



UNIVERSIDADE DE
vassouras

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas em Saúde

RICARDO LAJOVIC SAFATLE

**MEDICINA OPERACIONAL MILITAR BRASILEIRA
NO *BRABAT 26*: RELATO DE EXPERIÊNCIAS E
ATENDIMENTOS MÉDICOS E DE URGÊNCIA DA
MINUSTAH NO HAITI EM 2017**

Vassouras
2019



RICARDO LAJOVIC SAFATLE

**MEDICINA OPERACIONAL MILITAR
BRASILEIRA NO *BRABAT 26*: RELATO DE
EXPERIÊNCIAS E ATENDIMENTOS
MÉDICOS E DE URGÊNCIA DA *MINUSTAH*
NO HAITI EM 2017**

Trabalho Final apresentado a Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação e Pesquisa / Coordenação do Mestrado em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade de Vassouras, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas em Saúde.

Orientador:

Prof. Dr. Bruno Monteiro Tavares Pereira, Universidade de Vassouras
Doutor pela Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Co-orientador:

Prof. Dr. Carlos Eduardo Cardoso, Universidade de Vassouras
Doutor pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Brasil

Vassouras
2019



RICARDO LAJOVIC SAFATLE

**MEDICINA OPERACIONAL MILITAR
BRASILEIRA NO *BRABAT 26*: RELATO DE
EXPERIÊNCIAS E ATENDIMENTOS
MÉDICOS E DE URGÊNCIA DA *MINUSTAH*
NO HAITI EM 2017**

Trabalho Final apresentado a Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação e Pesquisa / Coordenação do Mestrado em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade de Vassouras, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas em Saúde.

Banca Examinadora:

Orientador:

Prof. Dr. Bruno Monteiro Tavares Pereira, Universidade de Vassouras
Doutor pela Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Prof. Dr. Rossano Kepler Alvim Fiorelli, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Doutor pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Prof. Dr. Ulisses Cerqueira Linhares, Universidade de Vassouras
Doutor pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Cel. Inf. MSc. Marcelo Martini Monteiro, 5º BIL – Exército Brasileiro
Mestre pela Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais – Exército Brasileiro, Brasil

Vassouras
2019



Safatle, Ricardo Lajovic
Sa171m Medicina operacional militar brasileira no Brabat 26 : relato de experiências e atendimentos médicos e de urgência da minustah no Haiti em 2017 / Ricardo Lajovic Safatle. – Vassoura, 2019.
xiii, 95 f. : il. ; 29,7 cm.

Orientador: Bruno Monteiro Tavares Pereira. Coorientador: Carlos Eduardo Cardoso.
Dissertação (Mestrado) - Ciências Aplicadas em Saúde, Universidade de Vassouras, 2019.
Inclui bibliografias e anexos.

1. Ciências médicas. 2. Medicina de emergência. 3. Serviços de saúde. 4. Brasil. Exército. I. Pereira, Bruno Monteiro Tavares. II. Cardoso, Carlos Eduardo. III. Universidade de Vassouras. IV. Título.

CDD 610

Vers Lucía Nogueira de Paula

Biblioteca CRB-7 - 



DEDICATÓRIA

Dedico essa obra aos seres humanos que morreram nos conflitos ao longo da história de nossa espécie, que não foram identificados ao falecerem, não puderam voltar ao aconchego de seu lar e se despediram de sua vida, mesmo que no anonimato, como verdadeiros heróis, em sua maioria defendendo o interesse de sua nação e a liberdade de seu povo. Aos dignos heróis, que descansam no sono eterno, nos diversos túmulos dos soldados desconhecidos, que estão em várias cidades ao redor do globo terrestre e, no caso de nossos pracinhas da FEB, repousam no aterro do flamengo, na cidade do Rio de Janeiro – RJ, no Túmulo do Soldado Desconhecido das Forças Armadas Brasileiras.



AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha esposa pelo amor e pelo cotidiano e por sempre estar ao meu lado e me apoiar em todas as decisões profissionais e acadêmicas.

Agradeço ao meu pai e à minha mãe pelo amor, pelo eterno cuidado e pela oportunidade ofertada com a provisão dos estudos, o que fez com que eu tivesse condição de estar galgando mais um degrau acadêmico.

Ao meu irmão, pelo companheirismo e apoio.

Aos meus professores e orientadores, pela dedicação e paciência.

A Coronel Médica Dra. Carla Maria Clausi, Subdiretora de Saúde Operacional da Diretoria de Saúde do Exército Brasileiro pela revisão técnica em saúde/medicina militar do presente trabalho.

Aos colegas de trabalho, pela convivência diária nas jornadas de trabalho integral e à disposição permanente do comando militar em prol da defesa da soberania de nossa pátria.

À memória do Marechal Médico Dr. Emmanuel Marques Porto, pela atuação e coragem junto ao 1º Batalhão de Saúde da Força Expedicionária Brasileira no Teatro de Operações italianas durante a 2ª Guerra Mundial, herói de guerra brasileiro, assessor de saúde do Comando Militar durante a Guerra, que mostrou o caminho do dever para as gerações de militares de saúde que o sucederam, deixando, também, como legado a Academia Brasileira de Medicina Militar.



EPÍGRAFE

“Ismael da Rocha havia sido promovido à patente de capitão em 19 de março de 1890 e em dezembro daquele ano fora nomeado para integrar uma comissão para viajar para a Europa “a fim de estudar o meio curativo da tuberculose pelo Dr. Robert Koch”, retornando ao Brasil em 1892. Durante sua viagem, frequentou o Instituto Pasteur no final de 1891, encontrando com Louis Pasteur e estabelecendo contato com Emile Roux, diretor do Instituto na época. Sua viagem não estava apenas relacionada com estes estudos, recebera ordens do general médico João Severiano da Fonseca para “estudar tudo o que dissesse a respeito ao serviço médico-militar na paz e na guerra, compreendendo hospitais, barracas, ambulâncias e instrumentos cirúrgicos”. Outras informações também foram coletadas pelo médico militar Ismael da Rocha sobre a construção de hospitais militares. Estes estudos influenciaram o projeto que deu origem ao prédio do Hospital Central do Exército.”

A Higiene Militar: um estudo comparado entre o Serviço de Saúde do Exército Brasileiro e o Cuerpo de Sanidad do Exército Argentino (1888-1943) - **Rachel Motta Cardoso**



RESUMO

Introdução: Relato de experiências de Oficial Médico de Carreira do Exército Brasileiro sobre a atuação do Serviço de Saúde do Exército Brasileiro em Missão de Paz da Organização das Nações Unidas (ONU), no Haiti, em 2017.

Objetivo: Mostrar as atividades realizadas pelo Serviço de Saúde do Exército Brasileiro durante a missão do 26º Batalhão Brasileiro de Infantaria de Força de Paz (BRABAT 26).

Método: Realização de descrição manuscrita, coleta e armazenamento de dados, durante todo o período da missão envolvendo o Serviço de Saúde do Exército Brasileiro, e posterior coleta de dados pela internet ofertados pelo Exército Brasileiro, pelo Ministério da Defesa e outros canais de notícias diversos.

Resultados: Diversos procedimentos médicos – atualmente utilizados de forma ampla em atendimentos nos estabelecimentos de saúde no planeta – foram inicialmente utilizados em atendimentos de vítimas civis e militares ao longo dos combates em conflitos armados, pelos serviços militares de saúde. No presente estudo, relata-se a atuação da tropa brasileira durante situação de desastre, e apresentam-se algumas situações selecionadas de atendimentos de emergência vividos na Unidade Médica Nível 1 (UMN1).

Conclusão: Foi adquirida muita experiência para o Serviço de Saúde do Exército durante o cumprimento da Missão das Nações Unidas para Estabilização no Haiti (MINUSTAH), principalmente com a utilização real do Destacamento de Resposta Inicial (DRI) pelo contingente militar do BRABAT26, no decorrer da passagem do Furacão Irma pelo país. Essa experiência pode ajudar o país em atuação na abordagem de situações de Catástrofe/Desastre dentro e fora do território nacional.

Palavras-chave: Serviço de Saúde do Exército Brasileiro; Medicina Operativa; Missão de Paz da ONU; Medicina de Emergência; Resposta Médica a Desastres.



ABSTRACT

Introduction: An account of the experiences of a Brazilian Army Medical Officer on the role of the Brazilian Army Health Service in a United Nations Organization Mission in Haiti in 2017.

Objective: To show the activities carried out by the Health Service of the Brazilian Army during the mission of the 26th Brazilian Battalion of Peacekeeping Infantry (BRABAT 26).

Method: Handwritten description, collection and storage of data during the whole period of the mission involving the Brazilian Army Health Service, and subsequent data collection by the Brazilian Army, by the Ministry of Defense and other news channels.

Results: Several medical procedures, currently widely used in health care facilities throughout the world, were initially used during civil and military casualties during combat in armed conflicts by military health services. In the present study, the Brazilian troop performance during a disaster situation is reported, and some selected situations of emergency care at the Level 1 Medical Unit (UMN1) are presented.

Conclusion: Much experience was gained for the Army Health Service during the implementation of the United Nations Stabilization Mission in Haiti (MINUSTAH), mainly with the actual use of the Initial Response Detachment (DRI) by the BRABAT military contingent²⁶ during the passage of Hurricane Irma across the country. This experience can help the country in its approach to disaster / disaster situations inside and outside the country.

Key-words: Army Health Service; Operative Medicine; UN Peace Mission; Emergency Medicine; Medical Disaster Response.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 01:** **American Journal of Disaster Medicine**. 2019. Manuscript # AJDM19-187. Submit 2019 Mar 31. Lessons Learned From The Brazilian Army Advanced Disaster Assessment & Preparedness Team (ADAPT) on Hurricane Irma in Haiti. 57
- Figura 02:** Trabalho (Apresentação Oral Curta) apresentado no **Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, na Fiocruz – Rio de Janeiro, em 2018. (<https://proceedings.science/saude-coletiva-2018/papers/atendimento-de-saude-diversos-a-grupo-de-brasileiros-no-exterior>). 58
- Figura 03:** Trabalho (Pôster) apresentado no Congresso Mundial de Medicina Militar em Nova Deli – Índia, em 2017, pelo Mestrado da Universidade Severino Sombra. (http://www.cimm-icmm.org/images/Rapport42emeCongresMondialInde2017/Abstract_book_42ndICMMWorldCongress_India2017.pdf). 59
- Figura 04:** Pesquisa de Campo. Certificado de participação da MINUSTAH. (Autor do trabalho se encontra presente em foto do artigo “O BRABAT 26 e o Destacamento de Resposta Inicial (DRI) para avaliação de desastres”, na figura 09, página 85, na Revista Doutrina Militar Terrestre em revista, outubro a dezembro 2017, Edição Temática: “Brasil no Haiti, um caso de sucesso (2004 – 2017)”. Site: <http://ebrevistas.eb.mil.br/index.php/DMT/article/download/873/916/>. 60
- Figura 05:** Dados de mídia do Furacão Irma. 61
- Figura 06:** Furacão Irma. 61
- Figura 07:** Posição exata do DRI e da Companhia de Infantaria e Engenharia Destacadas enviadas pelo Force Commander da MINUSTAH para apoio à população no advento da passagem do Furacão Irma no território Haitiano. Bola azul: o local em que a tropa permaneceu quando o furacão chegou em 07 de setembro de 2017, à noite. 62

- Figura 08:** Organograma do Ministério da Defesa do Brasil. 63
- Figura 09:** Organograma do Exército Brasileiro. 64
- Figura 10:** ORGANOGRAMA DO CMSE, 12ª Bda Inf L AMV e 5º BIL. 65
- Figura 11:** Divisão dos Comandos Militares de Área do Exército Brasileiro. 66
- Figura 12:** Trabalho (Pôster) apresentado no Congresso Brasileiro de Medicina de Emergência, na PUC de Porto Alegre – RS, em 2016. (<http://abramede2018.com.br/2016/show-trabalho.php?id=378>). 67
- Figura 13:** Trabalho (Pôster) apresentado na Conferência Mundial de Médicos de Família e Comunidade (WONCA) no Rio Centro, Rio de Janeiro, em 2016. (<https://proceedings.science/wonca/autores/ricardo-lajovic-safatle?lang=es>). 68
- Figura 14:** Trabalho (Pôster) apresentado na Conferência Mundial de Médicos de Família e Comunidade (WONCA), no Rio Centro, Rio de Janeiro, em 2016. (<https://proceedings.science/wonca/autores/ricardo-lajovic-safatle?lang=es>). 69
- Figura 15:** Trabalho (Pôster) apresentado na Conferência Mundial de Médicos de Família e Comunidade (WONCA), no Rio Centro, Rio de Janeiro, em 2016. (<https://proceedings.science/wonca/autores/ricardo-lajovic-safatle?lang=es>). 70
- Figura 16:** Símbolo e Nome da Divisão de Saúde do 5º Batalhão de Infantaria Leve Aeromóvel – Lorena – SP. 71

LISTA DE FOTOS

Foto 01: Formatura de Conclusão do Treinamento do Contingente Brasileiro em Caçapava-SP e partida para o HAITI.	72
Foto 02: Livro de Registro de Atendimentos Médicos da UMN1 no BRABAT26.	73
Foto 03: Situação de limpeza urbana no Haiti.	74
Foto 04: Panorama da entrada da cidade de Porto Príncipe, capital do Haiti.	74
Foto 05: Animais, como o porco, no centro e ao fundo da foto, são comuns e vistos soltos em todos os lugares, em todas as regiões do país.	75
Foto 06: Animais, como as cabras, no centro da foto, são comuns e vistos soltos em todos os lugares, em todas as regiões do país.	75
Foto 07: Visão mostrando favelas em Porto Príncipe e a falta de saneamento básico e contaminação hídrica.	76
Foto 08: Mercado / feira em estrada no Haiti. A população costuma fazer comércio informal na beira das rodovias do país.	76
Foto 09: Comboio do CONTBRAS retornando para a Base General Bacellar, após atuação no Furacão Irma na região norte do HAITI.	77
Foto 10: Ambulância de Resgate usada pelos militares brasileiros no Haiti.	78
Foto 11: Ambulância CTI Móvel da ONU.	78
Foto 12: Ambulância CTI Móvel Blindada (URUTU) com 2 leitos internos.	79
Foto 13: Organização do Comboio para sair a fim de averiguar a região ao norte do Haiti após a passagem do Furacão Irma.	79
Foto 14: Viaturas do Batalhão de Infantaria e da Companhia de Engenharia do Comboio da Operação de Apoio ao Haiti pelo advento da passagem do Furacão Irma ao país.	80
Foto 15: Procedimento Cirúrgico de eletrocauterização de verrugas genitais.	81
Foto 16: Monumento na entrada (parte interna) do BRABAT.	82
Foto 17: Entrada do BRABAT – Base General Bacellar, no interior do Campo General Jaborandy.	82

LISTAS DE QUADROS

Quadro 01: CIDs coletados na UMN1 durante a totalidade da missão.	06
Quadro 02: Os vinte e cinco casos mais comuns de atendimento no período estudado.	11
Quadro 03: Casos de trauma mais comuns em atendimentos de emergência no período estudado.	12

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: As idades dos participantes.	13
Gráfico 02: Posição do Militar entre os Postos/Graduações ou condição Civil.	14
Gráfico 03: Tempo no serviço ativo.	14
Gráfico 04: Instrução sobre Sistema de Saúde dentro dos Estabelecimentos de Ensino Militar.	15
Gráfico 05: Conhecimento individual sobre Sistema de Saúde.	15
Gráfico 06: Instrução sobre Atendimento Pré-Hospitalar dentro dos Estabelecimentos de Ensino militar.	16
Gráfico 07: Conhecimento individual sobre Atendimento Pré-Hospitalar.	16
Gráfico 08: Instrução sobre Atenção Primária à Saúde dentro dos Estabelecimentos de Ensino Militar.	17
Gráfico 09: Conhecimento individual sobre Atenção Primária à Saúde.	17
Gráfico 10: Conhecimento individual sobre Regulação Médica.	18
Gráfico 11: Importância da Regulação Médica segundo entrevistados.	18



SUMÁRIO

1	CONTEXTO	01
2	OBJETIVOS DA EXPERIÊNCIA	04
3	METODOLOGIA.....	05
4	RESULTADOS.....	06
5	RELATO DA EXPERIÊNCIA.....	19
5.1	SERVIÇO E PESSOAL DE SAÚDE NO CONTINGENTE BRASILEIRO DO HAITI EM 2017	26
5.2	CADEIA DE EVACUAÇÃO.....	27
5.3	EXPERIÊNCIAS ISOLADAS.....	29
6	DISCUSSÃO	31
6.1	APLICABILIDADE	49
6.2	IMPACTO PARA A SOCIEDADE	50
7	CONCLUSÕES E/OU RECOMENDAÇÕES.....	52
	REFERÊNCIAS.....	54
	ANEXO.....	57
	APÊNDICE.....	72

1- CONTEXTO

O Haiti fica na Ilha Hispaniola, descoberta por Cristóvão Colombo em 1492, cedido pela Espanha à França em 1697, tornando-se importante exportador de açúcar na região caribenha. Primeiro país das Américas a abolir a escravidão negra, em 1794 – após revolta dos escravos – e, em 1803, conseguiu ganhar a guerra contra os franceses, conquistando sua independência em 1804, sendo o segundo país livre das Américas e a primeira nação negra independente do mundo.

Sua história de nação livre tem sido marcada por disputas internas, golpes de estado e violência. A capital é Porto Príncipe e a população do país é estimada em mais de 10 milhões de habitantes. Em relação à condição de vida, cerca de 80% da população haitiana vive abaixo da linha da pobreza. No âmbito da saúde, além dos problemas decorrentes da falta de saneamento e da contaminação das fontes de água, aproximadamente 6% dos adultos estão infectados com o vírus da AIDS. Em 12 de janeiro de 2010, por volta das 19h50min (horário de Brasília), um terremoto de 7.3 na escala Richter atingiu o Haiti, afetando 2 milhões de pessoas, deixando 1 milhão de desabrigados e 250.000 mortos, dos quais 101 eram integrantes da MINUSTAH, entre eles 18 militares brasileiros. Faleceu, também, no episódio, a médica pediatra e sanitarista brasileira Dra. Zilda Arns Neumann. A maior parte dos haitianos atingidos no terremoto de 2010 vive ainda hoje em acampamentos improvisados.

Devido à falta de condição de higiene adequada, ocorre a proliferação de doenças infectocontagiosas e endêmicas, como dengue, cólera, malária e gastroenterites. O relevo é constituído por vales com bacias coletoras para grandes volumes de água, o que aumenta o risco de inundações na época das chuvas e dos furacões (junho a agosto). A média de furacões na região é de 8 por ano. O clima predominante é o tropical, a média de temperatura é de 33°C e a umidade relativa do ar fica em 49%. Há duas estações chuvosas, que ocorrem nos períodos de abril a junho e de agosto a outubro, e uma estação de seca, de novembro a março. Ocasionalmente, podem ocorrer terremotos e enchentes.

A religião predominante é a católica, com 80% da população entre os adeptos, os protestantes com 16%, outras religiões 3% e não religiosos 1%. Muitos haitianos também praticam tradições vodu, sem ver nelas nenhum conflito com a sua fé cristã.

A política atual no Haiti caracteriza-se por ser uma República Presidencialista e possui Assembleia Nacional.

Quanto à questão da economia, 75% da população vive da agricultura de subsistência, que emprega 2/3 da população economicamente ativa do país. A compra de bens e a prestação de serviços são realizadas, em sua maioria, pelo mercado informal. A importação ocorre para a maioria dos produtos, já que a indústria e a agricultura nacionais não atendem à demanda suficiente para o comércio local. Atualmente, a economia local encontra-se destroçada, permanecendo o país sem perspectiva a curto prazo, sendo o mais pobre das Américas. Possui renda per capita muito baixa, expectativa de vida de 60,9 anos e índice de analfabetismo de 45,2% da população⁶.

O transporte que utilizam provém de antigos ônibus escolares norte-americanos e de caminhonetes adaptadas, conhecidas como “taptaps”. Os idiomas falados são o francês e o creole. Em 30 de abril de 2004, após a queda do presidente haitiano (Aristide), o que se deu meses antes (em fevereiro de 2004), o Presidente do Supremo Tribunal do Haiti requisitou apoio das Nações Unidas para manter a segurança interna do país, sendo criada a Missão das Nações Unidas para Estabilização do Haiti (MINUSTAH), por intermédio da Resolução nº 1542 do Conselho de Segurança da ONU. A missão de paz foi criada para restaurar a ordem no Haiti. Coube à Força Militar manter o ambiente seguro e estável, interagindo com os demais componentes da missão para que eles atingissem os objetivos previstos nos campos político e de direitos humanos¹⁰.

A experiência realizada por meio da MINUSTAH alerta para o fato de que assuntos como motivação profissional, pessoal e financeira, análise do tempo imprevisível no Teatro de Operações e adaptação pessoal ao Teatro de Operações – por meio de ingestão de líquidos, uso de repelentes, protetor solar, o confinamento e a forma de lidar com as restrições, a falta de liberdade, a saudade, o cansaço, o estresse, a adaptabilidade para viver em grupo, pertencer a uma comunidade, partilhar hábitos, intimidade, manias e tolerar diferenças individuais sob regime militar - são imprescindíveis para reflexão de cada militar que pleiteia ir para uma missão de paz como voluntário, por meio do processo de seleção de efetivo de recursos humanos militares pelo seu país⁶.

É saudável, durante o período da missão, aproveitar as folgas para obter momentos de lazer, como forma de recompensa emocional, por meio dos “leavings” e arejamentos (afastamentos temporários externos da missão). Utilizar-se de telefone e internet cedidos pode ser um bom meio de unir-se à família e aos amigos, mas deve-se ter o bom senso para não utilizar esse meio de



comunicação em excesso, pois isso leva ao isolamento em relação às pessoas da comunidade da missão.

Prováveis estressores da missão podem ser, a título de exemplo, distância da família, falta de privacidade na Base, tempo da missão, falta de poder para mudar as circunstâncias de vida da população local, problemas de relacionamento interpessoal na Base, permanecer neutro, apesar de provocação da população local⁶.

2- OBJETO DA EXPERIÊNCIA

Mostrar a quantidade de atendimentos médicos em meio à população militar brasileira, com trabalho técnico diverso, com exposição a riscos multifatoriais, por meio das atividades do DRI e do conhecimento de assuntos relacionados à Saúde, por voluntários militares e civis.



3- MÉTODOS

Série de Caso: estudo descritivo, transversal, observacional, quantitativo.

Os dados para pesquisa foram adquiridos por meio de compilação dos Códigos Internacionais de Doenças – Décima Edição (CID-10), com rascunho de quadro feito à mão durante realização da missão em Porto Príncipe, digitalizados; questionário aplicado ao público militar, com resultado de coleta de dados de 24 voluntários participantes; utilização da Revista do BRABAT 26 e demais manuais militares relacionados à missão de paz, fornecidos pelo Exército Brasileiro e Ministério da Defesa do Brasil (MD); e busca de artigos científicos e capítulos de livros relatando assuntos de desastres naturais e do Serviço de Saúde do Exército Brasileiro em missões no exterior, pela ONU. Durante análise dos prontuários médicos, livros de gabinete médico e livro de passagem do serviço médico da UMN1, foram evidenciados, ao total do cumprimento da missão, 516 atendimentos médicos diversos, em período de 4 meses, entre junho e setembro de 2017, com 106 CIDs diferentes, dos quais 61 se repetiram mais de uma vez. O que apareceu com maior frequência repetiu-se 58 vezes. Não há registro, na presente amostra, dos atendimentos dos profissionais que também compunham a equipe nas áreas de Odontologia, Farmácia, Fisioterapia, Enfermagem, Psicologia, dos procedimentos de controle da Saúde Pública pela Medicina Veterinária e dos atendimentos médicos das Bases Companhia de Engenharia de Força de Paz (BRAENGCOPY), Destacamento Operativo de Fuzileiros Navais (BRAMAR), Hospital Militar de Campanha da Força Aérea da Argentina (ARGHOSP) e dos militares do BRABAT ocupando Bases nas cidades de Cap Haitien e Fort Liberté, ofertando saúde aos integrantes da operação de segurança e engenharia durante a desmobilização dos Batalhões do Chile (CHIBAT), do Peru e do Uruguai (URUPERBAT) e do Nepal, trabalhando em conjunto com militares e civis do Canadá, Estados Unidos, Bangladesh e Marrocos.

4- RESULTADOS

Os diagnósticos de maior incidência foram enquadrados em quatro grandes grupos: doenças relacionadas ao aparelho gastrointestinal, doenças vinculadas ao aparelho respiratório, osteomuscular e pele.

Quadro 01: CIDs coletados na UMN1 durante a totalidade da missão.

