



APOIO DE SAÚDE DAS FORÇAS TERRESTRES

Aureliano Pinto de Moura

Tendo em vista a doutrina preconizada pelo Manual do Exército Brasileiro, C 100-10 — Apoio Administrativo e a organização das organizações militares de saúde existentes e previstas, o estudo e a análise da estrutura e da dinâmica do sistema de apoio de saúde das forças terrestres no teatro de operações, se fizeram necessários, considerando a situação atual, a estrutura ideal para a paz e a capacidade de adaptação ou transformação dessas estruturas face à evolução para uma situação de guerra.

O apoio administrativo às forças terrestres em campanha situa-se no âmbito da competência do Ministério do Exército, deve decorrer das possibilidades nacionais, atender às características regionais e ser proporcionado obedecendo a uma unidade de doutrina.

O sistema de apoio administrativo deve ser análogo na paz e na guerra ou, pelo menos, deve evoluir fácil e rapidamente da situação de paz para a de guer-

ra. Deve ser flexível, possibilitar ampliação imediata e permitir, em qualquer caso, um apoio eficiente e contínuo, nas melhores condições de economia e simplicidade.

As organizações de apoio administrativo, existentes em tempo de paz, devem estar em condições de evoluir para constituírem a estrutura de apoio administrativo na guerra.

CONCEITOS

Sistema

“É um todo complexo organizado; uma reunião de coisas ou partes formando um todo unitário e complexo”. A idéia de sistema transmite uma noção de relação entre as partes, de modo que o todo reúne características próprias, não existentes em cada parte isoladamente. O sistema, incluindo as partes e mais a relação entre elas torna-se uma entidade

nova, não apenas uma simples soma das partes.

Os sistemas podem ser complexos, podem estar formados de subsistemas independentes e por sua vez estar englobado em um metassistema.

Apoio de Saúde

Apoiar consiste no ato de proporcionar ajuda, proteção ou complementação, realizado por um elemento em benefício de outro. No caso o apoio de saúde em benefício da tropa combatente.

Entende-se como saúde a atividade de logística que trata da conservação do potencial humano, nas melhores condições de aptidões física e psíquica, através de medidas de prevenção e recuperação.

DIRETORIA DE SAÚDE (DSau)

É o órgão normativo integrante do Departamento Geral de Serviços incumbido da assistência médico-hospitalar e sanitária ao pessoal do Exército e do provimento do material de saúde. Compete a DSau, além da assistência médico-hospitalar, as várias atividades relacionadas com a higiene do pessoal e do meio ambiente, o funcionamento técnico das organizações militares de saúde, o provimento do material de saúde, cooperar com a mobilização, baixar normas técnicas bem como a aquisição de material técnico.

A DSau compreende uma direção, um gabinete e seis seções.

A direção está estruturada em duas subdiretorias, responsáveis pela coordenação das seções:

- S/1: Planejamento e orçamento
- S/2: Controle, estatística e mobilização

- S/3: Provimento
- S/4: Administração financeira
- S/5: Perícia médico-militar
- S/6: Assistência médico-hospitalar e sanitária.

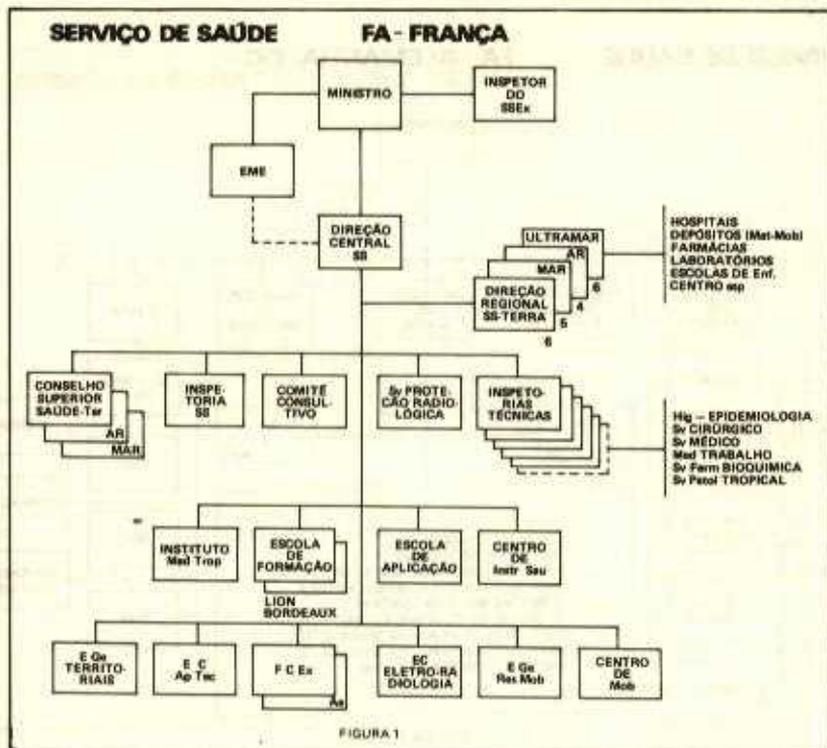
A organização da DSau está organizada para atender suas missões de tempo de paz, cuja estrutura permite apenas que ela esteja voltada para solucionar a rotina administrativa. Pouco ou nada se pode fazer em benefício do desenvolvimento do sistema, com a manutenção da estrutura atual.

Para que se tenha uma idéia dos órgãos de direção técnica de outros exércitos, pode-se analisar os organogramas constantes das Fig. n.º 1, 2, 3 e 4, referentes aos exércitos da França, Alemanha, Estados Unidos e Itália.

A nível de diretoria, além do trabalho de rotina, encontra-se em execução o projeto de dotação de material de campanha nacional, de 1.º e 2.º escalões, com previsão para atingir todas as OM a curto prazo. Em fase de estudo encontra-se o projeto de um hospital móvel nacional.

Na hipótese de um confronto bélico, a DSau teria que partir para um trabalho difícil de mobilização de pessoal técnico, de material ou de levantamento de leitos e serviços médicos disponíveis na área do futuro teatro de operações. Dificuldades irão surgir para a mobilização e provimento do material e do equipamento de saúde, assim como no aprestamento de unidades de saúde, em sua grande maioria inexistentes em tempo de paz (Fig. n.º 5).

