

# Operações de Estabilidade Médica

## O Que Todo Militar da Força Aérea Deve Saber

Cel Stephen Waller, *MD, USAF*, Reformado

TenCel José Fonseca, *USAF*, Reformado

Cel Joseph Anderson, *USAF, MC*

Cel James Fike, *USAF, MC*, Reformado

Cel Sean Murphy, *USAF, MC*



A complexidade multidimensional das operações de estabilidade captou muita atenção. As características principais dessas operações incluem assistência humanitária, infraestrutura para reconstrução de emergência, serviços governamentais essenciais e manutenção de ambiente seguro. A *saúde militar* desempenha função vital em cada faceta.<sup>1</sup> Tais operações requerem ampla gama de capacidades. Por conseguinte, futuros líderes devem compreender o aspecto dinâmico de apoio a combate e as necessárias parcerias.

Em campanhas militares passadas, as operações de estabilidade médica [*Medical Stability Operations – MSO*] pareciam mais apropriadas à

Cruz Vermelha e à Agência de Desenvolvimento Internacional dos EUA [*Agency for International Development – USAID*] e não à Força Aérea ou ao Departamento de Defesa [*Department of Defense – DoD*]. Atualmente possuem maior amplitude e graus de apoio, abrangendo também os objetivos de segurança nacional. Este artigo examina certos sucessos históricos e a experiência obtida. Delineia também suas muitas fases, tomadas da *DoD Instruction (DODI) 6000.16, Military Health Support for Stability Operations*. Essa declara que será “explicitamente esclarecida e integrada em todas as atividades MHS [*Military Health System*], inclusive doutrina, organização, treinamento, educação, exercícios, equipamento, liderança, pessoal, dependências e planejamento”.<sup>2</sup> Os autores esperam, assim, auxiliar os futuros líderes da Força Aérea a melhor compreender como o *DoD* coloca em execução essa tarefa essencial, “uma das missões militares básicas dos EUA”. Sua “prioridade é comparável à operações de combate”. Delineia também os possíveis obstáculos.<sup>3</sup>

Essas ações são básicas às tarefas pertinentes, bem como à estabilidade, segurança, transição e reconstrução.<sup>4</sup> Na verdade, seu histórico é bem mais longo. Certos autores tecem analogias entre as operações de estabilidade modernas e as campanhas de fronteira do Século XVIII, bem como as ocupações do México, Filipinas e à antiga Confederação do Século XIX. Em 1966 o Gen H. K. Johnson, Chefe do Estado-Maior do Exército, utilizou esse tipo de operações em contexto doutrinário, descrevendo-as como missão fundamental do Exército: o “emprego de força para manter, restaurar e criar clima de ordem, sob o qual governo legítimo consegue funcionar de forma eficaz”.<sup>5</sup> Em 1967 o *Army Field Manual 31-23, Stability Operations: US Army Doctrine*, fez desse conceito parte da orientação formal. O Cel (mais tarde Maj Gen) Spurgeon Neel, cirurgião do Comando de Assistência Militar dos EUA no Vietnã, ao descrever o apoio médico às operações de estabilidade notou que “a pedra fundamental é o desenvolvimento de programa de treinamento médico para o exército da nação anfitriã, o que resultará em multiplicação permanente em grau de auto-suficiência médica”.<sup>6</sup> Sabemos agora que as MSOs e o aumento em capacidade da nação

parceira são a responsabilidade, não só do Exército ou da Força Aérea, mas também do governo norteamericano. É óbvio que cada Arma deve manter o enfoque em sua função. Ao mesmo tempo, devem entrar em ação para suplementar as agências da nação parceira. Como o *DoD* e a Força Aérea colocam em execução a orientação das *MSOs* para o apoio dinâmico a combate no mundo complexo atual.

## Doutrina

Vários princípios fundamentais já foram estabelecidos. Os Títulos 10 e 22 do Código dos Estados Unidos [*United States Code*] há muito tempo estabelecem a orientação para o aumento de capacidade médica em nações parceiras, tais como distribuição de recursos excedentes, as funções de formação militar internacional e o programa de treinamento, que patrocina o intercâmbio de especialistas desde 1961. A Diretiva Presidencial de Segurança Nacional [*National Security Presidential Directive*] 44, *Management of Interagency Efforts Concerning Reconstruction and Stabilization*, 2005, autorizou o Departamento de Estado a agir como a agência principal do governo dos norteamericano em operações de estabilidade. O *DOD* desempenha função de apoio. As mudanças em doutrina de defesa resultantes são sólidas.

*Joint Publication (JP) 3-0, Joint Operations*, setembro 2006 (atualização mais recente de agosto de 2011), inicia com o estabelecimento de nova diretriz conjunta, para a Arma e para o comando. A *JP 3-07, Stability Operations*, setembro 2011, adverte os comandantes de forças conjuntas que integram e sincronizam as operações de estabilidade com as operações de combate ofensivas e defensivas, de que necessidades humanitárias surgem durante qualquer fase das ações.

*JP 4-02, Health Service Support*, outubro de 2006, um texto de quase 400 páginas, atualmente em processo de revisão, inclui orientação para o componente médico, aconselhando o pessoal a projetar além de proteção de força em questões de tratamento de baixas em combate, tanto durante o planejamento, como na execução da missão de operações de

estabilidade. As ameaças à saúde da população local, de forças multinacionais, funcionários e empreiteiros do governo norteamericano, fazem também parte da missão militar, bem como o trabalho cooperativo com organizações internacionais e não-governamentais (ONGs). Dessa forma, os serviços militares de saúde contribuem à estabilidade política e sócio-econômica.

*JP 3-29, Foreign Humanitarian Assistance*, 17 março de 2009, ordena que o Secretário-Adjunto encarregado de diretrizes, supervisione a Agência de Cooperação de Segurança em Defesa [*Defense Security Cooperation Agency*], que agiliza o financiamento para assistência humanitária, formação e treinamento militar. Uma organização bem sucedida, o Instituto de Defesa para Operações Médicas [*Defense Institute for Medical Operations*], sediado em San Antonio, Texas, sob a agência executiva do Serviço Médico da Força Aérea, patrocina cursos “treino-treinador” para paramédicos de campo de batalha em ampla variedade de tópicos, inclusive reação a desastres e *HIV/AIDS*. Em exemplo clássico de desenvolvimento de capacidade para parceiros, um dos autores deste artigo, o Coronel Waller, lecionou curso referente à reação a desastre regional com as equipes do Instituto na África do Sul e El Salvador. Esse último patrocinou exercício relacionado após o curso – o primeiro deste tipo naquele país. Quando forte terremoto assolou a região alguns meses após, esses preparativos salvaram muitas vidas e fizeram com que os grupos médicos da nação tomassem conta do recado, sem o auxílio dos EUA ou de qualquer outra nação estrangeira.<sup>7</sup>

*DODI 3000.05, Operações de Estabilidade [Stability Operations]* também coloca em execução a nova doutrina *MSO*: “Assegurar que o pessoal médico e a capacidade estejam preparados para fazer face aos requisitos de saúde civil e militar durante as operações de estabilidade”.<sup>8</sup> Essa função ampla inclui quatro tarefas principais, mencionadas no primeiro parágrafo deste artigo.