NÚMERO DE CASOS	CID – 10	DESCRIÇÃO
58	J00	Nasofaringite aguda [resfriado comum].
35	B829	Parasitose intestinal não especificada.
27	A09	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível.
23	W57	Mordeduras e picadas de inseto e de outros artrópodes, não venenosos.
22	Z02	Exame médico e consulta com finalidades administrativas.
18	M54	Dorsalgia.
18	S90	Traumatismo superficial do tornozelo e do pé.
17	R51	Cefaleia.
16	B36	Outras micoses superficiais.
11	J03	Amigdalite aguda.
11	S60	Traumatismo superficial do punho e da mão.
10	J30	Rinite alérgica e vasomotora.
9	H60	Otite externa.
9	M545	Dor lombar baixa.
9	Y578	Efeitos adversos de outras drogas e medicamentos.
8	Z01	Outros exames e investigações especiais de pessoas sem queixa ou diagnóstico relatado.



7	J01	Sinusite aguda.
7	K30	Dispepsia.
7	L02	Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz.
7	L309	Dermatite não especificada.
7	R070	Dor de garganta.
7	S41	Ferimento do ombro e do braço.
6	B977	Vírus como causa de doenças classificadas em outros capítulos.
5	H000	Hordéolo e outras inflamações profundas das pálpebras.
5	K52	Outras gastroenterites e colites não infecciosas.
5	M239	Transtorno interno não especificado do joelho.
5	M543	Ciática.
5	Z480	Cuidados a curativos e suturas cirúrgicas.
4	H10	Conjuntivite.
4	H650	Otite média aguda serosa.
4	K590	Constipação.
4	L08	Outras infecções localizadas da pele e do tecido subcutâneo.
4	M436	Torcicolo.
4	M51	Outros transtornos de discos intervertebrais.
4	M62	Outros transtornos musculares.
4	M75	Lesões do ombro.
4	R10	Dor abdominal e pélvica.
4	R509	Febre não especificada.
4	S00	Traumatismo superficial da cabeça.



4	T784	Alergia não especificada.
3	H578	Outros transtornos especificados do olho e anexos.
3	L600	Unha encravada.
3	M79	Outros transtornos dos tecidos moles, não classificados em outra parte.
3	N20	Calculose do rim e do ureter.
3	R05	Tosse.
3	R11	Náusea e vômitos.
3	S76	Traumatismo de músculo e de tendão na região do quadril e da coxa.
2	B07	Verrugas de origem viral.
2	B34	Doenças por vírus, de localização não especificada.
2	G510	Paralisia de Bell.
2	H833	Efeitos do ruído sobre o ouvido interno.
2	I10	Hipertensão essencial (primária).
2	J111	Influenza (gripe) com outras manifestações respiratórias, devido a vírus não especificado.
2	L728	Outras formas de cistos foliculares da pele e do tecido subcutâneo.
2	L84	Calos e calosidades.
2	M255	Dor articular.
2	M72	Transtornos fibroblásticos.
2	N390	Infecção do trato urinário de localização não especificada.
2	S015	Ferimento do lábio e da cavidade oral.
2	S81	Ferimento da perna.
2	T58	Efeito tóxico do monóxido de carbono.
1	A599	Tricomoniase não especificada.



1	B001	Dermatite vesicular devido ao vírus do herpes.
1	B374	Candidíase de outras localizações urogenitais.
1	B769	Ancilostomíase não especificada.
1	H110	Pterígio.
1	H728	Outras perfurações da membrana do tímpano.
1	H811	Vertigem paroxística benigna.
1	I843	Hemorroidas externas trombosadas.
1	I951	Hipotensão ortostática.
1	J20	Bronquite aguda.
1	J437	Enfisema.
1	J459	Asma não especificada.
1	J951	Insuficiência pulmonar aguda subsequente à cirurgia torácica.
1	K05	Gengivite aguda.
1	K297	Gastrite não especificada.
1	K504	Doença de Crohn.
1	K904	Má absorção devida à intolerância não classificada em outra parte.
1	L400	Psoríase vulgar.
1	L700	Acne vulgar.
1	M199	Artrose não especificada.
1	M356	Paniculite recidivante (Weber-Christian).
1	M679	Transtorno não especificado da sinovia e do tendão.
1	N23	Cólica nefrética não especificada.
1	N258	Outros transtornos resultantes de função renal tubular alterada.



1	N459	Orquite, epididimite e epidídimo-orquite, sem menção de abscesso.
1	R030	Valor elevado da pressão arterial sem o diagnóstico de hipertensão.
1	R040	Epistaxis.
1	R14	Flatulência e afecções correlatas.
1	R520	Dor aguda.
1	R53	Mal-estar, fadiga.
1	R55	Síncope e colapso.
1	R599	Adenomegalia ou aumento de volume dos gânglios linfáticos, não especificado.
1	S012	Ferimento do nariz.
1	S361	Traumatismo do fígado ou da vesícula biliar.
1	S562	Traumatismo de outro músculo flexor e tendão ao nível do antebraço.
1	T140	Traumatismo superficial de região não especificada do corpo.
1	T16	Corpo estranho no ouvido.
1	T789	Efeito adverso não especificado.
1	W014	Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falso.
1	W24	Contato com elevadores e instrumentos de transmissão, não classificados em outra parte.
1	W45	Penetração de corpo ou objeto estranho através da pele.
1	X232	Contato com abelhas, vespas e vespões - escolas, outras instituições e áreas de administração pública.
1	X492	Envenenamento [intoxicação] acidental por exposição a outras substâncias químicas nocivas e às não especificadas.
1	Z040	Teste para álcool e para drogas no sangue.
1	Z902	Ausência adquirida (de parte) do pulmão.

Quadro 02: Os vinte e cinco casos mais comuns de atendimento no período estudado.

NÚMERO DE CASOS	CID-10	DESCRIÇÃO
58	J00	Nasofaringite aguda [resfriado comum].
35	B829	Parasitose intestinal não especificada.
27	A09	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível.
23	W57	Mordeduras e picadas de inseto e de outros artrópodes, não venenosos.
22	Z02	Exame médico e consulta com finalidades administrativas.
18	M54	Dorsalgia.
18	S90	Traumatismo superficial do tornozelo e do pé.
17	R51	Cefaleia.
16	B36	Outras micoses superficiais.
11	J03	Amigdalite aguda.
11	S60	Traumatismo superficial do punho e da mão.
10	J30	Rinite alérgica e vasomotora.
9	H60	Otite externa.
9	M545	Dor lombar baixa.
9	Y578	Efeitos adversos de outras drogas e medicamentos.
8	Z01	Outros exames e investigações especiais de pessoas sem queixa ou diagnóstico relatado.
7	J01	Sinusite aguda.
7	K30	Dispepsia.
7	L02	Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz.
7	L309	Dermatite não especificada.

7	R070	Dor de garganta.
7	S41	Ferimento do ombro e do braço.
6	B977	Vírus como causa de doenças classificadas em outros capítulos.
5	H000	Hordéolo e outras inflamações profundas das pálpebras.
5	K52	Outras gastroenterites e colites não infecciosas.

Quadro 03: Casos de trauma mais comuns em atendimentos de emergência no período estudado.

S361 - Traumatismo do fígado ou da vesícula biliar.
S41 - Ferimento do ombro e do braço.
S562 - Traumatismo de outro músculo flexor e do tendão na região do antebraço.
S60 - Traumatismo superficial do punho e da mão.
S764 - Traumatismo de outros músculos e tendões e os não especificados na região da coxa.
S819 – Ferimento da perna, parte não especificada.
M239 – Entorse e distensão envolvendo ligamento colateral (peroneal/tibial) do joelho.
S90 – Contusão do tornozelo e do pé.
T140 – Traumatismo superficial de região não especificada do corpo.
T16 – Corpo estranho no ouvido.
T784 – Alergia não especificada.
T789 – Efeito adverso não especificado.
W014 – Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falso.
W45 – Penetração de corpo ou objeto estranho através da pele.
W57 – Mordeduras e picadas de inseto e de outros artrópodes, não venenosos.
X232 – Contato com abelhas, vespas e vespões – escolas, outras instituições e áreas de administração pública.
X492 – Envenenamento (intoxicação) acidental por exposição a outras substâncias químicas

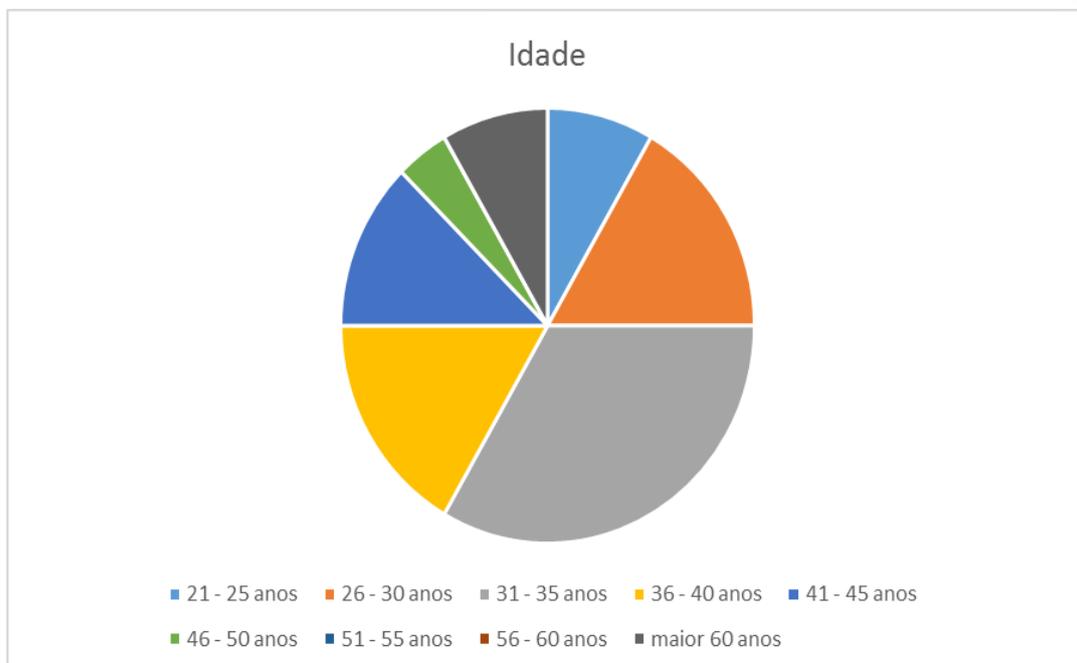


nocivas e às não especificadas.

A coleta dos dados pelo questionário “Pesquisa sobre a difusão dos conhecimentos atinentes à Atenção Primária à Saúde e Atendimento Pré-Hospitalar na formação dos militares do Exército Brasileiro – EB (Estabelecimentos de Ensino)” foi realizado de 12 de setembro de 2017 a 21 de abril de 2018, por meio de formulário/survey eletrônico pelo site (<https://docs.google.com/forms/d/1Pi3jjK2JE1U4Sj130FdHuDSRS6wLf6buA2grVLQvxBI/edit>), com acesso voluntário em página da internet por militares do Batalhão de Infantaria de Força de Paz (BRABAT26), do 5º Batalhão de Infantaria Leve Aeromóvel – Lorena – SP (5º BIL), da Academia Militar das Agulhas Negras – Resende – RJ (AMAN) e da Escola de Saúde do Exército – Rio de Janeiro - RJ (EsSEx), com 24 voluntários no período, dentre eles 21 militares de mais de uma Força Armada singular e 3 civis.

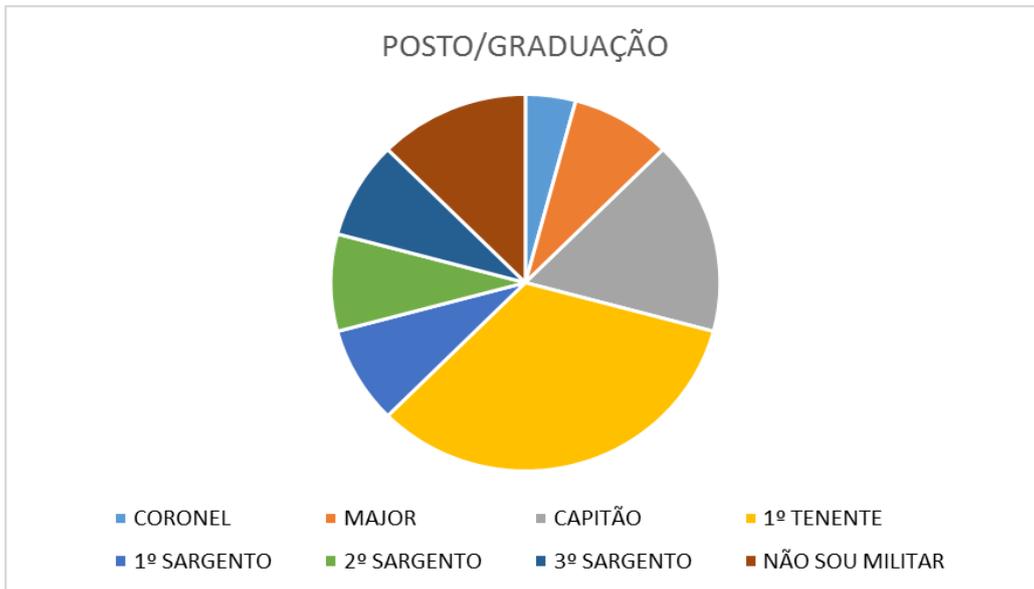
Gráficos do Questionário:

Gráfico 01: As idades dos participantes.



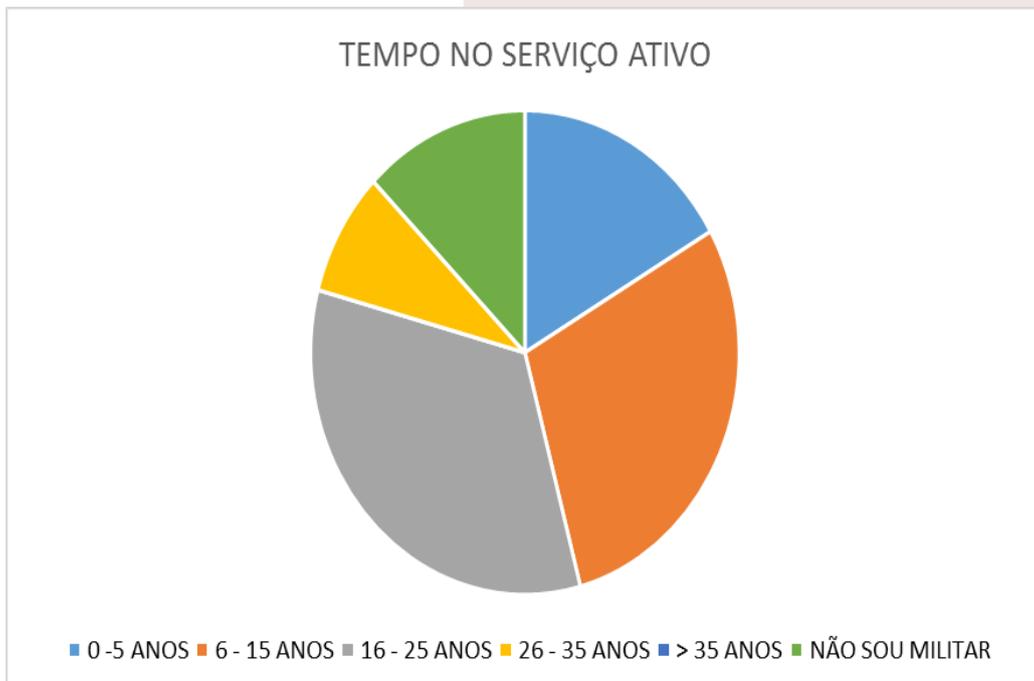
Participaram do estudo público com idades variando entre 24 a 64 anos.

Gráfico 02: Posição do Militar entre os Postos/Graduações ou condição Civil.



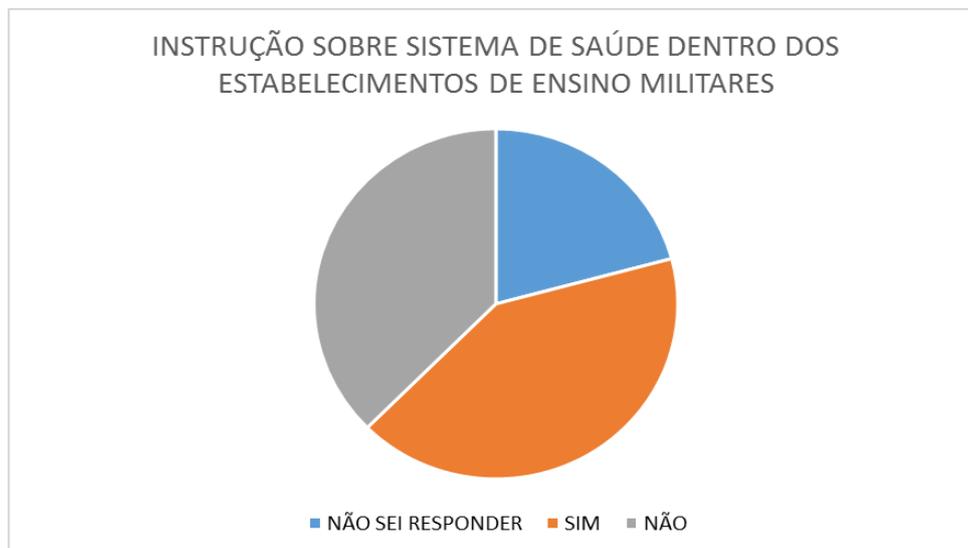
Participaram do estudo 1 Coronel (4,1%), 2 Majores (8,4%), 4 Capitães (16,5%), 8 1º Tenentes (33%), 2 1º Sargentos (8,4%), 2 2º Sargentos (8,4%), 2 3º Sargentos (8,4%) e 3 Civis (12,5%).

Gráfico 03: Tempo no serviço ativo.



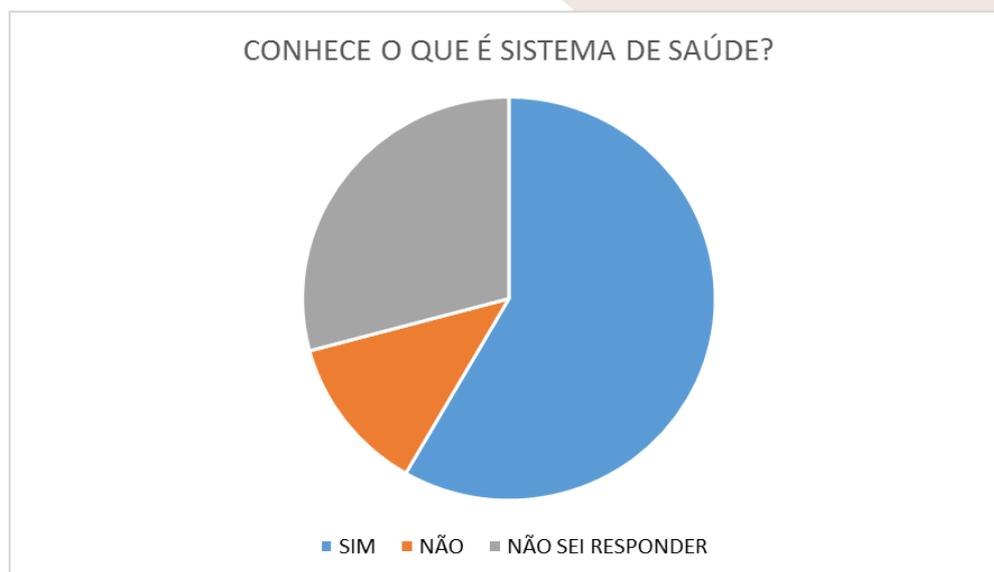
Dos participantes, os tempos de serviço foram: 0-5 anos: 17% (4) / 6-15 anos: 29% (7) / 16-25 anos: 33% (8) / 26-35 anos: 8% (2) / civil: 13% (3).

Gráfico 04: Instrução sobre Sistema de Saúde dentro dos Estabelecimentos de Ensino Militares.



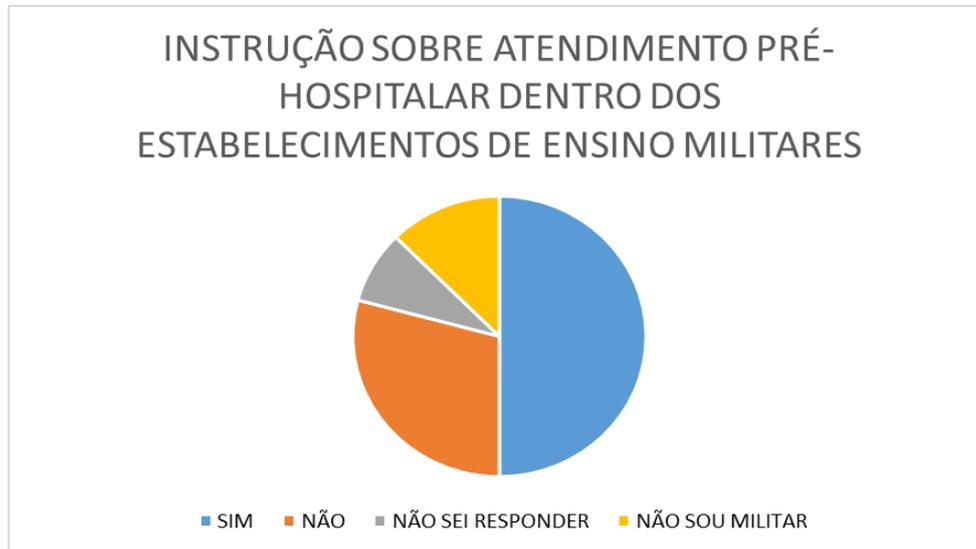
Sobre a competência de Sistema de Saúde, ao se perguntar se houve instrução sobre Sistema de Saúde dentro do Estabelecimento de Ensino Militar, foi respondido NÃO por 37,5% (9), NÃO SEI RESPONDER por 20,9% (5) e SIM por 41,6% (10).

Gráfico 05: Conhecimento individual sobre Sistema de Saúde.



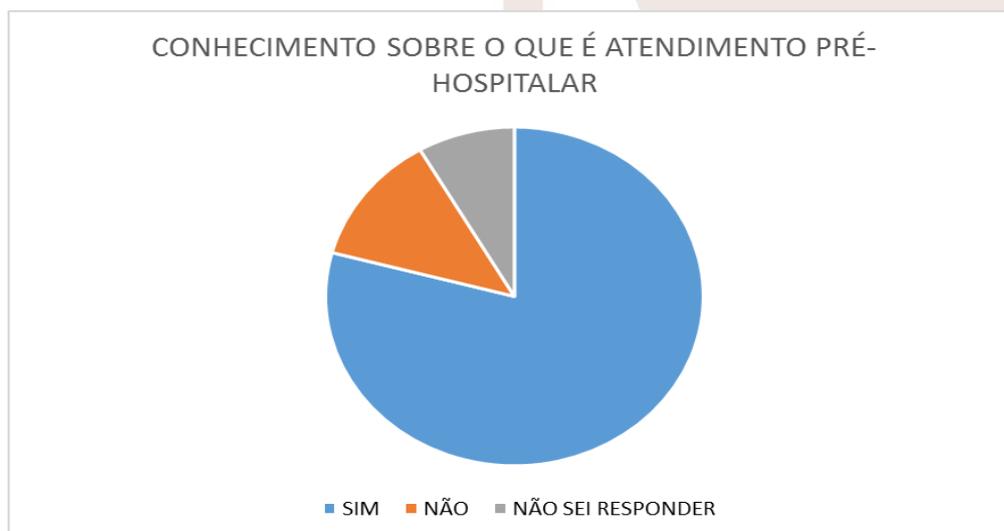
Quando se perguntou se o entrevistado conhecia o que é um Sistema de Saúde, foi respondido NÃO por 13% (3), NÃO SEI RESPONDER por 29% (7) e SIM por 58% (14).

Gráfico 06: Instrução sobre Atendimento Pré-Hospitalar dentro dos Estabelecimentos de Ensino Militares.



