



“O médico militar brasileiro e os desafios éticos da profissão”

por

Sandra Maria Becker Tavares

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Maria Helena Machado
Segundo orientador: Prof. Dr. Sergio Tavares de Almeida Rego

Rio de Janeiro, julho 2014.



Esta tese, intitulada

“O médico militar brasileiro e os desafios éticos da profissão”

apresentada por

Sandra Maria Becker Tavares

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Mônica Vieira

Prof.^a Dr.^a Olinto Antonio Pegoraro

Prof.^a Dr.^a Miriam Ventura da Silva

Prof.^a Dr.^a Andréa Lanzillotti Cardoso

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Machado – Orientadora principal

Tese defendida e aprovada em 29 de julho 2014.

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

T231 Tavares, Sandra Maria Becker

O médico militar brasileiro e os desafios éticos da
profissão. / Sandra Maria Becker Tavares. -- 2014.

164 f. : il. ; tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Machado, Maria Helena

Rego, Sergio Tavares de Almeida

Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Ética Profissional. 2. Militares. 3. Médicos. 4. Bioética.
I. Título.

CDD – 22.ed. – 174.2

Àqueles que, como Heráclito, compreendem
que conhecer a si mesmo e bem-pensar estão
dentro e não fora de nós.

AGRADECIMENTOS

Professores Doutores Maria Helena, Sergio Rego e Marisa Palácios. O convívio e as orientações dadas acresceram minha admiração pelas suas expertises e produções acadêmicas nas áreas de Ética das Profissões e Bioética. Obrigada pelo esforço conjunto.

Há determinadas pessoas que promovem o conhecimento humano. Ao comandante da Instituição de Saúde Militar que possibilitou este estudo e à oficial de ligação, obrigada em meu nome e do Programa de Pós- Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pelo zelo com as questões ético-morais da profissão e deferência à pesquisa acadêmica.

Médicos e médicas militares que se voluntariaram para integrar o grupo de entrevistados. Meu *Muito Obrigada!* a cada um de vocês, por compartilhem comigo de suas vivências e experiências profissionais.

Prof^a Dr^a Isabel Sampaio, pelo ânimo constante, solidariedade e intervenções precisas neste trabalho e na minha vida profissional.

Aos bibliotecários do IESC/UFRJ Roberto Unger e Sheila, agradeço o cuidado de vocês e a competência nas orientações.

Grupo de Bioética da UFRJ, agradeço as trocas no processo de ensino-aprendizagem e na construção de conhecimentos inovadores.

Kátia, Miriam, Neide e Daniel pelas trocas de ideias, idas ao restaurante e cafezinhos para alimentar o corpo, a alma e a intelectualidade a cada pedra no caminho ou vitória. Obrigada por vocês serem exatamente como são.

Grupo CLMN/ESG 2013, pelas mensagens diárias sobre a realidade crua, a dedicação à profissão e ao nosso País. Obrigada pela amizade irrestrita.

Amigas Valéria e Lilian, reconheço a preocupação e agradeço-lhes.

Onira e Stella que voltaram às origens do Todo. Obrigada por partilhem comigo suas fabulosas existências.

Luzia, pelo cuidado maternal e logística doméstica impecável.

César, Victor e Letícia. Três partes de mim que compreenderam este período da nossa história de vida.

O presente constitui-se de cada momento vivido no agora. Mas dele fazem parte, os momentos passados e a expectativa pelos que virão. Roney, obrigada por viver comigo cada um deles.

“Nós soldados do corpo de Saúde,
Não usamos a força do fuzil.
Pelejamos ao lado da ciência,
Pela glória e pela honra do Brasil.
Fiéis servos, somos nós da medicina;
Seja na guerra, seja nos dias de paz.
Combatendo pelo bem da humanidade,
Sem vacilarmos e sem descanso jamais.”

Fragmento da Canção da Saúde

RESUMO

Ethos refere-se ao modo de viver de indivíduos ou grupos e suas escolhas, nos relacionamentos entre si e o meio em que vivem. O médico militar no Brasil responde ao *ethos* profissional militar ou da Medicina conforme a forma de acesso ou opção pessoal de exercer suas atividades exclusivamente no meio militar. Tal fato sinaliza a coexistência de dois indivíduos, possuidores de *ethos* profissionais diferentes (médico, militar e médico militar) e diferenciados (forma de acesso e opção pessoal).

A questão de estudo, *o ethos profissional médico predomina sobre o ethos profissional militar nas atividades do médico militar brasileiro* teve o objetivo de analisar o *ethos* médico no âmbito da estrutura militar brasileira, enquanto profissão, e seus desafios éticos. Os objetivos específicos foram: discutir aspectos sociológicos e éticos estruturantes da profissão, para identificar quem é o cliente do médico militar, qual a natureza de sua relação cliente-profissional; quais são os fins, os meios e as obrigações profissionais do médico militar brasileiro; abordar suas diretrizes profissionais de caráter ético-profissional vigentes em nosso país; identificar os possíveis conflitos éticos enfrentados de sua carreira/cotidiano de suas atividades e perspectivas de quais serão as questões éticas a serem enfrentadas no futuro da profissão.

A comprovação da tese foi realizada através de método qualitativo, descritivo que levou às seguintes considerações finais: a) fatos históricos, a opção pelo duplo vínculo empregatício e, a participação em ACISO propiciando o contato com as necessidades médicas da população em geral, indicaram a predominância do *ethos* médico sobre o *ethos* militar decorrente da ação conjunta entre o Estado e a corporação médica; b) a consulta às diretrizes brasileiras (Artigos 29 da Lei N° 6.880/80 e 37 da Constituição de 1988, do Capítulo VII, Inciso XVI, alínea c; PEC N° 122/2011 e posterior EC N° 77/2014; Resoluções CFM n° 1.657/2002 e 2.068/2013), evidenciaram, de maneira muito justa, o papel do Estado na determinação da predominância do *ethos* médico nas atividades do médico militar; e, c) os aspectos sociológicos, os conflitos entre os *ethos* e os desafios ético-profissionais futuros nas atividades do cotidiano relacionam-se à hierarquia militar, ao passo que nas missões de Paz/Humanitárias relacionam-se à quebra de normas por necessidade militar, dilemas bioéticos ou específica capacitação. Sugestão: oferecer cursos de Medicina Operativa e de Ética Aplicada e elaborar Código de Ética para o Corpo de Saúde militar.

Palavras-chave: Ética profissional. Militares. Médicos. Bioética.

ABSTRACT

Ethos refers to people's way of life, or groups, in relationships with each other and with the environment in which they live. The military physician in Brazil responds to the professional military *ethos* or to the Medicine as the forms of access or the personal choice to exercise their activities exclusively in the military. There is a coexistence of two individuals, owners of different professional *ethos* (physician, military and military physician) and differentiated (means of access and personal choice).

The study question, a the professional medical *ethos* prevails over the professional military *ethos* of the Brazilian military physician, had the aim of analyzing the medical practice within the Brazilian military structure, while as profession, and its *ethos* faced of ethical challenges. The specific objectives are: discussing of the structural sociological and ethical aspects of the profession, to identify who is the military physician's customer, what is the type of its client-professional relationship; what are the purposes; and which are the means; and which are the Brazilian military doctor's professional obligations; approach to their professional policies, with ethical and professional concept, prevailing in our country; Identifying the potential ethical conflicts faced in their career/daily life of their activities and perspectives which are the ethical questions that will be faced in the professional's future.

The proof of the investigative question was held through the qualitative method, descriptive that led the following final concluding remarks: historical facts, the option by double employment relationship and, the participation in ACISO making the contact with the medical needs of the general population, indicated the prevalence of the medical *ethos* under the military *ethos* due to joint action between the State and the medical corporation; consultation with Brazilian policies (Articles 29 from the Law n° 6.880/80 and 37 of the 1988 Constitution, XVI c, PEC n° 122/2011, EC n° 77/2014, CFM Resolutions n° 1657/2002 and 2068/2013 evidenced, very fairly, the role of the state in determining the prevalence of medical *ethos* in the activities of the military physician; sociological aspects, the conflicts between *ethos* and future ethical and professional challenges in the daily activities are relate to the military hierarchy, whereas the Piece/Humanities missions are relate to breaches if standards by military necessity, bioethical dilemmas or specific capacitation. Suggestion: offer Operative and Applied Ethics Medicine courses and also elaborate Ethics Code for the Military Health Staff.