*DODI 6000.16* esclarece o emprego de pessoal médico militar, colocando ênfase na alta prioridade da missão *MSO*, bem como nos meios para integrá-la ao espectro total das atividades *MHS* e em segmento

vital da capacidade de apoio dinâmico a combate. Um documento conjunto de capacidades, intitulado *Stability Operations: Military Health System*, agosto de 2008, que colocava a missão em execução, anota 13 áreas de capacidade MSO.<sup>9</sup> Uma das recomendações prioritárias do documento inclui: desenvolvimento de doutrina; organização; treinamento; equipamento; liderança e educação; pessoal e dependências [*doctrine, organization, training, materiel, leadership and education, personnel, and facilities – DOTMLPF*] solicitação de mudança para MSO; defesa do território nacional; e apoio civil, tarefa quase concluída. À medida que os comandos combatentes [*Combatant Commands – COCOM*] e forças revisam as diretivas e instruções, a fim de cumprir com a nova orientação, muitas questões permanecem. A nova missão MSO deve dedicar-se a treinamento e prioridades, não em funções extras sem financiamento ou pessoal. Outras tarefas atuais e custos são relegados à mais baixa prioridade, a fim de incluir habilidades MSO na mescla de competências MHS. Quando as operações de combate diminuírem em alcance, talvez certa quantia de financiamento e mão-de-obra fiquem disponíveis. Caso contrário, os comandantes da Força Aérea, supervisores, e a liderança de alta patente da MHS deverão criar eficiências e inovações, a fim de cumprir com o mandato MSO. A Força Aérea, que possui os recursos médicos mais dinâmicos e portáteis das três Armas, confrontará certos problemas singulares no desempenho de função essencial.

Que atividades teriam a maior probabilidade de fomentar parceria e capacidade, habilitando países aliados a reagir às próprias contingências e às da região? Em 2007, um documento oficial do Comando das Forças Conjuntas descrevia as atividades necessárias para aperfeiçoar a capacidade médica como algo que seria “melhor do que cuidado médico direto” e mais eficaz para atingir os objetivos estratégicos bilaterais.<sup>10</sup> O Cel Sean Murphy e o Cel Dale Agner, parafraseando os líderes de alta patente do DoD e do Departamento de Estado, observaram que “dólar-por-dólar, as atividades humanitárias do governo norteamericano e do DoD são a melhor maneira de estabelecer os objetivos de segurança nacional no estrangeiro.”<sup>11</sup> Aconselham substituir os termos

*aumentar a capacidade da parceria e diplomacia médica com engajamento cooperativo de saúde, que infere aprendizagem compartilhada e relação amistosa de longo prazo com a nação anfitriã, comparada à união temporária de conveniência. O engajamento de saúde cooperativo pode ocorrer em um mundo onde “aliado” a “beligerante” e “seguro” a “hostil” forma um contínuo marcado por ambiguidade e a dinâmica das nações em constante mudança.*

Assim, a doutrina MSO deve informar e influenciar as ações de diretrizes e estratégia. A futura doutrina MSO deve responder a uma série de perguntas: Que quantidade de conhecimento cultural o pessoal médico deve contribuir aos vários COCOMs e exercícios multinacionais? Será que a proficiência no idioma local é requisito essencial em todos os engajamentos? Se for o caso, qual a melhor maneira do DoD assegurar-se de que o pessoal pertinente irá adquirir proficiência? À medida que o DoD e a Força Aérea avaliam os empreendimentos humanitários, que medidas de eficácia melhor captam o valor da missão? Que indicadores de saúde pública devem impulsionar as prioridades MSO, e até que ponto devem ser específicos ao país em questão? Como podemos traduzir a experiência obtida em combate à melhor assistência humanitária? O paramédico das forças especiais modelo, que se mescla à comunidade, aumentando a credibilidade com os cidadãos da nação anfitriã conta com sucesso e admiradores. Entretanto, de acordo com o Título 10 do Código dos Estados Unidos [*Title 10, United States Code*], a assistência cívica e humanitária não deve providenciar tratamento às forças armadas da nação anfitriã ou paramilitares.<sup>12</sup> Será que a doutrina pode aliviar e esclarecer este tipo de tensão? Os autores sabem que intensificar a parceria com os oficiais de governo da nação anfitriã, enquanto negamos tratamento médico a eles e as suas famílias é impasse enorme. A doutrina em si não consegue transformar-se em capacidade MSO eficiente e eficaz. Apesar dos novos princípios de emprego MSO, a reação dos EUA ao terremoto de Haiti e aos destacamentos da *Continuing Promise* [Evento humanitário anual que dura 4 meses. É planejado e lançado pelo *U.S. Southern Command*. Organizações Não-Governamentais, equipes militares e liderança de várias nações operam

em conjunto no desempenho de diversas funções, inclusive medicina, veterinária, odontologia e engenharia. Os grupos que viajam a bordo do *USNS Comfort* e *USS Iwo Jima* visitam portos localizados no Caribe e Américas (Central/Sul)] não possuíam planejamento de saúde pública e pessoal de medicina preventiva, a não ser alguns paramédicos destacados para a proteção da saúde das forças norteamericanas. O desenvolvimento de re-destacamentos refinados, sem controvérsia para as operações humanitárias, bem como estratégia de saída *MSO* comprovaram sua dificuldade. Para colocar em efeito eficaz doutrina *MSO* em futuras operações, devem ocorrer mudanças em hábito militar e organogramas.

## Organização

Após o estabelecimento de sólida doutrina, como podem o *DoD*, a Força Aérea e a *MHS* organizar-se para levar a efeito *MSOs* mais eficazes? As sedes do *COCOM* regional do *DoD* estão organizadas para apoiar muitas atividades de cooperação em segurança médica, tais como exercícios multinacionais, missões de assistência humanitária, laboratórios de doenças tropicais, suprimento direto e ensino de tratamento médico, inclusive os recentes destacamentos, bem difundidos, dos navios *USNS Mercy* e *Comfort*.<sup>13</sup> No entanto, a incapacidade do Departamento de Saúde Pública e Serviços Sociais [*Department of Health and Human Services*] de manter financiamento para o imprescindível *Central American Regional Medical Training Center* no Panamá e a publicidade negativa de “promessa” não cumprida, quando o Congresso cortou o financiamento, foram exemplos negativos de engajamento médico norteamericano insustentável em nações parceiras, exemplificando as apreensões citadas por Murphy e Agner.

