

# “Propostas para Revisão e Atualização da Doutrina de Emprego do Serviço de Saúde em Campanha do Exército Brasileiro ”

*“O verdadeiro desafio não é inserir novas idéias, mas sim expelir as antigas” (Lidell Hart)*

## RESUMO

A doutrina de emprego do Serviço de Saúde em Campanha do Exército Brasileiro sofreu poucas modificações desde a última participação da Força Expedicionária Brasileira – FEB, na 2ª Guerra Mundial, cuja base doutrinária apoiou-se no serviço de saúde do exército norte-americano. Isto significa que a nossa doutrina está desatualizada há várias décadas. As propostas apresentadas neste trabalho foram desenvolvidas pelo Curso de Saúde da Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais - EsAO, por intermédio dos Instrutores e dos Capitães alunos Médicos do 1º Turno de 2007, visando a dar um primeiro passo para a modernização e a atualização doutrinária. São baseadas nos conceitos modernos de Medicina de Guerra, de Emergência e de Resgate, com as tecnologias utilizadas no meio civil e militar dos

países mais desenvolvidos. Muito há que ser feito, pois qualquer proposta de modificação na estrutura logística de apoio de saúde para as operações militares acarretará, também, a mudança da doutrina e da logística das demais Armas, Quadros e Serviços. Apesar das dificuldades conjunturais, devemos buscar o aprimoramento constante e a evolução doutrinária, no sentido de acompanhar e nos adaptarmos às inovações tecnológicas. Não podemos permanecer estagnados; a vida e o mundo atual nos impelem para seguirmos adiante.

**PALAVRAS-CHAVE:** Medicina de Guerra, Doutrina, Serviço de Saúde em Campanha. Exército Brasileiro.

## 1. INTRODUÇÃO

---

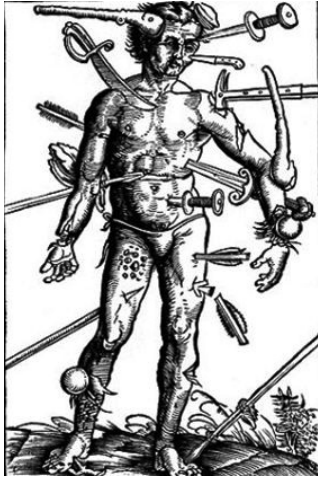
O Manual de Logística Militar Terrestre (C100-10) refere-se à função logística saúde como sendo o conjunto de atividades relacionadas com a conservação dos recursos humanos nas condições adequadas de aptidão física e psíquica, por meio de medidas sanitárias de prevenção e de recuperação, estendendo este conceito, inclusive, à conservação dos animais, seja em tempo de paz ou de guerra. A Doutrina de Emprego do Serviço de Saúde em Campanha do Exército Brasileiro é inerente à sua missão e às suas responsabilidades; orienta o emprego das organizações de saúde determinado pelas missões, responsabilidades e princípios peculiares que norteiam a logística do apoio de saúde nas operações militares em todos os escalões. Na atualidade, com o advento de novas e sofisticadas tecnologias, a adoção de estruturas organizacionais mais leves e flexíveis, a criação de unidades altamente especializadas e centros de excelência, os conflitos modernos exigem da Força Terrestre esforços continuados no sentido de elaborar novos conceitos e idéias, adequados à nova conjuntura mundial e à nossa realidade. Nesse contexto, crescem de importância o estudo e a pesquisa da evolução doutrinária do

Serviço de Saúde em Campanha do Exército; sua organização, estrutura e funcionamento. Convém ressaltar que a atual doutrina do Serviço de Saúde apóia-se, ainda hoje, em concepções doutrinárias oriundas do exército norte-americano durante a 2ª Guerra Mundial. Isto nos faz retroceder exatos 62 anos no tempo e questionar: não teria chegado o tempo de provocarmos algumas atualizações em nossa doutrina? No que se refere à instrução, o Manual de Campanha C8-1 (Serviço de Saúde em Campanha), atualmente em vigor, é oriundo de 1980, embora um anteprojeto de 2001 ainda aguarde a aprovação do Estado Maior do Exército – EME.