Subordinados diretamente à DSau existem várias OM, com suas estruturas voltadas unicamente para o tempo de paz:



Organização

Missões

- Hospital Central do Exército	- apoio em hospitalização à 1.ª RM - apoio às demais RM
- Instituto de Biologia do Exército	- provimento de produtos biológicos - pesquisa biológica - laboratório clínico
- Laboratório Químico e Farmacêutico do Exército	- indústria farmacêutica - provimento de material de penso e odontológico - provimento de medicamentos
- Estabelecimento Central de Material de Saúde do Exército	- aquisição, armazenagem e distribuição de material e equipamento de saúde
- Hospital de Convalescentes de Itatiaia	- prestar assistência médica a doentes em convalescença
- Sanatório Militar de Itatiaia	- prestar assistência médica hospitalar especializada

SERVIÇO DE SAÚDE

FA - ALEMANHA - OC

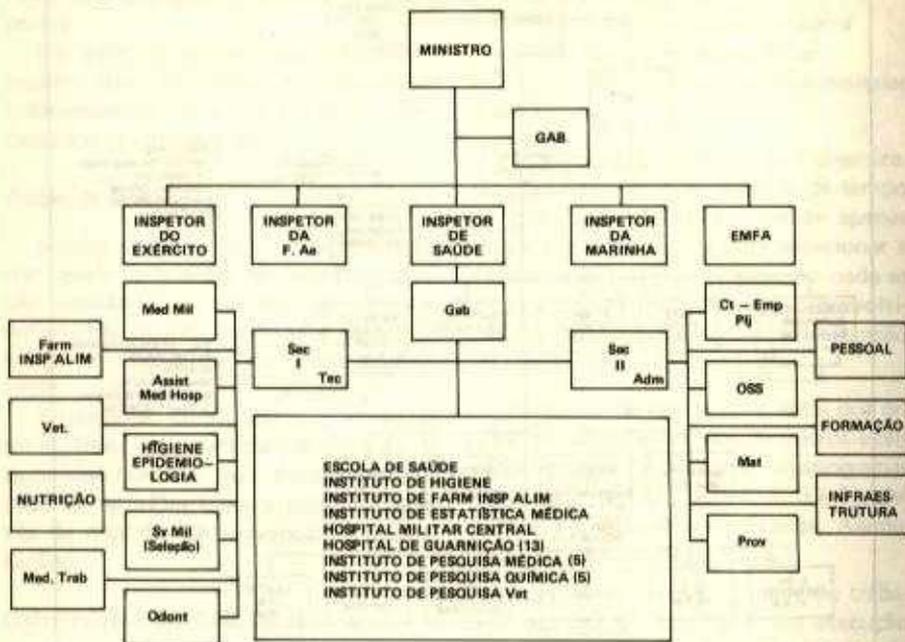


FIGURA 2

REGIÕES MILITARES (RM)

Dentro da nova organização das RM está prevista uma seção de saúde, subordinada ao escalão logístico. Pela sua estrutura atual, com deficiência em pessoal, mantém apenas os trabalhos de rotina do escalão considerado, em particular no que diz respeito às inspeções de saúde, voltada totalmente para o tempo de paz.

Subordinadas às RM existem várias organizações de saúde:

- dez hospitais gerais com capacidade total de 1.919 (mil novecentos e dezenove) leitos aproximadamente.
- doze hospitais de guarnição com capacidade total de 964 (novecentos e sessenta e quatro) leitos aproximadamente.

- cinco policlínicas militares.
- seis depósitos regionais de material de saúde.

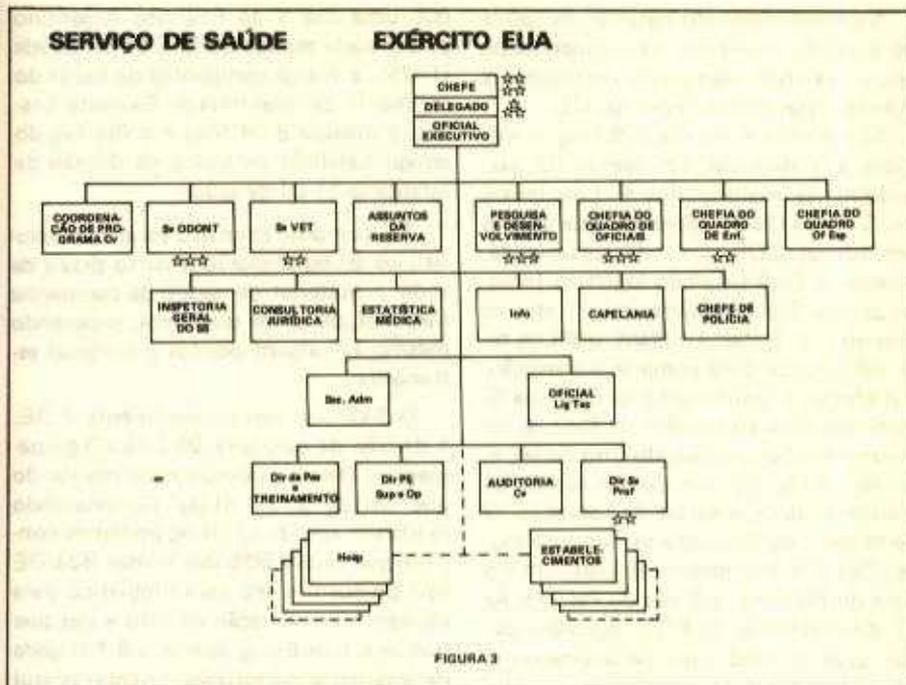
Toda a estrutura regional de saúde é organizada para atender a situação de paz, com sua capacidade de trabalho totalmente utilizada, não havendo capacidade ociosa.

SERVIÇO DE SAÚDE EM CAMPANHA

Primeiro escalão funcional

Realizado pelo pelotão de saúde (ou seção de saúde) das unidades, com efetivo reduzido, em tempo de paz.

O efetivo de oficiais médicos, em tempo de paz é insuficiente, sendo re-



completado com oficiais R/2. Há uma tendência para classificar o Of R/2 nas policlínicas e hospitais militares, contrariando o espírito da convocação que é a formação da reserva para atender uma possível mobilização.

A aquisição de material de saúde em campanha, totalmente nacional, por parte da DSau, modificou completamente o panorama existente.

Segundo escalão funcional

Realizado pela Companhia de Saúde do Batalhão Logístico das Grandes Unidades, constituída de um comando e seção de comando, um pelotão de ambulâncias e um pelotão de triagem, guar-

dando algumas peculiaridades de conformidade com o tipo de B Log.

Com a nova organização das forças terrestres (passando de Divisão de Infantaria para Divisão de Exército) desapareceu, ao nível divisão a seção de saúde da divisão e com ela deixaram de existir, no escalão, as figuras do chefe de serviço de saúde da divisão, do inspetor sanitário, psiquiatra e do chefe do serviço odontológico da divisão. Ninguém foi previsto, na DE, para exercer essas missões. O papel de Ch SS/Div passou a ser exercido pelo comandante da companhia de saúde do batalhão logístico da divisão de exército (no que se refere à base divisória) e no âmbito da brigada passamos a ter neste mister o comandante da companhia de saúde. Executa sua função cumulativamente.