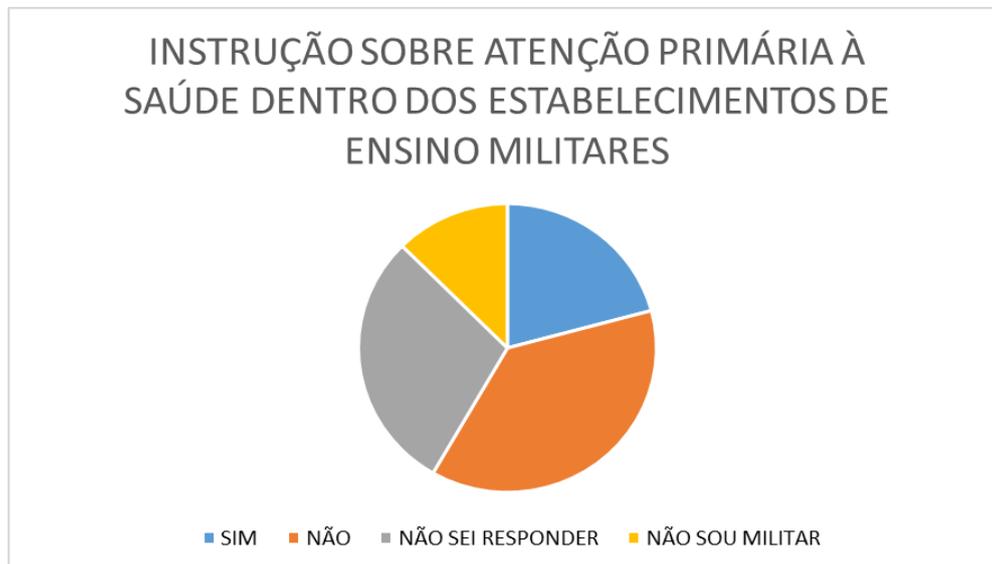
Sobre a competência de Atendimento Pré-Hospitalar, ao se perguntar se houve instrução sobre Atendimento Pré-Hospitalar dentro do Estabelecimento de Ensino Militar, foi respondido NÃO por 29% (7), NÃO SEI RESPONDER por 8% (2), SIM por 50% (12) e NÃO SOU MILITAR por 13% (3).

Gráfico 07: Conhecimento individual sobre Atendimento Pré-Hospitalar.



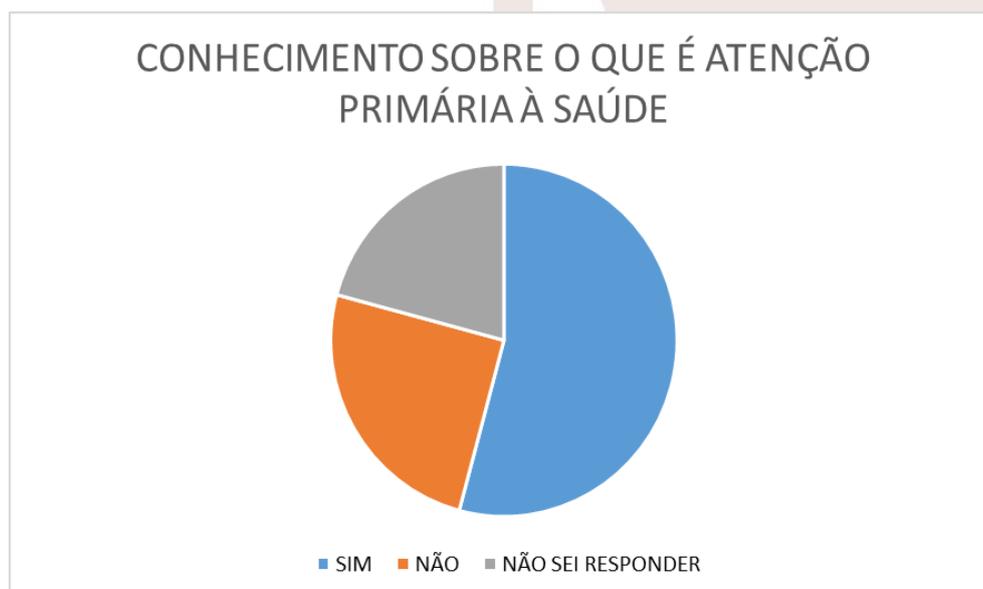
Quando se perguntou se o entrevistado conhecia o que é Atendimento Pré-Hospitalar, foi respondido NÃO por 13% (3), NÃO SEI RESPONDER por 8% (2) e SIM por 79% (19).

Gráfico 08: Instrução sobre Atenção Primária à Saúde dentro dos Estabelecimentos de Ensino Militares.



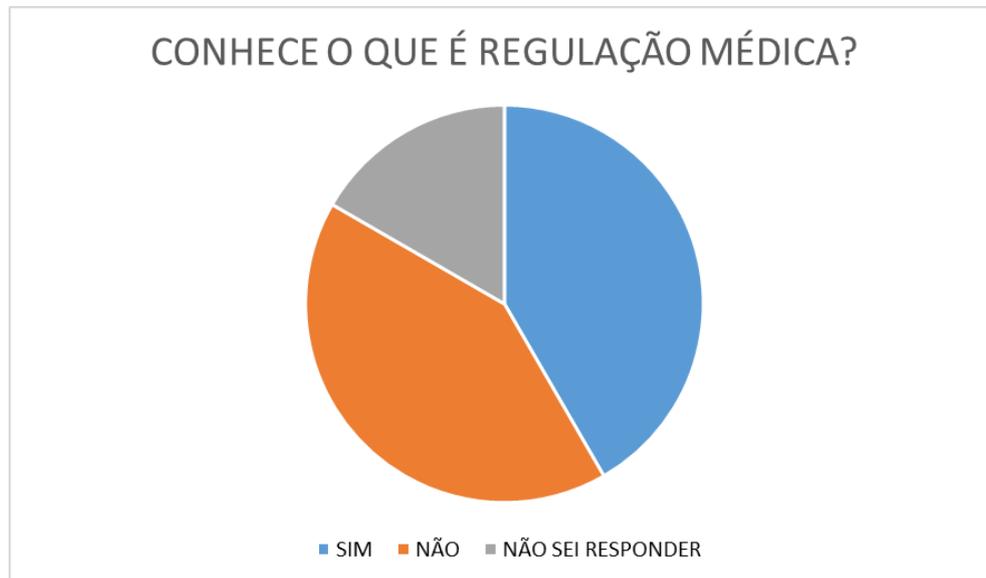
Sobre a competência de Atenção Primária à Saúde, ao se perguntar se houve instrução sobre Atenção Primária à Saúde dentro do Estabelecimento de Ensino Militar, foi respondido NÃO por 37,5% (9), NÃO SEI RESPONDER por 29,2% (7), SIM por 20,8% (5) e NÃO SOU MILITAR por 12,5% (3).

Gráfico 09: Conhecimento individual sobre Atenção Primária à Saúde.



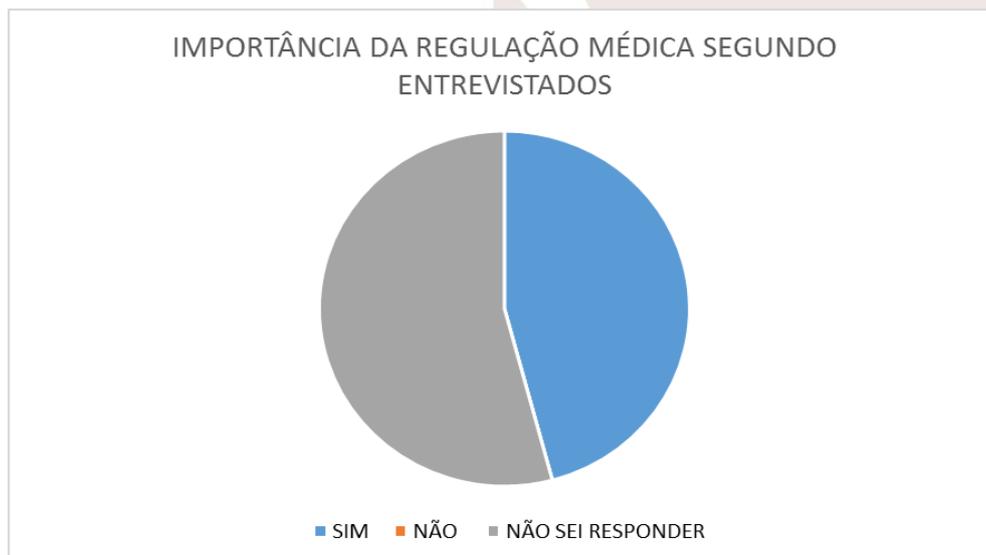
Quando se perguntou se o entrevistado conhecia o que é Atenção Primária à Saúde, foi respondido NÃO por 25% (6), NÃO SEI RESPONDER por 21% (5) e SIM por 54% (13).

Gráfico 10: Conhecimento individual sobre Regulação Médica.



Sobre a competência de Regulação Médica, ao se perguntar se o entrevistado sabia o que era Regulação Médica, foi respondido NÃO por 41,5% (10), NÃO SEI RESPONDER por 17% (4) e SIM por 41,5% (10).

Gráfico 11: Importância da Regulação Médica segundo entrevistados.



Quando se perguntou se o entrevistado achava importante a Regulação Médica, foi respondido NÃO por 0% (0), NÃO SEI RESPONDER por 54% (13) e SIM por 46% (11).

5- RELATO DA EXPERIÊNCIA

A Organização das Nações Unidas (ONU) possui 193 países membros, entre eles o Brasil. Essa Organização, utilizando critérios internos, seleciona/convida os países participantes, por meio de seu Conselho de Segurança e de seus governos centrais/federais, para participar e/ou coordenar uma ação específica e localizada em uma determinada região do globo terrestre. Tal fato ocorreu com o Brasil na MINUSTAH, de 2004 a 2017, quando participou do Comando da Missão da ONU no Haiti. O Force Commander desta missão foi um Oficial General brasileiro. Participaram, também, um Batalhão de Infantaria de Força de Paz (BRABAT) e um Batalhão de Engenharia (BRAENGCOY), além do Grupamento Operativo dos Fuzileiros Navais (BRAMAR) e de um pelotão de Fuzileiros da Força Aérea Brasileira integrado no interior de uma das Companhias de Combate. Os contingentes desses Batalhões eram modificados a cada 6 meses. Além do Brasil, havia a participação de mais 20 países, com atividades específicas, mas o maior contingente de militares era o brasileiro.

A partir do aceite de uma missão sob a égide da ONU por um país, e após planejamento logístico, judicial, administrativo, operacional, entre outros, inicia-se a convocação de recursos humanos, com especializações diversas, que serão utilizados para o cumprimento da missão. No caso do Exército Brasileiro, para o Serviço de Saúde do Exército, no Quadro de Oficiais Médicos, o processo seletivo se deu por ato voluntário, a partir de consulta e aceitação do médico, via Sistema de Cadastro do Pessoal do Exército (SICAPEX), com resposta direcionada e analisada diretamente pelo Gabinete do Comandante do Exército.

Desde o período de consulta aos militares voluntários até o recebimento de aprovação no processo seletivo, transcorre aproximadamente um ano. Após esse período, o militar é desligado de sua Organização Militar de origem, sendo temporariamente vinculado a alguma Organização Militar que participa do processo de formação do contingente da missão, recebendo treinamento inicial para a missão, juntamente com militares de outras Unidades, também aprovados em primeira análise, por Perícia Médica, por Inspeção de Saúde, em Junta Médica composta por 3 médicos, sendo o mais antigo de carreira. Os militares passam por inspeção odontológica, física – por meio de exames de aptidão física, realizados por militares da Escola de Educação Física do Exército (EsEFEx) –, psicológica – por provas e entrevistas de psicólogas militares do Centro de Psicologia Aplicada do



Exército (CPAEX) – e necessitam de parecer positivo do Comandante da Organização Militar de origem, com discriminação do comportamento e da conduta do militar dentro da Unidade.

O BRABAT 26 leva essa numeração por ser o 26º Contingente Militar Brasileiro a ser enviado ao Haiti. Ele teve treinamento operacional na 12ª Brigada de Infantaria Leve Aeromóvel – Caçapava – SP (12ª Bda Inf L AMV) –, sendo a primeira fase de treinamento nas Organizações Militares dessa Brigada Militar, entre elas o 5º Batalhão de Infantaria Leve Aeromóvel – Lorena – SP. No primeiro trimestre do ano de 2017, os treinamentos para a missão concentraram-se no interior de cada OM da 12ª Bda Inf L AMV, por meio de instruções linguísticas (creole), regras de engajamento, princípios básicos das operações de paz, capacetes azuis e código de conduta pessoal, “briefing” de partida e “briefing” de chegada, procedimentos operacionais padrão em situações diversas, atendimento de primeiros socorros, cultura haitiana, entre outros treinamentos.

A partir de março, todo o efetivo que viria a se tornar o BRABAT26 reuniu-se em Caçapava-SP, para a realização do treinamento de concentração final e a realização de dois exercícios de operação de paz – o Estágio Básico de Operações de Paz (EBOP) e o Estágio Avançado de Operações de Paz (EAOP) –, caracterizando o término da preparação para a missão de paz¹⁰.

Foram divididos 4 escalões de militares para o embarque aéreo, com o total de 970 homens e mulheres do Batalhão de Infantaria de Força de Paz, que se destinaram a Porto Príncipe – Haiti. De Campinas-SP, partiu o primeiro voo, no Boeing KC-137 da Força Aérea Brasileira, com o primeiro escalão militar, que chegou em 16 de maio de 2017 em solo haitiano. O 26º Contingente Brasileiro (CONTBRAS) iniciou suas atividades em 02 de junho de 2017, com a solenidade de mudança dos comandos do BRABAT, GRUPAMENTO OPERATIVO DE FUZILEIROS NAVAIIS (BRAMAR) e BRAENGCOY, que contou com a participação da Representante Especial do Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), como a Chefe da Missão das Nações Unidas para a Estabilização no Haiti (MINUSTAH)¹⁰.

Para manter a higidez da tropa, foi priorizado o conhecimento de doenças de preocupação regional e cuidados gerais de higiene e limpeza. A grande maioria das doenças causadas por vírus e bactérias estão relacionadas às más condições de higiene pessoal e limpeza dos ambientes onde se vive e trabalha. A melhor maneira de se evitar doenças como cólera, hepatite e dengue é mantendo o local de vivência e trabalho sempre muito limpo e arejado, além de se manter os cuidados com a higiene pessoal, com a água e com os alimentos⁷.



Foram considerados como riscos de saúde prévios à missão, doenças originadas por animais, água contaminada, alimentos contaminados, pessoas infectadas e doenças respiratórias. As doenças mais comuns previamente à missão, observadas como importantes para o seu andamento, foram hepatite A, hepatite B, AIDS, febre tifoide, leptospirose, esquistossomose, malária, dengue, febre amarela, leishmaniose tegumentar, meningite meningocócica, raiva, conjuntivite, hordéolo (terçol), filariose e diarreia. Foi dada importância na recomendação do pessoal quanto ao atendimento de emergência (1º socorro) prestado pelos militares, usando o mnemônico DRABCDE (Danger/Perigo, Response/Resposta, Airway/Via Aérea, Breathing/Respiração, Circulation/Circulação, Disability/Incapacidade - neurológico, Exposure/Exposição) e a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) ^{7, 8}.

O Haiti apresenta histórico de aproximadamente 230.000 mortes nos últimos 20 anos, sendo o maior país do mundo com vítimas fatais por catástrofes naturais, segundo relatório da ONU, de 13 de outubro de 2016. Por essa razão, e pelo BRABAT 26 entrar em atividade durante o período da temporada dos furacões, que ocorrem de junho a novembro, foi apresentado à ONU o Destacamento de Resposta Inicial (DRI) ou “Disaster Assessment Team” (DAT), para o reconhecimento e preparação para efetivas respostas em caso de desastre natural¹⁰.

A montagem e a preparação foram realizadas sob coordenação da 12ª Brigada de Infantaria Leve Aeromóvel, com base na nota de coordenação doutrinária do Estado Maior do Exército, que trata sobre a Força de Ajuda Humanitária, e também nas experimentações doutrinárias conduzidas pelo Comando Militar do Nordeste em 2015. Essa tropa especializada foi integrada por 36 militares brasileiros e 2 assistentes linguísticos haitianos. Percorreu diversas cidades e regiões do Haiti, levantando as necessidades e os meios disponíveis nas áreas de logística, comando e controle, coordenações com agências governamentais e organizações não governamentais, inteligência, proteção, engenharia e saúde, com a finalidade de um possível desdobramento de tropas para ajuda humanitária e montagem de um banco de dados para ser consultado pelo “Office for the Coordination of Humanitarian Affairs” (OCHA) e pela MINUSTAH, em caso da ocorrência de um desastre em uma região já afetada.

O DRI foi idealizado para a avaliação de uma situação pós desastre. No entanto, foi utilizado experimentalmente para avaliação e mensuração de uma resposta prévia ao acontecimento de desastres. Foram feitos reconhecimentos com a equipe de saúde do DRI, passando pelas cidades de Les Cayes, Jeremi e Dame-marri (ao Sul), Gonaives e Port-de-Paix (ao Norte) e Jacmel e Marigot



(a Sudoeste), focando na estrutura dos hospitais, número de leitos, especialidades clínicas e cirúrgicas, transporte por ambulâncias rodoviárias e possibilidade de evacuação aeromédica, corpo de bombeiros, atendimento pré-hospitalar local e existência de Unidade de Terapia Intensiva nos hospitais. Foi observado, durante os deslocamentos de viatura, as condições sanitárias das cidades e sua estrutura, verificando a presença de cemitérios nos terrenos de praticamente todas as casas nas rodovias, principalmente na região sul do Haiti.

Também foi constatado, nas cidades da região sul do Haiti, em junho de 2017, durante missão de levantamento de dados do DRI, que as instituições civis das três localidades visitadas não desenvolviam trabalhos proativos de prevenção a desastres, ou mesmo trabalhos comunitários em geral. Com poucas exceções, foram observados apenas trabalhos pontuais, atendendo às pequenas comunidades carentes, por falta de pessoal e recursos. Na cidade de Jeremie, os moradores da cidade chegaram a receber informações sobre a vinda do Furacão Matthew em 2016 na rádio, mas não tomaram providências, por dois motivos principais, de acordo com averiguação na cidade: não compreenderam a gravidade da situação, devido ao baixo grau de escolaridade da população, e também por não possuírem instrução sobre o que fazer nessa situação. A estrutura de saúde é precária para o número de habitantes das três regiões, principalmente em Dame-Marie, local onde ocorrem mortes por falta de um banco de sangue para transfusão. No caso de um novo desastre natural, seria preciso um grande esforço para desdobrar pessoal, material de saúde e meios para evacuação dos locais afetados, bem como cuidados com a tropa que seria empregada, devendo-se tomar todas as medidas de proteção individual e descontaminação para que fossem evitadas baixas de militares empenhados nas ações de resposta ao desastre.

Nas cidades da região norte do Haiti, em julho de 2017, durante missão de levantamento de dados do DRI, foi observada a existência de uma campanha de prevenção e orientação para a população e um plano de contingência sobre desastres naturais. Em Gonaives, após o Furacão Jeanne, em 2004, e a inundação, em 2008, o governo municipal e o departamental (estadual) vinham acompanhando e orientando a população sobre desastres naturais, com foco nas inundações. As outras cidades da região norte do Haiti também possuem preocupação e certo desenvolvimento de medidas conjuntas com a população, quanto à atuação mediante situações de desastre, mas menos adequadas do que a cidade de Gonaives.

Nas cidades da região sudoeste do Haiti, em agosto de 2017, durante missão de levantamento de dados do DRI, foi obtido relato da existência de equipe haitiana de Defesa Civil, que



preparava materiais de comunicação e exercício de simulação de desastres naturais. Funciona um sistema de rádio analógico, juntamente com a implementação de um sistema digital, sendo que a ligação desses sistemas já ocorre entre a capital e as cidades de Cap-Haïtien, Gonaïves e Jeremie. Existe uma rede nacional de comunicação, visando coordenar os departamentos, caso haja um desastre natural. O alerta seria emitido pelo centro de meteorologia em Porto Príncipe e transmitido, por rádio ou telefone, aos departamentos. Em cada um destes há um Centro Departamental de Gestão de Risco e Desastre. Esses Centros, por sua vez, repassam aos Comitês Comunais de Proteção Civil, das comunas, sob coordenação dos prefeitos. Os prefeitos, por fim, transmitem ao menor nível de proteção civil, o Conselho de Assembleia de Seção Comunal (CASEC), das seções comunais. Uma vez que o alerta é emitido, uma reunião é convocada no “Centre d'Operations d'Urgence Departemental” (COUD), a fim de que seja colocado em execução o plano de contingência a ser aplicado em caso de desastre, englobando diversos setores departamentais e do município.

O Furacão Matthew, ocorrido em 2016, causou danos menores em Jacmel – Departamento do Sudeste – em comparação a outros mais afetados, tais como Grand’Anse e Sul. No entanto, sua intensidade foi suficiente para causar sete mortes. Ainda assim, ao observar a estrutura física do serviço, a cidade, o preparo para atuação em situação de desastre, não parece estar muito diferente de grande parte do país, faltando investimento em equipamentos e treinamento do pessoal envolvido na Defesa Civil.

Devido à proximidade do término da missão, como a desmobilização do Hospital Argentino já estava praticamente concluída, caso tivesse ocorrido algum desastre natural, seria necessário grande esforço do BRABAT para desdobrar seu pessoal e material de saúde e meios para evacuação a partir dos locais afetados, sendo necessário localizar área ideal para montagem de um hospital de campanha.

O BRABAT seria acionado na proximidade da finalização das operações, e seria necessário que o material relacionado para o uso do Destacamento de Resposta Inicial, como os logísticos e as comunicações, pudessem estar identificados e serem de fácil acesso, pois, no momento de eventual uso, já estariam acondicionados em contêineres para serem embarcados em navio, para retornar ao Brasil.

O BRABAT 26 poderia ser empregado por meio de uma “Quick Reaction Force” (QRF) aerotransportada, fora da Área de Responsabilidade (AOR) da MINUSTAH, em apoio à

PNH/UNPOL (Polícia Nacional do Haiti / Polícia das Nações Unidas). A UMN1, no caso de emprego da QRF, aerotransportada, deve escalar 1 (um) médico que acompanha o Pelotão de Força de Reação Rápida (Pel QRF) na aeronave (Anv) e uma equipe de saúde APH que deve ficar em condições de (ECD) seguir por meio terrestre.

A UMN1 possui atuação semelhante a um Posto de Saúde, com sala de procedimentos, leitos para acompanhamento de pacientes em enfermaria de curta permanência e leitos para estabilização clínica imediata do paciente. Possui serviço de ambulância, corpo clínico multiprofissional e hierarquizado, ligado diretamente à UMN2 que, durante o BRABAT26, foi o Hospital de Campanha da Força Aérea da Argentina (ArgHosp). Tanto UMN1 quanto UMN2 possuíam ligação direta e de Regulação Médica executadas pela médica civil da “UN Clinic”, com simultânea comunicação com o “Chief Medical Officer”, médico militar responsável pelo controle de saúde do efetivo militar da missão. A assistência, a administração, a operatividade, a inteligência e a logística de saúde integravam o Sistema de Saúde da ONU na missão. Foram enviados relatórios dos códigos CID-10 e Código de Doença da ONU para controle toda quarta-feira, todas as semanas, como forma de controle sanitário do contingente militar. Durante todo ato de transferências de militares para evacuações de enfermos para escalões imediatamente superiores, a ONU era notificada sobre a evacuação, que ocorria por meio da Força Aérea de Bangladesh (BANAIR), com materiais e profissionais de saúde argentinos da UMN2. Casos de baixas que ultrapassassem período de 30 dias, o militar era repatriado, na ausência de risco de morte, e continuaria a tratar sua doença dentro de seu país, pelo sistema de saúde nacional de seu país.

Durante a missão do BRABAT 26, o DRI se deparou com diversas situações a serem analisadas, e também atuou, como no episódio do Furacão Irma, de categoria 5, que se direcionava à região norte do Haiti, com ventos de mais de 300 km/h na rotação e deslocamento de aproximadamente 20 km/h. No final da tarde de 05 setembro de 2017, o Force Commander reuniu os Comandantes do BRABAT 26 e da BRAENGCOY 26 e toda a tropa, no pátio de formatura do BRABAT/CONTBRAS, no interior da Base General Bacellar (BGB), dentro do Campo General Jaborandy, e foram explanadas todas as ordens para execução de atividades e recomendações a todos os militares brasileiros (Marinha/Exército/Aeronáutica).

Foram selecionados segmentos diversos dos grupamentos militares que partiram para estabelecer base na proximidade da região norte haitiana. Em 06 de setembro, a base foi montada próxima à praia e encontrava-se de um lado com o mar e do outro com alta montanha. Foram fixados



ao chão 5 contêineres presos por tratores e com todas as viaturas militares ao seu redor, ficando afastado apenas o caminhão tanque de diesel, a fim de evitar problemas com incêndio, durante a passagem do furacão. No dia 07 de setembro, foi feita, na praia, uma breve formatura, como ritual militar da passagem natalícia da independência do Brasil, com a presença de todo o efetivo militar brasileiro, do Force Commander, do Comandante do BRABAT 26 e da BRAENGCOY 26. Nesse momento, a previsão de passagem do furacão era para as 02h da manhã de 8 de setembro. No final da noite do dia 07 e início da madrugada do dia 08 de setembro, o acampamento militar foi atingido por fortes ventos e muita chuva. Na manhã de 8 de setembro de 2017, duas equipes, uma pelo ar (helicóptero) e outra pela terra (viatura Marruá) locomoveram-se para o Norte do Haiti, a fim de analisarem os estragos. Foi constatado, na ocasião, que o evento se caracterizou por chuva e ventos fortes em toda a região, mas sem maiores repercussões, à semelhança do Furacão Matthew, em 2016, no Sul do Haiti.