Keywords: Ethics, Professional. Military. Physicians. Bioethics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição de estabelecimentos de saúde, segundo razão médico/habitante por Unidades da Federação	20
Figura 2 – Distribuição de especialidades gerais por Unidades da Federação	21
Figura 3 – Esquema Simplificado de Investigação	46
Figura 4 – <i>Locus</i> Primário das Teorias Éticas	52
Figura 5 – <i>Vade-mécum</i>	67
Figura 6 – Relações entre Grupos Humanos – O Grupo Entrevistado	101
Figura 7 – Fases da Carreira Médica Civil	103
Figura 8 – Mapa representativo das unidades de saúde do exército brasileiro por região militar	158
Figura 9 – Declaração de Médico Militar	159
Figura 10 – Modelo Formulário CREMERJ /CFM– Médico Estritamente Militar	160

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evasão de médicos do curso EsSEx no Exército Brasileiro entre os anos de 1990-2009	42
Gráfico 2 – Evasão de médicos da carreira no Exército Brasileiro entre os anos de 1990-2009	42
Gráfico 3 – Evasão de médicos do serviço ativo no Exército Brasileiro entre os anos de 1990-2009	43
Gráfico 4 – Aspectos sociológicos no grupo entrevistado	90
Gráfico 5 – Cliente do médico militar na concepção dos entrevistados	91
Gráfico 6 – Natureza da relação Cliente-Profissional na concepção dos entrevistados	92
Gráfico 7 – Fins da profissão na concepção dos entrevistados	93
Gráfico 8 – Meios da profissão na concepção dos entrevistados	94
Gráfico 9 – Obrigações do médico militar na concepção dos entrevistados	96
Gráfico 10 – Análise do conhecimento das diretivas pelo grupo entrevistado	112

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perspectivas Profissionais entre as Carreiras Médica e Militar no Brasil em 2013	87
Quadro 2 – Número de transferências e tempo de serviço no grupo entrevistado	89
Quadro 3 – Equivalência Postos e Graduações das Forças Armadas – Oficialato	146
Quadro 4 – Comparação entre as profissões médica e militar	157

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Previsão do Quantitativo de Médicos Militares no Ano de 2013

37

LISTA DE SIGLAS

ABMM	Academia Brasileira de Medicina Militar
ACISO	Ação Cívico-Social
AMB	Associação Médica Brasileira
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAP	Capítulo
CFCO	Curso de Formação do Corpo de Oficiais
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CME	Comissão Mista de Especialidades
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
EC	Emenda Constitucional
ECEME	Escola de Comando e Estado-Maior do Exército
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EsSEx	Escola de Saúde do Exército
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
F.F.A.A.	Forças Armadas
IBASE	Instituto Nacional de Análises Sociais e Econômicas
ICRC	International Committee of the Red Cross
IESC	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEDRETEs:	Medical Readiness Training Exercises
MD	Ministério da Defesa
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
LISTA DE FIGURAS	vii
LISTA DE GRÁFICOS	viii
LISTA DE QUADROS	ix
LISTA DE TABELAS	x
LISTA DE SIGLAS	xi
SUMÁRIO	xii
INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1. ASPECTOS METODOLÓGICOS	18
Os aspectos éticos	23
AS PROFISSÕES MÉDICA E MILITAR NO BRASIL - ASPECTOS SOCIOLOGICOS	24
A profissão médica	24
A profissão militar	27
O Médico Militar	32
O médico militar brasileiro	36
O MÉDICO MILITAR BRASILEIRO – ASPECTOS ÉTICOS	51
Teorias Éticas – <i>locus</i> primário	51
<i>Ética das Virtudes</i>	52
<i>Deontológica</i>	53
<i>Teoria dos 4 Princípios</i>	54
<i>Consequencialismo – Utilitarismo</i>	55
Éticas Aplicadas	55
<i>Ética das profissões</i>	56
2.1.0.1 <i>Ética Militar</i>	62
2.1.0.2 <i>Ética Médica</i>	67
<i>Bioética</i> 71	
Regulação e Regulamentação	73
Desafios profissionais	79

SUPORTE EMPÍRICO - O RETRATO ÉTICO-SOCIOLÓGICO DE UM GRUPO DE MÉDICOS MILITARES BRASILEIROS	85
O grupo entrevistado	85
Categoria I: ideal de serviço e relações profissionais	90
Categoria II: responsabilidade cívico-social	106
Categoria III: dilemas e desafios ético-profissionais	115
CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	135
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA	139
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	143
ANEXO A – EQUIVALÊNCIA DE POSTOS E GRADUAÇÕES DAS FORÇAS ARMADAS	146
ANEXO B – EXCERTO DO ESTATUTO MILITAR	147
ANEXO C – COMPARAÇÃO ENTRE AS PROFISSÕES MÉDICA E MILITAR	157
ANEXO D – UNIDADES DE SAÚDE EXÉRCITO BRASILEIRO	158
ANEXO E – DECLARAÇÃO DE MÉDICO MILITAR	159
ANEXO F – EXCERTO DO CADERNO DE INSTRUÇÃO - AÇÃO CÍVICO- SOCIAL - EXÉRCITO BRASILEIRO	161

INTRODUÇÃO

Já nos tempos homéricos, o exercício da atividade médica em campos de batalha foi citado. A necessidade da atividade médica nos conflitos armados foi sendo ampliada em razão proporcional à complexidade adquirida pelas tropas, na busca da manutenção da vida de seus guerreiros. Assim, o médico passou a ser treinado no cotidiano militar e incorporou, em seu viver, esses dois modos de vida. As condutas técnicas e a aplicabilidade das bases cognitivas de uma e da outra atividade passaram a se mesclar em um mesmo indivíduo, originando uma terceira atividade: a medicina militar.

No entanto, o processo decisório do ofício médico diário frente às pressões militares da hierarquia de comando, emprego da violência e a escassez de recursos resultaram em problemas ético-profissionais para os médicos militares como confirmam Beam e Howe^{1:653}. Para eles, na maioria das vezes, o médico militar pensa e age centrado sua prática no paciente ao invés de utilizar sua posição como oficial militar e nos casos de absoluta necessidade militar¹, conflitam-se as obrigações profissionais médica e militar.

Como docente da disciplina “Bioética e Defesa”, do curso de graduação em Defesa e Gestão Estratégica Internacional, me deparei com conteúdos teóricos sobre a profissão militar e seu *ethos* profissional. Dentre eles, o *ethos* do médico militar em situação de paz ou de guerra.

De acordo com Spinelli⁴, as palavras gregas *éthos* e *êthos* que os latinos traduziram para *suetos* e *mores*, respectivamente, hoje comportam um viés conceitual diferenciado mas convergente, pois *éthos* expressa o consuetudinário (fundado no uso, na prática) e *êthos* traz em si o pensamento sobre usos e costumes (ajuizamento crítico sobre certo/errado, justo/injusto). *Ethos*, portanto, refere-se aos hábitos, costumes, tradições e normas de indivíduos ou grupos nos seus relacionamentos entre si e com o meio ambiente em que vivem⁵ e *ethos* profissional diz respeito ao profissional em seu relacionamento, comportamento enquanto individualidade com seus pares e e com a sociedade em geral, no cotidiano de seus afazeres.

Uma vez que autonomia, liberdade e responsabilidade individuais são constituintes da prática médica² e por outro lado, a sujeição a preceitos rígidos de disciplina e hierarquia, dedicação exclusiva, restrições a direitos trabalhistas, proibição de sindicalizar-se e de participar em greves e em qualquer movimento reivindicatório, são características da

¹ Necessidade militar: cumprimento de uma missão

profissão militar³, qual o *ethos* profissional resultante do desempenho concomitante das ações e atividades médicas e militares pelo médico militar?

Dessa situação emergiram questões que instigaram a investigação: no Brasil, o médico militar pensa e age, prioritariamente, como médico e depois como oficial militar como Beam e Howe^{1:653} afirmam?; quais são as características ético-sociológicas da medicina militar brasileira?; e, existem conflitos profissionais entre o *ethos* médico e o militar?