O Secretário de Defesa Adjunto, encarregado de assuntos de saúde, estabeleceu o [*Medical Stability Operations Working Group – MSOWG*], que formula requisitos de competência para impulsionar câmbios na organização do *MHS*. A iniciativa Especialista em Saúde Internacional [*International Health Specialist – HIS*] do Serviço Médico da Força Aérea

[*Air Force Medical Service*], que já conta com 10 anos de existência, foi notável sucesso organizacional, criado pela visão do TenGen Paul K. Carlton Jr., ex-Cirurgião Geral da Força Aérea [*Air Force Surgeon General*]. Essa iniciativa colocou um grupo de especialistas, habilitados em idiomas, juntamente com grupo de pessoal médico culturalmente competente em cada *COCOM* regional, a fim de facilitar a coalizão e atividades humanitárias.<sup>14</sup> As equipes *IHS* comprovaram o valor durante: assistência após a *tsunami* no Oceano Índico; estabelecimento de Ministério de Saúde no Iraque; e dezenas de exercícios multilaterais em todos os teatros. O *MSOWG* recomendou a execução de capacidade organizacional similar para as três Armas. Além do mais, o Serviço de Saúde Pública forma indivíduos para a coordenação internacional em campo, em reação às demandas para maior capacidade internacional e assistência humanitária, colocando ênfase no território nacional e junto à nações parceiras.

A coordenação de esforços entre as forças militares e as sedes conjuntas regionais foi um tanto problemática. Por exemplo, quando as missões relacionadas à saúde foram executadas pela *MHS*, lado a lado com a nação parceira, no entanto sem o conhecimento de outra agência militar que, ao mesmo tempo, desempenhava funções na região. O *MSOWG* após reconhecer a necessidade de melhor coordenação e comunicação, recomendou melhorias em organização para diminuir a lacuna.

A relação entre o *DoD* e os grupos de coordenação humanitária cívico-militar internacional, tais como o *United Nation's Interagency Standing Committee*, integra outra área de interesse em capacidade organizacional para ágil *MSO*. Tanto aquele comitê como um consórcio do Instituto da Paz dos EUA [*US Institute of Peace*], *DoD* e *USAID* publicaram padrões de consenso relacionados aos vínculos cívico-militares durante operações de estabilidade. O *SOUTHCOM* estabeleceu um posto de intercâmbio junto à *USAID* em 2007, a fim de remediar certas questões de comunicação e sincronização. O Gabinete do Secretário de Defesa Adjunto, encarregado de assuntos de Saúde, Divisão Internacional

de Saúde [*Office of the Assistant Secretary of Defense for Health Affairs, International Health Division*] do DoD, conta com oficial de ligação designado para o Departamento de Estado, juntamente com especialista em ONGs, tempo integral, em tentativa de realçar o diálogo e a coordenação interagencial. O mesmo tipo de cooperação com outras agências, como treinamento, serviriam muito bem à tentativas de reestruturação do DoD.

## Treinamento

Em geral, consideravam-se as missões humanitárias militares de destacamentos de treinamento. Com frequência, os objetivos estratégicos regionais do plano de cooperação de segurança em teatro receberam pouca atenção. Sem dúvida, a DoDI 3000.05 deveria cessar esse tipo de comportamento, ordenando aos COCOMs a integração de conceitos e atividades de operações de estabilidade em treinamento, exercícios, bem como todo tipo de planejamento. A instrução acima ordena que o Secretário de Defesa Adjunto, encarregado de pessoal e prontidão compartilhe o treinamento para operações de estabilidade com outras agências governamentais norteamericanas, aliados e ONGs, incluindo a proficiência em idiomas e cultura nessas atividades de treinamento. No entanto, as lacunas em implementação continuam a existir, o que ficou claro com a nova versão atualizada da diretiva de treinamento militar conjunto, *DoD Directive 1322.18, Military Training, 13 January 2009*, que deixa de mencionar operações de estabilidade.

A ênfase em mudanças de treinamento sob as MSOs não significa passo gigante para o pessoal médico da Força Aérea. Afinal de contas, o trabalho humanitário normalmente motiva os jovens a ingressar em carreiras de saúde. Os provedores de tratamento médico militar normalmente utilizam parte dos dias de folga e férias para serviço voluntário. Por conseguinte, a inclusão de missões MSO como parte do dever significa continuar a colocar a vocação em prática e, assim, incentivo para muitos.<sup>15</sup>

No entanto, mesmo com todo esse tipo de ação, grande parte do treinamento anual requer atualização. O treinamento feito antes do destacamento, que coloca em execução muitos conceitos MSO, requer maior atenção. Deve incluir as necessidades dos cidadãos da nação anfitriã em termos de saúde pública e medicina preventiva. O pessoal médico que apoia as equipes integradas de treinamento e de reconstrução comunitária [*provincial reconstruction team – PRT*] é um grupo criado pelo governo norteamericano. Consiste de: oficiais militares; diplomatas; e especialistas em reconstrução. Trabalham em conjunto em apoio aos empreendimentos de reconstrução em nações instáveis. No Afeganistão passaram por treinamento geral e específico à região. A Missão de Treinamento e Comando de Transição de Segurança Combinada – Afeganistão, da Organização do Tratado do Atlântico Norte – OTAN, contratou os serviços de treinamento MSO do *Center for Disaster and Humanitarian Assistance Medicine* oferecidos através da Universidade de Bethesda [*Bethesda's Uniformed Services University*], aumentando a capacidade do Exército e Departamento de Polícia do Afeganistão, em setores médicos. Grande parte do trabalho feito baseado em modelo MSO eficaz—o Programa de Prevenção ao HIV/AIDS do DoD, administrado pela Marinha – concentra-se em 26 nações africanas e requer assistência e treinamento militar-militar, a fim de desenvolver novos programas projetados sob medida para a cultura e condições da região. Esse processo específico à nação faz com que as nações possuam maior controle do programa, o que leva a maior aceite, como comprovado pelas críticas favoráveis.<sup>16</sup>

Em outro exemplo, Murphy e Agner descrevem o sucesso do modelo do DoD no Chile, Curso de Tratamento de Baixas de Combate. Os médicos da Marinha chilena receberam treinamento do pessoal da Força Aérea dos EUA e repassaram a nova habilidade aos colegas civis e militares de 15 nações vizinhas. Mais tarde, os formandos do curso de vários países foram destacados em reação a terremoto em Pisco, Peru, onde providenciaram a interoperabilidade de serviços médicos [Interoperabilidade descreve a extensão pela qual sistemas e dispositivos podem intercambiar dados e interpretar esses dados compartilhados.