Durante o período da missão, ocorreu fenômeno não usual na região do Caribe, a passagem simultânea de 3 furacões, o Irma, o Jose e o Katia (costa do México). Teve também, em momentos separados, o Furacão Maria e o Furacão Harvey (Texas-EUA). Houve, ainda, a ocorrência de um abalo sísmico de pequena magnitude, em 02 de setembro de 2017, em Boucan-Carré – Haiti¹⁰.

A célula de operações (G3) do BRABAT26 era responsável pelo preparo, planejamento e emprego do DRI, para avaliação de desastres, sendo uma fração modular, especializada e desdobrada de forma inédita em uma missão real brasileira, que seguiu uma doutrina em concepção no Exército Brasileiro. O Destacamento Operacional de Paz (DOPaz) fez como uma de suas atividades o desenvolvimento da doutrina do Destacamento de Resposta Inicial a Desastres (DRI), atuando junto a este destacamento, realizando avaliações de inteligência e potencializando os reconhecimentos necessários para que o Comando do Batalhão tivesse ferramentas para tomada de decisão frente a situações que necessitassem do emprego do DRI¹⁰.

O DOPAZ é uma tropa especializada e treinada para atuação em situações complexas, piores agravos em guerra e conflitos, com o objetivo de pacificar localidades violentas. Foi um grupo secreto, com aproximadamente 20 homens, com troca a cada 6 meses. Possui semelhança quanto à atuação do BOPE ou dos SEALS norte-americanos, sendo uma tropa de elite, que atuou no Haiti para pacificar as violentas favelas em conflito armado naquele país.¹⁸

5.1- SERVIÇO E PESSOAL DE SAÚDE NO CONTINGENTE BRASILEIRO DO HAITI EM 2017

Ao todo, participaram, dos pouco mais de 13 anos da missão brasileira no Haiti, 37.500 militares brasileiros da Marinha, Exército e Aeronáutica.

O Serviço de Saúde do CONTBRAS 26 possuiu como Oficial Médico Chefe / Chief Medical Officer (CMO) um Oficial Superior Médico (Coronel) da Força Aérea Brasileira, que era membro da equipe do Force Commander.

As células de Saúde foram constituídas pela UMN1 e pelo Posto de Socorro, com elementos de saúde do Exército Brasileiro isolados no norte do Haiti, ambas do BRABAT 26, a da BRAENGCY 26, com pequeno Posto Socorro/Enfermaria no seu interior, e a do Destacamento Operativo de Fuzileiros Navais (BRAMAR), com pequeno Posto Socorro/Enfermaria dentro de sua base. A Chefia de Saúde do BRABAT26 ficou a cargo de Major Médica do Exército. Membros da equipe de saúde do BRABAT26 integraram o Destacamento de Resposta Inicial.

O BRABAT26 foi composto pelos seguintes profissionais de Saúde: 5 oficiais médicos, 3 oficiais odontólogos, 1 oficial farmacêutico, 1 oficial fisioterapeuta, 1 sargento com graduação superior em enfermagem, 1 oficial médico veterinário, 1 oficial psicólogo, 7 sargentos técnicos de enfermagem, 5 cabos padioleiros/APH/resgatistas de saúde e 3 soldados padioleiros/APH/resgatistas de saúde.

Contemplavam as vagas de médico da BRAENGCY 2 oficiais médicos do Exército e, no Grupamento Operativo de Fuzileiros Navais (BRAMAR), outros 2 médicos da Marinha. Esse grupo profissional tinha como missão prestar atendimento médico, odontológico, fisioterápico, psicológico, farmacêutico, de enfermagem e de saúde pública e sanitária, pela Medicina Veterinária, ao BRABAT e restante do contingente militar, além do apoio de saúde em diversas atividades (assistenciais, administrativas, logísticas e operativas/operacionais). Foi realizado atendimento ambulatorial a militares brasileiros e de outras nacionalidades, a prestadores civis haitianos (PSH), a civis brasileiros e de outras nacionalidades, e emergenciais a militares brasileiros.

O Serviço de Saúde do Contingente Militar Brasileiro possuía um Laboratório de Análises Clínicas na BRAENGCY que estava apto para realizar os exames laboratoriais de Parasitológico de Fezes (EPF), Urina Tipo I, Gota espessa para Malária, VDRL, Cólera,

Microbiológico de Água e os Testes Rápidos (imunocromatografia) para Dengue, Chickungunya, Filariose, Hepatite A, Hepatite B (HBsAg), Hepatite C e HIV.

As evacuações e os atendimentos em saúde seguiram o escalonamento conforme determinação do CMO ONU. Em caso de atendimento que extrapolasse as capacidades da UMN1, deveria ser feito contato com o CMO ONU ou médico plantonista da ONU, na UN Clinic, para discutir o caso (em inglês) e, então, receber orientação sobre a forma e o local para onde seria evacuado o militar. Se as condições permitissem, era retirada a guia para referência, previamente, na UN Clinic. A conduta seria definida por observação do caso em específico e conforme a necessidade do paciente, de acordo com a avaliação médica.

5.2- CADEIA DE EVACUAÇÃO

1º Escalão: Atendimento primário realizado no interior da UMN1/BRABAT, do PS BRAENGCOY e do PS do Grupamento Operativo de Fuzileiros Navais / BRAMAR. Internação de pequena duração, quando na clínica de atendimento primário, até 72 horas, depois o paciente era transferido para o 2º Escalão.

2º Escalão: Casos de internações, a partir de 72 horas até 7 dias, ou atendimentos com maior gravidade, eram encaminhados para a UMN2 (ARGHOSP), Hospital de Campanha da Força Aérea Argentina, desdobrado no terreno, iniciando nesse nível os procedimentos cirúrgicos. A UN CLINIC regulava o meio de transferência e o local final de internação do paciente pela ONU. Caso não ocorresse a recuperação do paciente, ele era levado para países próximos (República Dominicana e Estados Unidos).

3º Escalão: Situações mais delicadas e cirurgias com maior grau de especialização e complexidade eram transferidas, por Evacuação Aero Médica (EVAM), para hospitais civis contratados, em Santo Domingo – República Dominicana / UMN3. EVAM era realizada pela Aviação de Bangladesh e por equipe e material de saúde do ArgHosp. No final da missão, passou a ser feita por empresa civil contratada pela ONU e com material adquirido pela ONU, continuando a regulação médica sendo feita pela UN CLINIC. Em alguns casos, com maior gravidade, que requeriam mais de 30 dias para



recobrar a aptidão total de saúde e na ausência de risco de morte, o militar era desligado da missão e repatriado para tratamento no Brasil.

4º Escalão: Em algumas remoções mais complexas, fora de risco iminente de morte, e que necessitassem de maior cuidado, realizava-se transferência para MIAMI – Estados Unidos. De lá, era realizado o procedimento de repatriação para o Brasil.

5º Escalão: Para os casos em que se fazia necessária a repatriação, e para tratamentos a longo prazo, e reabilitação, o paciente era removido para o Brasil, para acompanhamento em hospital militar das Forças Armadas Brasileiras e utilização dos Fundos de Saúde da Marinha, do Exército ou da Força Aérea Brasileira.

Não houve necessidade de remoção/translado por letalidade durante o período da missão do BRABAT 26.

Em 2017, o Conselho de Segurança da ONU, por meio da Resolução 2350, determinou o fim gradual da MINUSTAH, missão para manter o ambiente seguro e estável, mudando para a Missão das Nações Unidas de Apoio à Justiça no Haiti (MINUSJUSTH), que se iniciou em 15 de outubro de 2017. O BRABAT 26 foi responsável pela desmobilização e repatriação de todo o material empregado, durante os 13 anos de missão.

A cerimônia de encerramento do contingente brasileiro no Haiti ocorreu na Base General Bacellar, no interior do Campo General Jaborandy, em 31 de agosto de 2017, com a participação do Force Commander da Missão das Nações Unidas para Estabilização no Haiti (MINUSTAH), entre outras autoridades civis e militares.

Entre os dias 22 e 27 de setembro, em período operacional chamado “Main Body”, 85% do efetivo militar retornou ao solo brasileiro, ficando o restante do efetivo, o “Rear Party”, para retornar após 1º de outubro de 2017.

5.3- EXPERIÊNCIAS ISOLADAS

Um militar apresentou episódio de dor torácica súbita após realização da corrida durante o Teste de Aptidão Física, como pré-requisito para admissão ao efetivo do CONTBRAS para o Haiti, durante a estada em Caçapava-SP. Foi prontamente atendido e evacuado para hospital conveniado ao FUSEX do 6º Batalhão de Infantaria Leve Aeromóvel (6º BIL), na cidade de Caçapava-SP, sendo transferido posteriormente para a Unidade Coronariana e submetido a tratamento com cateterismo e colocação de “stent” coronariano, em São José dos Campos – SP. O militar foi adequadamente tratado, mas não foi selecionado para a missão de paz da ONU pelo Brasil, em 2017. No retorno da tropa do BRABAT26 ao Brasil, esse militar foi visto em Organização Militar na cidade de São Paulo, e já se encontrava recuperado.

O Haiti passou por um período de infestação maciça de percevejos da espécie *Cimex lectularius* “(black bug)” em alojamentos militares em todo o país, a qual provocou dermatites de difícil diagnóstico e sintomas semelhantes à sarna ou reações de hipersensibilidade. A presença desse inseto atrapalhou muito o descanso dos militares após as longas jornadas de trabalho.

Outra grande preocupação foi com a quantidade de pernilongos no país, levando o governo brasileiro, por meio dos militares, a fazer controle e gestão ambiental, englobando as atividades de destinação correta de resíduos sólidos (saúde), controle de vetores, dedetização e vigilância sanitária no setor de provisionamento.

Os materiais de consumo de saúde vencidos foram inutilizados, conforme orientação da Seção de Meio Ambiente da ONU, e encaminhados para o destino final dos resíduos sólidos de saúde na “Property Disposal Unit” (PDU), na Base da Índia. Mensalmente, eram enviadas amostras de água coletadas das Estações de Tratamento de Água (ETA), da cozinha do rancho do BRABAT e diretamente da rede de fornecimento haitiana (água bruta não tratada), para o Laboratório da Unidade de Água e Sanitização da MINUSTAH. Nesse laboratório especializado, eram realizados testes físico-químicos e microbiológicos. Após a conclusão, os laudos eram enviados para a Seção do G4 (Logística), para conhecimento e providências.

Um militar da Engenharia (BRAENGCOY 26), conforme relatado na UMN1, machucou a mão durante atividades de desmobilização da engenharia de construção. O militar foi atendido por

equipe de saúde do PS BRAENGC0Y 26. Segundo informações recebidas na UMN1, ele foi evacuado por meio da EVAM, após solicitação para a UN Clinic, para procedimento ortopédico no Nível 3 de evacuação, em hospital particular conveniado, em Santo Domingo, na República Dominicana.

Geralmente, a questão da dor é subjetiva e seu limiar se modifica de pessoa para pessoa. Militares bem adestrados, e com treinamentos específicos e severos, suportam relativamente bem a presença de dor. No entanto, um elemento em particular, altamente capacitado, apresentou quadro algico forte, sendo necessário o tratamento com analgesia potente durante a missão no exterior. Ele fez tratamento de reabilitação, necessitando comparecer à enfermaria para exercícios fisioterápicos, por tempo prolongado.

Alguns militares, após liberação para “leavings”, ao retornarem ao Batalhão Brasileiro de Força de Paz, apresentavam verrugas genitais, sendo tratados com medicamentos e procedimentos para extração, sendo orientados a realizarem exames sorológicos para DST.

Outro militar apresentou, por vários dias seguidos, febre de origem indeterminada e que não passava. Cabe dizer que o Haiti é região endêmica para malária e dengue. O militar em questão apresentou, inicialmente, febre e piora de estado geral. Ele não teve seu diagnóstico confirmado e foi tratado sintomaticamente, negando-se a receber tratamento para malária de forma empírica. Melhorou após acompanhamento na enfermaria por alguns dias e medicações sintomáticas acompanhadas de hidratação venosa, sendo liberado com recuperação total da UMN1 após alguns dias de convalescência.

Alguns haitianos colocaram fogo em um lote ao lado do muro do BRABAT26 para fazer carvão, o que necessitou da atuação da Brigada de Incêndio do BRABAT26 e da Engenharia Militar para erradicar o incêndio. O início do combate ao fogo foi realizado por equipe de militares de serviço que estavam na equipe de Reação. Dois militares apresentaram grau leve de intoxicação por inalação de fumaça (monóxido de carbono). Foram tratados com oxigenioterapia na UMN1, submetidos à observação clínica e liberados em seguida, sem maior repercussão.

6- DISCUSSÃO

Nos três primeiros séculos após sua descoberta, o Brasil-Colônia permaneceu aos cuidados de cirurgiões portugueses e espanhóis, de boticários, de cirurgiões-barbeiros e, até, de curandeiros, que aplicavam técnicas de Medicina curativa e algumas práticas da Medicina preventiva.

Os hospitais militares começaram a ser organizados no século XVIII. Nesse período, foram criados o Hospital Real Militar – na Bahia (1730) –, o Hospital Real Militar e de Ultramar – no Rio de Janeiro (1768) – e o Hospital Real Militar da Ilha do Desterro – em Florianópolis (SC).

No entanto, foi no período das Guerras Napoleônicas (1799 – 1815) que nasceu o Serviço de Saúde do Exército Brasileiro. O Príncipe Regente assinou o Decreto Regencial de 9 de fevereiro de 1808, pelo qual instituiu o Serviço de Saúde do Exército e da Armada Real, então denominado “serviços dos cirurgiões e físicos”.

Para estruturar o Serviço de Saúde, Dom João também deu origem à Repartição do Cirurgião-Mor, primórdio da Diretoria de Saúde do Exército, nomeando Frei Custódio de Campos e Oliveira como Cirurgião-Mor dos Exércitos e Armadas Reais, o primeiro Diretor de Saúde do Exército Brasileiro.

A condição sanitária da colônia era desoladora, além das doenças endêmicas, principalmente as doenças tropicais. Não havia, no Brasil, sequer uma escola de Medicina ou Farmácia e indústria farmacêutica. É interessante destacar que os padrões técnicos dessas ciências eram insipientes, na época, no território brasileiro.

Foi necessário muito trabalho do Serviço de Saúde do Exército para construir não só os seus próprios serviços, como também o serviço de saúde do país, fazendo coincidir a gênese do serviço militar de saúde com a história do aparecimento, no Brasil, das ciências da Medicina, da Odontologia, da Farmácia, da Medicina Veterinária e da saúde preventiva.

Até a metade do século XIX, o Serviço de Saúde Militar foi a essência da assistência institucionalizada no Brasil, com destaque pela introdução no Território Nacional dos marcos legais

dos exercícios profissionais das carreiras de saúde e da vigilância sanitária dos portos, das mercadorias, dos alimentos e dos fármacos.

No decorrer dos tempos, o Serviço de Saúde do Exército Brasileiro sempre esteve presente de norte a sul do Brasil, nos momentos difíceis e nas regiões mais afastadas, fornecendo apoio à tropa, à família militar e à população brasileira em geral.

Na Guerra da Tríplice Aliança, o Corpo de Saúde do Exército, mesmo com inúmeras dificuldades, destacou-se pela participação no apoio às tropas aliadas. A assistência à saúde ocorreu nos chamados “hospitais de sangue”, também chamados “hospitais de campanha”. No socorro aos soldados, foram utilizadas carroças puxadas por equinos, denominadas “ambulâncias de Larrey”, nas quais os feridos eram transportados até o hospital de sangue. Temos atuação, nesse evento, do futuro General de Brigada Médico Dr. João Severiano da Fonseca, primeiro Oficial General Médico do Exército Brasileiro, membro da Academia Nacional de Medicina, que se tornaria, no futuro, o patrono do Serviço de Saúde do Exército Brasileiro.

Na I Guerra Mundial (1914-1918), o Serviço de Saúde Brasileiro esteve presente, fornecendo à França uma Missão Médica Militar Especial, com cento e quarenta e seis oficiais de Saúde, incluindo médicos e farmacêuticos. Esse grupamento se responsabilizou pelo socorro dos feridos nas frentes de batalha e no Hospital Brasileiro, na cidade de Paris, contando com 260 leitos. Na época da seleção do efetivo militar, o Presidente da República era Venceslau Brás Pereira Gomes e o Inspetor de Saúde da Guerra, futuro General de Divisão Médico, era o General de Brigada Médico Dr. Ismael da Rocha, que possuía, segundo relato do livro de Alberto Martins da Silva, editora Thesaurus – 2004, “Dr. Ismael da Rocha (1859 – 1924) Sua vida de Cientista e de Militar”, responsabilidade de enviar médicos como integrantes de Comissão de Estudos de Operações e Aquisição de Material, o que se concretizou em agosto de 1918, quando os médicos e profissionais de saúde foram enviados para a Guerra que ocorria no Teatro de Operações da França. Ismael da Rocha foi companheiro do Dr. Oswaldo Cruz no Instituto de Manguinhos, fundou o Laboratório de Microscopia e Bacteriologia Clínica Militar (IBEX), foi Diretor do Hospital Central do Exército Brasileiro, Diretor de Saúde do Exército Brasileiro, aluno do Instituto Pasteur em Paris e conviveu com grandes médicos mundiais, como Pasteur, Emile Roux, Augusto César Diogo, e brasileiros, como Muniz de Aragão, Barão de Pedro Afonso e Oswaldo Cruz. Foi membro da Academia Nacional de Medicina.



Durante a II Guerra Mundial (1939-1945), o Serviço de Saúde do Exército Brasileiro atuou no território italiano com excelência junto aos hospitais norte-americanos, o que levou ao reconhecimento do serviço empenhado pelas forças amigas. Essa missão, pela primeira vez, contou com a atuação das Oficiais Enfermeiras, que integraram o Corpo de Saúde do Exército. Participou desse evento o Oficial Médico Emmanuel Marques Porto, futuro Marechal Médico Brasileiro. Foi o Chefe do Serviço de Saúde da Força Expedicionária Brasileira (FEB) na Itália. Ele é o único Marechal Médico do Exército Brasileiro. Possui relatos de sua participação na 2ª Guerra Mundial descritas em capítulo que leva o seu nome, na obra do Marechal Floriano de Lima Brayner, de 1977, Chefe do Estado Maior da FEB, do livro “Recordando os Bravos, eu Convivi com ele, Campanha da Itália”. Em 09 de fevereiro de 2009, foi publicada a Portaria do Estado Maior do Exército, Portaria N° 035, com a criação, na Escola de Saúde do Exército Brasileiro, do Espaço Cultural Marechal Médico Emmanuel Marques Porto, médico que participou do maior conflito armado ocorrido no século XX. Ele era membro da Academia Nacional de Medicina e fundador da Academia Brasileira de Medicina Militar.

A partir da segunda metade do século XX, o Serviço de Saúde vem fornecendo apoio aos Contingentes Brasileiros em Missões de Paz, como as missões em Angola, no Timor Leste e no Haiti.

O Serviço de Saúde do Exército também leva a assistência à saúde para a Família Militar, ou seja, dependentes, pensionistas e militares da reserva. É principalmente nas Organizações Militares de Saúde (OMS) que todos os integrantes do Exército e seus dependentes recebem os cuidados preventivos e assistenciais das mãos de oficiais e praças de Saúde, em todo o Território Nacional.

A Mão Amiga oferece auxílio à População Civil nas situações emergenciais e/ou sociais, principalmente nas regiões mais carentes e atingidas por condições geográficas e sociais desfavoráveis. Assim, o Serviço de Saúde tem sido a mão amiga atuante em meio à população ribeirinha da região Amazônica e aos sertanejos da região Nordeste, que enfrentam situações de carência na área da Saúde.

Na Amazônia, a rede hospitalar do Exército Brasileiro é constituída por um Hospital Militar de Área em Manaus (sede da 12ª Região Militar), um Hospital Geral em Belém (sede da 8ª Região Militar), além de quatro Hospitais de Guarnição – de Marabá, de Porto Velho, de Tabatinga e de São Gabriel da Cachoeira –, sendo os dois últimos importantes centros de atendimento abertos à

população civil, mediante convênio com o Sistema Único de Saúde, atendendo a população indígena, ribeirinhos e estrangeiros das fronteiras locais. Inclui, ainda, os Postos Médicos das Guarnições de Boa Vista, Cruzeiro do Sul, Tefé e dos Pelotões Especiais de Fronteira. Somadas, as atividades de saúde na região amazônica geram mais de 30.000 atendimentos por mês.¹¹

O Exército, quando é convocado para socorrer a população civil em situações emergenciais, especialmente em resposta a desastres naturais, por meio do Serviço de Saúde Militar, desdobra suas instalações de campanha para realizar o atendimento à população atingida, repetindo desde sempre, ao longo da história, o auxílio contra epidemias e situações de calamidades públicas.

Em situações de emergência ou calamidade, o Exército é sempre convocado, atuando juntamente com outros órgãos da sociedade, para minimizar os danos e permitir a rápida restauração da condição de normalidade. Inúmeras atuações o Serviço de Saúde contribuiu para o alívio da dor e estabilização das condições de emergências e epidemias. Podem-se citar a atuação nos hospitais de Campanha durante a epidemia de dengue no Rio de Janeiro, em 2008, o apoio médico aos vitimados pelas enchentes e deslizamentos em Santa Catarina, no mesmo ano, e, em 2010, a instalação do Hospital de Campanha em São Gonçalo (RJ), para apoiar as vítimas da enchente. Também, na história recente do país, temos o atendimento médico emergencial dos militares da Guarnição de Osasco/Barueri (SP), após a explosão do Osasco Plaza Shopping, no estado de São Paulo, na década de 90.

Quanto à atuação voltada para o combate pelo Serviço de Saúde, a doutrina do Serviço de Saúde em Campanha do Exército Brasileiro é baseada na vivência do Exército Americano durante a II Guerra Mundial. Possui como referência histórica de saúde anterior o Exército Francês nas Guerras Napoleônicas. No momento, a doutrina de saúde do Exército Brasileiro vem sendo estudada, mas ainda não sofreu modificações significativas¹⁷.

No ambiente moderno e com novas tecnologias, há a necessidade de uma nova doutrina de saúde militar para as atividades das Forças Armadas. Atualmente, existe o entendimento da importância dos conceitos de saúde para garantir a higidez da tropa durante as atividades de combate^{14, 21, 26, 32}.

No Brasil, a Medicina Operativa prestada pelo Serviço de Saúde das Forças Armadas Brasileiras está regulada pelo **MANUAL DE APOIO DE SAÚDE EM OPERAÇÕES**

CONJUNTAS do Estado Maior Conjunto das Forças Armadas, sendo oferecido como apoio eficiente, eficaz e efetivo, principalmente em situações em que os recursos humanos, infraestrutura física e materiais sejam limitados.

Com o desenvolvimento atual das comunicações digitais e transmissão em tempo real, as informações de todo o planeta chegam ao conhecimento da sociedade global de imediato. O tratamento humanizado e o adequado apoio de saúde em combate se fazem imprescindíveis para aumentar a moral do combatente e melhorar a opinião pública sobre o evento, aumentando o apoio da população para com o “braço armado” do país³.

Hodiernamente, pode-se ver a ocorrência de militarização em situações em que ocorrem a necessidade de emprego de resposta a desastres, como o ocorrido no furacão Katrina, nos Estados Unidos da América, onde foram mobilizados 63 mil militares para controlar a situação^{25, 28}.

A atuação da saúde se faz desde conflitos de baixa intensidade, mais localizados e com pequeno número de baixas, até conflitos de alta intensidade e grande número de baixas, em grandes extensões geográficas. Deve-se atentar para a eventualidade de utilização de Armas de Destruição em Massa, o que não observa os princípios básicos do Direito Internacional dos Conflitos Armados (DICA), pela Convenção de Genebra e pelo Tribunal de Haia.

O Apoio de Saúde adequado torna possível a continuidade das ações militares em um Ambiente Operacional inadequado pela ótica sanitária³.

Em 2017, completaram-se 60 anos da primeira participação de tropa militar brasileira em Operação de Paz da ONU, na Região do Canal de Suez. Na presente data, temos 15 Operações de Manutenção da Paz sob a égide da ONU ocorrendo simultaneamente no globo terrestre: Chipre, Costa do Marfim, Golã, Índia/Paquistão, Kosovo, Líbano, Libéria, Mali, Oriente Médio, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Saara Ocidental, Sudão e Sudão do Sul. O Brasil atuou no Haiti até 2017 e atua no Líbano com militares da Marinha do Brasil, e também atua com militares, individualmente, em mais seis missões¹.

