DKPO), este subordinado ao Secretariado, mantém um canal de comunicação oficial com o governo brasileiro por meio da DelBrasONU, que integra os Ministérios das Relações Exteriores (MRE), corpo diplomático, e da Defesa (MD), conselheiro militar, apoiado por três assessores representantes das Forças Singulares.

Outras entidades de importância relevante para o gerenciamento e planejamento da participação brasileira em missões de paz, no tocante aos aspectos de nível estratégico e operacional, consistem no Centro Conjunto de Operações de Paz do Brasil (CCOPAB) e no Comando de Operações Terrestres (COTER), subordinados ao EB (ANDRADE, HAMANN, SOARES, 2019).

Nesses mais de 70 anos de operações, a viabilização da participação brasileira em 46 missões, apesar de não ter sido feita nos moldes atuais de articulação entre o país e a organização, tem sido progressiva e incisiva. Legitimada por dispositivos legais como a Política de Defesa Nacional, a Estratégia Nacional de Defesa (END), o Livro Branco de Defesa Nacional (LBDN) e a Constituição Federal (AGUILAR, 2015), somente nos últimos 25 anos, contribuiu com um efetivo de mais de 45 mil servidores, dentre eles militares, policiais e civis (HAMANN, 2017), em operações como a MINUSTAH (Haiti, término em 2017) e a UNIFIL (Líbano, em andamento).

Todo esse contingente necessita de um adequado apoio logístico no que concerne alimentação, higiene pessoal, recreação e serviços de comunicação e de saúde, sendo fator determinante para o sucesso nas operações devido ao seu impacto sobre o bem-estar físico e moral da tropa. Para isso, o Manual de Campanha EB70-MC-10.203 (BRASIL, 2018) discorre que a Logística Militar Terrestre possui três fases – determinação das necessidades do grupamento, obtenção dos bens e distribuição – cuja sistemática de trabalho é utilizada nas operações de paz (Figura 3).

Figura 3. Ciclo logístico da Força Terrestre (F Ter)



Fonte: Manual de Campanha EB70-MC-10.238 (BRASIL, 2018)

Para que o apoio logístico às operações de paz seja efetivo, em um primeiro momento, após processo de planejamento, as forças participantes devem ser autossuficientes em insumos para seu próprio consumo. Além disso, a cooperação das demais Forças Singulares (Logística Conjunta), bem como de outras organizações, contribui para a efetividade do apoio, maximizando a disponibilidade dos recursos (BRASIL, 2018).

O serviço de saúde nas operações de paz compõe a denominada Função Logística Saúde, uma das prioridades na logística em campanha, que consiste no conjunto de recursos (humanos e de suprimentos – classe VIII) destinados a manter a estabilidade do efetivo da força e o bem-estar dos elementos apoiados. O envio do material de saúde é feito por meio da ação conjunta entre FAB e MB, estando a recepção sob responsabilidade da própria F Ter ou da ONU (DE ANDRADE NATTRODT, 2013).

A trajetória da participação brasileira em operações de paz da ONU revela um posicionamento inclinado a satisfazer seus interesses de projeção internacional, aliado ao comprometimento com questões humanitárias, permitindo a construção da paz baseada no binômio segurança e desenvolvimento (ANDRADE, HAMANN, SOARES, 2019).