Para que dois sistemas sejam interoperáveis devem ser capazes de intercambiar dados e subseqüentemente apresentá-los de tal modo a serem compreendidos pelo usuário].<sup>17</sup> Este treinamento na América do Sul também estabelece a capacidade de apoiar as operações de manutenção de paz em todo o globo. Muitos países nas Américas do Sul e Central fizeram uso desse tipo de treinamento durante os destacamentos. O fato de que levou mais de 10 anos para estabelecer esse programa no Chile, realça como são importantes as relações de longo prazo, essenciais ao sucesso das MSOs.

O recente destacamento de pessoal médico da Mongólia à operação de manutenção de paz da ONU em Darfur, Sudão, foi outro sucesso. O componente da Força Aérea do Comando do Pacífico PACOM, através de sua equipe HIS, coordenou a compra do conjunto de equipamento hospitalar portátil da Força Aérea para a Mongólia e treinou o pessoal em sua operação, fornecendo aquele país a oportunidade de reconhecimento internacional positivo e financiamento para o destacamento da ONU. Sem dúvida, todos receberam o benefício dessa atividade – um modelo para futuras tentativas, também no setor educativo.

## Educação

Uma série de cursos educativos apoiam as MSOs. Um dos mais importante é o Curso de Operações de Estabilidade Médica [*Medical Stability Operations Course*], evento de três dias patrocinado pelo *Defense Medical Readiness Training Institute* em San Antonio. Há décadas o Instituto leciona o Curso de Tratamento de Baixas em Combate [*Combat Casualty Care Course*] a milhares de membros da Força Aérea e outros militares médicos. De formato combinado – palestras e pequenos grupos de estudo, esse curso introduz os oficiais militares às funções MSO. O Gabinete do Coordenador para a Reconstrução e Estabilização do DoD oferece vários cursos de treinamento em reconstrução e estabilização. A *Uniformed Services University* do Departamento de Saúde [*Health Sciences*] em Bethesda, Maryland, que leciona uma variedade de cursos relacionados, inclui certos de seus conceitos em

sua Faculdade de Medicina, enfermagem e currículo de graduação. O Centro Marshall da OTAN na Alemanha coloca à disposição um curso de três semanas em segurança, estabilidade, transição e reconstrução para os EUA, bem como oficiais e civis aliados. Um curso de treinamento de mentor médico de três dias faz parte do treinamento em habilidade de combate no *Joint Readiness Training Center* em Fort Polk, Louisiana, para todos os assessores médicos do *DoD* destacados ao Afeganistão. Essas oportunidades refletem a diversidade de cursos e o grande empreendimento para estabelecer educação MSO eficaz.

O novo *Joint Military Education and Training Center* em San Antonio convida a participação de estudantes estrangeiros, do mesmo modo que o novo *Aerospace Training Center* na Base Aérea Wright-Patterson, Ohio, que oferecerá o Curso em Medicina Aeroespacial Avançada para Oficiais Médicos Internacionais [*Advanced Aerospace Medicine for International Medical Officers Course*]. Ambos os centros buscam intercâmbios internacionais para completar o quadro de pessoal. Esses exemplos indicam que o *DoD* está seguindo o rumo correto com relação ao engajamento de saúde cooperativo e melhor formação MSO, o que pode levar a exercícios mais produtivos.

## Exercícios

Desde a era da Guerra Fria grande parte dos exercícios multinacionais colocam em destaque habilidades MSO: *African MEDFLAG*; *Caribbean New Horizons*; *Philippine Balikatan*; e o *Cobra Gold* na Tailândia.<sup>18</sup> Esses quatro exemplificam os exercícios bilaterais com sólido planejamento e atividade. Com frequência incluem projeto de ensino e ação cívica médica, providenciando tratamento direto aos cidadãos indigentes da nação anfitriã. Embora levem a efeito o propósito principal de treinamento militar bilateral, não são suficientes, em si, para desenvolver capacidade de saúde pública em nações parceiras.<sup>19</sup>

Os COCOMs e componentes das forças começaram a realinhar os exercícios com a meta de aumento de capacidade MSO em áreas de

responsabilidade. Por exemplo, o Comando Europeu recém atualizou o exercício *MEDCEUR* com enfoque em operações de reação a desastre para as forças norteamericanas e de coalizão. O *Pacific Angel* inclui o transporte aéreo de equipe de intercâmbio da *Pacific Air Forces – PACAF* à áreas remotas de nações anfitriãs, combinando os requisitos de treinamento e exercício.

Os exercícios médicos, tanto do *DoD* como da comunidade civil, devem destacar os resultados estratégicos e efeitos significativos a longo prazo—não só os indicadores de progresso mais simples. Por exemplo, se a saúde pública for o objetivo de segurança regional, o simples cálculo de número de vacinas não é suficiente para estabelecer progresso. Deve-se calcular os índices de doenças específicas àquelas vacinas e a melhoria em saúde pública, em geral, meses ou anos após—como outras entidades, tais como a Organização Mundial de Saúde, fazem com frequência.

Um melhor cálculo do efeito da atividade humanitária *MSO* oferece vários benefícios para empreendimentos atuais e futuros. O planejamento avançado para a compilação de dados em tempo real e análise permitiria correções apropriadas a meio caminho, à medida que a missão progride. Os resultados ajudariam os comandantes a colocar em prioridade atividades futuras, baseados no resultado demonstrado. Essas tentativas evitariam o conflito de atividades levadas a cabo por outras agências e ONGs norteamericanas, providenciando resultados quantificáveis com transparência que seria dispositivo eficaz contra o extremismo. Além do mais, certas tentativas de cálculo oferecem discernimento referente aos requisitos de equipamento militar necessário para as atividades *MSO*.