As propostas aqui apresentadas surgiram exatamente a partir desse questionamento por parte dos instrutores e capitães alunos da fase presencial do curso de aperfeiçoamento militar para oficiais médicos do 1º semestre 2007, da Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais – EsAO e visam a atualizar a doutrina de organização, preparo e emprego do Serviço de Saúde nas operações militares, compatibilizando-a com a evolução tecnológica dos tempos atuais, adequando-a, porém, com a realidade do país e as possibilidades e recursos da Força Terrestre.

## 2. DESENVOLVIMENTO

### Breve Histórico do Serviço de Saúde em Campanha e a Medicina Atual

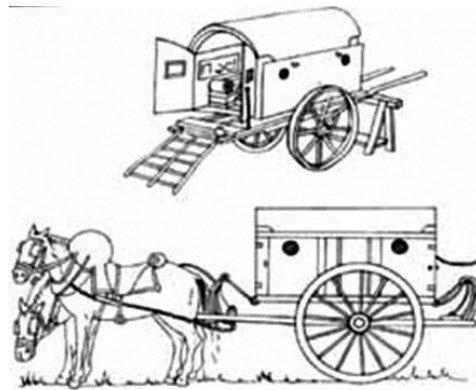


*Dominique Jean Larrey (\*08 Jul 1766 +25 Jul 1842)*

Em 1517, no *Feldbuch der Wundarzney* (Manual para o Tratamento de Feridos em Campanha), Hans von Gersdorff já nos fornecia uma idéia bastante real daquilo que era, à época, um politraumatizado de guerra.

Esta figura pode representar de maneira bastante significativa e esquemática o que é para nós, médicos, ainda hoje, um ferido em combate.

Dominique Jean Larrey, Cirurgião-Mor dos Exércitos de Napoleão Bonaparte, que com ele lutou desde sua Campanha da Itália, em 1797, até Waterloo, em 1815, foi quem desenvolveu os "modernos métodos" do Serviço de Saúde em Campanha, àquela época: preconizava a realização das cirurgias em campo de batalha, a aproximação do atendimento hospitalar aos feridos, através dos Hospitais de Campanha, o desenvolvimento dos ditos "sistemas de corpos de ambulâncias" e de suas famosas "Ambulâncias Voadoras de Larrey" para o transporte de feridos, com equipes especializadas de transporte, atendimento e padioleiros.



*"Ambulâncias Voadoras de Larrey"*

Ao analisarmos este breve histórico, pensando no Serviço de Saúde em Campanha do Exército Brasileiro desde a Guerra da Tríplice Aliança até a 2ª Grande Guerra, devemos admitir que muito pouca coisa mudou desde então. Principalmente quando pensamos nas possibilidades terapêuticas, técnicas de salvamento e resgate, tecnologia de evacuação, meios de transporte e hospitalização que possuímos na medicina civil da atualidade, invade-nos ainda mais a certeza de que é nossa missão tomarmos alguma providência para não abandonarmos nossos militares à mercê da sorte e, sim, ampará-los com a tecnologia e capacitação profissional a que fazem jus, em pleno século XXI.

## **Doutrina Atual de Emprego do Serviço de Saúde e seus Óbices**

### **a. Condições adequadas e maior proteção aos “soldados resgatistas”**

Pela atual doutrina do Serviço de Saúde em Campanha, a partir do momento em que o combatente é abatido no campo de batalha, um soldado padioleiro deverá resgatá-lo no local onde ele caiu ou no Refúgio de Feridos e de lá para o Posto de Socorro da Unidade, caracterizando o atendimento do 1º Escalão de Saúde, sem qualquer tipo de proteção.

O soldado padioleiro que resgata a outro militar ferido, passaria a ser denominado e conhecido como “soldado resgatista” e assim por nós será denominado, a partir de agora.