O médico militar no Brasil, regulado pelo Estado, responde ao *ethos* profissional militar ou da medicina conforme a forma de acesso (concurso público; voluntariado; serviço militar obrigatório; contrato) ou a opção pessoal de exercer suas atividades médicas exclusivamente no meio militar (abre mão de vincular-se ao Conselhos Profissionais médicos), o que caracteriza o fato da não uniformidade do *ethos* corporativo. Tais circunstâncias sinalizam que podem coexistir dois indivíduos, executando as mesmas atividades na mesma corporação, possuidores de *ethos* profissionais diferentes (médico, militar e médico militar) e diferenciados (forma de acesso e opção pessoal). Além do mais, o Conselho Federal de Medicina⁶ não inclui, como uma das especialidades médicas, a medicina exercida no meio militar, fato que mais adiante será discutido de forma pormenorizada.

De volta à assertiva de Beam e Howe^{1:653} que o médico militar pensa e age centrando sua prática no paciente, mas nem sempre isso é possível, a questão deste estudo, o *ethos* profissional médico predomina sobre o *ethos* profissional militar nas atividades do médico militar brasileiro foi construída e desenvolvida em busca de sua verificação.

Para concretizá-la, foi estabelecido o objetivo principal de analisar o *ethos* médico no âmbito da estrutura militar brasileira, enquanto profissão, e seus desafios éticos. Ainda sobre o proposto, corresponderam os seguintes objetivos específicos:

- a) Discutir aspectos sociológicos e éticos estruturantes da profissão, para identificar quem é o cliente^{II} do médico militar, qual a natureza de sua relação cliente-profissional; quais são os fins; e quais são os meios; e quais são as obrigações profissionais do médico militar brasileiro;
- b) Abordar suas diretrizes profissionais de caráter ético-profissional vigentes em nosso país;
- c) Identificar os possíveis conflitos éticos enfrentados, seja no delineamento de sua carreira ou cotidiano de suas atividades e sua visão de quais serão as questões éticas a serem enfrentadas no futuro da profissão.

^{II} Cliente: neste estudo o termo será empregado significando apenas a quem o profissional presta seus serviços. Foi descartada a menção quanto à troca financeira do serviço de seu significado. Também foi feita ressalva ao uso da palavra “cliente” por Olsthoorn, em “Loyalty and Professionalization in the Military”⁷.

É possível que um olhar estranho à corporação médica militar sobre seu *ethos*, pois sou docente (não graduada em Medicina nem integrante da carreira militar), acarrete estranheza inicial.

Àqueles que levantam o porquê de alguém que não é médico nem é militar, ter como foco de investigação a medicina militar, em particular seu médico, exporei dois motivos. O primeiro deles se refere ao desejo de estudar o Corpo de Saúde militar como um todo, porém, em face da restrição de tempo optou-se em dar início pela medicina. Dentre as profissões que integram o quadro de profissões de saúde, a medicina – civil ou militar, representa a profissão:

[...] que mais adquiriu essa capacidade de articular competentemente sua base cognitiva com os avanços tecnológicos mantendo sólida credibilidade de mercado. A profissão médica, dada a sua natureza e tradição, é uma profissão sociologicamente incomparável e erram os que buscam traçar perfis socioprofissionais semelhantes a ela^{9:24}.

Tal fundamento acarretou a escolha da medicina militar e seus integrantes, dentre as profissões que integram o Quadro de Saúde militar, como foco para esta investigação.

O segundo motivo, diz respeito ao olhar-se com o olhar do outro, com um distanciamento não possível a quem vivencia o cotidiano das atividades diárias. No mínimo tal atitude poderá provocar o debate e colocar na pauta de discussão os desafios éticos que advirão de conflitos armados hipertecnológicos quando o aprimoramento humano, a escassez de recursos humanos, materiais e ambientais serão fatores decisórios para a definição das regras dos combates.

Coelho^{8:16} já alertara para a lacuna de estudos acadêmicos nos quais a vida diária familiar e dos quartéis no Brasil fossem abordados, pois na opinião do autor, a ênfase tinha sido dada aos períodos de intervenção militar no Estado na busca para compreendê-los. Reiterava a necessidade de estudos acadêmicos que resgatassem a instituição militar como “objeto legítimo de análise por si mesma, e não pelos traumatismos de toda ordem que elas provocam através das intervenções”. Atualmente, o pesquisador Celso Castro, doutor em Antropologia Social, vem contribuindo com publicações^{III} que enfatizam o cotidiano de militares de nossas Forças Armadas (F.F.A.A.).

Ao focalizar a medicina militar brasileira, este trabalho científico também se dispõe a minimizar a lacuna relativa a estudos abordando a referida temática, oferecendo sua contribuição singular, pois a literatura científica mundial tem abordado essas questões com

^{III} Obras de Celso Castro: “O Espírito Militar”, “Exército e Nação”, “Antropologia dos Militares”, dentre outras.

maior enfoque, no papel profissional prioritariamente assumido nas decisões, em razão do claro conflito apresentado entre integrantes de uma ou da outra profissão. Textos acadêmicos em nosso país, com enfoque na medicina militar enquanto profissão, integrante de uma dinâmica e complexa relação entre estruturantes sociológicos e éticos são escassos. Para sistematizar a busca bibliográfica foi acessada a base de dados *Scopus*, referencial em Ciências Biológicas, Física, Saúde e Ciências Sociais. Como critérios de inclusão foram inseridos os descritores *military personnel* e *military medicine* que configuraram resultados de 87 documentos. Quando adicionado o descritor *sociology*, o resultado obtido foi de doze documentos publicados (nove artigos em inglês, dois em russo e um em italiano), demonstrando incipiente produção acadêmica em nível mundial, o que aponta a necessidade de outros estudos.

Enfim, uma construção teórica de função especulativa como o é este estudo, pode oferecer pontos reflexivos sobre determinadas ações individuais ou coletivas e nisto encontra-se a importância deste estudo. Pactua-se aqui a ideia de Aranha e Martins^{10:224} ao defenderem que situações complexas ou de conflitos sejam tratadas em conjunto, entre a sociedade e o indivíduo (projeto político e projeto moral). Para elas, o progresso moral ocorrerá em qualquer área proporcionando uma sociedade justa no coletivo ao mesmo tempo que possibilitará a expressão plena e individualizada, do sujeito moral. E ao nosso ver, seja sua identidade civil ou militar.

Para atingir os objetivos propostos, este estudo foi estruturado em cinco capítulos. No CAPÍTULO 1 encontra-se o percurso metodológico do estudo. No CAP. 2, o foco são os aspectos sociológicos das profissões médica, militar e do médico militar no mundo e no Brasil. Já no CAP. 3, são abordados os aspectos éticos do médico militar no Brasil, incluindo a discussão sobre éticas aplicadas (Ética das profissões: médica e militar; Bioética), o que possibilita a teorização sobre o *ethos* do médico militar brasileiro. E, por fim o CAP. 4 contém a análise do levantamento realizado com um grupo de médicos militares brasileiros.

O CAPÍTULO 5 - Considerações Finais, por sua vez, busca evidenciar a convergência das discussões desenvolvidas ao longo dos outros quatro capítulos de maneira a sintetizar as respostas aos objetivos delineados para o estudo.

Espera-se que as considerações deste estudo possibilitem reunir no futuro, profissionais das áreas de saúde civil e militar, das ciências sociais e estudiosos das éticas aplicadas (ética das profissões - ética militar, ética médica e bioética) e trazê-los à mesa de discussão acerca dos temas abordados.

CAPÍTULO 1. ASPECTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo é de caráter qualitativo, descritivo que busca analisar o *ethos* médico no âmbito da estrutura militar brasileira. Se utilizou para a análise da documentação pertinente e das falas de médicos militares da ativa, à luz da literatura sistematizada.

Como fontes teóricas para alicerçarem as discussões, foram utilizados textos elaborados em outros países e nacionais. Em especial, obras clássicas de autores como Eliot Freidson¹¹ (sociologia da profissão médica) e Samuel P. Huntington¹² (Ciências Políticas/profissão militar). Igualmente foram consultadas obras de diversos autores que produziram obras correlatas à temática abordada, com destaque para Maria Helena Machado, em seus estudos sobre a profissão médica no Brasil.

Cabe aqui ressaltar que, árduo é o trabalho de pesquisar instituições ou o corpo de profissionais militares, em nosso país. Conforme descrito por Castro e Leiner¹³ e outros pesquisadores, em estudos etnográficos realizados com militares, ainda existem significativas barreiras a serem transpostas quer seja no planejamento do estudo ou para implementá-los.

Em dois momentos cruciais na construção deste estudo, as dificuldades encontradas relativas à obtenção de dados/informações e de anuência institucional para entrevistar médicos militares, determinaram ajustes no escopo da pesquisa e, conseqüentemente, na metodologia pretendida.