## Equipamento Militar

Os requisitos de equipamento militar para *MSOs* são substanciais e diferem daqueles utilizados em operações de combate. Uma força médica qualificada para *MSO* depende de mobilidade e confiabilidade,

qualidades dos recursos médicos da Força Aérea que, de hábito, demarcam o padrão para o *DoD*. A reestruturação das operações atuais e miniaturização de equipamento médico aperfeiçoarão o desempenho do equipamento *MSO*. A comunidade humanitária das ONGs estabeleceu alto padrão em equipamentos com os padrões aceitos internacionalmente do *Sphere Project*, aplicáveis a muitas tarefas *MSO*.<sup>20</sup>

O emprego eficaz de helicópteros *Chinook* no Paquistão, após o grande terremoto de 2005, produziu um dos cenários de relações públicas mais bem sucedidos em operações humanitárias militares. Os *Chinooks* transportaram cargas pesadas de equipamento humanitário e médico, bem como pacientes feridos, sobre desfiladeiros bloqueados por avalanches. A publicidade que seguiu desempenhou papel importante para as tentativas de segurança norte-americana na região.<sup>21</sup>

Outra “boa reportagem” envolve o sucesso da Força Aérea do Chile e seu hospital de campanha, criado com a utilização de modelo do hospital de campanha da Força Aérea norte-americana e uma série de equipamentos padrão da OTAN. Foram destacados à nações vizinhas após terremoto, incêndio em supermercado e acidente de ônibus com grande número de vítimas. Em cada uma dessas ocorrências os efeitos benéficos foram impressionantes, afetando positivamente os pacientes, a diplomacia e o treinamento de pessoal para o hospital.

Esses dois exemplos provocam certas apreensões acerca da capacidade de equipamento militar do *DoD*. Devemos aperfeiçoar a interoperabilidade das *MSOs* com as nações aliadas para que se tornem tão fluidas quanto possível. A urgência de reação eficaz durante crise (denominada “regra da hora de ouro” na medicina norte-americana) deve impulsionar maiores inovações na portabilidade de equipes *MSO*, provavelmente incluindo o posicionamento avançado de certos suprimentos de assistência, próximo à áreas de risco. Tal armazenagem, a longo prazo, requer que o *DoD* analise os efeitos de segurança, se for necessário prolongar o vencimento de suprimentos médicos descartáveis. Frequentemente, as datas atuais de vencimento não são estabelecidas de acordo com estudos científicos. As prioridades e relações

políticas regionais, bem como a vulnerabilidade à crises dos parceiros de coalizão específicos, estabelecerão as prioridades para certas tarefas de equipamento militar.

Recentemente, a Força Aérea desenvolveu a nova geração de apoio médico expedicionário, denominada Equipe de Reação Médica. Esse grupo contém toda a experiência acumulada, juntamente com aquelas da equipe de assistência humanitária de rápida reação do *PACAF*, enviada pelo grupo de reação de contingência, de Guam. A equipe de reação de saúde utiliza módulo que reage, durante período de tempo limitado à qualquer atividade humanitária, desastre ou total engajamento cinético, permitindo ao pessoal norteamericano, durante cada missão, utilizar aquilo que necessitam e nada mais. O serviço médico da Força Aérea faz o possível para que esteja disponível a cada *CO-COM*, além de preencher os requisitos específicos à Força Aérea. A utilização apropriada desse recurso singular dará origem à novas questões para os futuros líderes.

## Liderança

O *MHS* encara tarefa complexa para desenvolver a liderança de *MSOs*. Grande número dos líderes surgiram durante a Guerra Fria, era frequentemente marcada por competição bipolar, sem o benefício da doutrina de operações de estabilidade de 1966 do General Johnson. Os destacamentos para missões humanitárias eram vistos como dispositivos contra inimigo monolítico soviético e seus intermediários. A era de emergências complexas, colocadas em realce no filme *Black Hawk Down* e o fracasso das forças norteamericanas na Somália em 1993, surpreenderam as autoridades competentes, que não haviam planejado para tais contingências.

Apesar desse histórico, a liderança *MSO* desfrutou de certos momentos notáveis. Muitos notaram que a reação humanitária do *PACOM* após a *tsunami* na Indonésia; o terremoto no Paquistão; e a *tsunami*/desastre nuclear no Japão foram operações bem administradas, que

servirão de modelo para ação futura.<sup>22</sup> A equipe *IHS* do *PACAF*, em apoio ao *PACOM*, desempenhou papel principal, empregando a habilidade correta, no lugar certo e no momento preciso. Se desejarmos impacto humanitário, sustentável, a baixo-custo, necessitamos tal capacidade em futuras operações ao redor do globo.

A fim de traduzir essa experiência e muitas outras em conhecimento e habilidade para futuros líderes da Força, a *National Defense University* e as escolas de guerra das Forças Armadas engajam os alunos. A *Air University* abriga a *Air Force Culture and Language Center*, que oferece cursos de familiarização optativos em idiomas estrategicamente importantes, com o intuito de deliberadamente desenvolver futuros líderes com competência cultural e proficiência em idiomas principais. Além do pequeno número de alunos privilegiados que frequentam esses cursos, necessitamos de outros líderes *MSO* de similar competência. Consequentemente, o *MSOWG* do Pentágono define os requisitos para desenvolver a liderança *MHS*. Além disso, as Operações Médicas do Instituto de Defesa [*Defense Institute of Medical Operations*] e o [*Defense Medical Readiness Training Institute*], supracitado, destacam o aperfeiçoamento de líderes em dois cursos emblemáticos: (1) Curso de Liderança em Saúde Pública para Desastres e Gerenciamento de Sistema de Saúde Pública [*Leadership Course in Disaster Public Health and Public Health System Management*] e (2) Curso de Liderança em Reação a Desastre Regional e Gerenciamento de Sistemas de Trauma [*Leadership Course in Regional Disaster Response and Trauma Systems Management*]. Ao utilizar esses dispositivos com a diligência apropriada, no momento preciso, o *DoD* cultiva os líderes necessários, que formarão o quadro de pessoal correto para sólida mescla em futuras *MSOs*.

## Pessoal

Os líderes de alta patente, tais como o Gen Michael Ryan, ex-Chefe do Estado Maior da Força Aérea, defendem maior competência em cultura e idiomas estrangeiros, há mais de uma década. Tanto o ciclo de rotação de breves missões, como a tradição impulsionada por relatórios

de eficiência que recompensam especialmente sucesso a curto prazo são contrários aos requisitos de programa *MSO* experiente, a longo prazo. Pode ser que as relações com certas nações parceiras não conseguirão prosperar sob tais restrições. Se o *DoD* for obrigado a dar às operações de estabilidade o mesmo grau de prioridade que merecem as de combate, como exigido pelas novas instruções, deve também adaptar certas diretrizes de pessoal para a força médica. Novos requisitos de função originarão novas demandas em treinamento e formação. A coordenação de programas e a formação simultânea de pessoal nesta época de operações de ritmo acelerado serão difíceis.