Na organização do batalhão de saúde do exército israelense, na companhia de apoio, existem elementos destinados a atender estas necessidades nas GU.

São previstos, na Cia S/B Log, 5 médicos e 1 dentista. Em tempo de paz, quando na maioria dos B Log temos Pel S e não Cia S, a previsão é de apenas um oficial QOE, Cmt da subunidade. Apenas o 25.º batalhão logístico (escola) possui Cia S. Mesmo com 1 efetivo previsto, de 6 Med e 1 Dent, o B Log terá dificuldade para cumprir sua missão. Tal efetivo é insuficiente. O Cmt Cia S, além das suas atribuições de Cmt, é, ao mesmo tempo, assessor do Cmt BLog, e, como Chefe do serviço de saúde da grande unidade, assessor do comandante de brigada ou DE, para assuntos de saúde. Dos 4 1.º tenentes médicos, um é o Cmt do Pel Amb e 3 são do Pel Trg. As 12 dependências do PTrg contarão apenas com 3 Med. Isto considerando o PTrg desdobrado em um único ponto. Quando houver uma subárea de apoio logístico desdobrada, estes 3 Med terão que atender aos dois PTrg. Nas brigadas de cavalaria mecanizada, onde a Cia S possui 3 Sec em seu Pel Trg, nem por isso é aumentado o número de Med.

Considerando o acima exposto, em linhas gerais, a realidade nos mostra que a capacidade do PTrg preconizada para o apoio às GU e bases divisionárias não vai além de um posto de socorro. Sua capacidade e suas possibilidades são por demais reduzidas e, a nosso ver, não tem condições para cumprir as missões previstas nos manuais, face ao reduzido efetivo de oficiais.

Considerando insuficiente o efetivo de oficiais da Cia S, julgamos que para cumprir a missão necessitará de 8 Of Med, 1 Of Dent e 1 QOE/Saúde. Para que não pareça exagero, basta lembrar

que uma Cia S do Exército Argentino possui nada menos do que 11 Of Saúde (1975), a antiga companhia de saúde do regimento de infantaria do Exército Brasileiro possuía 8 Of Med e o Pel Trg do antigo batalhão de saúde da divisão de infantaria 11 Of de saúde.

Tal como no primeiro escalão funcional, os BLog disporão a curto prazo de todo o material de saúde de campanha nacional, de ótima qualidade, superando mesmo em alguns pontos o material estrangeiro.

O Exército possui atualmente 7 DE, 1 divisão de cavalaria, 20 Bda e 3 grupamentos. Deveria possuir nada menos do que de 28 a 31 BLog. Considerando existirem apenas 17 BLog podemos concluir que quase 50% das nossas Bda/DE não possuem o seu apoio logístico para atender uma situação de fato e das que possuem seus BLog, apenas a 9.ª brigada de infantaria motorizada (escola) possui Cia S. As demais contam apenas com um Pel S. Logo, apenas uma Bda possui o apoio logístico previsto.

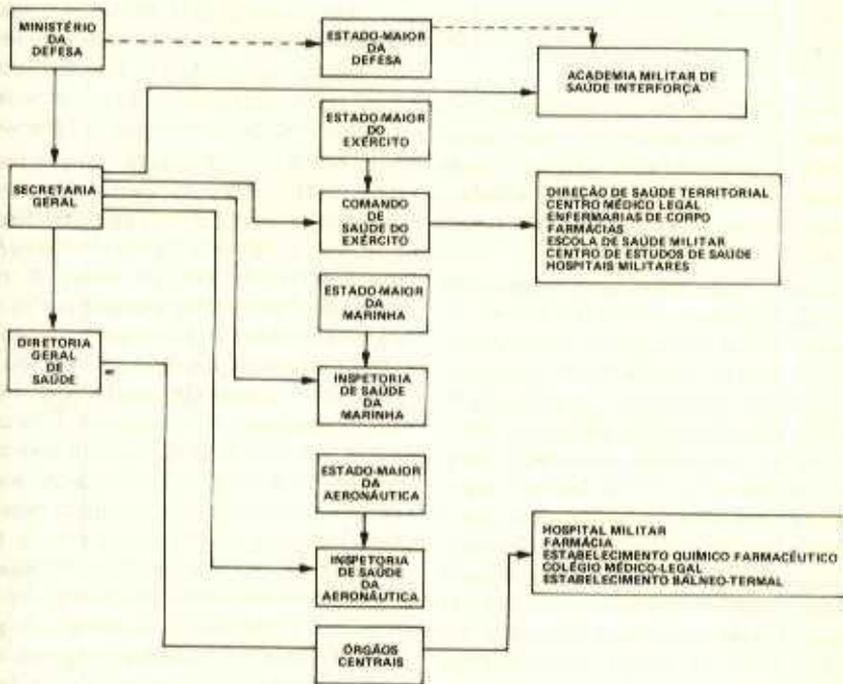
Durante o tempo de paz apenas um número irrisório de oficiais de saúde tem o aprestamento necessário para o emprego de uma subunidade de saúde, em combate. A própria instrução do soldado é prejudicada face o Cmdo da subunidade estar a cargo de um Of QOE.

Terceiro escalão funcional

Realizado pelas OM de saúde do Exército de Campanha, organizações estas inexistentes em tempo de paz, o apoio de terceiro escalão de saúde tem sua organização prevista nos manuais de campanha ou nos manuais escolares. Não existe nenhuma experiência, treinamento adequado ou simples exercício

SERVIÇO DE SAÚDE

FA - ITALIA



de função a não ser os conhecimentos adquiridos teoricamente ou nos exercícios da EsAO e ECEME.

Para o pessoal destinado a chefia, comando ou direção das OM de saúde de terceiro escalão, as fontes de treinamento, além dos exercícios da ECEME, seriam as seções de saúde do escalão logístico de região militar, desde que esta estivesse estrutura de maneira semelhante à seção de saúde do comando de apoio administrativo de exército. Hoje as Sec S/ Esc Log RM, são voltadas para a rotina administrativa da própria Sec ou voltadas para a perícia médico-militar das juntas de inspeção de saúde. Elas

não possuem estrutura suficiente para a realização de um trabalho de maior vulto.

A inexistência das organizações e do material previsto para apoiar o exército de campanha em suas operações não permite que se instrua, que se adquira experiência através de exercícios durante o período de paz. Não há preocupação de possuir um mínimo indispensável para manter o serviço de saúde em condições de apoiar uma situação de combate durante o início de operações de guerra até que a mobilização e o aprestamento permitam que o apoio se faça em toda intensidade.

Há exército sulamericano que possui atualmente três hospitais cirúrgicos móveis e dois hospitais de evacuação em condições de emprego, o que permite dizer que tem condições de apoiar um Ex Cmp de nove e quinze Bda.