### **b. Proteção aos feridos durante seu 1º atendimento e evacuação**

Sabe-se, hoje em dia, com todas as técnicas de resgate e salvamento aprendidas e mundialmente difundidas no meio civil, que o 1º atendimento prestado por uma equipe de saúde a um ferido grave é fundamental e desse primeiro atendimento depende diretamente sua possibilidade de sobrevivência. Na doutrina atual, nem o resgatista, nem o ferido, dispõem de qualquer tipo de proteção para que os procedimentos e a evacuação acima relatados sejam realizados de forma segura.

Também é fundamental que cada combatente tenha consigo um “kit” de primeiros socorros completo para executar seu próprio atendimento imediato, ou de seu próximo, desde que possível. Atualmente tais “kits de primeiros socorros” são previstos, porém estão longe de serem considerados adequados para as necessidades da guerra moderna.

### **c. Melhores condições de atendimento ao ferido**

Conforme citado anteriormente, quanto melhores e mais rápidas forem as condições do 1º atendimento ao ferido, maiores possibilidades ele terá de sobreviver, com menos e menores seqüelas. Atualmente, faltam-nos locais e materiais adequados para a realização desse 1º atendimento.

### **d. Mobilidade e Flexibilidade**

A doutrina atual, com o 1º Escalão montado em barracas e estruturas fixas, dificulta a mobilidade e flexibilidade, características fundamentais dos conflitos modernos neste novo século.

### **e. Meios de transporte melhor adequados para a evacuação dos feridos**

Atualmente é preconizado o transporte de feridos por ambulâncias do tipo A, ou seja, ambulâncias apenas para transporte de pessoal, sem características específicas para atendimento ou prosseguimento de atendimento médico já iniciado. Nossas ambulâncias são antigas e a previsão é de que sejam de 1 ton, porém as existentes são de ¾ ton. O circuito de ambulâncias, da forma como foi concebido e consta nos Manuais, é operacionalmente questionável e há evidências de que não funcione adequadamente. Sugere-se que o referido circuito seja mantido, mas que seja aperfeiçoado e racionalizado. A proteção blindada das ambulâncias, bem como os diversos tipos de ambulâncias a serem empregadas no atendimento ao militar ferido em combate deverão ser dimensionadas e compatíveis com o valor da tropa apoiada.

#### f. Capacitação dos profissionais de saúde em « Medicina de Guerra », de Urgência e de Resgate

Os médicos que atuam em serviços de emergência e resgate no meio civil sabem ser fundamental a necessidade de especialização e educação continuada nessas áreas, pois elas evoluem diariamente com técnicas e procedimentos que se tornam vitais para o traumatizado. Toda a equipe médica deve estar treinada e habilitada para isso, desde os "soldados resgatistas" até os médicos especialistas.

A Medicina de Guerra é uma especialidade médica que ensina não somente a recuperar os feridos, mas também a deixá-los morrer com dignidade, visto a impossibilidade de salvar todas as vidas em casos de guerras e grandes catástrofes. Precisamos estar treinados e preparados para isto. Convém ressaltar, no entanto, que o nosso país é signatário de tratados internacionais, tais como do Direito Internacional Humanitário e da Convenção de Genebra e de seus protocolos adicionais, devendo portanto, observar as possíveis implicações jurídicas decorrentes de atos dessa natureza.

Na doutrina atual não há qualquer previsão para especialistas nestas áreas.

#### Sugestões e Propostas:

##### a. Tempo como prioridade absoluta no 1º atendimento ao ferido

O maior aliado para o aumento na sobrevivência dos feridos em combate é o tempo. No meio civil, em todos os ensinamentos sobre atendimentos de emergência, o tempo é tratado como prioridade absoluta, tendo-se como jargão, atualmente, que "tempo é vida". Deve-se ter sempre em mente que, para morrer, são necessários apenas 3 minutos e que esse é

um espaço muito curto de tempo.