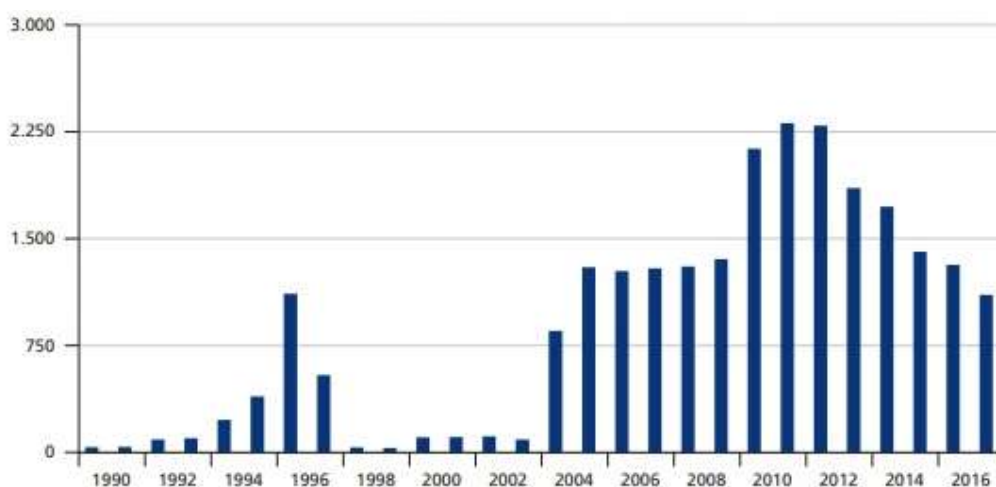


Após a primeira contribuição brasileira em operações de paz, em 1947, outra importante participação do país foi durante a Operação das Nações Unidas no Congo (ONUC), entre 1960 e 1964, na qual os militares lidaram não só com questões desenvolvimentistas, mas também humanitárias, enviando cerca de 180 militares da FAB, responsáveis pela logística das tropas e de mantimentos para refugiados, pela evacuação da população e pelo reconhecimento aéreo (HAMANN, 2017).

A partir de 1990, o Brasil passou a se dedicar imperativamente às operações de paz complexas e multidimensionais, o que possibilitou sua inicial, ainda que tímida, projeção no cenário internacional, por meio das *token contributions*. Entretanto, somente após o ano de 2004 (ano de início da MINUSTAH) houve uma marcante transformação na postura brasileira referente à sua participação nas missões: sustentadas pelo capítulo VII da Carta da ONU, as tropas brasileiras poderiam, de maneira mais incisiva, atuar nas áreas conflituosas, ao mesmo tempo em que promoviam sua imagem na política externa (KENKEL, 2013a).

Tanto a MINUSTAH (2004-2017) quanto a UNIFIL (2011- ) configuram importantes marcos na trajetória do Brasil nas missões de paz nos últimos 16 anos, sobretudo quanto à interoperabilidade entre MB, EB e FAB (BARBOSA JUNIOR, 2017). O investimento em equipamentos, o aperfeiçoamento da logística e o próprio desdobramento da operação como um todo permitiram o fortalecimento das relações interinstitucionais.

Figura 4. Pessoal brasileiro uniformizado em missões de paz (1990-2016)



Fonte: DKPO (2017)

Figura 5. Efetivo brasileiro em missões de paz (Janeiro/2015)

MISSÃO	Local	Efetivo	Exército	Marinha	Aeronáutica	Policiais
UM/DPKO	Nova York-EUA	6	4	2		
MINUSTAH	Haiti	1380	1079	247	35	19
UNIFIL	Líbano	268	7	261		
MINUSCA	Rep. Centro Africana	5	3	2		
MINURSO	Saara Ocidental	10	7	1	2	
UNFYCIP	Chipre	1	1			
UNMISS	Sudão do Sul	13	7		1	5
UNISFA	Sudão	5	3	1	1	
MONUSCO	Rep. Dem. do Congo	7	7			
UNOCI	Costa do Marfim	7	4	2	1	
UNMIL	Libéria	4	3	1		
UNIOGBIS	Guiné-Bissau	3			1	2
GMI	Colômbia	4	4			
<b>TOTAL</b>		<b>1713</b>	<b>1129</b>	<b>517</b>	<b>41</b>	<b>26</b>

Fonte: 5ª Subchefia do Estado Maior do EB

### Serviços de Saúde nas Missões de Paz da ONU

A Organização das Nações Unidas (ONU) organizou o apoio dos Serviços de Saúde em 4 (quatro) níveis, de acordo com a capacidade estrutural e de atendimento e tratamento realizado pelas unidades de saúde. A implantação dos recursos de saúde varia conforme o tipo da operação de manutenção de paz e da infraestrutura existente no país que sediará a missão. (SEET, 1999).