A proposta inicial era traçar o perfil do médico militar brasileiro. Certamente, o tempo disponível e a infraestrutura necessária para fazê-lo em nível nacional não seriam viáveis. A ideia seguinte foi delimitar o perfil em determinado recorte de tempo e espaço e elaborar um estudo com abordagem mista.

Com o Projeto finalizado, foram enviadas solicitações, através de documentos e contatos por meios eletrônico, telefônico e pessoal para obter os quantitativos de médicos militares concursados no Brasil, entre os anos de 2008 a 2012 e sua lotação em definido centro urbano. As dificuldades encontradas na obtenção de dados e informações resultaram, em mudança metodológica. Tornou-se inviável a abordagem quantitativa de dados (pensada inicialmente) e, desta forma, o caminho metodológico escolhido então, foi o da abordagem qualitativa. De posse de variada bibliografia acessória, das principais diretivas profissionais de caráter ético-morais, deu-se início ao estudo. Para consubstanciá-lo, dando-lhe suporte empírico, foi idealizado realizar levantamento com médicos militares brasileiros das três Forças.

Ponto em que novas dificuldades surgiram quanto ao acesso para os campos de pesquisa e anuência às instituições militares de saúde. Documentos foram preenchidos, solicitações formais e contatos pessoais com membros dos setores de Ensino e Pesquisa foram realizados. Vale lembrar que a intenção inicial era pesquisar médicos militares da Marinha, Exército e Aeronáutica.

Após concluir as determinações burocráticas de cada Força, em um dos casos, foi recebida comunicação eletrônica com a seguinte resposta: “Negativa, por não haver interesse” à solicitação para a realização do estudo. No outro caso, após análise local e deliberação interna, o Projeto foi enviado para avaliação pelo seu Alto Comando. Aguardou-se por um determinado tempo e, não havendo retorno nem resultado conclusivo, em prazo hábil, novamente foi necessário ajustar o campo da pesquisa, restringindo-se apenas a uma das três Forças Armadas. Isto não determinou prejuízo metodológico mas frustraram as expectativas quanto à possibilidade de ampliar a discussão acerca do *ethos* médico na estrutura das Forças Armadas em nosso país.

Ousarei afirmar, pois minha vivência como docente e pesquisadora me permitem, que aquele que pretenda investigar o *ethos* profissional de certas corporações, irá se deparar com resistências até no meio civil. Já esperava encontrá-las, não apenas em razão do relacionamento civil-militar tão discutido em nível mundial e em nosso país acrescido de resquícios de situações passadas na sua história, mas principalmente pelo poder corporativo de uma instituição burocrática total que alia o poder médico ao poder militar. Em geral, as reações foram sutis, tênues. No entanto, em outras foram densas, concretas e falaram por si mesmas. Fatos semelhantes aos enfrentados por mim e agora relatados, ocorreram em outros estudos e estão descritos no livro “Antropologia dos Militares”¹³.

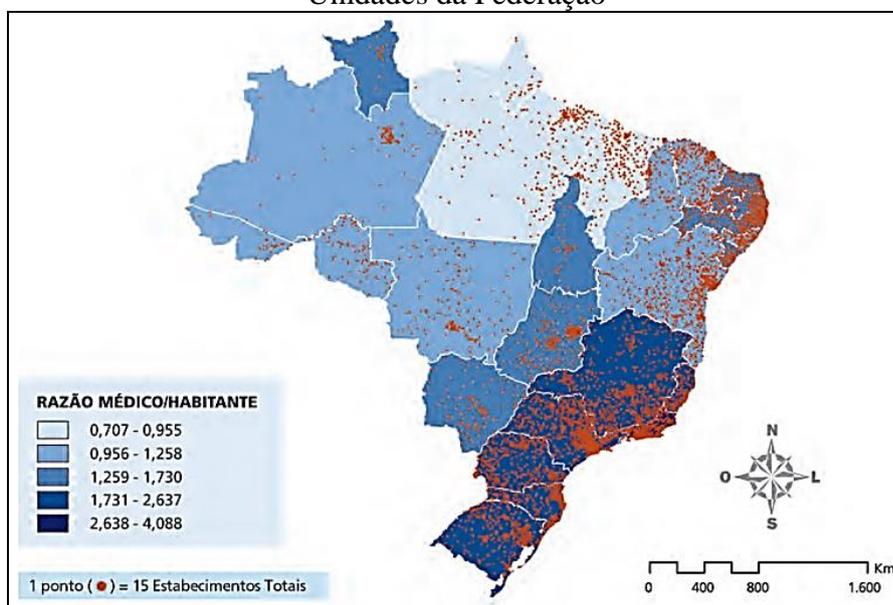
Por fim, o grupo de médicos militares que integrou o suporte empírico, foi selecionado por técnica não-probabilística, por conveniência, intencional, em rede (*snowball* ou *snowball sampling*), na unidade de saúde em que estavam lotados. Segundo Biernacki e Waldford¹⁴, a técnica de *snowball* é apropriada quando pessoas ou grupos compartilham interesses sobre o tema a ser investigado; referem-se entre si sobre o assunto, e em alguns casos, quando o tema é de difícil acesso. De posse da listagem dos médicos lotados naquela unidade de saúde militar, a partir do primeiro entrevistado (da rede de relacionamentos da pesquisadora), outros foram por eles indicados, sucessivamente, desde que se encaixassem nos critérios estabelecidos. Ao final, foi possível ter uma amostra aleatória do conjunto de profissionais que atuam no corpo clínico dessa Força Armada e, a partir daí, tecer comentários neste recorte de tempo-espço¹⁵.

Ter ingressado na carreira através de concurso público e estar no serviço ativo, estar lotado em unidade de saúde militar e atuar na cidade do Rio de Janeiro foram os critérios estabelecidos para selecionar os entrevistados.

Pelas falas expostas nos instrumentos de pesquisa, percebeu-se que a inclusão da especialidade médica e a relação com o tempo de serviço poderiam viabilizar a identificação dos sujeitos de pesquisa. Por esta razão, a especialidade médica de cada entrevistado foi excluída da análise do estudo.

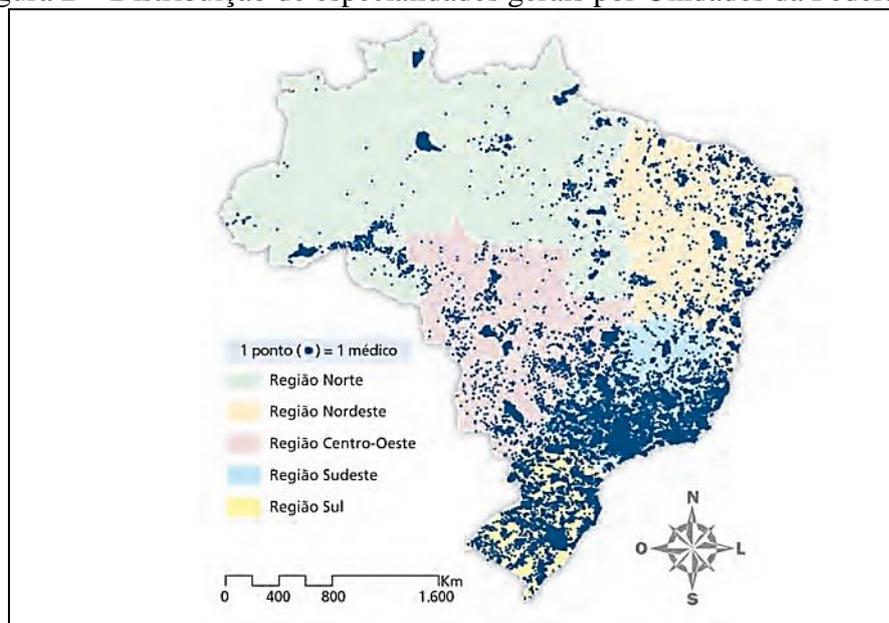
Apesar de não existir a necessidade de justificar a escolha do *locus* do estudo, uma vez que o levantamento foi realizado através de amostra de conveniência, sem a intenção de generalizar os achados empíricos, mesmo assim optou-se em registrar aqui como foi realizada. Baseando-se na publicação “Demografia Médica – Cenários e Indicadores de Distribuição”¹⁶, a cidade do Rio de Janeiro foi escolhida como base da pesquisa. Conforme se observa na Figura 1 e Figura 2, no Mapa do Brasil, há concentrações regionalizadas de médicos e instituições de saúde. A região sudeste e o estado do Rio de Janeiro correspondem às maiores concentrações. Isso se reflete da mesma forma, nas instituições militares de saúde.