Preconiza-se, também, a "golden hour", ou seja, a 1ª hora do atendimento ao ferido, desde o momento em que foi atingido, como sendo de fundamental importância para sua sobrevivência. Para isto, o ferido deve dar entrada num Hospital para receber seu tratamento definitivo dentro dessa 1ª hora.

##### b. Recursos Humanos

##### - Capacitação Profissional em Medicina de Guerra, de Urgência e de Resgate

Conforme citado anteriormente, é de fundamental importância que tenhamos uma equipe de profissionais de saúde treinada, equipada e preparada para os procedimentos necessários ao primeiro atendimento, seguido dos cuidados essenciais de recuperação e de estabilização do combatente ferido, para, imediatamente após, removê-lo para o escalão superior, a fim de que venha a ter, dentro do mais curto prazo possível, seu tratamento definitivo em um hospital.

Existem vários cursos civis, ministrados pelas Associações Médicas, em todas as esferas de governo (municipal, estadual ou federal), periodicamente, que tratam especificamente dos atendimentos de emergência a pacientes traumatizados, entre eles:

- BTLS : Basic Trauma Life Support (Suporte Básico de Vida ao Trauma) - curso básico de atendimento ao trauma, pode ser realizado por todos os integrantes do Serviço de Saúde, a partir do Soldado Padioleiro.
- PHTLS : Pre-Hospital Trauma Life Support (Suporte de Vida Pré-Hospitalar ao Trauma) - curso para médicos e enfermeiros.
- ATLS : Advanced Trauma Life Support (Suporte Avançado de Vida ao Trauma) - curso destinado apenas a médicos.

Estes cursos têm reconhecimento internacional pelas Sociedades Médicas de Cuidados Críticos aos Pacientes Traumatizados

e devem ser realizados a cada 4 (quatro) anos pelos profissionais de saúde, para mantê-los atualizados. O controle é feito por meio das carteiras profissionais. Têm um custo aproximado de U\$ 250 (duzentos e cinquenta dólares) e normalmente são realizados durante finais de semana, como cursos de "imersão", ou seja, cursos de duração de cerca de 12 (doze) horas diárias.

A Força Aérea Brasileira ministra e financia aos seus profissionais de saúde, semestralmente, o ATLS, no Hospital da Força Aérea do Galeão.

Ainda há outros cursos nas áreas de resgate e salvamento, acessíveis aos militares de Saúde:

- Cursos de resgate (Bda Pqdt)
- Cursos de salvamento (Grupo de Socorro de Emergência - GSE do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro)

Para os médicos, há uma necessidade ainda maior de especialização, mais específica em "Medicina de Guerra", não reconhecida no Brasil, mas ministrada nos Estados Unidos nas seguintes Universidades:

- Uniformed Services University of the Health Sciences Department of Military and Emergency Medicine, Bethesda, Maryland
- University of Southern California Medical Center
- Navy Trauma Training Center, Los Angeles County, Califórnia

Nossa proposta é a de que oficiais médicos de carreira sejam enviados para a realização desses cursos no exterior e que sejam transformados em instrutores e multiplicadores de seus conhecimentos. Propomos também que essa especialidade seja introduzida no currículo escolar da Escola de Formação (EsSEx) ou da Escola de Aperfeiçoamento (EsAO) de Oficiais.

- **Formação Profissional em Defesa Química,**

### **Biológica, Nuclear e Radiológica**

Atualmente não é prevista a especialização de oficiais médicos de carreira no curso de DQBNR da Escola de Instrução Especializada (EsIE). Os oficiais responsáveis pelo Curso estão cientes da necessidade da capacitação de médicos nessa área, incluindo não apenas os conhecimentos técnicos sobre os ataques QBNR, mas também a sua maneira eficaz de tratamento e medidas preventivas. O curso específico para o tratamento desses efeitos não existe no Brasil e também necessitaríamos de intercâmbio internacional para desenvolvê-lo.

#### **- Atualização Continuada**

Conforme citado, é fundamental a atualização continuada, sendo do interesse tanto do profissional de saúde, quanto da Força.