O nível 1 (um) de instalação médica realiza atendimentos primários, com cuidados imediatos para salvar vidas, incluindo reanimação, além dos cuidados clínicos de rotina. Caracteriza-se por ser uma unidade móvel, instalada em áreas remotas no campo, podendo ser dividida em 2 (duas) equipes médicas. É composta por 2 (dois) oficiais médicos, 6 (seis) enfermeiros ou paramédicos, 3 (três) equipes de apoio e 1 (um) motorista de ambulância. A unidade pode ser acrescida de recursos modulares, e, assim, possuir atendimento odontológico primário, laboratório básico, medicina preventiva, equipe cirúrgica e evacuação aeromédica. A instalação deve possuir capacidade para atender até 20 (vinte) consultas ambulatoriais, manter sob internação até 5 (cinco) pacientes por até 2 (dois) dias e manter suprimentos médicos e alimentares por 60 (sessenta) dias.

Uma instalação nível 2 (dois) é capaz de fornecer o mesmo suporte do nível 1 (um), acrescido de cirurgias emergenciais, pós-operatórios, serviço

aeromédico, internação médica, serviços básicos de imagem, laboratório, farmacêutico, medicina preventiva e odontologia. Com a adição de módulos, pode oferecer cirurgia ortopédica, ginecologia, medicina interna e diagnóstico por imagem. É composta por 57 (cinquenta e sete) funcionários, somados da área da saúde, administração e logística – ou 63 (sessenta e três), se possuir serviço aeromédico, sendo 2 (dois) médicos e 4 (quatro) enfermeiros ou paramédicos especializados. Deve possuir capacidade para realizar 3 (três) a 4 (quatro) cirurgias por dia, manter sob internação de 10 (dez) a 20 (vinte) paciente por até 7 (sete) dias, fornecer até 40 atendimentos ambulatoriais por dia e 5 (cinco) a 10 (dez) consultas odontológicas diariamente, além de manter suprimentos médicos e alimentares por 60 (sessenta) dias.

O nível 3 (três) é o nível de instalação médica mais alto passível de ser empregado no campo da missão. Este possui todos os recursos do nível 2 (dois), incluindo cirurgias multiprofissionais, serviços especializados, diagnóstico por imagem de maior complexidade, terapia intensiva prolongada e atendimento ambulatoriais especializados. A unidade é composta por 90 (noventa) funcionários, aproximadamente; com capacidade para realizar diariamente: 10 (dez) cirurgias, 60 (sessenta) atendimentos ambulatoriais, 20 (vintes) odontológicos, 20 (vinte) exames de raios-x e 40 (quarenta) exames laboratoriais, além de manter sob internação hospitalar 50 (cinquenta) pacientes por até 30 (trinta) dias e possuir suprimentos médicos e alimentares por 60 (sessenta) dias.

E o nível 4 (quatro) é composto por instalações fora do campo da missão, com capacidade para garantir todos os níveis de atendimento, incluindo reabilitação. (ONU, 1999).

As instalações médicas nas missões de manutenção da paz, incluindo equipamentos médicos, pessoal, acomodações e toda a estrutura empregada, podem ser providos pelos países integrantes das missões, pela ONU, via contratos externos ou pela combinação dos citados.

### **Hospitais de Campanha do Exército**

A estruturação do Serviço de Saúde do Exército Brasileiro dá-se em quatro escalões funcionais, sendo eles: 1º escalão: Posto de Socorro; 2º escalão: Posto de Atendimento Avançado; 3º escalão: H Cmp; e 4º escalão:

Hospital Militar. A competência para tratamento aumenta progressivamente e cada escalão deve ter a competência para desempenhar as mesmas atividades do nível inferior: o 1º escalão possui capacidade limitada, realiza atendimento preventivo e primário; o 2º escalão possui capacidade intermediária, realiza atendimento preventivo, primário, cirurgias de controle de danos e tratamento por lesões por agentes químicos, biológicos, radiológicos e nucleares; o 3º escalão possui uma maior capacidade, realiza atendimentos primários e curativos, além de internações; e o 4º escalão possui ampla capacidade, realiza atendimentos de assistência definitiva e reabilitação em saúde. (BRASIL, 2016).