A continuidade das Forças Armadas Brasileiras em operações no cenário internacional trará a realidade de emprego pela defesa nacional da Unidade Médica Nível 2 em participação de contingente militar em nova Operação de Paz (Op Paz) da ONU. O nível 2 é o



primeiro estágio em que ocorrem atuações médico-cirúrgicas. Possui também, como apoio ao emprego da clínica médica, a instalação de laboratório de análises clínicas, radiologia e recursos em Terapia Intensiva. Presta serviços médicos e odontológicos em área previamente definida pelo Conselho de Segurança das Nações Unidas. Possui capacidade diária para 4 cirurgias, 10 consultas odontológicas, 40 atendimentos de ambulatório médico e internação para até 20 pessoas, com prazo de internação individual no local para até 7 dias. Será uma oportunidade para se aperfeiçoar a coordenação logística entre as Forças Singulares, pois a unidade é composta por militares brasileiros de saúde igualmente distribuídos pela Marinha, Exército e Aeronáutica¹.

A SAÚDE (Serviço de Saúde) é uma complexa área dentro do sistema militar, que atua em várias áreas, como administrativa, operativa/operacional, assistencial e logística. Ela se liga a todos os outros campos de atuação militar, como no controle do efetivo, em conjunto com a primeira seção (S1 ou E1 ou G1 ou U1); a inteligência militar em saúde, juntamente à segunda seção (S2); a instruções e participações em operações militares diversas, sob a coordenação da terceira seção (S3); na administração e aquisição de materiais logísticos de saúde, pela quarta seção (S4); e, também, via Fiscal Administrativo, pela participação dos ACISOS (ações cívico sociais) da Força, promovidas pela quinta seção (S5) ou Relações Públicas (RP). No Haiti, o leque de interligação da saúde foi maior do que o que geralmente ocorre em um batalhão convencional, dentro do território brasileiro. Atuou em território estrangeiro com apoio a diversas células operacionais, como a “Quick Reaction Force” (QRF) e o Destacamento de Resposta Inicial (DRI). Interagiu com a população haitiana por meio da seção de Intérpretes Militares, e através dos Eventos Comuns Cívicos e Militares (CIMIC). Atuou junto à Assessoria Jurídica para os aspectos do trabalho médico brasileiro quanto ao atendimento de nacionais não brasileiros e as condições escritas em contratos de serviço para essas atividades. Trabalhou com a Seção de Patrimônio na constante conferência e análise dos materiais carga em nome da Unidade de Saúde. Na Seção de Comando e Controle, com a participação do oficial superior Médico Chefe do Brabat26, compondo o espaço no Estado Maior da Unidade e fazendo a assessoria específica para os fatores de saúde e higidez da tropa. Na Seção de Comunicação Social, ajudando no “marketing” do emprego do Serviço de Saúde das Forças Armadas Brasileiras em prol da construção de inter-relação amistosa entre os militares brasileiros e a população local. Contribuiu com os serviços do Destacamento Operativo de Paz, com participação de elemento de saúde em seu interior. Trabalhou em conjunto com o Destacamento de Operações Psicológicas, principalmente durante coleta de dados prévios para utilização do DRI. Na Fiscalização



Administrativa fez atuação quanto ao controle de produtos e combate de animais e vetores, e o controle de água na região do Batalhão (BRABAT26), sendo modelo de atuação em Saúde Pública. Fez acompanhamento próximo da saúde dos militares do Setor de Aproveitamento, o que ajudou na diminuição e controle do que seria o aumento das doenças de origem do aparelho digestório na tropa. Houve interação com os pelotões de Comunicação em referência às necessidades de estabelecimentos de pontos de escutas de saúde entre os profissionais de saúde e o Comando do Batalhão, interação com o pelotão de Engenharia devido à constante necessidade do serviço desses companheiros para manutenção de equipamentos de saúde, o que permitiu o funcionamento e a capacidade operativa de saúde da UMN1. Trabalhou junto com o pelotão de Manutenção que se desdobrava para colocar as viaturas ambulância em ordem para funcionamento e cumprimento das missões e o pelotão de Suprimento, responsável por controlar e adquirir materiais que seriam necessários para a Saúde. Em resumo, um Serviço de Saúde é muito importante e, para o mesmo funcionar, necessita de todos os demais como forma de engrenagem para manter o perfeito funcionamento institucional¹⁰.

A Saúde tinha elementos em todas as Companhias do BRABAT26, BRAENCOY26 e BRAMAR26, sendo o efetivo mínimo por Companhia um oficial médico de carreira, um sargento técnico de enfermagem de carreira do Exército e um cabo ou soldado padioleiro/socorrista/APH. Tinha também um oficial superior médico, um oficial intermediário farmacêutico e um oficial superior médico-veterinário como oficiais membros do Estado Maior da Organização Militar. Havia, ainda, um oficial superior médico pertencente diretamente à equipe do Force Commander, o Chief Medical Officer.

Os Socorristas exercem seu ofício em ambientes diversos, fechados ou abertos, em condições climáticas adversas. Durante sua atividade, ajoelham-se, inclinam-se e carregam grandes pesos a todo momento. Passam por riscos ocupacionais como desenvolvimento de lesões/deformidades osteomusculares devido ao peso carregado dos pacientes atendidos e dos equipamentos transportados à mão, e também perda de audição gradativa por exposição a ruídos, principalmente da sirene da viatura ambulância. Estão mais expostos a doenças infectocontagiosas como Hepatite B e AIDS, são expostos à violência por pacientes psiquiátricos. O trabalhador dessa profissão está mais suscetível a transtornos como a síndrome de “burnout”. A vida ou a morte, além do sofrimento das pessoas, entre pacientes, seus familiares e dos membros da equipe multiprofissional estão intimamente ligados à carreira do socorrista. Atua em ações de



prevenção e possui posição única na relação da morbidade e mortalidade do público atendido. São importantes como liderança na transmissão do saber à população sobre atendimentos pré-hospitalares imediatos.²

Os Socorristas exercem atividades pré-hospitalares, tratam doentes em que são necessárias tomadas de decisões corretas e rápidas. Para essa ocasião, necessita-se de discernimento a partir de conhecimentos prático-científicos de anatomia, fisiologia e farmacologia.²

O total de militares brasileiros participantes na missão foi de 970. Desses, foram registrados 516 atendimentos médicos diversos, em período de 4 meses, na Unidade Médica Nível 1, no interior do BRABAT 26. Foram registrados 106 Códigos Internacionais de Doenças (CIDs-10) diferentes, sendo que houve CIDs repetidos em mais de uma oportunidade em 61 vezes, e o CID que isoladamente mais se repetiu o fez em 58 vezes. As doenças com maior incidência foram enquadradas em 4 grandes grupos: doenças relacionadas ao aparelho respiratório, gastrointestinal, osteomuscular e pele.

Os cenários de operações militares podem ser afetados por inúmeras condições de saúde que expõem o efetivo militar empregado a riscos. Grandes são os desafios encontrados, como a logística precária da saúde, péssimas condições de saneamento e sistemas de saúde do local, abastecimento inadequado de recursos hídricos, insumos alimentícios fora de condições de controle de vigilância sanitária e exposição acentuada a epidemias^{14, 29}.

Observam-se inúmeras adversidades em ocasiões de conflito, muitas envolvendo ciclos de vida em animais presentes no meio ambiente dentro do Teatro de Operações, trazendo transtornos de saúde, como o caso de inúmeras doenças infectocontagiosas tropicais, como cólera, dengue, gastroenterites alimentares, malária e riquetsioses^{12, 14, 15, 31}.

A interação do ser humano com o ambiente é complexa e dinâmica, com fatores conhecidos ou não, que se alteram ao passar do tempo. A vigilância epidemiológica, de acordo com a Lei 8080, é o “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. Fornece orientação técnica contínua para os responsáveis pela tomada de



decisão e execução das ações de controle das doenças e agravos. É um instrumento importante para planejar, organizar e operacionalizar os serviços de saúde. Todos os níveis do sistema de saúde têm atribuições de vigilância epidemiológica, compreendendo a coleta de dados, o processamento de dados coletados, a análise e interpretação dos dados processados, a recomendação das medidas de controle apropriadas, a promoção das ações de controle indicadas, a avaliação da eficácia e da efetividade das medidas adotadas e a divulgação de informações pertinentes⁵.

Pode-se mostrar o ocorrido entre os anos de 1948 a 1998 nas 49 missões de paz da ONU, em que cerca de 23% das fatalidades, no efetivo das tropas, ocorreram por enfermidades não relacionadas ao combate. Em relação ao Brasil, nos anos de 1990, em operação pela ONU, três militares tiveram evento fatal devido à infecção promovida pelo Plasmodio, em Angola. Dados dos eventos iniciais da MINUSTAH, no período compreendido entre 2004 e 2006, mostraram que 4,4% dos militares brasileiros do CONTBRAS retornaram ao solo brasileiro com exames sorológicos positivos para malária^{14, 23}.

Foram observados, ao longo de toda a missão de paz no Haiti, por pouco mais de 13 anos, casos de doenças endêmicas como a dengue e seus tipos 1, 2, 3 e 4, a malária, a filariose, a encefalite do Nilo Ocidental e a mansonelose. Foram relatadas e acompanhadas três epidemias, em 2010, após o terremoto que assolou o Haiti: a primeira de gastroenterite, depois de malária e, em seguida, de cólera. Devido ao país possuir graves problemas de saúde pública, também foi preciso realizar o controle de cães errantes, pois é o estado americano com maior foco da doença de raiva, no continente.

No BRABAT 26, em 2017, as doenças infectocontagiosas mais comuns foram nasofaringite aguda, parasitose intestinal, diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível e picaduras de insetos, no meio ambiente em que viveu o efetivo brasileiro, em região tropical. Havia fácil transmissão por via respiratória, a partir de fômites e por estarem os militares vivendo em ambientes confinados, no caso do resfriado comum. As medidas utilizadas pela UMN1 foram a distribuição maciça de protetor solar e repelentes. Os responsáveis pela Fiscalização e Engenharia do Batalhão colocaram, anteriormente, pias na entrada dos refeitórios (rancho/cassino), com sabão líquido, álcool e secador automático de mãos, medida usada para melhorar os hábitos de higiene da tropa, facilitando a lavagem das mãos à entrada do refeitório.



Foi realizada coleta e exame parasitológico de fezes de todo o efetivo brasileiro durante a missão, tratados todos os casos positivos de verminose intestinal, antes de retornar ao Brasil, feito atendimento médico 24 horas nos 7 dias da semana e distribuição de medicamentos, constantes da Farmácia Militar, por meio da cadeia logística de saúde classe VIII do BRABAT26. Ocorreu presença constante dos elementos de saúde dentro das Companhias (Subunidades Militares), com orientações frequentes a todos os militares, isoladamente, e assessoria aos comandantes das Companhias sobre a higiene da tropa e, principalmente, quanto à hidratação dos militares, para que fossem evitados casos de rbdomiólise, e além da prevenção de doenças de carrapatos, como a febre maculosa, entre outras. A assessoria ao Comando da Unidade (Batalhão) BRABAT26 se fazia pela Major Médica Chefe do Serviço de Saúde do BRABAT26 e a assessoria ao Force Commander era realizada pelo Chief Medical Officer, Oficial Coronel Médico da FAB.

Ocorreram diversos atendimentos a emergências, com gravidades diversas. Alguns foram: cálculo renal, intoxicação exógena e lesão perfuro-perfurante em região posterior de coxa. O primeiro caso foi o de militar que durante deslocamento do comboio militar, que se destinava para a região norte do Haiti, durante a operação do Destacamento de Resposta Inicial sobre o Furacão Irma, deflagrou grave crise álgica no interior de sua viatura, com náusea, vômito e posição antálgica, não sendo possível amenizar a dor no acostamento da rodovia. O militar foi retraído de imediato para a Base brasileira em Porto Príncipe, atendido pela equipe médica local, sendo conversado com o Fiscal Administrativo do BRABAT26, e por meio da seção de intérpretes militares em línguas francesa e inglesa, foi realizada a remoção para hospital de ONG britânica, na região de Petionville, na cidade de Porto Príncipe, onde foi realizado exame de imagem e medicação venosa, sendo liberado, em seguida, para os cuidados na UMN1, com o diagnóstico de nefrolitíase. O segundo caso ocorreu com a ingestão acidental de cloro por um militar, quando foi beber água após realização de atividade física de corrida. Entrou no rancho enquanto estava sendo lavado, pegou água em recipiente de água que estava cheio de água com cloro e ingeriu, de forma súbita, um copo com a solução. O paciente foi atendido por equipe multiprofissional na UMN1, com presença e atuação concomitante de médico, enfermeiro e farmacêutico, sendo internado na UMN1, com monitoração cardíaca e observação por 3 dias. O terceiro caso foi de militar que compareceu, à noite, por volta de 23h, na sala de emergência da UMN1, carregado por companheiros. Ele se encontrava em confraternização de oficiais e sargentos do BRABAT26, ingeriu álcool e, ao final da festa, foi tentar colaborar com a arrumação



e a organização do local (o que é comum no meio militar), levando caixas de materiais para o Grêmio, que ficava na rua, atrás do salão de festa. Colocou um copo de vidro no bolso da calça na parte posterior. Contou que a iluminação não estava boa e, com as mãos ocupadas, tropeçou no meio fio e caiu sentado sobre o copo de vidro, fazendo um corte largo e profundo, com sangramento ativo, em região posterior de coxa. No corte cabiam 3 dedos na ferida, sendo que os mesmos desapareciam em profundidade por completo. Foi preciso realizar uma sutura profunda para estancar a hemorragia e fechar o ferimento. Mesmo após fechado, como o militar era muito ativo, permanecia um sangramento moderado no local, sendo preciso permanecer internado para ajudar no processo inicial de hemostasia e cicatrização, nas primeiras 72 horas.

Um evento médico interessante para ser reportado na missão é o caso ocorrido na Base Militar do Nepal, em Cap Haitien, com o pelotão de Engenharia Militar, durante a desmontagem e a reforma das instalações. Em uma noite, um dos militares (praça) relatou a amigos que não estava se sentindo bem, com sensação ruim em abdômen, diminuição de apetite, barriga “inchada” e dificuldade para “ir ao banheiro”. Foi conduzido ao médico e ao técnico de enfermagem que estavam em instalação improvisada no interior de um dos alojamentos da Base, pois estava passando pelo processo de desmontagem. Foi atendido, estava afebril, com abdômen indolor e timpânico; foi medicado sintomaticamente e, como o militar estava dividindo alojamento, foi orientado a retornar para reavaliação pela equipe de saúde, caso não observasse melhora. No outro dia, continuou apático, sem evacuar, inapetente, desidratado, com enjoo. O militar foi colocado em soroterapia venosa no alojamento e foi aplicada medicação endovenosa. O Comandante do pelotão de Engenharia no local entrou em contato telefônico com o Comandante da BRAENGCOY, em Porto Príncipe, e colocou a médica da BRAENGCOY para conversar com o médico que estava na Base do Nepal, isolada, no norte do Haiti. Foi definido que o caso deveria ser passado para a médica reguladora da UN CLINIC para que fosse viabilizada a EVAM com a Força Aérea de Bangladesh e com a equipe médica/saúde do ArgHosp. A médica da UN CLINIC não concordou em realizar a remoção naquele momento, alegando necessitar de mais informações, e pediu para entrar em contato 2 horas depois para ver a evolução clínica do paciente. Já se passava, no momento de 15h, e, como o tempo transcorreu, a aeronave não pode mais decolar nesse dia. O Comandante da BRAENGCOY, então, deu ordem para que a viatura ambulância militar se deslocasse com o enfermo, para Porto Príncipe, naquele mesmo dia. A remoção durou mais de 6 horas, o militar foi atendido no Posto de Socorro da BRAENGCOY, fez exame de hemograma completo, constatando leucocitose, febre,



desidratação, sendo transferido para a UMN2 (ArgHosp) e avaliado por cirurgião geral da UMN2. O médico radiologista (ultrassonografista) estava de “leaving” e o cirurgião, por evidência clínica e exame físico, tratou o caso conservadoramente, com antibioticoterapia venosa, e soroterapia, retornando o paciente para reavaliação médica da BRAENGCOY, que seguiu o acompanhamento.

Durante a missão, houve todos os tipos de risco, sendo a única certeza a de ir; a de voltar, uma incógnita. A tropa foi para a missão de paz, em país conturbado político/socialmente onde, por vezes, eram encontradas pessoas mortas na rua. Não era permitido sair da Base por motivo de segurança para a tropa, pois a classificação da ONU da segurança local era “VERMELHA”, ou seja, grau máximo de risco, configurando necessidade de sair da Base com arma e munição, inclusive para o pessoal de saúde (proteção individual), com autorização para portar 1 fuzil e 1 pistola (oficiais), com 2 carregadores para cada arma, completos, e 1 fuzil (praças). As pessoas não pertencentes às Bases também não podiam entrar sem que fosse realizado protocolo de segurança. Houve riscos em missões externas à Base principal (BRABAT), onde se pode ver, por vezes, pessoas em meio à população portando armas de fogo, o que era sempre reportado ao comando militar. Havia proximidade a um dos lugares mais pobres e violentos do mundo, a favela de Cité Soleil, e, para coroar a missão, a tropa partiu sem certeza alguma, em direção ao Furacão Irma. Qualquer que seja a missão solicitada e distribuída pelo Conselho de Segurança da Organização das Nações Unidas a um país, nunca será sem risco e fácil e, por isso mesmo, cada país se prepara e seleciona os melhores recursos humanos e materiais para o cumprimento da missão.

A relação interpessoal durante a missão é uma barreira muito complicada. Apesar de já possuir algumas especialidades médicas e bagagem profissional, com experiência prévia de participação nas ocupações dos Complexos de Favelas da Penha e do Alemão, na cidade do Rio de Janeiro, em 2011, a opinião pessoal teve pouca influência para a melhoria da equipe de saúde e da condição de saúde de toda a tropa, pois o autor ocupava posição de médico mais moderno e a Instituição Militar é pautada pela disciplina e pela hierarquia, e não pelas especializações dos profissionais, nos mais diversos postos e graduações. A missão foi proveitosa, com oportunidade a partir da experiência para buscar conhecimentos com o ambiente, a sociedade local e desfrutar das companhias de pessoas, dos mais diversos níveis culturais e profissionais. O conhecimento paira sobre tudo e sobre todos, bastando ao sábio a arte de contemplar e de usufruir o infinito



saber. Como médico, o autor teve oportunidade de aproveitar as situações para fazer, na maioria das vezes, muito com pouco, aguçar seus conhecimentos em Saúde Pública, por meio da observação e da análise da população, das cidades, da condição sanitária do país, das medidas de prevenção e controle de incidentes, das redes hospitalares públicas e privadas e das transferências inter-hospitalares, com os veículos e profissionais locais.

Ao viver fora do país natal por um período e deparar-se com problemas diversos, pôde analisar e chegar à conclusão de que não é da cultura social brasileira conhecer procedimentos sobre prevenção e atuação em situações de desastre, medidas que deveriam ser voltadas à educação básica. No Haiti, em 2016, durante a passagem do Furacão Matthew, aproximadamente 850 vidas foram perdidas. Para países como o Japão, ensinar suas crianças, no ensino fundamental, sobre maneiras de como se proteger e agir em situações como os terremotos que assolam com certa frequência o país, é uma atribuição do sistema de ensino. Em Israel, também se ensinam as crianças como utilizar máscaras de gás e como atuar em diversas situações críticas que o país possa enfrentar. Foi compreendido, durante os deslocamentos, como componente do Destacamento de Resposta Inicial, que a mesma iniciativa de reconhecimento deveria ser feita em todas as cidades do Brasil. Só com tempo, estudo, educação e experiência muda-se um povo e, com isso, o destino de uma nação.

A partir do final da missão e com as experiências acumuladas, continuarão o aprendizado e a transmissão dos conhecimentos obtidos para o restante da população militar e civil que não teve, até o momento, a oportunidade de participar de uma missão no exterior, representando o seu país. Continuarão os estudos e a produção de trabalhos para a literatura acadêmica, a fim de contribuir com o aumento e o desenvolvimento do saber da medicina militar brasileira. Não se descarta, também, a participação em novas missões da ONU realizadas pelo Brasil no futuro.

Durante a estada no Haiti, e após o primeiro semestre do retorno ao solo brasileiro, foi disponibilizada uma pesquisa, por meio de elaboração de questionário/survey pela Internet, com o propósito de realizar levantamento, por parte de militares voluntários, sobre o nível do conhecimento que eles tinham sobre conceitos diversos de Saúde. Participaram 24 voluntários, sendo 21 militares e 3 civis. As idades entre os participantes variam entre 24 e 64 anos de idade. Participaram do estudo 1 Coronel (4,1%), 2 Majores (8,4%), 4 Capitães (16,5%), 8 1º Tenentes (33%), 2 1º Sargentos (8,4%), 2 2º Sargentos (8,4%), 2 3º Sargentos (8,4%) e 3 Civis (12,5%).

Dos participantes, os tempos de serviço foram: 0-5 anos: 17% (4) / 6-15 anos: 29% (7) / 16-25 anos: 33% (8) / 26-35 anos: 8% (2) / civil: 13% (3).

Segundo o livro referência do Prof. Dr. Bruce Duncan, “Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências”, em sua 3ª Edição, entende-se Sistema de Saúde como um conjunto articulado de recursos e conhecimentos, organizado para responder às necessidades de saúde da população. Essa condição é fundamental para o enfrentamento de todos os problemas de saúde. Um Sistema de Saúde é entendido como uma rede horizontal interligada por pontos de atenção à Saúde. Um ponto de atenção à Saúde é um local de prestação de serviços¹⁹.

Segundo a Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz, Dra. Sônia Fleury, tem-se como aspectos constitutivos principais a seguinte síntese de modelos de proteção social, que exercem influência sobre os tipos de sistema nacional de Saúde, a saber: assistência, seguro e seguridade. O primeiro, com base na caridade, sendo o acesso por meio de comprovação da pobreza; o segundo, na condição de solidariedade, em que os benefícios se dão pelo vínculo, seja pelo trabalho, seja pela filiação; o terceiro se apoia no princípio da justiça, possuindo acesso universal. Não existem sistemas puros, também nem sempre a riqueza de uma sociedade se expressa por justiça social, ou por um bom ordenamento dos serviços^{16, 20}.

Sobre a competência de Sistema de Saúde, ao se perguntar se houve instrução sobre o Sistema de Saúde dentro do Estabelecimento de Ensino Militar, foi respondido “não” por 37,5% (9), “não sei responder” por 20,9% (5) e “sim” por 41,6% (10). Quando se perguntou se o entrevistado conhecia o que é um Sistema de Saúde, foi respondido “não” por 13% (3), “não sei responder” por 29% (7) e “sim” por 58% (14).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é entendida como uma forma de organização dos Serviços de Saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, a partir de uma perspectiva da população¹⁹.

Os Sistemas de Atenção à Saúde apresentam vários objetivos, como os seguintes: I. alcançar nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; II. garantir proteção adequada dos riscos a todos os cidadãos; III. acolhimento humanizado a todos os cidadãos; IV. garantir a

prestação de serviços efetivos e com qualidade; V. garantir a prestação de serviços com eficiência²⁴.

Outra maneira de se entender a APS seria como um território de ordem parcial e dinâmico, como o descrito pelo autor Milton Santos, “território utilizado”, ou pelo autor Mendes, “território processo”, que consideram muito mais do que a questão geográfica, analisando também os contextos social, político ou econômico, sendo uma óptica que valoriza a APS como componente-chave de todos os Sistemas de Saúde²².

Nas redes de atenção à Saúde, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia, com o sistema se organizando com formato de rede horizontal de atenção à Saúde. Não possui, portanto, hierarquia entre seus diferentes pontos intrínsecos da rede, sendo rede horizontal, com pontos de distintas densidades tecnológicas, sem ordem de grau ou de importância entre eles, todos pontos considerados igualmente importantes para que possam juntos cumprir os objetivos das redes de atenção à Saúde²⁴.

Sobre a competência de Atenção Primária à Saúde, ao se perguntar se houve instrução sobre Atenção Primária à Saúde dentro do Estabelecimento de Ensino Militar, foi respondido “não” por 37,5% (9), “não sei responder” por 29,2% (7), “sim” por 20,8% (5) e “não sou militar” por 12,5% (3). Quando se perguntou se o entrevistado conhecia o que é Atenção Primária à Saúde, foi respondido “não” por 25% (6), “não sei responder” por 21% (5) e “sim” por 54% (13).

Os Desastres (ou Catástrofes) são eventos envolvendo incidentes de grande magnitude e múltiplas vítimas, que interrompem a normal atividade dos Serviços de Saúde, trazendo transtornos à comunidade local. Essas condições ocorrem em um espaço limitado e levam a um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis. Catástrofes com início gradual, como o caso dos furacões e algumas enchentes, possibilitam plano de resposta médica coordenada e um sistema de triagem adequado. Nessa ocasião, deve-se realizar, por equipes de triagem, classificação e reavaliação de vítimas a cada poucas horas. Quando o desastre for de grande dimensão, pode ser forçada a tomada de decisão de classificação de grande número de vítimas em categoria amarela e a inviabilização de evacuação do local¹³.