O material de saúde necessário para equipar as organizações de saúde, semelhante ao usado na paz, seria facilmente provido pela indústria nacional a médio prazo. Do material de campanha pouco possuímos.

Quanto aos meios de transporte de feridos, embora a indústria nacional tenha condições de suprir as necessidades, não possuímos nada além de ambulâncias de 1.º escalão. As próprias Amb usadas pelo BLog em tempo de paz e que seriam as usadas por estes e pelas Cia Amb de 3.º e 4.º escalão em operações, são em número insuficiente. Isto é agravado pelo fato de que não são do tipo ideal que permitam a evacuação de 4 feridos deitados (Amb 1 ton) e que não são fabricadas atualmente no Brasil. Em uma situação de guerra dependeremos de uma mobilização da indústria automobilística nacional voltada nesta direção.

Além da Sec Sau do CAEx, estruturada em subseções responsáveis pelo planejamento, controle, coordenação e supervisão das várias atividades de saúde neste escalão funcional, contamos para o apoio ao Ex Cmp com unidades de evacuação, de hospitalização e outros órgãos técnicos (Fig. n.º 5).

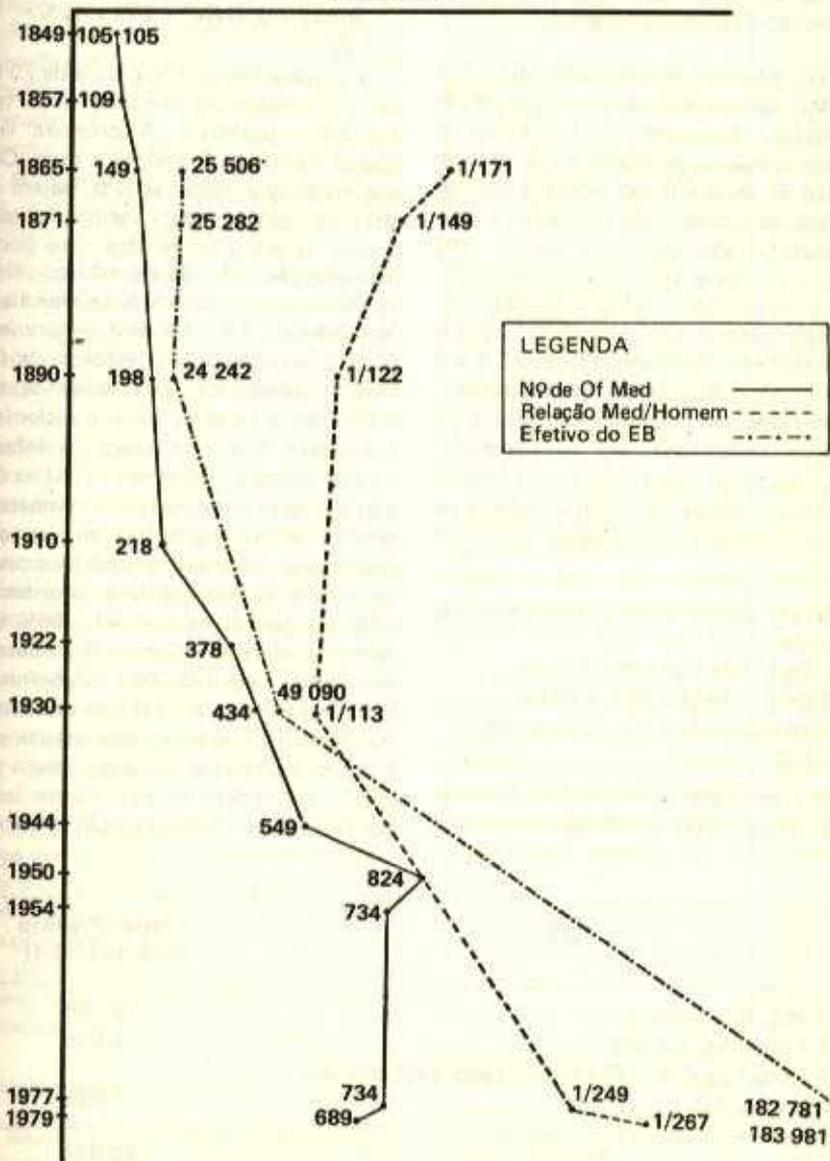
Há previsão de um pelotão cirúrgico móvel em cada hospital geral, em tempo de paz. Na verdade isto não é real. Faz-se necessária uma séria análise, com atenção especial à estrutura de apoio em hospitalização avançada preconizada em nossos manuais em vigor.

As possibilidades de sobrevivência que tem atualmente um ferido grave no campo de batalha dependem muito do apoio cirúrgico avançado e móvel. O futuro destes feridos depende essencialmente do tempo decorrido até que se inicie o tratamento adequado, evitando que o quadro mórbido torne-se irreversível. Esta luta é um desafio constante à medicina militar. Não há outra alternativa, ou levar o ferido o mais rapidamente ao hospital, ou levar o hospital mais próximo possível da linha de frente. A utilização do helicóptero nas evacuações nos dá esta rapidez e o conforto ao ferido. Por outra parte, como já foi referido, os hospitais na zona de combate têm que ser móveis para poder desdobrar-se próximo das GU empregadas. No Exército Brasileiro a hospitalização avançada é realizada pelos postos cirúrgicos móveis, instalados e operados pelos Pel Cir Mv, na base de um Pel por GU empregado. Na maioria dos exércitos (Itália, Alemanha, Grã-Bretanha, EUA, URSS, Argentina, França) são usados hospitais móveis, apoiando as divisões (ou mesmo a brigada). O batalhão de saúde israelense, que apoia a divisão, possui uma companhia cirúrgica responsável pela instalação de um hospital cirúrgico móvel.

O Pel Cir Mv preconizado pelo QOE 100-3/ECEME possui uma estrutura visando a receber os feridos intransportáveis dos PTrg, realizar a cirurgia de emergência e prepará-los para evacuação. É empregado em apoio a uma GU (Bda ou base divisionária), com capacidade para 20 feridos. Possui, em seu efetivo, dois cirurgiões, dois anestesiologistas e um clínico, além de um dentista (6 Of Sau). Instala e opera um posto cirúrgico móvel na área de apoio logístico da GU.

EVOLUÇÃO DO QUADRO DE OFICIAIS MÉDICOS

1849-1979



O Pel Cir Mv foi criado para substituir o hospital cirúrgico móvel (60 leitos) preconizado para apoiar uma divisão (antigo Sistema de Apoio Administrativo do Exército Brasileiro).