#### **c. Reestruturação dos Escalões**

Em termos de reestruturação dos Escalões de Saúde, somos de parecer que o escalonamento funcional do Serviço de Saúde deva ser mantido, observando-se a sua hierarquização e descentralização. No entanto, poderá ser racionalizado. A providência mais importante seria a de se transferir parte da estrutura de apoio logístico de saúde do 2º Escalão para o 1º Escalão, reforçando-o de maneira que possibilite um atendimento mais adequado ao ferido durante os minutos iniciais do trauma e que a triagem seja feita de imediato, pelo profissional de saúde que prestar o primeiro atendimento. Assim sendo, seria desdobrado um Posto Cirúrgico Móvel Avançado (P Trg Avçd) que, sob controle operacional, apoiaria o 1º Escalão. Conforme citado anteriormente, a intenção é a de que toda essa estrutura tenha a maior mobilidade e flexibilidade possíveis, devendo, ser desdobrada, preferencialmente, em viaturas sobre lagartas, como os M-113, por exemplo, ou sobre rodas, como os Urutus, ou ainda em

estruturas modulares, no estilo de containers metálicos, que poderiam ser transportados por caminhões ou helicópteros.

Essa abordagem inicial seria realizada pelo soldado padioleiro, agora denominado "soldado resgatista", que chegaria ao local onde se encontra o ferido, protegido dentro de uma viatura de resgate blindada, como as citadas anteriormente, recolheria o ferido de onde estivesse, ou seja, do campo de batalha ou de dentro de uma viatura blindada atingida. Sabe-se que as maiores complicações nesse tipo de guerra são causadas por choque hemorrágico, normalmente conseqüente de amputações traumáticas de membros; queimaduras graves e pneumotórax. Assim sendo, os feridos teriam sua extrincação e resgate feitos de maneira adequada, com equipes especializadas e teriam de imediato o pronto atendimento inicial, enquanto fossem levados pela própria viatura de resgate blindada para o Posto de Socorro, que também estaria no 1º Escalão. O Posto Cirúrgico Móvel Avançado (P Cir Mv Avçd) estaria desdobrado sob rodas em Viaturas/Unidades Semi-Intensivas, 2 (duas) como Viaturas/Unidades para Feridos Graves e 1 (uma) como Viatura/Unidade para Feridos Leves, considerando as estatísticas de que a maior parte dos feridos, nesses casos, é grave.

As viaturas usadas teriam suas estruturas internas modificadas e adaptadas, de maneira a facilitar a movimentação de pessoal e a adequação das instalações dos equipamentos necessários. Há uma viatura M-113, modificada internamente com baixíssimo custo, que se encontra em fase de teste no 4º Regimento de Cavalaria Blindada (RCB), em São Luiz Gonzaga, RS.

No Posto de Socorro, que estaria baseado



▼  
M-113 Amb

imediatamente após as áreas de trens de combate, o ferido teria a abordagem cirúrgica emergencial para a hemostasia de sua hemorragia, para a drenagem de seu pneumotórax ou para a reposição hidroeletrólítica de seu choque, entre outros procedimentos emergenciais para o suporte básico de vida, até a estabilização clínica que viabilizasse seu transporte e evacuação para o Escalão Superior. Esse procedimento deve ser realizado o mais rápido possível, tentando sempre atingir a meta de 60 minutos para dar entrada nas instalações de saúde da Cia Log Sau do B Log (2º Escalão) ou do Hospital de Campanha Avançado (H Cmp Avçd), que ficaria sob controle operacional da Brigada ou da Divisão de Exército. Para lá seriam evacuados os

feridos mais graves que necessitassem de uma hospitalização imediata, em face da possibilidade de elevado número de baixas em combate, como ocorre, por exemplo, nas manobras de defesa em posição e no ataque coordenado.

A evacuação a partir do Posto de Socorro

seria de responsabilidade total do 2º Escalão, cujo Pelotão de Ambulância seria composto por viaturas ambulâncias dos tipos C, D e E, conforme especificações a seguir e que seriam empregadas de acordo com o grau de gravidade do ferido e de outros fatores operacionais.