Após protocolo de ações definido e acertado entre Ministério da Defesa, Ministério de Integração Nacional e Ministério da Saúde, os responsáveis por atividades específicas, a partir de



então, ficam cientes de suas responsabilidades para a atuação em operações de resposta a desastres no Brasil, com plano de ativação de resposta conjunta.

As Forças Armadas Brasileiras possuem atribuições regidas pela Constituição Federal Brasileira que se relacionam à Defesa Pátria, à Garantia dos Três Poderes e da Lei e da Ordem, constituindo o dever de proporcionar a Segurança e a Defesa Nacional. Como atribuições subsidiárias, em situações de paz, devem apoiar a Defesa Civil para prestação de serviços em condições de emergência e catástrofe, e condições de ajuda humanitária, atuando de forma signatária a protocolos internacionais.

O Plano e Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil, para atuação das Forças Armadas, segundo interpretação do Exército Brasileiro, contempla apenas colaboração e cooperação, com autorização prévia do Comando de cada Força Singular. Para o emprego das Forças Armadas Brasileiras, necessita-se de autorização a partir de decreto emitido pelo Presidente da República, após análise da situação de instabilidade emergencial pela Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil.²⁸ Esse processo pode levar 3 dias, até sua autorização. Nota-se evolução na gestão das operações de resposta a desastres no Brasil, nos últimos anos, com expressivo incentivo financeiro do governo federal, na prevenção e atuação em catástrofes, no território nacional, possuindo as Forças Armadas estrutura de Comando e Controle, concomitante à mobilidade e à logística, atuando com êxito em condições de guerra e em desastres.

No âmbito do Exército Brasileiro, o médico regulador exerce as funções de Oficial Médico socorrista/intervencionista, responsável pelo APH, pelo gerenciamento, pela definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para dar suporte às solicitações realizadas pelos enfermeiros socorristas ou socorristas técnicos responsáveis pelo atendimento local, e também durante o transporte até a admissão do paciente pelo médico do serviço de emergência da Organização Militar de Saúde (OMS) ou Organização Civil de Saúde (OCS). São utilizados protocolos técnicos, com a faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento ao paciente⁴.

Sobre a competência da Regulação Médica, ao perguntar se o entrevistado sabia o que era Regulação Médica, foi respondido “não” por 41,5% (10), “não sei responder” por 17% (4) e “sim” por 41,5% (10). Quando se perguntou ao entrevistado se achava importante a Regulação



Médica, foi respondido “não” por 0% (0), “não sei responder” por 54% (13) e “sim” por 46% (11).

No âmbito do Exército Brasileiro, o APH constitui o atendimento mais precoce realizado à(s) vítima(s), após ocorrência de agravo à saúde. Consiste na intervenção de profissionais de saúde, com realização de procedimentos técnicos, inclusive invasivos, no local do evento ou durante o transporte, concluindo sua ação com a chegada da(s) vítima(s) em uma Organização Militar de Saúde (OMS) ou Organização Civil de Saúde (OCS).

O APH é uma das disciplinas de saúde presentes no currículo militar, com diferentes graus de profundidade e complexidade, podendo ser administrada ao público combatente e ao público de saúde, de acordo com a categoria profissional e grau de abordagem e complexidade, para atuação dos profissionais de acordo com a legislação vigente no Brasil. Habilita profissionais do Serviço de Saúde do Exército Brasileiro a atuarem, profissionalmente, nas atividades de APH previstas no interior da Força Terrestre⁴.

Sobre a competência de Atendimento Pré-Hospitalar, ao perguntar se houve instrução sobre Atendimento Pré-Hospitalar dentro do Estabelecimento de Ensino Militar, foi respondido “não” por 29% (7), “não sei responder” por 8% (2), “sim” por 50% (12) e “não sou militar” por 13% (3). Quando se perguntou se o entrevistado conhecia o que é Atendimento Pré-Hospitalar, foi respondido “não” por 13% (3), “não sei responder” por 8% (2) e “sim” por 79% (19).

O atendimento ao trauma pré-hospitalar no campo de batalha varia em muitos aspectos do atendimento pré-hospitalar ao trauma, conforme praticado no setor civil. Os ferimentos quanto à gravidade e aos tipos são diferentes dos encontrados em ambientes civis, e a equipe médica de combate encontra vários desafios a mais ao cuidar de seus companheiros feridos durante as situações táticas. Os cuidados são prestados sob fogo hostil, em geral trabalhando no escuro, com múltiplas vítimas e equipamentos limitados. Eles, frequentemente, enfrentam períodos prolongados de evacuação, assim como a necessidade de manobras táticas sobrepostas aos seus esforços para o socorro à vítima.

No campo de batalha, as diretrizes de condutas desenvolvidas para o meio militar não são semelhantes ao tratamento ofertado em cenário civil. Mortes evitáveis e mortes adicionais

desnecessárias ocorrem por vezes se o ambiente tático não for considerado, ao se planejar as estratégias do atendimento ao trauma no teatro de operações.

Há muito tempo se reconhece a importância do atendimento ao trauma em cenário de conflito armado. O Comando de Guerra Especial Naval Americano, em 1993, e após seguido pelo Comando de Operações Especiais dos EUA (USSOCOM) elaboraram o projeto “Tactical Combat Casualty Care” (TCCC). A partir dessa iniciativa, surgiram obras publicadas como suplemento à Medicina Militar Americana em 1996, como conjunto de grades de cuidados de trauma taticamente apropriados. Nesse ano foi ministrado o primeiro curso do TCCC para oficiais médicos da Marinha dos Estados Unidos, pelo Escritório de Medicina e Cirurgia da Marinha (BUMED), sendo, adiante, obrigatório para as Forças Armadas Americanas, e muito aceito nas Forças Armadas aliadas, assim como pela comunidade médica e pelos policiais civis americanos.

O TCCC foi incorporado na quarta edição do manual PHTLS em 1999, com capítulo sobre Medicina Militar, conseguindo, a partir de então, o endosso triplo do Comitê do Colégio Americano de Cirurgiões sobre Trauma, da Associação Nacional de Técnicos de Emergência Médica (NAEMT) e do Departamento de Defesa dos Estados Unidos da América.

O TCCC, com suas diretrizes, oferta aos médicos e componentes do serviço de saúde em campanha meio de gerenciamento estratégico ao trauma, combinando bons medicamentos e boa tática de pequenas unidades militares, tendo como objetivos, para atendimento ao trauma, nessa ocasião: tratar a vítima, prever baixas adicionais e completar a missão.

O TCCC é empregado em baixas ocorridas no decorrer das missões de combate. Nos Estados Unidos, é oferecido geralmente a partir de médicos que se alistam para atuação no combate, para as Forças Armadas daquele país, propiciando o atendimento pré-hospitalar do traumatizado. Esses médicos são encontrados no Exército, na corporação da Marinha e no Corpo de Fuzileiros Navais, e também com paramédicos na Força Aérea.

Tem-se três fases na divisão do TCCC: cuidados sob fogos, cuidados táticos no campo e cuidados táticos de evacuação. Na primeira, a equipe de saúde oferece cuidado limitado devido à condição de estarem sob fogo hostil; na segunda, a equipe de saúde pode ofertar cuidados mais extensos, pois já saíram dos fogos hostis; na terceira, ocorre a evacuação do ferido por aeronave, barco ou ambulância terrestre para a instalação médica, local em que se encontra maior quantidade de

profissionais de saúde e equipamentos de saúde, o que aumenta a complexidade de oferta do atendimento em saúde ao elemento militar baixado.

De acordo com as Diretrizes de Cuidados Táticos de Atendimento ao Combate, os cuidados médicos devem ser limitados enquanto houver situação sob fogo hostil, sendo importante, nesse momento, a supressão da hostilidade dos fogos e transferência da vítima para local seguro. Os exames detalhados e os tratamentos completos de ferimentos não são práticas a serem adotadas durante situação plena de combate.

Os militares baixados com ferimentos que não os coloquem em risco imediato de morte, e não prejudiquem na adesão ao esforço do combate, possuem o dever de se manterem junto a sua Unidade Militar, na supressão ao fogo hostil. A equipe médica/saúde deve ajudar a suprimir o fogo hostil, anteriormente à prestação dos cuidados inerentes a sua atividade fim, principalmente em operações de Unidades pequenas, em que a força de fogo amiga é limitada, e todas as armas e pessoal na Unidade serão necessárias para prevalecer o poder de fogo²⁷.

6.1- APLICABILIDADE

A análise do presente estudo permite afirmar que a oferta de conhecimentos sobre saúde e das atividades de saúde desenvolvidas pelos militares, tanto para o efetivo profissional militar, quanto para a população civil, é benéfica para a sociedade em geral. Ela contribui para a propagação de conhecimentos relacionados à utilização racional dos meios. Esses conhecimentos, disseminados ao público militar, contribuem, durante o trabalho, para a solicitação e a aquisição de insumos materiais necessários para o cumprimento de cada missão.

Para o público civil, podemos mostrar a atividade militar em saúde, principalmente na área de resgate e salvamento durante grandes eventos de desastre/catástrofe, o que serve como meio de publicitar a atividade militar e trazer apoio da sociedade civil em prol da atividade de saúde prestada pelo Exército Brasileiro e Forças Armadas Coirmãs, para atividades de assistência à população em todo país.

A aplicabilidade da descrição das atividades de saúde militares e da medicina militar vão desde atividades assistenciais em tempos de paz e de guerra, administração pública federal militar,



operacional e de cadeia logística em saúde, que, juntas, desmembram estrutura de campanha de saúde, que possibilitam, em qualquer lugar, condição climática e condição de (in)segurança, realizar atendimentos em saúde, atendimento pré-hospitalar, evacuação médica, regulação médica, desdobramento de Postos de Atendimento, até completos e complexos Hospitais Militares de Campanha do Exército Brasileiro e Forças Armadas Coirmãs, em qualquer local do território nacional, ou no Exterior em caso de convocação das Nações Unidas, ou em prol dos interesses da soberania do Brasil.

Verifica-se, então, que o relato de atividades militares de saúde é indispensável para que continue o progresso e o avanço científico das técnicas inicialmente utilizadas em situações militares limítrofes para sobrevivência humana que serão transformadas, em momento posterior, em habilidades e técnicas médicas e de saúde, com aplicabilidade aos pacientes civis.

6.2- IMPACTO PARA A SOCIEDADE

O uso, cada vez mais comum, dos Serviços Militares de Resgate e Salvamento no Brasil nos últimos anos, além dos já realizados cotidianamente pelos Serviços dos Bombeiros Militares Estaduais e Polícias Militares Estaduais, mostra o grande impacto das atividades militares, principalmente com a oferta logística e a capacidade de realização de manobras complexas, bem como a montagem, com extrema rapidez, do Sistema de Comando de Incidentes.

O estudo, a compreensão e o entendimento dessas atividades, pelo público civil, irão melhorar a resposta, encurtar o tempo de acionamento do recurso especializado e contribuirão na oferta de conhecimentos sobre o que fazer e o que não fazer diante de situações críticas de emergência.

O conhecimento sobre Emergência, como acionar o resgate, qual número ligar e para quem, em cada condição, faz com que os atendimentos ofertados à população sejam melhores e mais exitosos. Em condição ambulatorial, também seria muito útil à população saber o que existe em um sistema de saúde, onde buscar o atendimento e de que forma acessar o sistema de saúde. Todas essas medidas trariam enorme benefício à sociedade brasileira, tanto aos militares, quanto à sociedade



civil, e ajudariam o Sistema Único de Saúde (civis) e o FUSEX (militares do EB) a ofertar melhores condições de prestação de serviços de saúde com qualidade à população assistida.

Uma das abordagens do trabalho é mostrar os conhecimentos de saúde de militares para poder propor a inclusão da discussão desses conhecimentos básicos, que afligem a totalidade da população brasileira, pois todos são usuários de sistemas de saúde e de sistemas de emergência. Portanto, trata-se de assunto de utilidade pública. É preciso que a saúde seja abordada em estabelecimentos de ensino, militares ou civis, para melhor preparação da população brasileira, a partir de um sistema de ensino de educação em saúde, como o Saúde na Escola.

Os assuntos abordados no trabalho geram benefícios diretos e indiretos para a população em geral, devido à exposição de assuntos de interesse coletivo, saúde, segurança, educação, defesa, financeiro, já que o conhecimento dos assuntos abordados, se aplicados de forma correta e ofertado nas cadeiras escolares, possuem potencial para diminuir em milhões, ou até bilhões de reais, os custos, principalmente com a saúde, por meio do conhecimento individual do racional uso do sistema. Afinal, conhecimento é poder, e a única libertação de um povo se faz por meio da elevação do nível de informação que ele detém.

7- CONCLUSÕES E/OU RECOMENDAÇÕES

Ao término da missão, os militares podem ficar mais acelerados e em situação de alerta, podendo evoluir com sentimento de tristeza e desmotivação e, posteriormente, de depressão. Existem integrantes do efetivo militar que já consumiam habitualmente cigarro e bebida alcoólica, em pequena quantidade, e que pioraram a utilização dessas substâncias devido às condições de estresse⁹.

Passar um período afastado de casa implica possíveis mudanças, tanto para aqueles que retornam, quanto para aqueles que permanecem. Deve-se observar a reintegração familiar, profissional e social do militar que retorna de missão.

A volta é um momento de alegria e expectativa, mas pode haver dificuldades, visto que envolve um período de readaptação. Esse período deve ser visto como uma oportunidade de fortalecer os vínculos com a família e os amigos, sendo um momento de refazer os laços afetivos.

Foi observado o cumprimento da missão a contento, não apresentando vítimas potenciais durante as atividades laborativas, com retorno adequado e correto ao solo brasileiro, respeitando períodos de resguardo e medidas sanitárias de controle com o pessoal, a fim de fazer a quarentena e o tratamento de eventuais patologias, se for o caso, já durante a quarentena. Nesse período, são realizadas baterias de exames e perícia médica, após o desembarque, por meio da rede de saúde federal (militar/civil), presente nos estados de onde a tropa é originária. No caso do BRABAT26, São Paulo, Rio de Janeiro e Distrito Federal.

Não foi observada alteração que comprometesse o trabalho dos profissionais brasileiros desdobrados no terreno. Houve melhora do aparato de saúde, progressivamente, em relação às missões anteriores, assim como é factível imaginar que haverá maiores ajustes e melhorias para a participação do país nos próximos eventos solicitados pela ONU.

A partir de toda a análise e dados coletados, sabendo-se que para o bom andamento de um Sistema é necessária a adesão de todos os indivíduos, e sendo o Sistema de Saúde Militar do Exército Brasileiro constituído por todos os militares que estão em suas fileiras, assim como as suas famílias, inativos, pensionistas e dependentes, que após a folha de pagamento com pessoal, a saúde é o segundo maior gasto militar administrado pelo Exército Brasileiro, julga-se recomendável, ao

Departamento de Educação e Cultura do Exército e às suas Diretoria de Educação Superior Militar e Diretoria de Educação Técnica Militar, a implantação, em todos os Estabelecimentos de Ensino Militar, de disciplinas de Saúde, como parte integrante das grades curriculares. Dessa forma, no futuro, coletivamente, será ofertada melhor prestação dos serviços de Saúde para todas as finalidades militares, assim como, a longo prazo, reduzir-se-ão, significativamente, os gastos com Saúde no interior da Instituição, impedindo a crise financeira (Fundo de Saúde do Exército) desse setor dentro da Força, bem como mortes desnecessárias/evitáveis em situações de combate.

REFERÊNCIAS

1. Academia Médica. A Unidade Médica Nível 2: uma nova opção nas operações de paz da ONU [homepage na internet]. Academia Médica: Academia Médica, 12 jul 2017 [acesso em 07 novembro 2017]. Disponível em: <https://academiamedica.com.br/blog/a-unidade-medica-nivel-2-uma-nova-opcao-nas-operacoes-de-paz-da-onu>.
2. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. PHTLS, NAEMT e Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgias. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
3. Brasil. Estado Maior Conjunto das Forças Armadas. Manual de apoio de saúde em operações conjuntas. 1. ed. Brasília: Ministério da Defesa, 2017.
4. Brasil. Exército Brasileiro. Portaria n. 072, de 06 de março de 2015. Aprova a Diretriz para o Atendimento Pré-Hospitalar nas Atividades de Risco no Exército Brasileiro e revoga a Portaria EME n. 149, de 31 de junho de 2013. Boletim do Exército n. 15. 10 abr 2015.
5. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica Vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
6. Brasil. Ministério da Defesa. A Caminho da Missão de Paz – guia com orientações práticas para o militar e sua família. Rio de Janeiro: CEP/FDC, 2017.
7. Brasil. Ministério da Defesa. Caderneta de Saúde - Brabat 26. Rio de Janeiro: CCOPAB, 2017.
8. Brasil. Ministério da Defesa. Caderneta Operacional - Brabat 26. Rio de Janeiro: CCOPAB, 2017.
9. Brasil. Ministério da Defesa. Voltando Para Casa – guia prático de apoio à desmobilização do militar em missão de paz. Rio de Janeiro: CPAEX, 2017.
10. Brasil. Revista do Brabat 26 [homepage na internet]. Calameo: Exército Brasileiro, out a dez 2017 [acesso em 03 maio 2017]. Disponível em: <https://pt.calameo.com/books/005312694961375aad254>.
11. Brasil. Revista Verde-Oliva [homepage na internet]. Calameo: Centro de Comunicação Social do Exército – Exército Brasileiro. jan a dez 2012 [acesso em 06 julho 2019]. Disponível em: <https://pt.calameo.com/read/001238206341c9675c6c0>.
12. Brazilian Peacekeeping Battalion in Haiti. Relatório da situação ambiental e sanitária da Base General Bacellar do Batalhão Brasileiro de Força de Paz no Haiti. Porto Príncipe: Ministério da Defesa, 2009.
13. Briggs SM, Coimbra R. Manual de resposta médica avançada em desastres. Bogotá: Distribuna, 2010.
14. Brioschi AO, Lima JRPA, Campos CH, Barros RS. A medicina veterinária militar brasileira em operações de paz: experiências na missão da organização das nações unidas para estabilização do Haiti. Coleção Meira Mattos. 2013, mai/ago; 7(29): 121-9.

15. Campos CHC, Fonseca AH, Mafra CL. et al. Rickettsia em carrapatos capturados em área de treinamento militar no estado do rio de janeiro. In: Congresso Brasileiro de Parasitologia Veterinária, 15, 2008, Curitiba. Anais... Curitiba: CBPV, 2008.
16. Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.
17. Clausi CM. Atualização do Serviço de Saúde em Campanha do Exército Brasileiro. Rio de Janeiro: Escola de Comando e Estado-Maior do Exército, 2011. Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Ciências Militares.
18. Defesanet. Dopaz: conheça a tropa de elite que o Brasil levou par pacificar as favelas violentas do Haiti [homepage na internet]. Defesanet.com.br: Defesanet.com.br, 20 set 2017 [acessado em 27 junho 2019]. Disponível em: <http://www.defesanet.com.br/ph/noticia/27138/Dopaz--conheca-a-tropa-de-elite-que-o-Brasil-levou-para-pacificar-as-favelas-violentas-do-Haiti/>.
19. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
20. Fleury S. Estado sem cidadãos – seguridade social na américa latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
21. Fogelman VL, Brown J, Moore GE, et al. The role of veterinary public health and preventive medicine during mobilization and deployment. In: Kelley PW. Military preventive medicine and deployment. Washington: Office of The Surgeon General at TMM Publications, 2003.
22. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade - princípios, formação e prática Vol. 1. Porto Alegre: Artmed, 2012.
23. Mascheretti M, Abati P, Graf ME. et al. Uncomplicated plasmodium falciparum malaria in brazilian troops. In: Conference of the International Society of Travel Medicine, 10, 2007, Vancouver. Anais... Vancouver: ISTM, 2007.
24. Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
25. Miller L. Controlling disasters: recognizing latente goals after hurricane katrina. Disasters. 2012; 36 (1): 122-39.
26. North Atlantic Treaty Organization. Peace Support Operations – Allied Joint Publication – 3.4.1. North Atlantic: NATO, 2001.
27. Prehospital Trauma Life Support (Military Edition). National Association of Emergency Medical Technicians. 8. ed. United States of America: Jones And Bartlett Learning, 2016.
28. Rosa PRS, Bandeira RAM, Leiras A. O papel das Forças Armadas Brasileiras em gestão de operações em desastres naturais com ênfase em logística humanitária. XXVIII Congresso de Pesquisa e Ensino em Transportes. Curitiba: ANPET, 2014.
29. Smith JC. Stabilization and reconstruction operations: the role of the US Army Veterinary Corps. US Army Medical Department Jornal. 2007, jul-set; 71-80.



30. Terremoto report.com. Terremoto superficial abaixo de Boucan-Carré, Haiti – setembro 2, 2017 [homepage na internet]. Report.com: Report.com, 02 set 2017 [acesso em 06 setembro 2018]. Disponível em: <https://pt.earthquake-report.com/2017/09/02/moderate-earthquake-haiti-region-on-september-2-2017/>.
31. Trofa AF, Defraites RF, Smoak BL. et al. Dengue fever in US military personel in Haiti. The Journal of the American Medical Association. 1997; 277 (19): 1546-48.
32. United States Army. Veterinary Service: tactics, technics and procedures. United States of America: Headquarters – Department of the Army, 2004.



ANEXOS

AMERICAN JOURNAL OF
DISASTER MEDICINE
ONLINE MANUSCRIPT SUBMISSION AND PEER REVIEW

To ensure proper functionality of this site, both JavaScript and Cookies must be enabled.

[HOME](#)

Submit manuscript - Step #3 of 4 (Receipt):

Manuscript # AJDM19-187

Please print and save this page for your records.

3 files received. File conversion may take up to **10 minutes**.

To facilitate the review of your manuscript, a merged PDF file containing your article, and any figures or tables, as well as individual PDF files is being created.

Manuscript #	AJDM19-187
Current Revision #	0
Submission Date	2019-03-31
Current Stage	Waiting for File Conversion
Title	LESSONS LEARNED FROM THE BRAZILIAN ARMY ADVANCED DISASTER ASSESSMENT & PREPAREDNESS TEAM (ADAPT) ON HURRICANE IRMA IN HAITI
Running Title	LESSONS LEARNED FROM THE BRAZILIAN ARMY ADVANCED DISASTER ASSESSMENT & PREPAREDNESS TEAM (ADAPT) ON HURRICANE IRMA IN HAITI
Manuscript Type	Research Article
Corresponding Author	Bruno Pereira (University of Vassouras)
Contributing Authors	Ricardo Safatle , Carla Clausi , Carlos Eduardo Cardoso
Abstract	<p>Introduction: On September 7th, 2017 the United Nations Secretariat authorized the exceptional extension of the humanitarian operations of the Brazilian troops in the United Nations Stabilization Mission in Haiti (MINUSTAH), due to the course of Hurricane Irma on the north of the country. In view of the severity and exceptionality of the situation, as well as the history of cooperation in the face of natural disasters in Haiti, part of the Brazilian military contingent was preventative moved to the region of the hurricane route, in order to minimize its impact by means of population guidance and the provision of immediate humanitarian aid.</p> <p>Objective: This article explores key lessons learned from the Brazilian Army Advanced Disaster Assessment & Preparedness Team for a possible mass casualty event due to a natural catastrophe strike highlighting positive and negative points of a powerful natural event, which may be applicable in similar future events worldwide.</p> <p>Methods: This study is based on the previous preparedness experiences acquired on the in-mission participation of the Brazilian Army Advanced Disaster Assessment & Preparedness Team (ADAPT) after the 2010 earthquake in Haiti and on the actual 2017 Hurricane Irma experiences on the north coast of Haiti during MINUSTAH including mission details. An extensive bibliographic review of international press materials from several different countries and languages, as well as written and published materials by specialized magazines of the Brazilian Armed Forces was carried out and.</p> <p>Results: Hurricane Irma resulted in a large number of homeless, fatal and non-fatal victims. The region affected by the hurricane was heterogeneous, from very poor and with few resources, to a rich population already exposed to evacuation protocols and disasters preparedness in central and north americas, affecting thousands of people, causing big material losses, great financial disruption and 134 deaths throughout its course. In Haiti, almost 2 million people were affected in the north region of the country. Haiti has a history of approximately 230,000 deaths over the last 20 years, the top first country in the world with fatalities due to natural disasters. It was the interagency response between civil authorities of the Haitian government, authorities of the United Nations, Brazilian military of MINUSTAH, NGOs, for simultaneous action of means to support the aftermath of the announced disaster.</p> <p>Conclusion: Natural disasters are able to generate a large number of victims and overwhelm the main relief channels available. Main lessons learned are: 1) communication is essential, 2) special attention to inspection and control of logistic materials must be provided, 3) Incident Command must exist and the disaster preparedness plan ready to deploy, 4) Government authorities must have a disaster plan and recognize risks prior to catastrophe, 5) trained teams are the key point of successful disaster relief, 6) military forces are critical in rescue operations and logistics support.</p>
Keywords	Disaster, Medical Response, Preparedness, Hurricane, Haiti
Dual Publication	No
Duality of Interest<h>	No
Contributing Author Notification	BP

Figura 01: American Journal of Disaster Medicine, 2019. Manuscript # AJDM19-187. Submit 2019 Mar 31.