Pela estrutura preconizada para o Pel Cir Mv, assim como pela sua capacidade em leitos, dificilmente terá condições de prestar o apoio necessário à GU. Isto se agrava se levarmos em conta o QO de oficiais de saúde. Dois cirurgiões e dois anestesistas vão constituir apenas uma equipe cirúrgica, com capacidade limitada de durar no seu trabalho técnico. Dependerá sempre do reforço em equipe especializada. Considerando uma DE a 5 (cinco) Bda, conforme quadro abaixo, empenhada em operações contra uma posição, organizada, em 1.º dia e ataque, vamos ver que o número de feridos "intransportáveis" a serem atendidos na GU ultrapassará a capacidade dos P Cir Mv.

Se considerar a DE como um todo, teremos:

$$P \text{ Cmb} = 28.948 \times 5\% = 1447$$

$$B \text{ Cmb} = 1447 \times 70\% = 1013$$

$$\text{"intransportáveis"} = 1013 \times 12\% = 122$$

A capacidade total dos PCir Mv é de 120 leitos, logo insuficientes para o

apoio. Raciocinando com uma brigada de infantaria motorizada, teríamos:

$$P \text{ Cmb} = 5165 \times 5\% = 259$$

$$B \text{ Cmb} = 259 \times 70\% = 182$$

$$\text{"intransportáveis"} = 182 \times 12\% = 22$$

A capacidade do P Cir Mv é de 20 leitos, insuficiente para receber os 22 feridos intransportáveis. À primeira vista pouco significam 2 feridos a mais. Considerando que todas as Bda (sejam Inf Mtz, Inf Bld ou Mec) venham a ter o mesmo número de feridos. Isto porém não acontece. A Bda do esforço principal terá maior número de feridos e a capacidade do P Cir Mv será sempre insuficiente para apoiar o esforço da DE. Para as demais GU, possivelmente, será suficiente. Forçando mais o raciocínio, considerando que as baixas de infantaria são as mais frequentes (93%) na GU, que a tropa empenhada em combate terá mais feridos que as GU em reserva ou que a base divisionária, podemos prever que a Bda do Esf Pcp terá da ordem de 40% das baixas de combate. 60% ficaram por conta das demais GU e base divisionária. Seguindo este raciocínio, o P Cir Mv da Bda do Esf Pcp terá sua capacidade (20 leitos) ultrapassada pelo número de feridos intransportáveis previstos (da ordem de 52). Assim temos um apoio de hospitalização avançada,

OM	Efetivo Previsto (ME 101-10-1)
3 (três Bda Inf Mtz	15.495
1 (uma) Bda Inf Bld	5.636
1 (uma Bda C Mec Cmdo, unidades divisionárias, inclusive AD	3.565
TOTAL	28.948

deficiente para a Bda que executará o Esf Pcp e um excesso de capacidade para apoio ao esforço secundário.

A maioria dos exércitos apoia suas divisões com hospitais móveis variando de 50 a 100 leitos embora usando denominações distintas para esse tipo de instalações (hospital cirúrgico avançado, unidade médica autotransportadora, hospital de campanha ou equipe cirúrgica avançada). Assim o fazem os exércitos: argentino, francês, inglês, espanhol, italiano, russo e norte-americano.

Diante da evacuação aeromédica, em particular da evacuação por helicóptero, levou a que muitos duvidassem do emprego da hospitalização avançada. A realidade mostra este emprego em todos os últimos conflitos e cada vez em maior extensão desde a II Guerra Mundial, na Coreia, no Vietnã, no conflito indopaquistanês e finalmente na guerra do Yan Kippour, e não só a nível divisão mas também a nível de Bda. O número de feridos graves intransportáveis vem aumentando, de tal maneira que o número destes feridos, no último conflito árabe-israelense, foi o dobro do constatado na II Guerra Mundial. Isto devido ao emprego crescente de armas de grande poder destruídos e o emprego maciço de blindados. Por isso deve-se levar a hospitalização o mais a frente possível. E não cabe pensar que sempre podemos fazer uso de Hlcp, ou outro tipo de EvAem, pois existem limitações médicas que restringem sua utilização e outras relativas ao seu emprego. Daí a importância de prever um hospital cirúrgico avançado próximo ao PTrg.

Quarto escalão funcional

Realizado pelas OM de saúde do Comando de Apoio Administrativo das

Forças Terrestres no TO (CAATER). Destes apenas os HGe, e os depósitos regionais de material de saúde existem em tempo de paz.

Os H Ge, localizados nas sedes das RM, possuem estrutura diferente do previsto para a guerra. Seus leitos fixos são em número abaixo das necessidades, para atender uma situação de guerra. Não só a estrutura e a capacidade, mas também o pessoal existente, estão voltados para a medicina de paz. O mesmo ocorre com os vários hospitais de guarnição, com sua capacidade, material e pessoal insuficientes para atenderem uma situação de combate.

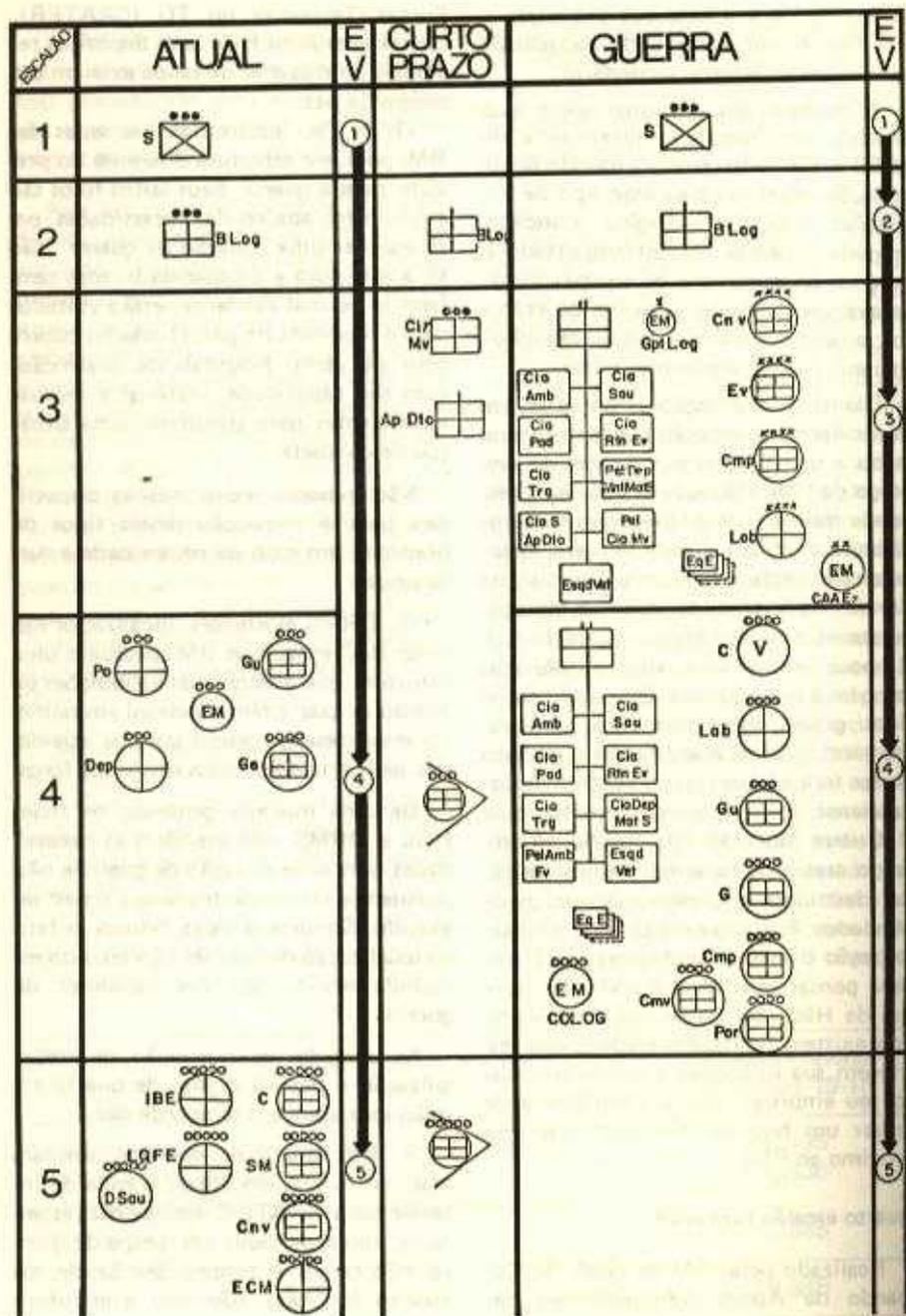
Não existem meios móveis disponíveis para a instalação destes tipos de hospitais, em caso de necessidade a curto prazo.