### 1º ESCALÃO



Viatura Blindada de Resgate



Posto de Socorro



Posto Cirúrgico Móvel

### 2º ESCALÃO



AMBULÂNCIAS



UTI MÓVEL

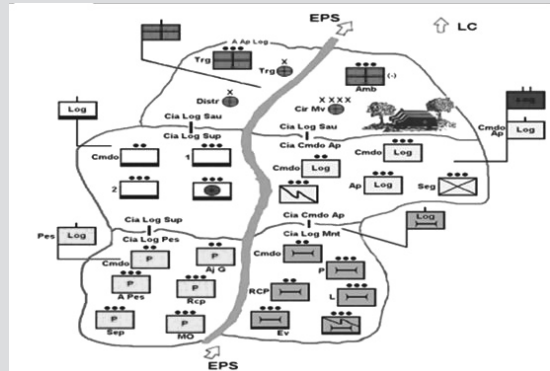


EVAM



CPM AVÇD

OU



CIA LOG SAU



#### d. Novas formas de triagem e abordagem ao ferido

Em princípio, na guerra, o número de vítimas excede a capacidade de resposta da infra-estrutura médica. Para aumentar as chances de sobrevivência e minimizar as lesões permanentes, sugerimos que os feridos passem por um tipo de triagem, o mesmo utilizado no meio civil para o manejo de grandes catástrofes e desastres coletivos, visando a estabelecer prioridades para o tratamento e o transporte, a partir da abordagem inicial pelo primeiro profissional de saúde. Tal procedimento agilizará todos os níveis de evacuação e não acarretará perda de tempo com triagens repetitivas.

O algoritmo mais utilizado para esse tipo de triagem chama-se "Simple Triage And Rapid Treatment" (START). A triagem dos feridos é feita no local onde eles estão deitados e deve demorar no máximo 60 segundos, ou menos. Pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, desde que esteja treinado para isto.

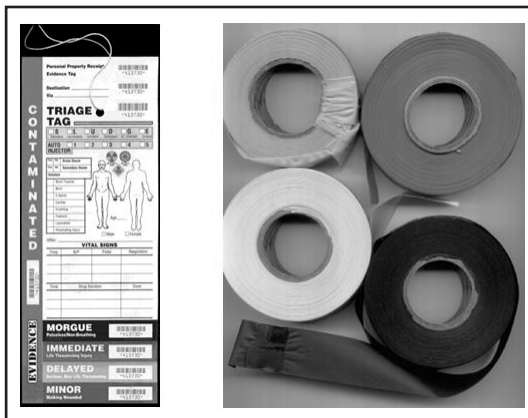
Deve-se seguir a seqüência respiração, perfusão e estado mental (RPM):

- se a vítima respirar, analisar a perfusão através do pulso radial ou do preenchimento capilar por 2 segundos. A partir daí, analisar o estado mental da vítima, através de respostas a simples comandos verbais e orientação no tempo e espaço;
- se a vítima não respirar, abrir suas vias aéreas, remover obstruções e aguardar. Se ela respirar, continuar a análise da perfusão e do estado mental. Caso contrário, deverá ser considerada morta, pois não há tempo útil para a realização de manobras de ressuscitação cardio-pulmonar;
- para facilitar o processo de triagem, um sistema de etiquetas foi desenvolvido; ele utiliza um código de cores que pode rapidamente ser identificado no campo

de batalha. As etiquetas são de papel impermeável e possuem espaço para identificação e anotação de procedimentos realizados. As cores são baseadas nas condições gerais do ferido e, em algumas situações, levam em consideração as probabilidades de sobrevivência de acordo com os recursos disponíveis. As categorias são:

- Vermelho: Remoção imediata. Feridos extremamente graves, mas com alta probabilidade de sobrevivência. Necessitam procedimentos de moderada curta duração para prevenir a morte. Ex.: obstrução de vias aéreas, hemorragia acessível, amputações de emergência.
- Amarelo: Pode aguardar remoção; médias condições. Requer intervenção cirúrgica, mas pode aguardar sem compromisso para sua sobrevivência. Medidas intermediárias seriam administração intravenosa de fluidos, analgésicos e antibióticos. Ex.: fraturas de grandes ossos, queimaduras não-complicadas, ferimentos em grandes músculos, lesões intratorácicas e/ou intra-abdominais.
- Verde: Boas condições. Ferido sem lesões graves em estruturas nervosas ou vasculares. Pode andar e normalmente pode providenciar cuidados próprios, ou necessita apenas ajuda de pessoal minimamente treinado.
- Azul: Usada para vítimas em que se espera a morte. Casos muito graves e de praticamente impossível resolução em função do tempo e dos recursos disponíveis. Deverá ser mantido o mais confortavelmente possível. Muitas vezes, evita-se colocar a etiqueta neste tipo de paciente, para evitar criar o estigma de que "vou morrer".

- Preto: Morto.



#### ESQUEMA SIMPLIFICADO DO START

1. Seqüência RPM = 60 segundos
2. Identificação:

- Verde = boas condições
- Amarelo = médias condições
- Vermelho = paciente crítico
- Azul = irrecuperável
- Preto = morto

#### e. Viaturas e Equipamentos

##### AMBULÂNCIAS

Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destina exclusivamente ao transporte de enfermos.

As dimensões e outras especificações de veículo terrestre deverão obedecer às normas da legislação vigente e da ABNT – NBR 14561/2000, de julho de 2000. Convém assinalar também que a Portaria nº 814/GM, de 01 de junho de 2001, do Ministério da Saúde, estabelece as normas técnicas para o funcionamento e transporte de pacientes e feridos em ambulâncias em todo o território nacional, sejam civis ou militares, públicas ou privadas.

##### TIPO A

Ambulância de Transporte:

veículo para transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.

##### TIPO B

Ambulância de Suporte Básico:

veículo para transporte de pacientes ou feridos em decúbito horizontal que apresentam risco de vida conhecido, quando utilizado para remoções inter-hospitalares ou desconhecido quando utilizado para atendimento pré-hospitalar. No atendimento pré-hospitalar, deverá conter todos os materiais, e equipamentos necessários à imobilização.

##### TIPO C

Ambulância de Resgate:

veículo para atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas).

##### TIPO D

Ambulância de Suporte Avançado:

veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.

##### TIPO E

Aeronave de Transporte Médico:

aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pela Agência Nacional de Aviação Civil - ANAC.

TIPO F

Nave de Transporte Médico:

veículo motorizado hidroviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes e feridos conforme a sua gravidade.

### **3. CONCLUSÃO**

---

A Doutrina de Emprego do Serviço de Saúde em Campanha do Exército Brasileiro, sua estrutura e organização encontram-se defasadas e desatualizadas, necessitando ser urgentemente revistas. Muito há que ser feito, pois modificar esta doutrina implicará também na mudança da doutrina e na logística das demais Armas, Quadros e Serviços.

O desafio nos foi lançado e pretendemos, com este trabalho, dar os primeiros passos para o futuro que nos aguarda. A preocupação com o preparo do combatente, incluindo o pessoal de saúde, o aperfeiçoamento do equipamento e do pessoal, em particular das equipes especializadas de saúde, aliada à preocupação constante com o suprimento e a manutenção do material de saúde em campanha é

fundamental e trará reflexos para o moral da tropa e para o êxito das operações militares. Vai incentivar e promover a qualificação do pessoal de saúde com a realização de cursos em resgate e de primeiros socorros, tais como: Resgate e Salvamento (GSE/CBMERJ e Dst Pqdt), BTLS, ATLS, Medicina de Desastres e de Catástrofes, e do retorno da realização de cursos de DQBNR na EsIE e outros. Tais cursos devem ser tratados como prioridade, além da atualização e educação continuada.