Figura 6: Escalões de Saúde do Exército Brasileiro



Fonte: BRASIL (2016).

Os Hospitais de Campanha do Exército estruturam-se a partir de contêineres, barracas e conjugados, de modo a permitir a mobilidade. A organização se dá por Pelotão de Comando e Apoio, Seção Hospitalar, Equipes Especializadas e Grupo de Apoio Administrativo; possuem capacidade de 50 leitos por Seção Hospitalar, podendo possuir até três Seções, totalizando 150 leitos. As Equipes Especializadas organizam-se de maneira modular, variando a composição de acordo com a solicitação, podendo ser compostas pelas especialidades: Cirurgia Geral/Trauma; Ortopedia; Cirurgia Buco-maxilo-facial; Neurocirurgia; Cirurgia Torácica; Psiquiatria; Oftalmologia; Clínica Médica; Tratamento de queimados e gaseados; Terapia Intensiva; Cardiologia; Anestesiologia; Urologia; Enfermagem; Odontologia; Laboratório de Análises

Clínicas e Banco de Sangue; Tratamento de Defesa Química, Biológica, Radiológica e Nuclear (DQBRN); Radiologia; e Farmácia Hospitalar. (BRASIL, 2016).

Figura 7: Hospital de Campanha do EB em área urbana



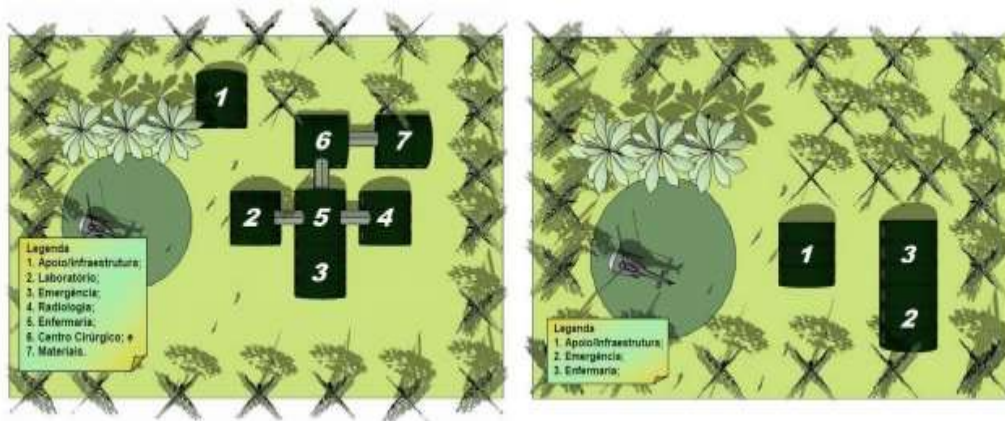
Fonte: BRASIL (2016).

### **Hospitais de Campanha da Aeronáutica**

Os Serviços de Saúde em Campanha da Aeronáutica são denominados “Serviços Móveis” e apresentam, como estrutura física, módulos em forma de barracas, acopláveis, que podem ser transportados em aeronaves “Hércules”, juntamente com o efetivo, a qualquer lugar do país no período de um dia. Nos módulos podem operar serviços de emergência, de centro cirúrgico, consultórios, laboratórios, farmácias, almoxarifados, estruturas para alojamento e alimentação, dentre outras estruturas de apoio (CUNHA, 2013).

As construções modulares permitem diferentes arranjos, adequando-se às mais variadas necessidades operacionais dos ambientes de missão, desde os cenários mais simples, até as localidades cuja operacionalidade seja reduzida devido à escassez de recursos. A composição de apenas três módulos, por exemplo, forma uma Unidade Celular de Saúde (UCS), composta por, no mínimo, três médicos, cinco técnicos de enfermagem e dois profissionais de manutenção, comportando até 150 atendimentos; enquanto isso, sete módulos constituem um H Cmp, que, por sua vez, suporta um número maior de especialidades (SANTOS, 2017).