Os DRMS existentes, localizados nas sedes das respectivas RM, possuem uma estrutura que atende suas atribuições de tempo de paz e têm o pessoal em número insuficiente, mesmo para as atividades de rotina. São todos depósitos fixos.

De uma maneira genérica, os HGe, HGu e DRMS, não atendem as necessidades para uma situação de guerra e não possuem a estrutura desejada e o pessoal exigido. Soma-se a esses fatores o fato da localização destas OM não ter sido escolhida em função das hipóteses de guerra.

As unidades de evacuação, de hospitalização e demais órgãos de quarto escalão inexistem em tempo de paz.

A estrutura atual das RM, venham elas, no futuro, constituir a zona de interior ou a CAATER, no que diz respeito ao apoio de saúde em tempo de guerra, não existe. A própria Sec Saúde, do escalão logístico, não tem a estrutura



mínima necessária e sua passagem para uma estrutura de Sec Saúde/comando logístico será feita com dificuldade.

Quinto escalão funcional

Realizado pelas OM existentes em tempo de paz com as adaptações que se farão necessárias. A estrutura existente está montada para o tempo de paz e sua passagem para uma situação de guerra não será conseguida sem dificuldades.

Meios de evacuação

— Meios Terrestres

As padiolas e carrinhos porta-padiola são de fabricação nacional e não constituem problema face a uma mobilização.

As ambulâncias de primeiro escalão (1/4 ton) são em número insuficiente mas facilmente supridas pela indústria nacional em caso de necessidade. Já as ambulâncias (1 ton) necessárias para os demais escalões não são fabricadas em tempo de paz. Existem alguns protótipos de 3/4 ton mas estas deixam a desejar.

Quanto a ambulância blindada existe um protótipo ENGESA, do tipo URUTU e que não virá constituir problema em caso de necessidade.

— Meios Aéreos

O Exército não possui meios orgânicos para EvAem. Depende do apoio da FAB.

A FAB não possui meios aéreos específicos para a evacuação de doentes e feridos, sendo a EvAem realizada com as aeronaves disponíveis no momento, com adaptações sempre que possível.

Os meios existentes não atendem as necessidades exigidas para apoiar operações de guerra dentro do desejado. Isto

levará a dependência dos meios terrestres.

— Meios Aquáticos

O Exército não possui lancha leve Amb para atender as necessidades de batalhão logístico de selva. Depende de meios flutuantes dos elementos da companhia especial de transporte existentes na Amazônia e que terão que sofrer adaptações.

Guerra química, biológica e radiológica

Cabe à Saúde a participação na guerra QBR, não apenas pela preparação para a evacuação, hospitalização e tratamento de grande massa de pacientes atingidos por estes agentes, mas também nos trabalhos de pesquisa e execução da defesa contra os agentes QBR.

Em tempo de paz, inclusive o pessoal de saúde não faz o Curso de Guerra Química. Tem apenas conhecimentos elementares e teóricos do assunto.

O Instituto de Biologia do Exército, órgão que por suas características e estrutura seria o elemento destinado ao estudo e ao preparo de técnicos para atuar em caso de guerra biológica (principalmente na defesa contra agentes biológicos), nada tem ou faz neste sentido.

Pessoal de saúde

Mesmo para atender a estrutura atual de paz, onde as atividades estão voltadas mais para a assistência médico-hospitalar (SAMMED) o efetivo de pessoal de saúde da ativa é insuficiente para atender as necessidades. Há falta em oficiais e graduados, sendo críticas as deficiências, em pessoal, dentro de certas especialidades.

Procurou-se diminuir a deficiência em oficiais utilizando-se Of R/2, em

uma deturpação dos seus estágios de adaptação e serviço e estágios de instrução e serviço, fazendo com que, após sua curta formação, prestem serviço nos hospitais e policlínicas em detrimento do corpo de tropa, muitas vezes como "especialistas". A permanência em organizações de assistência médica, ao invés da tropa ou BLog, desvia o Of R/2 do objetivo do serviço militar para Of Sau (que é a formação da reserva) e faz com que a assistência médica seja mantida em um nível técnico mais baixo face a pouca experiência dos recém-formados.

O quadro de oficiais médicos, desde 1950, ao invés de acompanhar os aumentos de efetivo da tropa e a criação de novas OM (inclusive hospitais e policlínicas), diminuiu em cerca de 20% (135 Of a menos do que em 1950). O mesmo, em outras proporções, ocorreu com o efetivo de farmacêuticos.

Cálculos realizados na DSau fazem crer que o serviço de saúde funciona com uma deficiência em oficiais da ordem de 50% de suas necessidades mais para atender as forças terrestres.

ALGUMAS CONCLUSÕES

A estrutura e a dinâmica atuais não atendem as afirmativas doutrinárias. Todo sistema atual está voltado para a situação de paz, funcionando baseado em uma estrutura e uma dinâmica voltadas mais para a assistência médico-hospitalar de tempo de paz (SAMMED). Mesmo assim sua atuação é limitada, uma vez que suas limitações em pessoal, em material e mesmo em organização são uma realidade.