Durante uma década, os acantonamentos *HIS* da Força Aérea (oficiais e alistados), sobreviveram as pressões de limites estabelecidos pelos quartéis-generais e demandas de operações de combate em cada comando regional. O pessoal *IHS* que serviu na equipe de assessoria de ligação da *Coalition Provincial Authority* do Ministério de Saúde do Iraque, recém estabelecido, prestou serviço valiosíssimo em momento de crise. Estava a postos para reagir com extrema rapidez. O grupo de especialistas treinados e acessíveis aperfeiçoaram os objetivos mais amplos de segurança.

O *MSOWG* está começando a fazer com que este conceito bem sucedido seja empreendimento conjunto da Força Aérea, Exército e Marinha, a fim de produzir especialistas em saúde global, competentes em comunicação interagencial e realidade política regional, sem falar em habilidade cultural/idiomas. A classe de indivíduos que aperfeiçoariam muito a capacidade *MSO*. Como será que os sistemas de pessoal da Força Aérea e das Armas Irmãs lidarão com essa mudança? A experiência diz que não vai ser fácil. Pode ser que a singularidade da missão necessitará de certos ajustes no atual sistema de promoção das Forças.

Para conseguir os recursos humanos necessário à missão *MSO* a melhor solução seria sincronizá-la com os programas educativos. Sem dúvida, o mandado para apoiar essa missão envolve grandes recursos humanos durante operações de estabilidade. Além do mais, não podemos

colocar o pessoal no local para desempenhar as MSOs, sem a mescla correta para essas novas missões.

## Dependências

As dependências para MSOs eficazes refletirão inovações e capacidades não disponíveis ao pessoal médico durante a Guerra Fria, tais como portabilidade e capacidade de serviço autônomo. Os abrigos construídos pelo *DoD*, quer sejam para crises ou ação deliberada em ambiente complexo, a longo prazo, devem ser culturalmente apropriados, usar bom senso em higiene, contar com o apoio e “controle” da comunidade e da nação anfitriã e dirigir-se à questões de saúde pública. O *DoD* também deve trabalhar em parceria com o governo da nação anfitriã e as ONGs, para que se comprometam a manter essas dependências, a longo prazo.

O papel do *PRT* e o uso análogo de financiamento para os programas de reação à emergências foram alvo de críticas pelos membros da comunidade humanitária. Muitos dentre eles acreditam que a distinção entre trabalhadores humanitários e *PRT* é um tanto nebulosa, resultando em consequências inesperadas. Esse argumento é válido até certo ponto. No entanto, em ambientes de baixa segurança, as opções podem variar, de dependências de *PRT* à falta completa de progresso, ponto final. Evidentemente, uma decisão difícil.

Com respeito às ações humanitárias em ambientes não contestados, todos os interessados devem concordar no local e estilo das novas dependências. Do mesmo modo, o empreendimento deve ser duradouro. Em era *MSO* devemos reestruturar os abrigos, eliminando aqueles antigos da era da Guerra Fria. Durante a década de 1990, o Coronel Waller tomou parte em destacamento junto à equipe de exercício *Red Horse* da *New Horizons* em nação caribenha, observando que em um período de 20 anos o hospital de saúde pública naquele local havia perdido o teto sete vezes, devido a tempestades. Frequentemente fora consertado à custa do contribuinte norteamericano. O novo teto deve ser sustentável

(i.e., construído para sobreviver a maioria dos ciclones), uma das lições *MSO* mais básicas. As dependências duráveis farão com que ambas as nações concentrem-se em outras prioridades, tais como melhor planejamento para necessidades futuras.

## Planejamento

A comunidade de planejamento médico militar apoiaria a execução eficaz de *MSO*. Os planejadores médicos requerem trabalho inovador de equipe, solidário com a comunidade, nação parceira e outros interessados. A inclusão de anexo *MSO* específico aperfeiçoa muito o plano de cooperação de segurança do teatro, uma lista anual de prioridades para cada *COCOM*, redigida antigamente no Comando Europeu, Comando Sul e Comando Pacífico [*European Command, Southern Command and Pacific Command*] e, atualmente em preparativos no Comando Africano [*AFRICOM*]. Tal plano possui longo histórico de inclusão de anexo de medicina preventiva à parte, cujo enfoque é proteger a saúde das forças dos EUA e não *MSOs*. O novo anexo *MSO*, que se dirige a ambos, a proteção de saúde da força e os objetivos de saúde pública das nações parceiras, a longo prazo, incrementará as prioridades regionais para os componentes de apoio. Outras organizações e países poderão melhor compreender a direção geral do plano e seu apoio médico, quando tomarem conhecimento das prioridades do anexo *MSO*.

Os planos de ação em crise devem respeitar todos os interessados, inclusive o Ministério de Saúde da nação anfitriã, o pessoal da Embaixada e, especialmente, os provedores de atendimento médico no local do destacamento que providenciam continuidade de cuidado médico e atividade *MSO*. Os planos devem também dirigir-se ao impacto da missão proposta a longo prazo. Devemos aperfeiçoar a capacidade da nação parceira, sem desacreditar seus provedores médicos. Durante o planejamento das prioridades da missão, quaisquer índices de saúde pública sob consideração devem ser precisos, quando possível. O principal é que os planejadores devem dirigir-se ao desenvolvimento de recursos humanos, a fim de providenciar um atendimento médico que

irá perdurar, multiplicando o empreendimento para que outros aprendam a fazer o mesmo, criando, assim, um efeito cascata, auto-sustentável, com os recursos locais, culturalmente apropriados. Em vez de deslocar a capacidade local, as MSOs devem desenvolver parceiros capazes.

## Conclusão

As dimensões são tão amplas como as dificuldades de segurança que encaram a nossa nação e o mundo durante o século XXI. Como demonstrou este artigo, essas operações alcançam todos os elementos em um espectro de tarefas militares – doutrina, organização, treinamento, equipamento, liderança, formação, pessoal, dependências, exercícios e planejamento, em uma variedade de meios importantes.

As MSOs estão estabelecendo novo paradigma para as Forças Armadas, a fim de utilizar seus recursos médicos eficazmente e a executar as operações de estabilidade, avançando os objetivos de segurança nacional. A Força Aérea pode enviar o pessoal médico – recursos MSO críticos e às vezes únicos – a fim de executar essas missões com êxito. As MSOs oferecem apoio essencial aos grupos dinâmicos de combate, contribuindo ao aumento de parcerias, duas funções fundamentais da Força Aérea. A complexidade e o espectro do trabalho envolvido no desempenho de MSOs eficazes afetarão o DoD e seus MHS de maneira diversa e precisa. Os autores acreditam que a Força Aérea está à altura da tarefa, mas as soluções não devem ser triviais ou automáticas. Exigem doutrina, formação e o suprimento de recursos em contínua evolução, bem como a utilização de experiência obtida de operações atuais e passadas. ★

---

### Notas

1. Joint Publication 3-0, *Joint Operations*, 11 August 2011, [http://www.dtic.mil/doctrine/new\\_pubs/jp3\\_0.pdf](http://www.dtic.mil/doctrine/new_pubs/jp3_0.pdf).