Figura 1 – Distribuição de estabelecimentos de saúde, segundo razão médico/habitante por Unidades da Federação



Fonte: Scheffer^{16:122}

Figura 2 – Distribuição de especialidades gerais por Unidades da Federação



As especialidades gerais abrangem cirurgia geral, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, medicina da família e comunidade e medicina preventiva e social.

Fonte: Scheffer^{16,173}

O grupo entrevistado foi constituído por doze médicos militares sendo nove do sexo masculino e três do sexo feminino. Apesar da progressiva feminização de vários setores da sociedade produtiva brasileira, incluindo a profissão médica^{16,17:138} as mulheres ainda são em número menor que os homens em algumas corporações. No Brasil, 59,18% dos médicos em atividade são do sexo masculino e 40,82% do sexo feminino, em 2013¹⁶. Além desses percentuais, acrescenta-se o fato histórico da corporação militar brasileira ter passado a integrar o sexo feminino em suas tropas, como elemento permanente, a pouco mais de 30 anos.

O levantamento (APÊNDICE A) foi elaborado, mesclando questões fechadas, semiabertas e abertas, de forma a responder aos objetivos propostos pelo estudo, sob a perspectiva do próprio médico militar. Foi constituído de três eixos temáticos:

- Parte I: aspectos gerais da situação da carreira do entrevistado e questões específicas sobre o exercício da profissão. O tempo de serviço também foi considerado de relevância para caracterizar o grupo, uma vez que médicos militares passam por processos avaliativos periódicos para progressão na carreira, assim como os demais militares das F.F.A.A. Tornou possível traçar sucinto perfil do grupo entrevistado;
- Parte II: aspectos sociológicos da carreira no Brasil e questões específicas sobre ética profissão. Constaram as questões “Quem é o cliente do médico militar brasileiro?”, “Qual a relação estabelecida entre cliente-profissional?”, “Quais são os meios da profissão?”,

“Quais são seus fins?” e “Quais são as obrigações profissionais?” que viabilizaram identificar o ideal de serviço, a orientação profissional ao serem analisadas em conjunto. Cada interrogativa foi seguida de três afirmativas excludentes (alternativas A, B e C) e a opção D “Outras”, caso o respondente não concordasse com nenhuma das alternativas propostas;

- c) Parte III: aspectos ético-sociológicos da carreira no Brasil; aspectos éticos da carreira no mundo e no Brasil.

Houve contato inicial com cada entrevistado para apresentar a pesquisa e os documentos envolvidos. A maioria deles optou por executar responder pessoalmente o instrumento de pesquisa e apenas um solicitou que a pesquisadora o fizesse, rejeitando a modalidade de entrevista gravada (presencial ou por telefonema).

Dificuldades quanto ao agendamento das entrevistas, comparecimento do entrevistado (requisitado para outra atividade), suspeição, recusa e esquiva em participar do levantamento foram fatos enfrentados, não diferentes dos encontrados por outros pesquisadores de temáticas sensíveis, pouco tocadas. O maior obstáculo, assim o dimensionando, foi obter o preenchimento do instrumento de pesquisa por médicos militares com tempo de serviço inferior a 10 anos. O *porquê* ficará em aberto, para posteriores estudos.

O *software Excel* foi utilizado para apoio na análise das questões fechadas e semiabertas. As questões abertas foram submetidas à Análise de Conteúdo, à luz de Bardin^{17:133-46,168}. Esta escolha decorreu da possibilidade de elaborar deduções específicas, de emitir inferência pontual, relativa unicamente àquela realidade encontrada. A análise de conteúdo pode ser aplicada sobre *corpus* reduzidos de dados/informações e determinar categorias contáveis, sem originar frequências elevadas que pediriam abordagem quantitativa, em índices não-frequenciais. O levantamento realizado com um grupo de doze médicos militares foi assim analisado. Primeiro procedeu-se à codificação das anotações, ou seja, considerando os dados brutos obtidos, o texto original sofreu recortes, agregações ou enumerações de forma a converter em material suscetível de análise. Uma vez finalizada a codificação, foi feita a categorização, um rearranjo que determinou grupos com elementos textuais de características correlatas. Finalmente, foi aplicada a inferência sobre as categorias erigidas. A inferência é a essência da análise de conteúdo, seu ponto alto. Refere-se à indução, a partir do evento registrado.

Na proposição deste estudo, encontra-se a disposição de contribuir com a corporação militar brasileira na reflexão sobre questões éticas relativas à medicina militar e as diretivas profissionais vinculantes de caráter ético-moral. Não há pretensão de indicar revolução

imediate quanto às diretrizes profissionais hoje estabelecidas, mas sim suscitar discussão sobre os temas abordados e sugerir possíveis caminhos para a tomada de decisão em um futuro próximo.

Os aspectos éticos

O estudo foi coadunado às recomendações da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde¹⁹ do Ministério da Saúde, que dispõe sobre os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos e, entre outras, visa a assegurar os direitos e deveres à comunidade científica, aos sujeitos de pesquisa e ao Estado.

Para preservar o sigilo, além do entrevistado não ter sido identificado, foi utilizado o codinome M e os números de 1 a 12, aleatoriamente, não significando a sequência da ordem em que foram realizadas as entrevistas. Outras estratégias foram utilizadas para isso, como o agendamento em data e local escolhido pelo entrevistado e a guarda e análise em ambiente externo à instituição alvo, dos dados/informações coletados. Optou-se ainda, em não identificar a especialidade médica de cada entrevistado, face a possibilidade de identificação. Foi informado ainda, ao entrevistado de que poderia pedir vistas, em qualquer momento, sob a guarda dos dados/informações colhidos e a análise dos mesmos. Acrescenta-se que a pesquisadora possui vínculo com Instituição de Ensino, não havendo nenhuma relação de subordinação entre os entrevistados ou suas instituições.

Este Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ (APÊNDICES A e B) e aprovado conforme determinado pela Resolução CNS nº466, de 12 de dezembro de 2012, CAAE nº 20424713.9.3001.5256.

AS PROFISSÕES MÉDICA E MILITAR NO BRASIL - ASPECTOS SOCIOLOGICOS

O foco deste Capítulo são os aspectos sociológicos das profissões médica, militar e do médico militar no mundo e no Brasil de modo a identificar o cliente do médico militar, a natureza da relação cliente-profissional e, ainda, quais são os fins, os meios e as obrigações profissionais do médico militar brasileiro.

A profissão médica

A existência e sobrevivência humanas sempre estiveram ameaçadas pelo surgimento das doenças modificando o cotidiano de muitas populações através dos tempos. A atividade médica como forma de intervenção do homem na busca pela cura de seus males, fez com que o médico conquistasse papel imprescindível na sociedade.

Mas, como entender uma ocupação transformando-se em profissão?

O sociólogo Eliot Freidson dedicou-se ao estudo da medicina como profissão. Para ele, a profissão desenvolveu conexão entre a ciência e a tecnologia, é autônoma e autorregulada e ultrapassou as outras profissões em preeminência^{IV}, sendo esta sua principal característica nos tempos atuais. Afirmou ser a doença seu objeto de trabalho, uma vez que os integrantes estão engajados no diagnóstico e tratamento da doença daqueles que os procura, o que a torna uma “profissão de consulta” (*consulting occupation*) inseridas aí as ações de descobridora, portadora e executora de certos conhecimentos^{11:15-25}.

Esta é a peculiar visão freidsoniana sobre a Medicina enquanto profissão, suas atividades no cotidiano e na relação com os demais profissionais. Mesmo considerando que a prática médica em sua essência não é objeto deste estudo, mas a construção do *ethos* profissional, cabe lembrar de outros vértices da atividade médica como por exemplo, a prevenção e os cuidados paliativos que mudam o foco do caráter prioritariamente curativo da profissão médica.

A palavra Profissão é objeto de discussão na Sociologia e muitos autores tentaram defini-la. No Brasil, dentre outros, Edmundo Coelho trabalhou tal concepção em suas obras.

^{IV} Preeminência: seu profissional é considerado imprescindível na sociedade, prestigiado pela confiança que a pessoa entrega sua vida, seu corpo ao profissional médico; ou, pela autoridade sobre seu objeto, a doença, entre as pessoas leigas e mesmo dentre seus pares – a especialidade.