Lessons Learned From The Brazilian Army Advanced Disaster Assessment & Preparedness Team (ADAPT) on Hurricane Irma in Haiti.

Pereira BM¹, Safatle RL, Clausi CM, Cardoso CE.



UNIVERSIDADE DE VASSOURAS

ATENDIMENTOS DIVERSOS DE SAÚDE A GRUPO DE BRASILEIROS NO EXTERIOR

Safatle, Ricardo L.¹, Safatle J., Anwar², Safatle, Angela M. L.³, Pereira, Bruno M. T.⁴
1 Médico de Carreira do Ministério da Defesa Exército Brasileiro; 2 Biomédico da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás; 3 Fonoaudióloga da Clínica NeuroDerma; 4 Médico Cirurgião e Professor da Faculdade de Medicina de Vassouras – RJ.

Introdução:
Relato de Experiência de Saúde Internacional, realizado durante trabalho de delegação brasileira em ilha caribenha de junho a setembro de 2017.

Objeto da Experiência:
Mostrar a quantidade de atividade de atendimento médico em meio a população brasileira com trabalho técnico diverso, com exposição a riscos multifatoriais.

Objetivos:
Em grupo de brasileiros com 970 profissionais, em período de 4 meses (junho a setembro de 2017), houveram 516 atendimentos em posto médico brasileiro, o qual contava com atendimento hospitalar a partir de remoção aérea e terrestre para hospitais do país e fora do mesmo.

Metodologia:
Durante análise dos prontuários médicos, livros de gabinete médico e livro de passagem do serviço médico, foram observados um total de 516 atendimentos médicos diversos, com 193 CIDs diferentes, dos quais 80 se repetiram mais de uma vez, e o que apareceu com maior frequência se repetiu 53 vezes. Os grupos de doenças mais incidentes foram do aparelho respiratório, gastrointestinal, osteomuscular e de pele. Não há registro na presente amostra os atendimentos dos profissionais que também compunham a equipe de saúde nas áreas de odontologia, farmácia, fisioterapia, enfermagem, saúde pública pela medicina veterinária e psicologia.

Resultados:
Internação de pequena duração quando na clínica de atendimento primário até 72 horas, períodos superiores a (3 dias), era feita a transferência para unidade hospitalar disposta à delegação (até 7 dias). Caso não ocorresse a recuperação do paciente, o mesmo era levado para países próximos (República Dominicana e Estados Unidos). Persistindo a não melhora (30 dias), com paciente estabilizado, e na ausência de risco de morte, ocorria a repatriação para realizar cuidados de reabilitação no Brasil. Não houveram necessidades de remoção por gravidade letal durante o período de atividade dessa delegação.

Análise Crítica:
Foi observado cumprimento das atividades a contento, não apresentando vítimas potenciais no período durante as atividades laborativas, com retorno adequado e correto ao solo brasileiro, respeitando períodos de resguardo e medidas sanitárias de controle com o pessoal, afim de fazer a quarentena e tratamento de eventuais patologias que pudessem ser detectadas durante a quarentena, pela rede de saúde federal, a partir da realização de baterias de exames e perícia médica após o desembarque.

Conclusões e/ou Recomendações:
Não foi observada alteração que comprometesse o trabalho dos profissionais brasileiros envolvidos no trabalho. Houve melhora do aparato de saúde progressivamente em relação as delegações anteriores, assim como é factível imaginar que teremos maiores ajustes e melhorias para a participação do país nos próximos eventos internacionais.

12 Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, 2018

Figura 02: Trabalho (Apresentação Oral Curta) apresentado no Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, na Fiocruz – Rio de Janeiro, em 2018. (<https://proceedings.science/saude-coletiva-2018/papers/atendimento-de-saude-diversos-a-grupo-de-brasileiros-no-externo>).



Figura 03: Trabalho (Pôster) apresentado no Congresso Mundial de Medicina Militar em Nova Deli – Índia, em 2017, pelo Mestrado da Universidade Severino Sombra. ([http://www.cimm-icmm.org/images/Rapport42emeCongresMondialInde2017/Abstract book 42ndICMMWorldCongress India2017.pdf](http://www.cimm-icmm.org/images/Rapport42emeCongresMondialInde2017/Abstract%20book%2042ndICMMWorldCongress%20India2017.pdf)).



Figura 04: Pesquisa de Campo. Certificado de participação da MINUSTAH. (Autor do trabalho se encontra presente em foto do artigo “O BRABAT 26 e o Destacamento de Resposta Inicial (DRI) para avaliação de desastres”, na figura 09, página 85, na Revista Doutrina Militar Terrestre em revista, outubro a dezembro 2017, Edição Temática: “Brasil no Haiti, um caso de sucesso (2004 – 2017)”.

Site: (<http://ebrevistas.eb.mil.br/index.php/DMT/article/download/873/916/>).



Figura 05: Dados de mídia do Furacão Irma.



Figura 06: Furacão Irma.

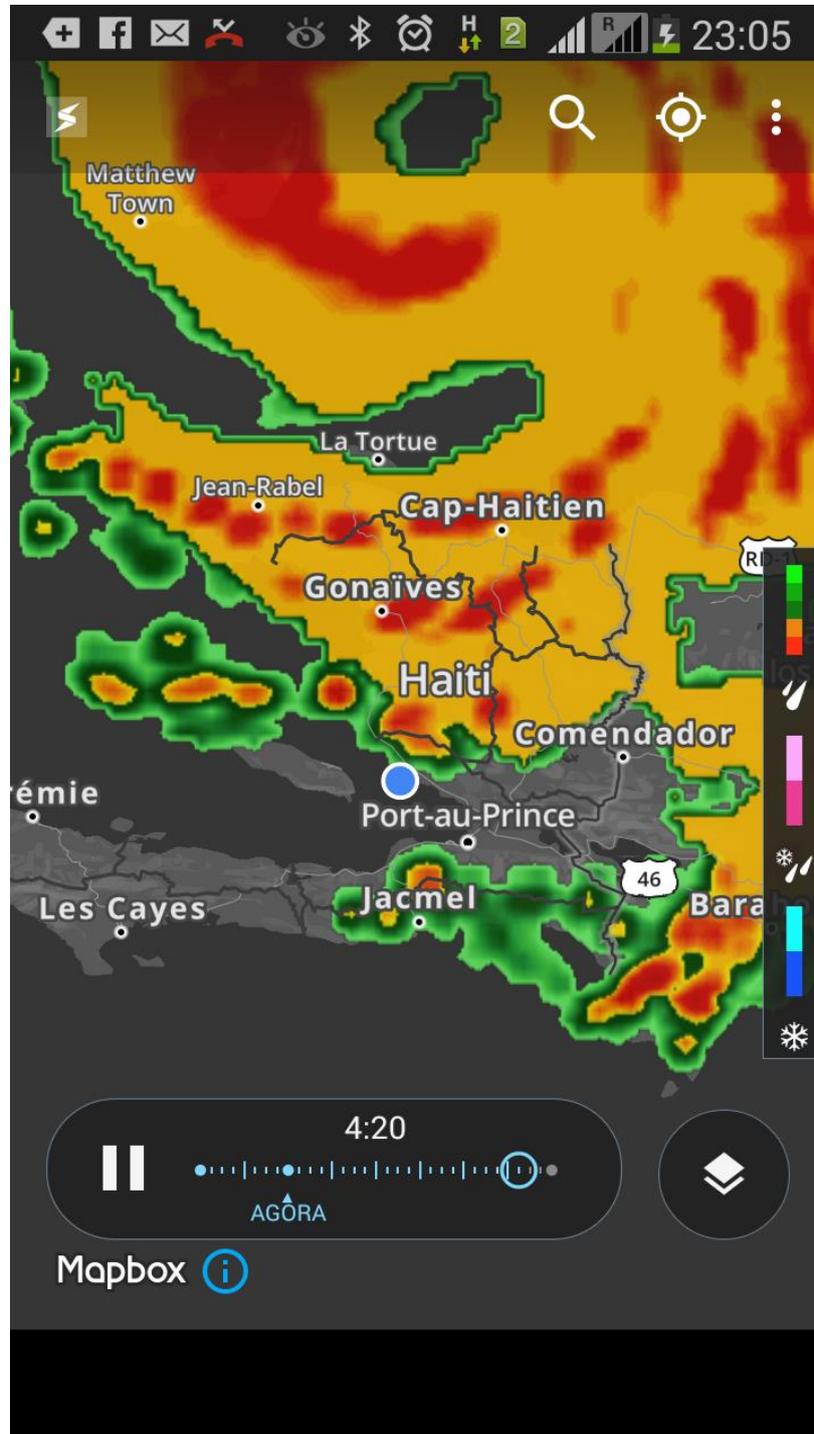


Figura 07: Posição exata do DRI e da Companhia de Infantaria e Engenharia Destacadas enviadas pelo Force Commander da MINUSTAH para apoio à população no advento da passagem do Furacão Irma no território Haitiano. Bola azul: o local em que a tropa permaneceu quando o furacão chegou em 07 de setembro de 2017, à noite.

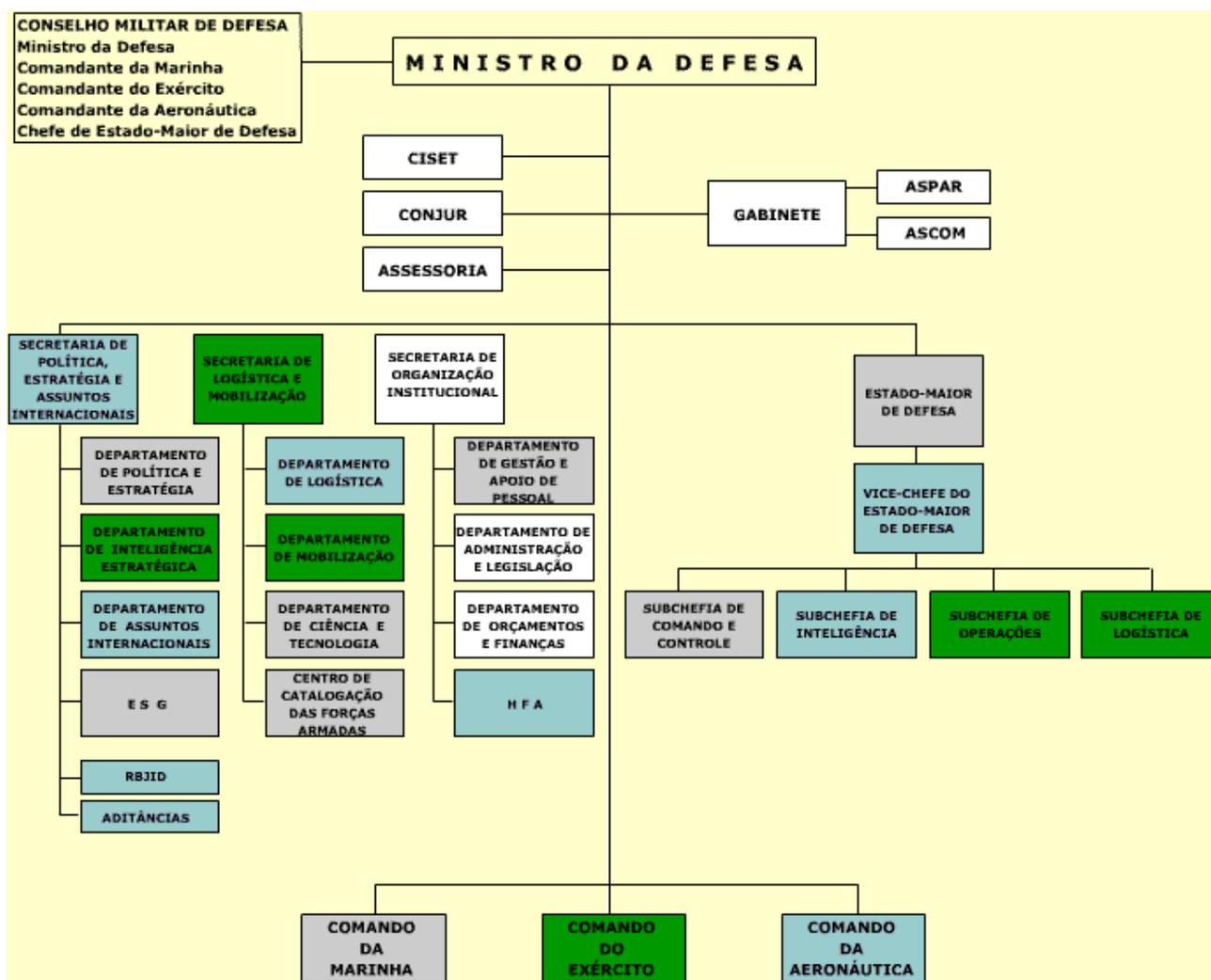


Figura 08: Organograma do Ministério da Defesa do Brasil.

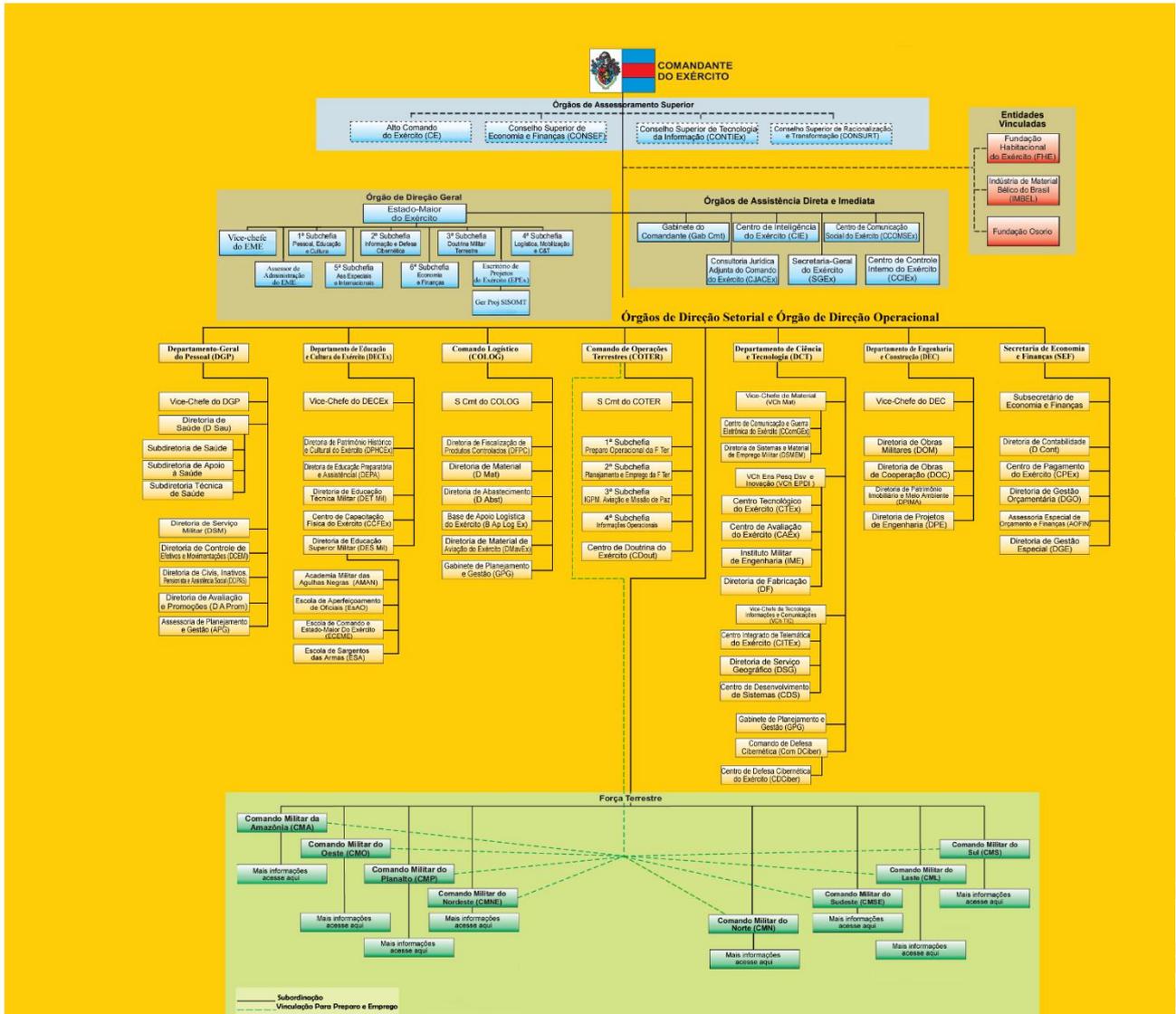


Figura 09: Organograma do Exército Brasileiro.

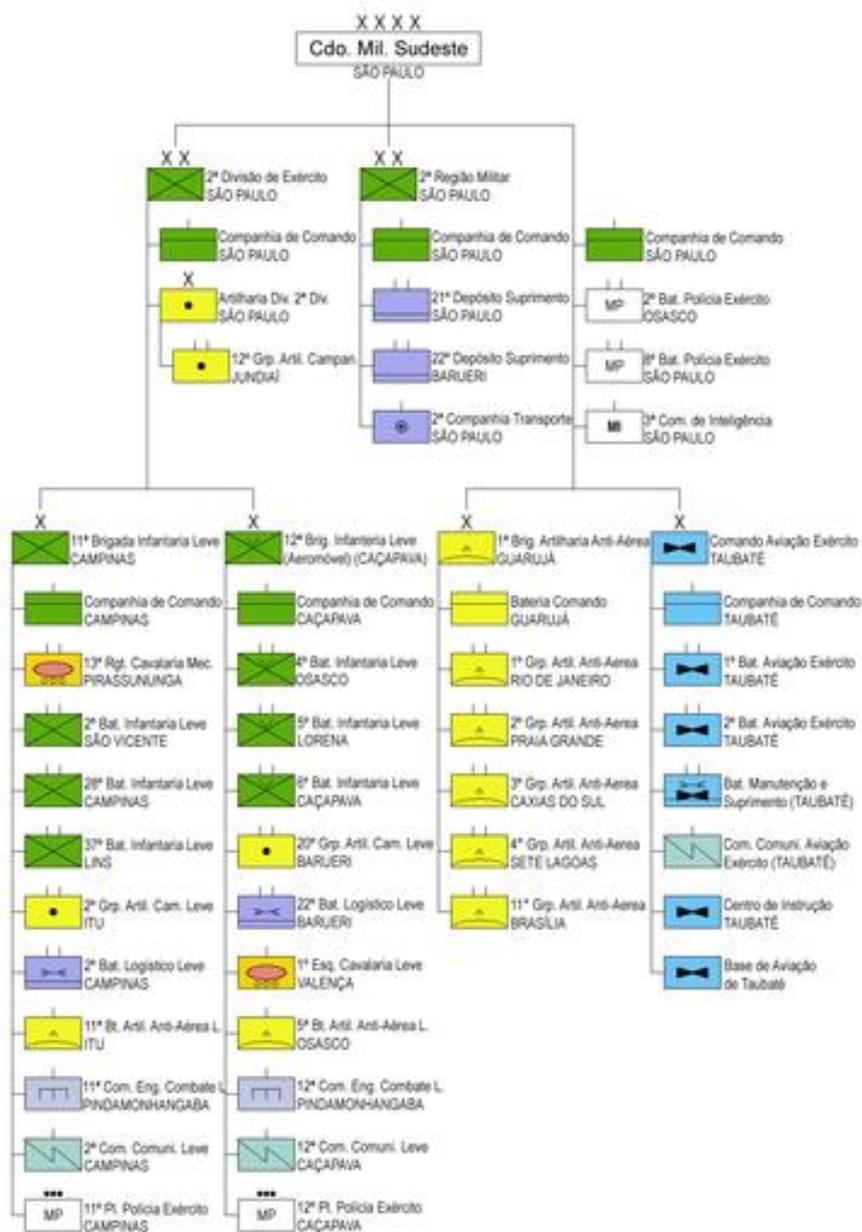


Figura 10: Organograma do CMSE, 12ª Bda Inf L AMV e 5º BIL.



Figura 11: Divisão dos Comandos Militares de Área do Exército Brasileiro.



5º BIL

Atendimento Pré-Hospitalar na Formação Sanitária (Posto de Saúde) do 5º Batalhão de Infantaria Leve do Exército Brasileiro

Autores: Safatle, R.L; Melo, A.M; Júnior, F.S; Azevedo, D.R.S; Safatle, R.M.O; Abreu, E.S.
Instituição: 5º Batalhão de Infantaria Leve – Exército Brasileiro

O 5º Batalhão de Infantaria Leve (5º BIL) é uma Organização Militar (OM) do Exército Brasileiro (EB) localizado na cidade de Lorena – SP.

Em 1997 foi designado para integrar à Força de Ação Rápida Estratégica do Exército Brasileiro, tornando-se uma unidade profissional de elite, apta a cumprir qualquer missão no território nacional.

Em 2016 a OM contava com 787 militares na ativa, 3973 pessoas assistidas pelo Fundo de Saúde do Exército de Lorena (UG FUSEX 5º BIL) e 30 profissionais de saúde militares, distribuídos em: 3 oficiais (2 médicos e 1 odontólogo), 3 Sargentos Administrativos, 5 Sargentos Técnicos de Enfermagem, 1 Cabo Técnico de Enfermagem, 1 Soldado Técnico de Enfermagem, 3 Cabos com qualificação militar em saúde (QM Sau) Padioleiro, 8 soldados com QM Sau Padioleiros como efetivo profissional (EP) ou Núcleo Base (NB) e 7 recrutas em qualificação militar em saúde sendo no momento efetivo variável (EV).

O Serviço de Saúde do 5º BIL se desdobra em várias frentes de trabalho, tanto operacionais (apoio a exercícios e operações da tropa) e administrativas (atendimentos médicos variáveis), dificilmente a separação da APS (Atenção Primária à Saúde) ao público militar do APH (Atendimento Pré-Hospitalar) à mesma população, sendo as duas atividades simultâneas, operacionalizadas pelos mesmos profissionais, na mesma unidade, que no quartel é denominada Formação Sanitária (FS), sob a responsabilidade da Divisão de Saúde do 5º BIL Marechal Médico Emmanuel Marques Porto.

O EB possui uma Portaria que aprova a Diretriz para APH nas Atividades de Risco, seguindo o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Possuímos quanto ao APH uma sede com armazenamento de materiais de Saúde, o Pelotão de Saúde (Pel Sau), o mesmo estando sob constante supervisão de um Cabo Armeiro que cuida e controla o destino das Canastras de medicamentos e materiais adquiridos pelo sistema da cadeia de suprimento do Exército, que serão destinados para operações militares.

Possuímos também 2 ambulâncias Toyota tipo B. Uma delas estacionadas em frente à FS. O motorista da ambulância e o padioleiro são os tripulantes primários da viatura, ficando 24h/dia no interior da FS aguardando acionamento para pronta intervenção. As viaturas ambulância militares são equipadas com os materiais da Divisão de Saúde (Div Sau).

A Farmácia da FS abastece as Canastras que estão à disposição do Pel Sau. Os materiais chegam pela Cadeia de Suprimento Classe VIII do Exército, já possuindo profissionais de Farmácia no escalão superior responsáveis pela distribuição para as OMs;

Os Motoristas de Ambulância Militar são militares qualificados pelo Quadro de Material Bélico do Batalhão que se encontram como motoristas no Serviço de Transporte do 5º BIL.

Na composição da equipe de operação de uma Ambulância se inclui os seguintes militares: Motorista, Técnico de Enfermagem, Padioleiro e Médico equipados com materiais de suporte para atendimento de adversidades de Saúde em Campanha (Emprego do Serviço de Saúde em Campanha). Contamos durante o trabalho de APH com 1 grupo de triagem e 3 grupos de evacuação para atividades com maior envergadura.

Pode haver o Posto Socorro (pequena localidade para atendimento inicial a vítima no local) em Campanha.

Por iniciativa do General de Brigada de Infantaria, Comandante da 12ª Brigada de Infantaria Leve Aeromóvel, 20 militares do 5º BIL fizeram estágio de Incidente com múltiplas vítimas em Caçapava-SP, visando os preparativos para os Jogos Olímpicos e Paralímpicos do Rio 2016. Todos receberam distintivo de brevê APH Tático.

Bibliografia:

- 1- Portaria Nº 072-EME de 6 de abril de 2015
- 2- Portaria 2048/GM de 05 de novembro de 2002
- 3- Ministério da Defesa, Estado Maior do Exército, Manual de Campanha, Emprego do Serviço de Saúde (Anteprojeto), 3ª Ed – 2001.