2. Department of Defense Instruction (DODI) 6000.16, *Military Health Support for Stability Operations*, 17 May 2010, [1], <http://www.dtic.mil/whs/directives/corres/pdf/600016p.pdf>.
3. Ibid.
4. A atualização da DODI 3000.05, *Stability Operations*, 16 September 2009, <http://www.dtic.mil/whs/directives/corres/pdf/300005p.pdf>, substituiu a versão de 2006 (operações de estabilidade, segurança, transição e reconstrução). O Departamento de Estado prefere o termo *reconstrução e estabilização*.
5. Andrew J. Birtle, *U.S. Army Counterinsurgency and Contingency Operations Doctrine, 1942–1976* (Washington, DC: Center of Military History, US Army, 2006), 421, [http://www.history.army.mil/html/books/us\\_army\\_counterinsurgency/CMH\\_70-98-1\\_US%20Army\\_Counterinsurgency\\_WQ.pdf](http://www.history.army.mil/html/books/us_army_counterinsurgency/CMH_70-98-1_US%20Army_Counterinsurgency_WQ.pdf).
6. COL Spurgeon P. Neel, "The Medical Role in Army Stability Operations," *Military Medicine* 132, no. 8 (August 1967): 605.
7. Rasa Silenas et al., "US Armed Forces Medical Operations other than War," *International Journal of Risk Assessment and Management* 9, no. 4 (2008): 367–75, [http://www.inderscience.com/search/index.php?action=record&rec\\_id=20414&prevQuery=&ps=10&m=or](http://www.inderscience.com/search/index.php?action=record&rec_id=20414&prevQuery=&ps=10&m=or).
8. DODI 3000.05, *Stability Operations*, 10.
9. As áreas incluem: gerenciamento de comunicações médicas e informação (MCom); gestão de risco à saúde (HRM); avaliação de risco à saúde (HRA); Comando e Controle (MC2); inteligência médica (MI); logística médica (ML); planejamento médico (PLAN); tratamento de baixas em combate e transporte de pacientes (CC); movimento de pacientes (PM); apoio à saúde mental (MH); comunicação de risco à saúde (HRC); treinamento e formação de saúde internacional e preparo cultural (TE); e apoio a serviços veterinários (VS).
10. Joint Forces Command, *Emerging Challenges in Medical Stability Operations*, comunicação oficial do governo (Norfolk, VA: Joint Forces Command, 4 October 2007), "Introduction," 4.
11. Col Sean Murphy e Col Dale Agner, "Cooperative Health Engagement in Stability Operations and Expanding Partner Capability and Capacity," *Military Medicine* 174, no. 8 (August 2009): iii–x.
12. Title 10, *United States Code*, chap. 20, sec. 401.
13. Os laboratórios de doenças tropicais do DoD são os Destacamentos de Pesquisa Médica Naval em Jakarta, Indonésia; Lima, Peru; e Cairo, Egito; e o Instituto de Pesquisa de Ciências Médicas das Forças Armadas em Bangkok, Tailândia.
14. Lt Gen Paul K. Carlton Jr., "New Millennium, New Mind-Set: The Air Force Medical Service in the Air Expeditionary Era," *Aerospace Power Journal* 15, no. 4 (Winter 2001): 8–13, <http://www.airpower.au.af.mil/airchronicles/apj/apj01/win01/win01.pdf>.
15. LTC Jeff Drifmeyer, COL Craig Llewellyn e LCDR David Tarantino, "Humanitarian Service and Recruitment and Retention of Uniformed Services Medical Personnel," *Military Medicine* 169, no. 5 (May 2004): 358–60.

16. "Country Reports," DOD HIV/AIDS Prevention Program, Naval Health Research Center, acessado em 7 de dezembro de 2011, <http://www.med.navy.mil/sites/nhrc/dhapp/countryreports/Pages/default.aspx>.

17. Murphy e Agner, "Cooperative Health Engagement," iv-v.

18. Colonel Waller, um dos autores deste artigo tomou parte em cada um dos quatro longos exercícios militares, que contam com componentes de assistência humanitária e componentes médicos. *MEDFLAG*. Desde 1987, são levados a efeito anualmente, tipicamente como um de vários eventos de três semanas ao ano, cujo enfoque é o treinamento de reação a desastres, colaboração médica e o fornecimento de tratamento aos cidadãos de nações anfitriãs. Cada ano, o exercício é levado a cabo em diferente nação africana. Durante missão para a Força Aérea dos EUA na Europa o Coronel tomou parte nos exercícios de Uganda e Camarões. *Balikatan*, que significa "ombro a ombro" em Tagalog, vem sendo levado a efeito quase todos os anos, desde o início da década de 1980. O exercício continua sendo bilateral. A participação médica é somente uma das facetas. Inclui a colaboração e intercâmbio de especialistas médicos e o fornecimento de atendimento médico à nação anfitriã. O Cel Waller liderou o hospital de campanha, que atendeu mais de 14.000 pacientes na área rural de Luzon durante exercício na última parte da década de 1980. Todos os anos, o exercício *New Horizons* é dominado por melhorias em engenharia e infraestrutura em muitas nações caribenhas. Também conta com a participação médica. Durante a última parte da década de 1990, o Cel Waller liderou a equipe médica em Saint Kitts como parte do *New Horizons*. O exercício bilateral *Cobra Gold* na Tailândia teve início em 1982, vindo a ser multilateral em 1994. A participação médica é pequena mas importante parte do exercício. O hospital de campanha comandado pelo Cel Waller estabeleceu o *Cobra Gold* no final da década de 1980.

19. Durante conferência inicial de planejamento do exercício, o diálogo acerca da construção de escola em nação tropical não se dirigiu aos aspectos básicos de saúde pública, como banheiros, pias e telas nas janelas para evitar o ingresso de insetos. Já faz mais de um século que reconhecemos sua necessidade [desde a excavação do Canal do Panamá]. Sem dúvida, tais melhorias deveriam fazer parte da construção padrão nesses locais. No entanto, isso não acontece.

20. Sphere Project, *Humanitarian Charter and Minimum Standards for Humanitarian Response* (Rugby, UK: Practical Action Publishing, 2011), <http://www.sphereproject.org/>.