No livro “As Profissões Imperiais”²⁰, relata-se a constituição da Medicina, Direito e Engenharia no Brasil do século XIX e primeiras décadas do século XX e, é um de seus exemplares significativos de produção acadêmica. Nele descreve a história da regulação desses grupos profissionais em nosso país, destacando a normatização que garantiu os monopólios do mercado de serviço, discutindo ainda os privilégios associados a esses monopólios e os nexos existentes entre Estado, mercado e as referidas profissões.

Inicialmente o autor aborda o significado semântico da palavra profissão no Brasil e ensina que o vocábulo latino *professio*, em Portugal e nos primeiros tempos da história brasileira, relacionava-se às questões religiosas – ofício, missão. Segue, discutindo o significado em dicionários do termo *profissão liberal* e alinha o pensamento de Eliot Freidson ao ressaltar que cada sociedade compreende *profissão* conforme seus próprios contextos, incluindo o histórico e daí vem o risco de produzir-se uma conceituação genérica fundada em instituições anglo-saxônicas^{20:26}. Finaliza o pensamento afirmando que, para os sociólogos, o processo pelo qual as ocupações passam a ser reconhecidas como profissão, denomina-se *profissionalização*.

De acordo com Machado^{9:14}, a presença de dois atributos é imprescindível, para que uma profissão seja assim compreendida pela sociedade: “[...] a existência de um corpo esotérico de conhecimento e a orientação para um ideal de serviços”. A saber, o *corpo esotérico* refere-se ao conjunto de conhecimentos, intrínsecos às atividades cotidianas e excepcionais de determinado grupo de pessoas, no desempenho de suas atividades de trabalho e o *ideal de serviço*, às normas instituídas, adotadas considerando, o maior interesse do cliente. Em caso de conflito entre o cliente e o profissional, prevalecerá a vontade do primeiro sobre o segundo. Este é o caso da profissão médica, por exemplo. Quando existem diferentes opções de oferta de serviço/trabalhadores, o cliente escolherá o que mais lhe convier, estabelecendo assim, uma relação de confiança para com a profissão e para com aquele determinado profissional. Esse é um dos motes de uma profissão liberal.

Considerá-la como profissão liberal, é um ponto da discussão de Coelho^{20:24-5}. O profissional médico pode atuar em instituições que possuam certas formas de supervisão hierárquica e assalariamento. Segundo ele, a vinculação hierárquica não se constitui em elemento suficiente para definir uma profissão quando se considera a acepção sociológica convencional, pois “[...] tanto a forma como se organizam coletivamente quanto suas peculiares instituições contribuem para a privilegiada posição dos profissionais no mercado, sejam eles autônomos ou assalariados”.

Na atualidade, estudos apontam que a medicina^{21:125,22:20-4} vem sofrendo erosão de sua autonomia econômica e técnica, em razão de fatores como a regulamentação governamental, assalariamento, a atuação das megacorporações no mercado de trabalho e a incursão de outras profissões em procedimentos antes exclusivos do domínio médico. Pensamento corroborado por Araújo^{23:105} ao afirmar que o desenvolvimento tecnocientífico da prática médica trouxe implicações a suas autonomias técnica e profissional.

Todas as atividades médicas, antes envolvendo apenas o profissional na sua relação com o paciente, passaram a requisitar outros agentes para que se efetivassem o acesso aos recursos técnicos e a remuneração. Além disso, o médico passou a sofrer exigências gerenciais do mercado de trabalho, tanto nos setores públicos quanto privados. Como consequência desses fatores, “a medicina vai bem, mas seus praticantes nem tanto”, concluem Machado e Rego^{21:125}.

Pois, praticar a medicina depende de um grande investimento em tempo de vida, desde a formação ao cotidiano das funções desempenhadas acrescidas ainda do tempo de aprimoramento e atualização. A entrega à profissão muitas vezes beira ao sacrifício. Machado^{9:36} afirma que é estreita a correlação entre trabalho e vida privada, de modo que “confundem-se e se fundem”, refletindo em suas amizades, onde escolhe para morar. Seu estilo de vida é similar ao dos seus colegas. Segundo o senso comum, o profissional da medicina não é apenas um profissional, ele é médico. Uma vez médico sempre o será, seja como referência familiar, da comunidade ou após a aposentadoria.

A transmissão do conhecimento esotérico da profissão ocorre através do ensino teórico formal, da prática e do treinamento entre pares. A observação, a experimentação e o treinamento sempre estiveram presentes na história médica. No mundo, em várias civilizações, a medicina teve seus precursores, seus mestres e seus aprendizes. Muitos foram os fatos paradigmáticos provocados por eventos advindos de atividades médicas de ensino ou pesquisa, e que mesmo quando não formalizados institucionalmente, impactaram pela transmissão entre os pares, de técnicas e sistematizações laborais, conceituações acadêmicas ou exemplos de vida.

Grupos de discussão emergiram da prática diária, da necessidade de discutir temas pertinentes, reconhecer pares e delimitar ações. Assim criaram associações e essas, definiram a identidade e o perfil profissionais. Com o passar do tempo, estas instituições ampliaram seus objetivos e passaram ainda, por exemplo, a ser polo divulgador da produção científica de cada especialização surgida.

Regulamentar a profissão constituiu-se em uma das preocupações e de grande relevância protetiva não somente para os membros integrantes, mas para os potenciais usuários de seus serviços. Para o profissional médico, a autonomia técnica e econômica é essencial e considerada na mais alta estima, pois faz com que haja diferenciação entre a Medicina e as outras profissões, pois o conhecimento esotérico médico é denso, completo em si. Entre os pares, da mesma forma é estimulada a especialização que os faz diferenciarem-se uns dos outros e individualmente - a competência técnica desempenhará seu papel até para garantir a autonomia socioeconômica.

A profissão militar

No imaginário popular, na tradição oral, nos mais remotos tempos aos dias atuais de mídia eletrônica, a figura do soldado sempre integrou a história humana.

É comum também situá-la em um dos dois extremos: o herói romantizado e o carrasco irascível. O primeiro vem sendo representado externamente pelo uniforme e a arma, cuja personalidade, na maior parte do tempo, é introspectiva, virtuosa, completa em seu fim em si mesmo. Traz ainda uma elegância implícita e sensações imbricadas, de vida pulsante e morte iminente. Quanto ao segundo, possui fácies maligna, ar truculento, expressando-se através de atos violentos, despropositados, emitindo sons guturais, inumanos. Apesar disso, possui certa atração nos gestos e no olhar, que despertam pânico, repulsa ou paixão em suas vítimas.

Mas, em um caso ou outro, a essência militar está presente no humano, pois basta solicitarmos à memória a palavra Soldado, imediatamente, uma imagem é construída, universalmente estabelecida, nomeada, identificada.

Uma volta ao tempo dos primeiros bandos, saídos da condição do existir-individual para o existir-coletivo, no exame acurado das pinturas rupestres ou de registros gráficos dos mais antigos grupos humanos – alguns já extintos – uma figura é encontrada em constante destaque: postura altiva, com instrumento de ataque ou defesa, acessórios e indumentárias diferenciados. Essas representações evidenciavam aquele que, de certa forma, contribuía para a sobrevivência do grupo, expondo-se ao risco de ser eliminado. Na linha do tempo da história humana, não menos comum foram os desejos de tornar-se uma dessas figuras personificadas em brincadeiras infantis, no uso de uniformes, armas e bonecos estilizados.

Mas, o que faz essa figura ser retratada em textos e oralidade, e idealizada, além da possível disposição ao sacrifício pessoal em prol do grupo?

Antigos povos como os sumérios, os assírios, os egípcios e os chineses possuíam exércitos organizados, com desenvolvimento de técnicas bélicas. Com a evolução de tecnologias mais complexas, a organização tática da mesma forma foi desenvolvida, nascendo a Cavalaria, a Infantaria, a Artilharia e em um crescendo outros componentes e estratégias foram sendo incorporados. A posteriori, nasceram as guerras navais, aéreas e hoje, virtuais.

No tecido social que estava sendo tramado pelo tempo, a figura original do soldado foi se modificando para dar conta das novas guerras. Por sua vez, as novas guerras sinalizaram a necessidade da busca em organizar uma sociedade moralmente viável para alcançar uma vida virtuosa.