Coerente com a nossa realidade, estamos conscientes das dificuldades conjunturais que o país e a instituição atravessam, porém acreditamos e confiamos na capacidade técnico-profissional dos oficiais médicos do Serviço de Saúde do Exército e, principalmente, em nossos superiores hierárquicos, no sentido de darmos continuidade a este projeto de revisão e atualização doutrinária que proporcionará, à Força Terrestre, dispor de um Serviço de Saúde operacionalmente muito mais bem preparado e equipado, adequado ao avanço tecnológico dos exércitos mais desenvolvidos e condizente com a envergadura política que o Brasil representa perante outras nações.

#### 4. REFERÊNCIAS

---

- BRASIL. Ministério do Exército. Estado-Maior. Portaria nº 029-EME, de 14 de abril de 1980. Aprova o manual de campanha C8-1 – serviço de saúde em campanha. 2. ed. Brasília, DF, 1980 a.
- BRASIL. Ministério da Defesa. Exército Brasileiro. Estado-Maior. C8-1: emprego do serviço de saúde (anteprojeto). 3. ed. Brasília, DF, 2001 b.
- BRASIL. Ministério da Defesa. Exército Brasileiro. Estado-Maior. Portaria nº 125-EME, de 22 de dezembro de 2003. Aprova o manual de campanha C100-10 – logística militar terrestre. 2. ed. Brasília, DF, 2003 c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 814/GM, de 01 de junho de 2001. Estabelece a normatização dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência no território nacional. Brasília, DF, 2001.
- ESCOLA DE APERFEIÇOAMENTO DE OFICIAIS. Pub EsAO 8-0-1: organização e emprego do serviço de saúde. Rio de Janeiro, RJ, 2006.
- FARMER, J. Christopher, JIMENEZ, Edgar J., RUBINSON, Lewis, TALMOR, Daniel S. Fundamentals of disaster management. 2a ed. United States of America: Society of Critical Care Medicine, 2004.
- RYAN, James, MAHONEY, Peter F., GREAVES, Ian, BOWYER, Gavin. Conflict and catastrophe medicine – A practical guide. 2a ed. London: Springer, 2003.
- PROCEEDINGS, US Naval Institute – Artigos Diversos. April, 2006 e February, 2007.

#### ABSTRACT

---

The Brazilian Army Medical Corps did not change its doctrines since the 2nd World War; it means we are at least 62 years late. The new ideas exposed here were developed by the Medical Corps Instructors and Captains from the Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais, 1st Semester 2007, for the first steps to this goal. They are based on the modern concepts of evidence-based medicine, from the War Medicine, and the Emergency and Rescue Civil Departments. There are too many things to be done, mainly because, when changing Health Doctrines, all the others will follow the same way. We just cannot stop in the middle of the way; we must go on. We believe and trust in Brazil and in the capacity of our professional team and senior officers in the Force to continue this project for a new health doctrine for the Brazilian Army.

Key-words: War Medicine, Doctrines, Brazilian Army Medical Corps.

## AUTORES

---

1. Luiz Antonio LOPES – Major Médico QEMA (Cmt Curso de Saúde/EsAO)
  2. Claudio LUIS Ferreira Rodrigues – Capitão Médico (Instrutor Curso de Saúde/EsAO)
  3. CARLA Maria Clausi – Capitão Médica (CAM Med 1º Turno 2007/EsAO)
  4. DILMAR de Lemos Oliveira - Capitão Médico (CAM Med 1º Turno 2007/EsAO)
  5. Sávio REDER de Souza - Capitão Médico (CAM Med 1º Turno 2007/EsAO)
  6. Alessandro Sartori THIES – Capitão Médico (CAM Med 1º Turno 2007/EsAO)
  7. Demais Capitães Médicos integrantes do CAM Med 1º Turno 2007/EsAO
- Endereço eletrônico: [csau@esao.ensino.eb.br](mailto:csau@esao.ensino.eb.br)