Figura 8. Esquema H Cmp da FAB em sete e em três módulos.



Fonte: CUNHA (2013)

### Hospitais de Campanha da Marinha

A MB atua em Operações de Paz de caráter naval e terrestre por possuir atributos de versatilidade, permanência, flexibilidade e mobilidade. No que diz respeito às Operações de caráter naval, opera tanto no ambiente marítimo quanto no ribeirinho, através dos meios navais, aeronavais e de fuzileiros navais. E no que diz respeito às Operações de caráter terrestre, opera no ambiente terrestre, com pouca ou nenhuma ação direcionada ao mar, através de fuzileiros navais ou individualmente; nessas Operações encontra-se com um dos resultados o emprego dos H Cmp. (BRASIL, 2014a).

O H Cmp possui estrutura para atender emergências, consultas ambulatoriais e odontológicas e realizar cirurgias tanto de pequeno quanto de médio porte, podendo realizar anestesia geral, se for necessário ao procedimento. Estrutura-se por módulos do tipo barraca, rígido ou híbrido; adequando-se à complexidade da operação a qual será empregado (BRASIL, 2014b).

Figura 9: Navio de Assistência Hospitalar (NASH) Doutor Montenegro



Fonte: BRASIL (2017)

#### 4. CONCLUSÃO

Com base nos resultados apontados pela presente pesquisa, foi possível concluir que, as missões de paz, partindo do princípio da “segurança coletiva”, envolvem ações conjuntas, seja entre as Forças Singulares de determinado país, seja entre as nações apoiadoras da operação e da própria ONU. Sendo assim, os Hospitais de Campanha são estruturados com base na necessidade de saúde das localidades sede, não sendo possível, portanto, estabelecer, previamente às missões, um contingente fixo de recursos pessoais e materiais.

Apesar da existência dos Manuais de Campanha, que apresentam os nivelamentos das instalações sanitárias, são escassos os dados que relacionam tais níveis às complexidades apresentadas por eventuais áreas conflituosas, o que dificulta maior eficiência da Função Logística Saúde.

#### 5. REFERÊNCIAS

AGUILAR, Sérgio Luiz Cruz. **Brasil em missões de paz**. São Paulo: Usina do Livro, 2005.

AGUILAR, Sergio Luiz Cruz. A Participação do Brasil nas Operações de Paz: passado, presente e futuro. **Brasiliana - Journal for brazilian studies**, v. 3, n. 2, p. 113-141, 2015.

AGUILAR, Sérgio Luiz Cruz; MORATORI, M. D. Algumas Considerações sobre o Envolvimento do Brasil no Processo de Paz do Haiti. In: **Anais do V International Congress of History**. 2011.

ALVES, Gisele dos Santos. **Participação das Forças Armadas Brasileiras em Operações de Paz: a participação da Marinha do Brasil na Força Interina das Nações Unidas para o Líbano e os consequentes benefícios em política externa para o país**. 2015. vii, 35 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Relações Internacionais) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

BARBOSA JUNIOR, I. Os primeiros desafios: o planejamento e o início da missão. In: **SEMINÁRIO INTERNACIONAL 13 ANOS DO BRASIL NA MINUSTAH: LIÇÕES APRENDIDAS E NOVAS PERSPECTIVAS**, 1., Rio de Janeiro. Painel 1. Rio de Janeiro: Comando-Geral do Corpo de Fuzileiros Navais; PUC-RIO, 2017.

BITTENCOURT, Armando S. **A presença da Marinha do Brasil em missão pioneira de manutenção de paz – a comissão especial da ONU nos Bálcãs (UNSCOB), 1948 – 1951**. 2010.