Na Idade Média, as mobilizações, expansões territoriais e tentativas de impor suas crenças, desenharam outro soldado. Não que este tenha sido novidade de todo, pois já existia na antiguidade, mas agora seu modo de existir mudou o existir de outros. Já não era suficiente transformar o cidadão em soldado. As necessidades emergentes eram de treinamento e prontidão ininterruptos e de grande vulto. Homens, passíveis de extermínio sem que as atividades mundanas fossem prejudicadas, levaram a burguesia a financiar reis, instituindo milícias urbanas e exércitos de mercenários. Um novo soldado, armado, pago, lutando ou morrendo pela causa do outro, sem vínculos afetivos, sociais ou morais – diferente do Hoplita que, em geral, era cidadão grego, de posses e cumpria até dois anos de serviço militar.

Ao longo dos anos, a moralidade vigente na forma de implementar a prática militar transformou a sociedade mas também, foi transformada por ela. A relatividade moral do soldado, no matar ou morrer, passou a ser considerada na sociedade como um todo e continua a constituir-se objeto de máxima importância para o êxito de qualquer batalha, em pleno século XXI.

E assim, homens imbuídos das missões de matar e morrer foram pontuando a História. Da luta individual, à luta armada, de manobra até a de não-combate, este agrupamento de indivíduos, com objetivos e hábitos semelhantes, utilizando da mesma energia para produzirem ações, estratégias e conhecimentos específicos, originaram um corpo, dando forma ao estilo militar de vida. Foram os primórdios da profissão militar, do militar de carreira e do soldado profissional.

Gros^{24:83} compara a identidade militar ao filósofo Sócrates: as razões para viver são as mesmas para morrer. O militar enquanto combatente, a atividade requer seu tempo integral. Para um exército, o tempo de paz acarreta um incômodo paradoxal. Durante a paz, sua função se dilui entre outras, ele se torna como uma massa pouco funcional. Na opinião de muitos, é

de alto custo e pouco retorno – a paz dificulta sua existência. Contudo, em tempos excepcionais sua função é requisitada ao máximo, pois seu desempenho traz a paz.

O recrutamento se dá de diferentes formas, em tempo de paz ou de exceção, e de acordo com o grau de instrução formal e faixa etária. O comportamento individual reflete o profissional, sua vida é incorporada. Mesmo afastado não deixa de ser, pois sua vida foi constituída da exposição ao risco e à prática de violência, à mobilidade geográfica, à separação temporária de seus familiares, à necessidade de rigorosos exercícios físicos, aos treinamentos intensos, à rigidez moral e à irrestrita obediência profissional²⁵. Quanto ao militar de carreira é feita distinção hierárquica entre os papéis do combatente de nível subalterno e do Oficialato. Para Huntington^{12:79}, o oficial é responsável pela administração da violência e não pelo ato de violência em si e assim descreve a função militar “[...] é desempenhada por um técnico de profissão burocratizada, especialista na administração da violência e responsável pela segurança militar do Estado”.

O estilo militar possibilita a herança hierárquica do processo ensino-aprendizagem, o legado do mais antigo para o mais novo. Um exemplo disto é o destaque de alguns membros como instrutores (não-docentes formais) para treinarem seus pares ou subordinados em muitas escolas e/ou unidades militares.

Os antigos exércitos, até bem pouco tempo atrás, somente admitiam integrantes do sexo masculino. Historicamente o gênero masculino, no mundo do trabalho, promovia reuniões de indivíduos que praticavam o mesmo ofício, ocasiões em que trocavam experiências, reconheciam-se os pares e copiavam uns dos outros o estilo de ser: postura, linguagem, vestimenta, modo de agir. O convívio entre os pares definia perfis/identidades. A partir desses locais, refeitórios, as casernas, os cassinos, os clubes e as associações do encontro entre os pares, emergiam regras de conduta, que foram elaboradas e sistematizadas, chegando a exercerem, com diferentes graus de interferência, influências ético-morais e políticas nos Estados. Em muitas ocasiões, essa influência alterou o curso da história da humanidade.

Mas, o processo de profissionalização das F.F.A.A., no mundo, levou à integração das mulheres às tropas. Políticas públicas de inserção no mundo do trabalho em nível mundial, a alta escolarização delas aliada às atuais tecnologias do combate permitiram, a partir dos anos 80, a permanente entrada da mulher no meio militar²⁵.

No mundo, as regras de conduta militares foram sendo estabelecidas internamente, emergindo dos-para-os exércitos. Com a organização e subordinação ao Estado, a profissionalização passou a ser realizada no sentido de resguardar o profissional e ofertar

garantias de submissão ao poder instituído. Portanto, o conhecimento antes transmitido hierarquicamente, passou a ser instituído e oferecido pelo Estado-Nação. Os conteúdos e treinamentos ministrados nas escolas/instituições militares, com ênfase na doutrina militar^V, abarcam ainda a formação técnico-científica básica para o exercício das missões e gestão organizacional. Segundo Huntington^{12:89}, a profissão das armas se delineia em três bases: a expertise, a responsabilidade e o corporativismo. Ainda, de acordo com este autor, o conservadorismo não-restrito é uma das marcas pois, o “militar ideal é conservador em estratégia, mas de mentalidade aberta e progressista com respeito a novas armas e táticas”.

Não há autonomia técnica e econômica, não se constituindo objetos de cuidado e luta de preservação, ao contrário: o poder decisório e de comando é compartilhado igualmente entre os membros da mesma patente hierárquica e na hierarquia horizontal o conhecimento é partilhado por todos. Quanto à questão econômica, o militar constitui um corpo assalariado, elevando seu salário mediante a progressão vertical, em decorrência do tempo de serviço e idade (minimamente por mérito individual – que ocorre, em geral, nas ocasiões de exceção como os conflitos armados). De acordo com Gros^{24:59}, a uniformidade completa é uma das dimensões imperativas e vitais para a não-derrota dos exércitos.

Na sua visão, o oficial militar não age preliminarmente por interesses econômicos^{24:3-}
³³. Este fato, detalhado mais adiante, integra os fatores que desencadeiam conflitos éticos-profissionais para o médico militar. Ressalta Huntington^{12:31-33} que tampouco o comportamento militar é governado por “recompensas e penalidades econômicas”. Porém, disse isso no seu tempo, aquela era a sua realidade. Hoje, muitas tropas são compostas pelo combatente contratado, venal: o soldado profissional. Sem estabelecer vínculos, não defende a Pátria como o militar de carreira. Seu objetivo maior é cumprir a missão para a qual foi contratado e para isso, coloca seus interesses e, em alguns casos a sua vida, acima de tudo. Seus ideais são financeiros. Ser corajoso ou covarde dependerão do objetivo e recompensa a que se dispôs. Diferente do militar de carreira^{VI}, que têm embutido em seu cotidiano profissional, transmitir valores, princípios e conhecimento sistematizado aos pares sob o seu comando, o que lhe exigiria razoável tempo de educação formal somada à grande carga horária prática.

Tais circunstâncias evidenciam a complexidade da especialização do militar. Pois, a empiria genuína na lida do combatente há muito deixou de ser a única garantia da

^V Doutrina militar: conjunto de princípios que regem a profissão militar

^{VI} Militar de carreira: neste contexto agora exposto, estão sendo considerados apenas militares das Forças Armadas.

sobrevivência no campo de batalha. Exércitos configuram-se em uma reunião de inúmeras identidades humanas, formatando o corpo que se articula, mobilizando-se em prol de objetivos únicos, para que evolua e concretize as demandas. Cada um, daqueles indivíduos, deve saber o lugar a ocupar, o que e como fazer. Disciplina e hierarquia, dever e obediência – características nem sempre inatas, que podem ser ensinadas e aprendidas^{VII}, passadas através de experiências, vivências de um para o outro, formalizadas ou não institucionalmente. A escala hierárquica, por ela mesma, já favorece a transmissão do conhecimento esotérico^{VIII}.

No Brasil, Exército, Marinha e Aeronáutica compõe as Forças Armadas, fato estabelecido pela Constituição Federal de 1988²⁶, em seu artigo 142. Historicamente, como instituições organizadas, foi na Independência em 1822, que a Marinha e o Exército brasileiros passaram a existir²⁷. Somente após a 1ª Guerra Mundial e depois de 1940, ocorreram reorganizações do Exército, baseadas em moldes franceses e americanos, respectivamente²³. Em 1941, surgiu a Aeronáutica das fileiras do Exército.