21. Bret Stephens, "Chinook Diplomacy," *Wall Street Journal*, 22 December 2005.

22. CDR Dave Tarantino, "Asian Tsunami Relief: Department of Defense Public Health Response; Policy and Strategic Coordination Considerations," *Military Medicine* 171, suplemento (October 2006): 15-18.



### **Cel Stephen Waller, MD, USAF, Reformado**

Durante mais de 30 anos o Col Waller passou por diversos comandos e cargos em departamentos de saúde. Liderou o Departamento de Oftalmologia no *Centro Médico Wilford Hall*, na Base Aérea Lackland, Texas onde realizou a primeira cirurgia refrativa a laser em dependências da Força Aérea. Sua equipe desenvolveu capacidade portátil de cirurgia oftálmica, que desde então já tratou mais de 70.000 pacientes e realizou 6.000 cirurgias, durante exercícios de destacamento, especialmente na região do *Southern Command*. Recebeu o Prêmio de Excelência (para Dependências) [Installation Excellence Award] do Secretário do Departamento de Defesa, em 1999. Formando da Escola Superior de Comando e Estado Maior e da Escola Superior de Guerra da Aeronáutica [*Air War College*], recebeu a designação de Especialista em Saúde Internacional. Atualmente é Catedrático Assistente de Medicina Preventiva para a *Uniformed Services University, Health Sciences* em Bethesda, Maryland.



### **TenCel José Fonseca, USAF, Reformado**

Completo 23 anos de carreira como Oficial do Corpo de Ciências Biomédicas [*Biomedical Science Corps*]. Passou os últimos quatro anos nos Quartéis-Generais do *USSouthern Command*, onde exerceu vários cargos em Segurança Médica. Logo após, recebeu uma bolsa da Fundação *Henry M. Jackson* para Catedrático Assistente de Medicina Preventiva na *Uniformed Services University – USU*. Como membro de grupo de especialistas da Faculdade, desenvolveu o currículo de Saúde Pública para o Programa de Pós-Graduação em Assistência Humanitária, Reação a Desastres e Saúde Global. Recebeu o Mestrado em Saúde Pública da *USU* em 2003, completando o programa de Saúde Internacional e a prática de 12 meses em várias agências dedicadas à Saúde Global.



### **Col Joseph Anderson, USAF, MC**

Diretor da *Global Health Division*, Catedrático Assistente de Medicina Preventiva, e Diretor do Programa *Air Force International Health Specialist* do Departamento de Medicina Preventiva e Biométrica da *Uniformed Services University, Health Sciences, Bethesda, Maryland*. Chefia um programa acadêmico que leva ao Diploma de Mestrado em Saúde Pública com especialização em Saúde Internacional. Coordena e leciona cursos de especialização em Saúde Internacional. É mentor de candidatos de Mestrado em Saúde Pública, Projetos de Pesquisa. Atualmente designado ao Gabinete do Subsecretariado de Defesa para *Personnel and Readiness in Training Readiness and Strategy Division* como Diretor Assistente de treinamento para destacamentos e interinstituições. Comandou destacamentos médicos em esquadrão e grupos nos Estados Unidos, no estrangeiro e em zonas de combate. Cirurgião de Voo Chefe com mais de 850 horas em aeronaves 25, é certificado pela Junta Médica em Medicina Geral e Medicina Aeroespacial.



### Col James Fike, USAF, MC, Reformado

Recebeu o Bacharelado em Ciências da Universidade de Brigham Young, o Doutorado em Medicina da *Washington University*. É consultor particular em Saúde Global e desempenha funções em Medicina Tropical e de Viagem, bem como Tecnologia em Tratamento de Saúde em Assistência Humanitária e ambientes de Reação a Desastres. Certificado pela Junta Médica em Medicina Interna e qualificado em Medicina Aeroespacial, possui extensa experiência em Medicina Operacional, Selvagem, Tropical e Viagem. Recentemente Reformado pela Força Aérea passou os últimos 11 anos de carreira no Programa *AF International Health Specialist* em uma variedade de posições, inclusive Diretor de Programa e Consultor em Saúde Internacional para o Cirurgião Geral da Força Aérea. Durante a ativa serviu em todos os níveis, do tático ao estratégico, tanto como Clínico e especialista em assuntos de Operações de Estabilidade Médica. Recebeu o Bacharelado em Ciências da Universidade de Brigham Young, o Doutorado em Medicina da *Washington University*. É consultor particular em Saúde Global e desempenha funções em Medicina Tropical e de Viagem, bem como Tecnologia em Tratamento de Saúde em Assistência Humanitária e ambientes de Reação a Desastres. Certificado pela Junta Médica em Medicina Interna e qualificado em Medicina Aeroespacial, possui extensa experiência em Medicina Operacional, Selvagem, Tropical e Viagem. Recentemente Reformado pela Força Aérea passou os últimos 11 anos de carreira no Programa *AF International Health Specialist* em uma variedade de posições, inclusive Diretor de Programa e Consultor em Saúde Internacional para o Cirurgião Geral da Força Aérea. Durante a ativa serviu em todos os níveis, do tático ao estratégico, tanto como Clínico e especialista em assuntos de Operações de Estabilidade Médica.



### Col Sean Murphy, USAF, MC

Formando da *USAFA*, Mestrado em Ciências da *National War College*, Doutorado da *Uniformed Services University, Health Sciences* é o Cirurgião Assistente Adjunto em tratamento de saúde. Certificado pela Junta Médica em Pediatria e qualificado em Medicina Aeroespacial. Foi Comandante de Voo, Esquadrão e Grupo, durante destacamentos e em sua Base. Serviu no Comando de Combatentes Conjuntos com a função de Cirurgião do Comando do *USSouthern Command*. Anteriormente desempenhou as funções de Cirurgião do Comando das Forças Aéreas do Pacífico.

### Gostaríamos de receber sua opinião

Distribuição: Texto aprovado para o público. Distribuição irrestrita.

#### Isenção de Responsabilidade

As opiniões e pontos de vista expressos ou inferidos neste periódico pertencem aos autores e não contam com a sanção oficial do Departamento de Defesa [Department of Defense], Força Aérea [Air Force], Comando de Treinamento e Educação Aérea da Aeronáutica [Air Education and Training Command –AETC], Universidade da Aeronáutica [Air University], ou quaisquer outras agências ou departamentos do governo dos Estados Unidos.

Este artigo pode ser reproduzido, parcial ou totalmente, sem necessidade de autorização prévia. Caso seja reproduzido, o *Air and Space Power Journal – Português* solicita a cortesia de menção..

<http://www.airpower.au.af.mil>