BRASIL. Exército Brasileiro. Estado-Maior do Exército. **Manual de Campanha C8-1 – Serviço de Saúde em Campanha**. 2º Ed, 1980.

BRASIL. Marinha do Brasil. Diretoria Geral do Pessoal da Marinha. **DGPM-405: Normas para Apoio de Saúde às Operações Navais**. Rio de Janeiro: DGPM, 2014.

BRASIL. Marinha do Brasil. **Doutrina Básica da Marinha (EMA-305)**. Brasília: 2ª revisão. 2014.

BRASIL. Marinha do Brasil. **Navio de Assistência Hospitalar Doutor Montenegro**. Disponível em: <https://www.marinha.mil.br/comflotam/node/28>. Acesso em: 25 jun. 2020.



BRASIL. Ministério da Defesa. **EB70-MC-10.238 – Manual de Campanha: Logística Militar Terrestre**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Defesa. **MD34-M-02 – EMCFA – Manual de Operações de Paz**. Estado-Maior Conjunto das Forças Armadas. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Defesa. **NCD Nr 01/2016 – DECEX – O Apoio de Saúde nas Operações da Força Terrestre Componente**. Departamento de Educação e Cultura do Exército. Brasília, 2016.

CUNHA, Romilson Fonseca da. **Atenção ao inesperado: um estudo de caso no hospital de campanha da aeronáutica**. 2013. Disponível em: <https://repositorio.ucb.br:9443/jspui/bitstream/123456789/8241/3/LaraMonalisaAlvesdosSantosArtigo2017.pdf>. Acesso em 06 jun. 2020.

DE ANDRADE NATTRODT, Ana Karine Rocha et al. Apoio logístico de saúde para o cumprimento de missões de paz da ONU: Estudo de caso. **RICAM Revista Interdisciplinar de Ciências Aplicadas à Atividade Militar**, v. 2, n. 2, p. 5-29, 2013.

JUNGSTEDT, Alceu Oliveira Castro. **As missões de paz e os atores militares e humanitários: Uma abordagem sob a ótica dos conceitos de habitus e campo**. Rio de Janeiro. Escola de Guerra Naval, 2012.

KENKEL, K.; HAMANN, E. P. **Subsídios para a participação de policiais brasileiros em operações de paz das Nações Unidas: funcionamento, tarefas, recrutamento e oportunidades de destaque**. Brasília: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1892).

LOPES, Raphael Correia. **O emprego da Marinha do Brasil em Operações de Resposta a Desastres**. 2016. Tese de Doutorado. Dissertação de Mestrado – Departamento de Engenharia Industrial, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

LUZ, Steven Kleyton Herculano da. **O emprego do serviço de saúde em apoio às operações de paz da ONU : possibilidades e limitações.** 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Aplicações Complementares às Ciências Militares) – Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2019.

OLIVEIRA, Alberto Pereira. **A adequação da estrutura do hospital de campanha brasileiro às missões de paz da Organização das Nações Unidas.** 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Ciências Militares) – Escola de Comando e Estado-Maior do Exército, Rio de Janeiro, 2007

ORDONHO, Marcelo de Carvalho. **O processo de capacitação dos Oficiais do Exército Brasileiro designados como oficial de ligação em Missões de Paz sob a égide das Nações Unidas.** 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. UN DPKO/DFS. **Medical Support Manual for United Nations Peacekeeping Operations.** 2ª Ed, Nova Iorque, 1999.

SANTOS, Lara Monalisa Alves dos. **Hospital Militar de Campanha: Móvel, Modular e Autônomo.** Arquitetura de Sistemas de Saúde – Universidade Católica de Brasília. Brasília, 2017.

SEET, Benjamin. Levels of medical support for United Nations peacekeeping operations. **Military medicine**, v. 164, n. 7, p. 451-456, 1999.

SOARES, Renata Cristina Ferreira. **O emprego das forças armadas em atividades subsidiárias: o caso da Marinha do Brasil.** 2015. Tese (Mestrado profissional em Administração Pública) – Faculdade Getúlio Vargas. Rio de Janeiro.