A DSau, órgão normativo do sistema, integrante do DGS, possui uma estrutura ultrapassada, deficiente em pessoal e em recursos e está voltada apenas para a

rotina administrativa de tempo de paz. Exceção ao projeto referente ao material de campanha de 1.º e 2.º escalões, em fase de implantação. Há necessidade de uma reorganização da Diretoria, visando dar a ela maior operacionalidade e condições para que estabeleça as rotinas necessárias à mobilização dos meios de saúde para atender uma situação de guerra.

Dentre os órgãos subordinados à DSau, o IBE, o LQFEx e o ECMSEx necessitam uma análise de suas estruturas para que possam vir atender os estudos, os planejamentos e mesmo a execução de rotinas visando à mobilização de saúde. Todos estes órgãos, assim como os hospitais e depósitos regionais, estão voltados unicamente para a situação de paz.

A seção de saúde do escalão logístico das regiões militares apresentam uma estrutura voltada para a paz sobrecarregada pelos afazeres referentes às juntas de inspeção de saúde e ao SAMMED/FUSEx. Não possui estrutura para executar um planejamento ou manter dia-a-dia os dados necessários. Sem pessoal e recursos suficientes dificilmente poderá constituir um núcleo de uma seção de saúde de um COLOG (RM/ZA), de uma sessão de saúde de CAAEx ou mesmo de uma seção de saúde de uma RM/ZI.

As organizações de saúde regionais (hospitais, policlínicas e depósitos) não possuem estrutura e pessoal para atender uma situação de guerra imediata. Além de serem órgãos fixos suas localizações obedecem mais uma situação administrativa, ao efetivo de tropa em determinada Gu, do que uma hipótese de guerra. Os HGe não possuem condições de ajustar os Pel Cir Mv a curto prazo e suas capacidades em leitos fixos (assim como dos HGu) não atendem as ne-

cessidades de uma mobilização rápida para apoiar uma situação de guerra.

A estrutura atual das RM, venham elas constituir futuro CAATER, CAAEx ou ZI, não possui em tempo de paz as OM de saúde, previstas e necessárias, de 3.º e 4.º escalões (unidades de evacuação, hospitalização e outras especialidades) — e não permite uma evolução fácil da situação de paz para a de guerra. As organizações existentes não permitem ao menos a formação e o aprestamento do pessoal de saúde para constituírem a reserva mobilizável. Reserva inexistente (em alguns setores) no meio civil.

O 1.º escalão funcional (corpo de tropa) uma vez completada a distribuição do material de campanha, tem condição de passar rapidamente a viver uma situação de guerra. Haverá por certo o recompletamento do suprimento classe VIII e do pessoal previstos nos QO de guerra.

O estágio de adaptação e serviço (EAS) e o estágio de instrução e serviço (EIS), de conformidade com o espírito da lei vigente são previstos para a formação da reserva de oficiais de saúde. Reserva esta que na FEB representou 55,13% do efetivo de oficiais de saúde. Para fazer face ao aumento da demanda de pacientes na rede hospitalar do Exército e a diminuição do número de oficiais de saúde nos efetivos atuais houve uma deturpação do emprego do Of Sau R/2 na área assistencial, servindo nas policlínicas e nos hospitais em detrimento da tropa ou dos BLog onde estariam recebendo a instrução necessária. Cai o padrão do atendimento médico-odontológico em tempo de paz (profissionais pouco experientes tecnicamente) e cai o padrão da reserva.

O 2.º escalão funcional (BLog) é insuficiente para atender uma situação de

guerra, pois nem todas as GU possuem este tipo de OM. Quando a possuem, o elemento de saúde é o Pel e não a Cia S. Para atender as necessidades das HG mais prováveis, os BLog teriam que possuir sua Cia S mesmo que venha ser com seu QO reduzido. O Cmdo da subunidade de saúde não pode ficar na mão de um Of do QOE, mas sim na de um Of Med, face às limitações de conhecimentos técnicos daquele oficial. O efetivo de Of Med previsto no QO/Cia S é insuficiente para atender as necessidades, em particular nas Bda C Mec e Bda Inf SI. O material de campanha, uma vez concluída a distribuição prevista e desde que haja um estoque para seu recompletamento, atende as previsões para o apoio das forças em combate. É deficiente ainda o aprestamento das subunidades e do pessoal de saúde neste escalão.

Quanto ao 3.º escalão funcional (Ex Cmp), nada existe em tempo de paz. Na situação atual seriam muitas as dificuldades a serem vencidas em uma mobilização a curto prazo. Inexistem as unidades de evacuação, de hospitalização e demais organizações. A reserva só vem sendo instruída nos primeiro e segundo escalões.

O 4.º escalão funcional apresenta apenas os HGe, HGu e DRMS, com estrutura, material e pessoal voltados para a situação de paz. A rápida passagem para uma estrutura de guerra será difícil, não só pela limitação em leitos fixos mas também em relação ao efetivo de oficiais de saúde. Há necessidade de uma análise da situação atual visando a uma maior capacidade e melhor localização de nossos hospitais, em particular dos HGu, para atender os HG e a ordem de batalha. Em igual situação encontram-se os DRMS com uma estrutura e pessoal

limitados a receberem e distribuírem parte do suprimento de saúde. Não exerce a função de depósito na acepção da palavra.

A estrutura do 5.º escalão funcional está dirigida para o tempo de paz, necessitando uma reestruturação não apenas em suas OM mas também em seus QO.

Os meios de evacuação terrestres são insuficientes para atender a uma situação de emergência e por certo apresentará dificuldades de mobilização a curto prazo. Há necessidade de desenvolvimento de protótipos de ambulâncias destinadas aos segundo, terceiro e quarto escalões, que seriam dotadas, em tempo de paz, aos batalhões logísticos. O mesmo se faz necessário em relação aos meios de evacuação fluvial destinados ao apoio da Bda Inf de Selva.

A guerra química, biológica e radiológica em nosso Exército conta apenas com a companhia de guerra química da Escola de Instrução Especializada, alguns estudos no Instituto Militar de Engenharia, além dos conhecimentos teóricos recebidos nos vários cursos existentes nas várias escolas e OM. O serviço de saúde nada possui nesta área. Não como arma de ataque mas, pelo menos, a defesa contra agentes QBR teria que ser considerada pelas forças terrestres. Em particular a guerra biológica, mais afeta à área da saúde, mais fácil de ser executada e menos dispendiosa (ao alcance de qualquer nação), teria que ser olhada com mais atenção pelo serviço de saúde. O IBE tem condições de adaptação para estudos neste sentido.