**ORDO MEDERI
CAVALERIOS HOSPITALARIOS**

DIVISÃO DE SAÚDE DO 5º BIL
MARECHAL MÉDICO EMMANUEL MARQUES PORTO

Figura 12: Trabalho (Pôster) apresentado no Congresso Brasileiro de Medicina de Emergência, na PUC de Porto Alegre – RS, em 2016. (<http://abramede2018.com.br/2016/show-trabalho.php?id=378>).





Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Co-Infecção Hanseníase Multibacilar (MH/MB) e HIV-AIDS: acompanhamento de um caso em Unidade Básica de Saúde em conjunto com a Atenção Especializada

Safatle, Ricardo L. ¹; Porto, C.S.B.M.²; Safatle, Rodrigo L. ³; Neto, A.S.; Amaro, G.⁵



ENSP

1. Especialista em MFC pela CSEGSF/ENSP/Fiocruz
2. Mestre em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz
3. Residente em Neurocirurgia pelo Hospital Municipal Salgado Filho
4. Odontólogo formado pela Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto
5. Médico formado pela Universidade Federal de Mato Grosso/ Cuiabá

INTRODUÇÃO

Pacientes HIV/Aids com história de contato intradomiciliar para hanseníase apresentam aproximadamente onze vezes mais chance de evoluir com coinfecção em relação aos pacientes que não possuem e nove vezes mais quando já houve antecedente familiar de hanseníase. Contrariamente às expectativas iniciais, diversos estudos relacionados a países endêmicos não têm demonstrado modificação da história natural da hanseníase pela infecção por HIV, embora pesquisas nos últimos 10 anos, demonstrarem uma relação entre início da TARV e o aparecimento de Reação Tipo 1, com elevação do aparecimento da Síndrome Inflamatória de Recuperação Imunológica nos pacientes acompanhados, mas ainda sem confirmação precisa sobre a maior frequência encontrada de Reação Reversa entre os pacientes co-infetados.

OBJETIVOS

Objetiva-se relatar neste estudo a associação de duas doenças infecciosas, sendo a primeira a Hanseníase e a segunda a AIDS, e demonstrar como se seguiu o acompanhamento pela rede de atenção primária, do sistema de referência e contra referência do caso e da adesão da paciente ao tratamento.

METODOLOGIA

Relato de caso de uma paciente soropositiva com diagnóstico no ano de 1998, que foi coinfetada e teve o diagnóstico de Hanseníase na forma Dimorfa em 2011, em tratamento no CSEGSF/ENSP/Fiocruz.

RESULTADOS

Descrição de caso: Paciente feminina, 42 anos, cearense, segundo grau completo, teve o diagnóstico de HIV após falecimento do marido em 1998 por complicações de SIDA. Possui duas filhas, sendo a primogênita nascida em 1996 também soropositiva por transmissão vertical. Nesta ocasião não realizou pré-natal e criança nasceu por parto vaginal. Em segunda gestação em 2002 a paciente não estava em uso de TARV, pois nível de CD4 e Carga Viral não a indicavam. Realizou AZT intraparto e o mesmo se deu por via cirúrgica, desta forma não houve transmissão vertical. Foi submetida à laqueadura tubária no mesmo ano. Em outubro de 2011 paciente consulta com dermatologista do CSEGSF/ENSP/Fiocruz, com queixa de "lesão em antebraço há 8 meses", foi encaminhada ao Ambulatório Souza Araújo (ASA), nesta oportunidade foi realizado BAAR, Mitsuda e biópsia de pele. O BAAR foi altamente positivo (4+), Mitsuda Negativo e a biópsia sugestiva para *M. Leprae*. Em julho de 2012 tem solicitação nova CV e contagem de CD4, os quais demonstram indicação clara para início de TARV (CD4 de 267 células, CV de 30.693 cópias), sendo que na ocasião recusou início do tratamento e se manteve ausente de consultas por 9 meses.

DISCUSSÃO

No caso em questão, chama atenção o longo tempo entre a apresentação dos sintomas e o estabelecimento do diagnóstico e início do tratamento para a hanseníase. Diversos fatores podem ter contribuído para este atraso. Em especial, a dificuldade de comunicação entre os serviços envolvidos na assistência e a falta de adesão da paciente ao tratamento.

CONCLUSÃO

Vários fatores podem influenciar na adesão ao tratamento e podem estar relacionados ao paciente, à doença, às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais, ao tratamento dentro do qual engloba-se a qualidade de vida, à instituição e ao relacionamento com a equipe de saúde. Os sistemas de registro diferentes e incomunicáveis, não devem impedir que as aproximações entre profissionais e, conseqüentemente, seus registros, seja providenciada, num esforço de proporcionar a discussão compartilhada e integrada sobre o mesmo paciente ou sua família.



Lesão 10/09/2011



Lesão 13/11/2013

Em 2013 paciente retorna apresentando quadro de múltiplas lesões eritematosas, sendo a lesão-mãe coincidente com lesão anterior, foi avaliada pela equipe de Hanseníase do ASA/IOC/Fiocruz onde foram feitos novos exames com os seguintes resultados: Baciloscopia 1,25+, na lesão 5+ (positiva); Biópsia Cutânea em 25/09/2013: Reação reversa, fechando o diagnóstico de Hanseníase Multibacilar com Mitsuda negativo. Foi iniciado tratamento com poliquimioterapia (PQT), associando Dapsona, Rifampicina e Clofazimina (DDS + RFM + CFZ), com previsão de 12 doses, em associação com corticoterapia 1mg/kg de peso devido ao quadro reacional na paciente, que ainda não havia iniciado a TARV. Neste mesmo ano iniciou uso de Efavirenz + Bivir, que logo foi interrompido pela paciente pelos efeitos colaterais, sendo retomado ao fim de 2013. Em 13/11/2013 retornou ao CSEGSF apresentando lesões dermatológicas em placas eritematosas infiltradas, algumas em queijo suízo, múltiplas, de várias formas e tamanhos, distribuídas em tronco e membros, no momento reativadas e com alterações de sensibilidade. No período de março de 1998 até a data de 21/01/2014 (cerca de 15 anos), paciente se mostrou muito irregular no acompanhamento de suas doenças de base, vindo principalmente ao CSEGSF para tratamento de doenças oportunistas e sintomáticas (principalmente leucorréia e herpes zoster em nádegas), apresentando nesse período faltas em consultas e retornos variando de 5 meses a 1 ano e 5 meses. Iniciou tratamento das doenças de base efetivamente, apenas a partir do segundo semestre de 2013, tanto no CSEGSF, quanto no ASA.

Figura 13: Trabalho (Pôster) apresentado na Conferência Mundial de Médicos de Família e Comunidade (WONCA) no Rio Centro, Rio de Janeiro, em 2016. (<https://proceedings.science/wonca/autores/ricardo-lajovic-safatle?lang=es>).



AS SEMELHANÇAS DE TRABALHO ENTRE OS MFC E OS MÉDICOS MILITARES DE QUARTEIS DO EXÉRCITO BRASILEIRO

Autores: Safatle RL, Santos, SR, Barbosa DC, Antônio, LM, Francisco, AG, Assis, TMO, Castro, MWS
Instituição: 5º Batalhão de Infantaria Leve – Exército Brasileiro.



Introdução: Em 2010 a Força Aérea Brasileira iniciou o PASIN (Programa Assistencial Integrado) como forma de condução para um novo modelo de Gestão no Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU). No Exército, no que tange a medicina militar em APS à semelhança da especialidade médica de família e comunidade é incorporada pelos médicos de carreira e temporários que fazem a sua atuação nos serviços médicos dos quartéis nas Formações Sanitárias (FS), que no meio civil se parece com o serviço ofertado pelos Postos de Saúde, e o Médico poderia ser interpretado como Médico de Família e Comunidade Militar, já que no meio das fardas, todos os membros da comunidade em questão de fraternidade também são irmãos de farda. De acordo com a Definição Iberoamericana feita na Colômbia em 2010, o perfil do Médico de Família e Comunidade tem como características principais quatro competências: assistencial, orientação comunitária, docência e pesquisa e gestão de recursos. Ao observar o Regulamento Interno e dos Serviços Gerais – R-1 (RISG) do Exército Brasileiro, encontra-se todas as mesmas características do MFC, presentes nos tópicos “Do Médico” e “Da formação Sanitária”, o qual pode-se observar que o serviço de saúde da unidade funciona na FS, cabendo a direção ao chefe da FS (médico), a assistência médica aos militares e dependentes prestada na FS, possui também assistência domiciliar aos baixados, atende todos os primeiros socorros de urgência, é médico perito na unidade, tem sob sua responsabilidade os medicamentos de uso controlado, deve ter em ordem a escrituração da FS e responde pela carga e conservação do material da mesma, faz controle de todos atendimentos médicos, médico operacional em todo deslocamento dos militares em manobras militares, responsável junto ao Oficial de Treinamento Físico Militar pelo preparo físico da tropa, tem que realizar vigilância sanitária contínua do quartel e do pessoal e assessorar o Comandante da Unidade sobre a medicina preventiva, montar escalas de serviço e supervisionar todos militares de saúde da FS, ministrar instrução peculiar da saúde aos militares de sua seção, encarregar-se dos assuntos de natureza técnica do Fundo de Saúde do Exército (FUSEX) de sua unidade militar. Em 2010 foi aprovada a Diretriz para Implantação de Núcleos de Estudos em Terapias Integradas (NETI) no Âmbito do Serviço de Saúde do Exército, incorporando as práticas integrativas e complementares (Acupuntura dentre outras), a partir de projeto pioneiro do NETI- HGeR implantado em 2004. O NETI do Hospital Militar de Área do Recife integra o PROCAP/SAU (Programa de Capacitação e Atualização Profissional dos militares do Serviço de Saúde do Exército) como NETI Escola do Exército, sob supervisão e coordenação técnica da Diretoria de Saúde do Exército (DSau).

Objetivo: Mostrar a semelhança e funções de trabalho entre os MFC e os Médicos Militares (Carreira ou Temporário) que exercem funções médicas nas OMs do Exército.

Métodos: Análise bibliográfica de Documentos Oficiais das Forças Armadas do Brasil, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e da Região Iberoamericana de Medicina de Família.

Resultados: A MFC tem seu lugar nas fronteiras e localidades mais afastadas, aonde só o Exército/Forças Armadas chegam. A Saúde Pública/Militar age não só em epidemias como em calamidades públicas e proteção de fronteiras contra a entrada de novas patologias. Nesse momento, novamente o EB estará desempenhando sua função, com o seu Serviço de Saúde, exercendo a cidadania e protegendo seus cidadãos.

Conclusão: Em vista de todo o exposto, podemos concluir que o Médico Militar de Quartel executa em semelhança todas as atribuições do MFC e ainda conta com atribuições específicas do exercício militar de saúde, sugerindo ao final dessa abordagem que seja permitido que o profissional médico de carreira ou temporário que permaneça no exercício da função na medicina no quartel com mais de 4 anos na função e com carga horária semanal de 40h, possa ser autorizado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade a fazer a prova de Título de Especialista nessa área de atuação médica.

Bibliografia:

- 1- ORDEM TÉCNICA Nº 18/DIRSA/2010, de 15 de julho de 2010 (PASIN)
- 2- PERFIL do Médico de Família e Comunidade – Definição Iberoamericana, Colômbia 2010. Disponível em: <http://sbmfc.org.br/media/file/documentos/perfil_mfc.pdf>. Acesso em 20 jul. 2014.
- 3- Regulamento Interno e dos Serviços Gerais – R-1 (RISG), Brasília – DF, 19 de dezembro de 2003.
- 4- Portaria Nº 048-DGP, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2010 (NETI).
- 5- EDITAL SBMFC TEMFC Nº 21, Edital do Exame de Suficiência para obtenção de Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC) – 2016.

Figura 14: Trabalho (Pôster) apresentado na Conferência Mundial de Médicos de Família e Comunidade (WONCA) no Rio Centro, Rio de Janeiro, em 2016.

(<https://proceedings.science/wonca/autores/ricardo-lajovic-safatle?lang=es>).



A CRIAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA DO EXERCITO E A IMPORTÂNCIA DA DISCIPLINA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE PARA A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO MILITAR

AUTORES: SAFATLE, R.L.; IZECKSOHN, M.M.V.; OGAVA, R.M.
INSTITUIÇÕES: ESCOLA DE SAÚDE DO EXÉRCITO (EsSEX) – Exército Brasileiro / ENSP - FIOCRUZ

INTRODUÇÃO: O Médico de Família e Comunidade (MFC) tem competência em: assistência, orientação comunitária, docência e pesquisa e gestão de recursos as quais devem adaptar-se a cada comunidade. Esta especialidade clínica que se ocupa da **manutenção e a resolução** de mais de 85% dos **problemas de saúde frequentes** nos indivíduos ou comunidades, dando uma **abordagem bio-psico-social e espiritual**.

A MFC tem seu lugar nas **fronteiras e localidades mais afastadas**, onde só o **Exército/Forças Armadas** têm acesso. A Saúde Pública/Militar age em **epidemias, calamidades públicas e proteção de fronteiras** contra a entrada de novas patologias. Desta forma o EB estará desempenhando sua função, com o seu Serviço de Saúde, exercendo a cidadania (**MÃO AMIGA**) e protegendo seus cidadãos.

O **General de Brigada de Infantaria Severino Sombra de Albuquerque** com ideal de **interiorizar a educação superior** no país abriu na Cidade de Vassouras-RJ uma **Faculdade de Medicina** em 1968.

Vendo as necessidades específicas do **Serviço de Saúde do Exército (Sv Sau EB)** e a necessidade de educação superior aos moldes do **ensino militar para formação de oficiais de carreira** como no **IME** e a **AMAN**, foi vislumbrada a **criação de uma Faculdade de Medicina do Exército (FME)**. Segundo o Informativo da **Escola de Saúde do Exército** em 2013 foi feito estudo e obras para adequar às novas necessidades de Ensino, para fins de Formação, Especialização, Capacitação e Atualização Profissional dos militares integrantes do Serviço de Saúde.

O **Ministério da Educação (MEC)** e o **Comando do Exército** firmaram em 17/10/2013, um **protocolo de intenções** para o desenvolvimento de ações para **inclusão de militares** em políticas de valorização em **atenção básica**. O acordo destina-se a formação de nível superior na área de saúde do Exército.

OBJETIVOS: A formação de profissionais capazes de **atender às necessidades de saúde da população militar e civil quando solicitada**, de acordo com a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). A utilização da **Estratégia de Saúde da Família (ESF)**, com o MFC pelo Sv Sau EB **otimiza** o serviço de saúde para **melhoria do atendimento** prestado a família militar e a **redução de custos** pelo **atendimento inicial e acompanhamento** de todos, **encaminhando as necessidades** comprovadas ao atendimento especializado. Esse modelo em parte já é adotado pela Aeronáutica desde 2010, com nome de PASIN (Programa Assistencial Integrado).

MÉTODOS: Revisão Bibliográfica de Documentos Oficiais.

RESULTADOS: O curso deve ofertar ao estudante **contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde, um Sistema regionalizado e descentralizado de referência e contra referência, trabalho em equipe multidisciplinar, atender às necessidades sociais do usuário, com ênfase no SUS (Sistema de Saúde Militar), e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.**

CONCLUSÃO: Pelo MFC faz-se o **ingresso aos Sistemas Locais e Nacionais de Saúde** de maneira **escalonada, coordenada, eficaz e eficiente**. Quando isto não ocorre, **gera-se a desorganização** dos serviços de saúde, **encarecimento** dos mesmos, **inequidade, falta de acessibilidade e diminuição da cobertura** para uma alta porcentagem para a população, com **perda da integração básica da atenção médica** que permite de maneira simultânea **prevenir e curar, sanar e entender** os pacientes e suas famílias e o **aumento de morbimortalidade** na população com a **consequente sobrecarga de atendimento** nas **Unidades de Urgência e Emergência do SUS/HOSPITAIS MILITARES**.

"Não temos que saber apenas que doença a pessoa tem, mas que pessoa tem essa doença." Frase atribuída a **William Osler**.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Educação Médica – ABEM. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/sobre_abem.php>. Acesso em 04 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Defesa. Hospital Central da Aeronáutica – HCA. Disponível em: <<http://www.hca.aer.mil.br/externo/index.php?pag=noticias/exibir.php?id=337>>. Acesso em 04 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Defesa. Exército Brasileiro. **Informativo da Escola de Saúde do Exército**, ano 2, n. 1. Rio de Janeiro: EsSEX, jan/dez 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=19170:mec-firma-acordo-com-exercito-para-acoes-na-area-da-saude&catid=212&Itemid=86>. Acesso em: 19 abr. 2014.

MOURA, Eduardo. **Retrato de um Nacionalista**: uma biografia romaneada de Severino Sombra. Vassouras-RJ: Universidade Severino Sombra, 2010.

MARINS, João. **Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação**. São Paulo: Editora Hucitec, 2011.

BRASIL. Ministério da Família e Comunidade. **Qualificação para militares na Comunidade**. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/portal/qualificacao-para-militares-na-comunidade>>. Acesso em 20 jul. 2014.

Figura 15: Trabalho (Pôster) apresentado na Conferência Mundial de Médicos de Família e Comunidade (WONCA) no Rio Centro, Rio de Janeiro, em 2016. (<https://proceedings.science/wonca/autores/ricardo-lajovic-safatle?lang=es>).



DIVISÃO DE SAÚDE DO 5° BIL

MARECHAL MÉDICO Dr. EMMANUEL MARQUES PORTO

**Figura 16: Símbolo e Nome da Divisão de Saúde do 5º Batalhão de Infantaria Leve Aeromóvel
– Lorena – SP.**



APÊNDICES

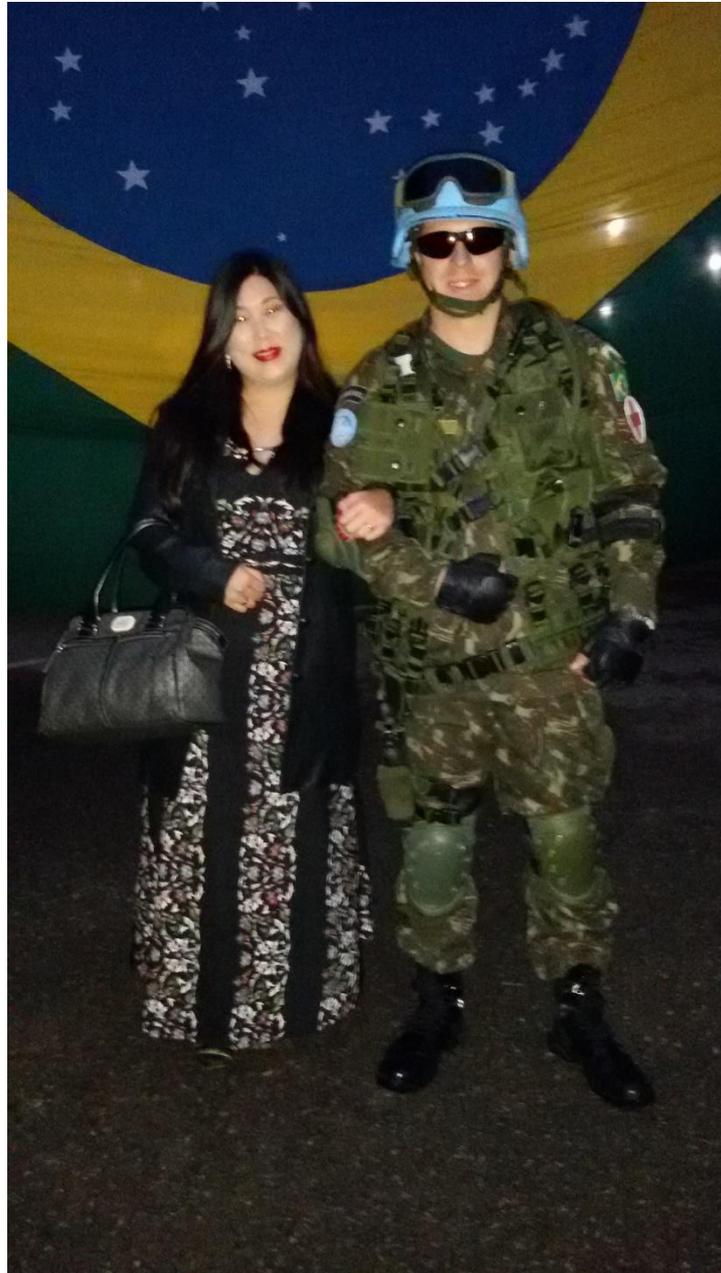


Foto 01: Formatura de Conclusão do Treinamento do Contingente Brasileiro em Caçapava-SP e partida para o HAITI.

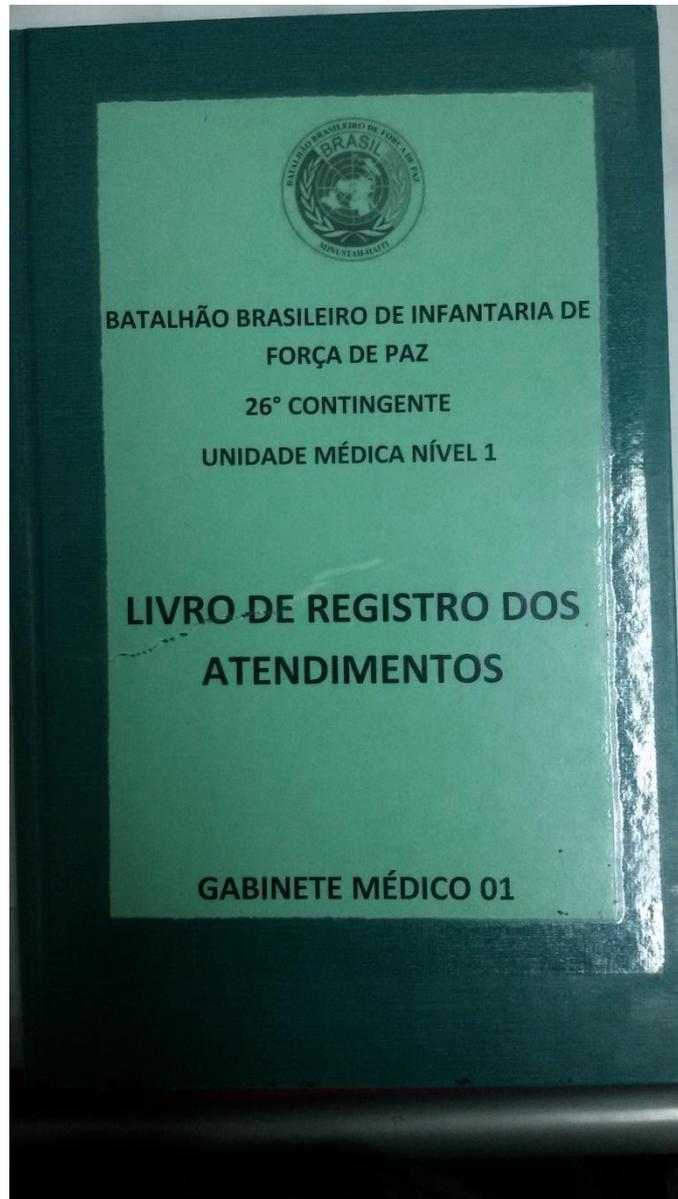


Foto 02: Livro de Registro de Atendimentos Médicos da UMN1 no BRABAT26.



Foto 03: Situação de limpeza urbana no Haiti.



Foto 04: Panorama da entrada da cidade de Porto Príncipe, capital do Haiti.



Foto 05: Animais, como o porco, no centro e ao fundo da foto, são comuns e vistos soltos em todos os lugares, em todas as regiões do país.



Foto 06: Animais, como as cabras, no centro da foto, são comuns e vistos soltos em todos os lugares, em todas as regiões do país.



Foto 07: Visão mostrando favelas em Porto Príncipe e a falta de saneamento básico e contaminação hídrica.



Foto 08: Mercado / feira em estrada no Haiti. A população costuma fazer comércio informal na beira das rodovias do país.



Foto 09: Comboio do CONTBRAS retornando para a Base General Bacellar após atuação no Furacão Irma na região norte do HAITI.



Foto 10: Ambulância de Resgate usada pelos militares brasileiros no Haiti.



Foto 11: Ambulância CTI Móvel da ONU.



Foto 12: Ambulância CTI Móvel Blindada (URUTU) com 2 leitos internos.



Foto 13: Organização do Comboio para sair a fim de averiguar a região ao norte do Haiti após a passagem do Furacão Irma.



Foto 14: Viaturas do Batalhão de Infantaria e da Companhia de Engenharia do Comboio da Operação de Apoio ao Haiti pelo advento da passagem do Furacão Irma no país.



Foto 15: Procedimento Cirúrgico de eletrocauterização de verrugas genitais.



Foto 16: Monumento na entrada (parte interna) do BRABAT.



Foto 17: Entrada do BRABAT – Base General Bacellar, no interior do Campo General Jaborandy.