Do estudo do sistema de apoio de saúde das Forças Terrestres do Teatro de Operações podemos concluir que o desenvolvimento brasileiro permitiu que a nação aperfeiçoasse suas possibili-

dades convencionais de segurança. Suas forças armadas, embora venham se modernizando, longe estão de considerarem-se como constituintes de uma potência militar. A estrutura e a dinâmica do sistema de apoio de saúde das forças terrestres estão voltadas para o tempo de paz, com sua capacidade de apoio ultrapassada pela demanda exigida. Seu efetivo existente é insuficiente para atender suas necessidades imediatas, seu material é suficiente apenas para atender os 1.º e 2.º escalões em tempo de paz e não possui nenhuma das unidades de evacuação, hospitalização móvel e demais órgãos especiais preconizados pela doutrina para constituírem os 3.º e 4.º escalões funcionais. Os meios de evacuação são insuficientes em número e tipo. Os hospitais fixos não possuem uma localização ideal, são em número insuficiente para atenderem o apoio de paz e têm sua capacidade de atendimento saturada pela demanda.

ALGUMAS SUGESTÕES

Após a análise e as conclusões sobre o sistema de apoio de saúde das forças terrestres, julgamos interessante apresentar algumas sugestões, visando a aproximar o sistema existente da doutrina do C 100-10 e do sistema previsto:

— Reestruturar a DSau dotando-a de uma seção de planejamento e mobilização (voltada para guerra) e uma seção de higiene e saneamento (voltada para a paz e para a guerra).

— Estudar, através da DSau, as rotinas necessárias para a passagem rápida (preconizada pelo C 100-10) da situação de paz para a de guerra.

— Dar condições ao IBE para estudo e pesquisa de assuntos ligados à defesa

contra guerra biológica e suprimento de sangue e derivados.

— Reestruturação da seção de saúde do escalão logístico das RM para que venham constituir um núcleo de seção de saúde do COLOG, do CAAEx e do Comando de ZI. Assim será possível o levantamento das áreas e o planejamento visando à passagem para uma situação de guerra.

— Dar condições para que alguns HGe e HGu tenham condições de mobilizar hospitais de evacuação e elementos cirúrgicos móveis, rapidamente.

— Intensificar a distribuição de material de campanha para as unidades de tropa e BLog e providenciar o mesmo material para equipar as unidades previstas para a implantação do Exército do Presente.

— Dotar os BLog com ambulâncias de 1 ton. Do BLog das Bda Bld ou Mec receberiam Amb Umtu. Em tempo de paz seria suficiente 50% das ambulâncias.

— Passar para companhia os pelotões de saúde dos BLog dos I, II e III Exército e criar os BLog das GU que ainda não o possuem, em particular o da Bda Inf SI.

— Reestruturar a organização da Cia S/Blog, em particular da Bda C Mec, da

Bda Inf SI e da Bda Pqdt, considerando que o efetivo de oficiais médicos previstos em QO é insuficiente para o cumprimento da missão. O Cmdo da subunidade de saúde dos BLog deve ser entregue a um Of Med e não do QOE.

— Substituir os Pel Cir Mv, previstos pela doutrina de emprego, por HCir Mv como preconizava o antigo Sistema de Apoio Administrativo do Exército Brasileiro.

— Criar a curto prazo algumas das unidades de saúde previstas para o 3.º e 4.º escalões funcionais que, em tempo de paz, permaneceriam subordinadas às Regiões Militares, servindo não só para o apoio de saúde do dia-a-dia mas também para a instrução e o ajustamento da tropa. Assim sugerimos criar:

1.ª Fase

— Cia S Ap Dto: 3.ª e 5.ª RM
 — Pel Dep Mnt Mat S: 2.ª e 5.ª RM (orgânicos dos DRMS)

— H Cir Mv (ao invés de Pel Cir Mv): 3.ª e 1.ª RM

— DRMS: 11.ª RM

— HGu: 5ª RM (CASCAVEL)

2.ª Fase

— Cia S Ap Dto: 1.ª e 12.ª RM

— Pel Dep Mnt Mat S: 12.ª RM (orgânico do DRMS)



O Cel Med Aureliano Pinto de Moura é diplomado em Medicina pela Universidade Federal do Paraná e possui os cursos da Escola de Saúde do Exército, Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais e da Escola de Comando e Estado-Maior do Exército. Representante do Ministério do Exército no Conselho Diretor da Central de Medicamentos, é atualmente Diretor da Policlínica Militar do Rio de Janeiro.

— Cia Dep Mat S: 1.^a RM (orgânico do ECMSE)

— H Por: 1.^a RM (adido a Bda Pqdt) e 12.^a RM (adido ao HGeM)

— HGu: 12.^a RM (BOA VISTA) e 3.^a RM (SÃO GABRIEL)

— Constituir um grupo de trabalho para estudar a validade da substituição do HCirMv (usado pela maioria dos exércitos) pelo Pel Cir Mv preconizado pelo Exército Brasileiro atualmente. O GT poderia ser constituído por elementos da ECEME, EsAO, EsSE e DSau.

— Pesquisar o tipo de lancha leve Amb ideal para dotar o BLog SI. O projeto poderia ser elaborado pelo IME em colaboração com a ECEME.

— Estudar junto à FAB a criação de unidade de EvAem.

— Reestruturar o quadro de oficiais e sargentos de saúde, realizando:

• Aumento de efetivo de Of Med e Farm visando a atender as necessidades mínimas da força terrestre.

• Criação do quadro de Of Enf a serem formados pela EsSe, a semelhança dos demais Of Sau, analisando a possibilidade do ingresso de elementos do sexo feminino.

• Estudo da LSM para Med, Dent e Farm (atualmente menos de 10% dos

formandos prestam o serviço militar) e reformulando a formação do Of R/2 (EAS e EIS) se possível nos CPOR, NPOR e EsSe, com uma carga horária mais compatível com a responsabilidade de um Of Sau. Criar o Of Enf R/2.

• Reformular os critérios de convocação e distribuição dos Of R/2 pelas OM dando prioridade para os BLog e corpo de tropa, em detrimento dos HM e PoM.

• Ampliar para dois anos a duração do CFS/08-33 Aux Enf, criando cursos de Esp não apenas nas especialidades tradicionais existentes mas também em outras de interesse médica e militar.

• Aproveitar a capacidade ociosa que possa existir no CFS/EsSe para a formação de Sgt temporário.

• Estudar o problema da falta de Of Med com o CCEMSv/Sau, levantando suas causas e apresentando medidas de incentivo para atrair o médico-militar ao ingresso na ECEME, objetivando poder contar com elementos de saúde altamente capacitados para assessoria nos escalões EME, DGS, DSau e RM em tempo de paz, assim como na FTTO, CAATER (COLOG) e CAAEx, no teatro de operações.