O militar de carreira, como hoje é reconhecido no Brasil, pode iniciar seu processo de profissionalização, quando o indivíduo encontra-se na fase da adolescência. Nos Colégios Militares (Exército), a formação educacional ocorre a partir do 5º ano até o ensino médio - mesclando conteúdos educativos gerais ao meio civil e militar e específicos de doutrina, como princípios e valores militares, de forma a despertar a vocação. Ainda, no nível médio de ensino, há as Escolas Preparatórias nas Forças Armadas, em regime de internato, cujo próprio nome sinaliza a missão para o ensino preparatório e profissional.

Outra forma é a convocação compulsória (Lei nº 4.375, de 17 de agosto de 1964) para o sexo masculino aos 18 anos de idade ou através de concurso público às Academias/Escola militares (Exército e Aeronáutica, e Marinha, respectivamente) a partir do ensino de 2º grau, em nível superior, também na modalidade de internato, por quatro anos variando o acesso ao sexo feminino conforme cada uma das três Armas²⁸. Desde então, a dedicação deve ser exclusiva, sempre em prontidão. E este processo torna-se tão intenso – treinar para a guerra, lutar pela paz, que a profissão incorpora o indivíduo e este incorpora a profissão na essência de seu viver. O tempo médio de vida profissional situa-se entre 31 a 43 anos, e segundo a Lei brasileira nº 6.880/80 - Estatuto do Militares no seu art. 5º “A carreira militar é caracterizada por atividade continuada e inteiramente devotada às finalidades precípuas das Forças Armadas, denominada carreira militar”²⁹.

^{VII} Ensinada e aprendida: transmissão de conhecimento através de várias técnicas; quando ocorre a mudança de comportamento, respectivamente.

^{VIII} Conhecimento Esotérico: é o conhecimento específico de cada profissão⁹.

Mancuso³⁰ redigiu texto objetivando discutir os modelos de profissionalização de S. Huntington (do campo das Ciências Políticas) e de Freidson (do campo da Sociologia das Profissões) para explicar o caráter profissional das Forças Armadas no mundo e no Brasil. Segundo a autora, à luz de Huntington, através de processo histórico de transformação da obrigação do indivíduo em prestar serviço militar, houve a consolidação das Forças Armadas na administração e emprego da violência, atreladas ao desenvolvimento do Estado (que para sua defesa, igualmente pode acionar outras estruturas não-profissionais na administração da violência), o que as fez profissionais. À luz de Freidson, a autora afirma que as atividades laborais nas Forças Armadas podem ser consideradas como profissão, pois atingiram os requisitos típico-ideais por ele prescritos. Concluiu que as atividades desempenhadas por integrantes das Forças Armadas, sob as perspectivas de Huntington e Freidson podem ser considerados profissionais.

Mas, a evolução no campo estratégico, a inserção de novas formas de combate utilizando tecnologias bélicas e a necessidade de manutenção de infraestrutura na mobilização das tropas, requisitaram a inserção de profissões de formação acadêmica civil no meio militar e há pouco mais de 30 anos em nosso país também permitiram o ingresso de mulheres em suas tropas. Já constituídos dos atributos da profissão original, indivíduos de outras profissões passam a se integrarem à carreira militar, através de processo de adequação à doutrina militar, denominado militarização^{IX}.

O Médico Militar

É importante lembrar que Exércitos correspondem a aglomerações (de tamanhos variáveis) de homens. Tanto pequenas ou grandes aglomerações humanas trazem em si mesmas riscos à saúde, pois nossa sobrevivência requisita alimentação, repouso, vestuário, além de cuidados básicos de higiene. Para contemplar estas necessidades, com o tempo foram desenvolvidas técnicas de apoio logístico à tropa, em seus deslocamentos territoriais, evitando-se o que acontecia no passado quando os soldados tinham de pilhar e roubar para se manterem, bem como a introdução do tratamento dos feridos em combate e cuidados cotidianos à saúde originando outro quadro nas fileiras – inicialmente o médico, seguido de outros profissionais que integraram o que se chamou *Corpo de Saúde* militar para atender às necessidades assistenciais e operativas da tropa. Do seu ponto de vista, Toledo³¹ acredita que

^{IX} Militarização: neste estudo, processo pelo qual o profissional recém-ingresso no Corpo de Saúde de cada uma das Forças Armadas torna-se capaz de exercer atividades técnico-militares. Adaptado de Toledo³¹

a inserção do médico como militar ocorreu por dois motivos. O primeiro teve a haver com a necessidade da manutenção da saúde das tropas e o segundo, pelo fato do combatente ser um importante objeto de estudo, relaciona-se à sobrevivência do soldado, pois este é exposto a condições inóspitas no exercício da profissão. Na sua visão, o médico ao se *militarizar*, submete-se a um regulamento disciplinar e tem sua autonomia técnica/profissional, de um modo geral, reduzida, o que seria esperado em uma instituição burocratizada como a militar.

A autonomia técnica, por sua vez, é uma definidora do papel desempenhado pelo profissional médico perante seus pares. Os expoentes de cada profissão angariam autonomia técnica e profissional entre seus pares e isso é retroalimentado. Esse é evento comum na prática médica.

Para Freidson^{11:396}, uma profissão que possua a autonomia organizada como a Medicina, avalia e ordena o trabalho de outras ocupações. Ao encontrar-se “imune da regulação e avaliação legítima” de outras profissões, poderá ser a “profissão dominante”. Entretanto, na profissão militar a existência da unidade de comando^{32:18}, expressão do vocabulário militar, designa apenas ao comandante a autoridade de direção e controle, seja ele médico ou não. Além disso, ao fazer parte da hierarquia militar o médico militar também abre mão da autonomia socioeconômica, tornando-se assalariado.

Na concepção de Marchon^{33:25}, o médico que opta por integrar uma tropa militar toma uma complexa decisão moral. A autora ressalta que ao fazer a escolha, o pretendente à carreira deveria estar ciente de sua autonomia reduzida e da questão da dupla lealdade.^X

Cabe ainda lembrar, mesmo integrando o oficialato militar, o médico militar não é considerado combatente. Da mesma forma, o soldado ao ser ferido passa à condição de não-combatente. Medidas protetivas ao Corpo de Saúde Militar e aos feridos foram implantadas em nível mundial, após constatações de atitudes desumanas com esses em conflitos armados. Documentos de consenso de organismos internacionais como a Convenção de Genebra (1906, 1929, Protocolo Adicional I e II) ou Comitê Internacional da Cruz Vermelha, respectivamente, prescrevem que o médico, militar ou civil e seus pacientes, devam ser protegidos. No *International Committee of the Red Cross (ICRC)*³⁴, está registrada a preocupação com o papel do médico militar. Desde a definição do termo até a aplicação de sanções em casos de abusos ou danos (Regra 25). De acordo com o referido documento, os termos *military medical personnel* e *civilian medical personnel* apesar de referirem-se ao médico, distinguem sua situação profissional. O primeiro termo diz respeito aos membros das

^X Detalhada no 0.

F.F.A.A. e o segundo, ao pessoal médico que não faz parte de Forças Armadas, mas participa exclusivamente de ações médicas. Poderá utilizar de arma apenas para se defender e defender seu paciente e, se assim o for, ao portar arma individual (o que dá margem a variadas interpretações devido à escolha do tipo quanto à letalidade, conforme o País) deverá se submeter às leis da guerra e não resistir à captura, por exemplo. Além disso, está prevista a clara identificação de pertencimento ao corpo de saúde, no uniforme. Em tempos de guerras assimétricas, civis ou convencionais de alta tecnologia^{35,36}, há reivindicações para que algumas normas pré-estabelecidas sofram modificações. Dentre elas, solicita-se abolir o uso da identificação pelo uniforme e poder oferecer resistência quando houver tentativa de desarmamento.

Aqui se configura a questão fundamental quanto ao *ethos* do médico militar ser mais médico ou mais de combatente. Na obra “O Soldado e o Estado”, publicada em 1957, Samuel Huntington afirma que oficial militar profissional é “administrador da violência”, mas não responsável pelo ato de violência em si. Para ele, o médico não possui qualificação para administrar a violência. Mesmo sendo integrante do corpo de oficiais, o faz “na qualidade de organização administrativa, mas não na qualidade de profissional”^{12:30}. Hoje, outros autores, dentre eles Michael Gross, interpretam a participação do médico militar em combate de forma contrária àquela defendida por Huntington³⁷⁻⁴⁰. Como se contata, muito tempo se passou desde aquela afirmação por Huntington e o *ethos* profissional do médico em combates armados, permanece em discussão.

Mas, quem é o cliente do médico militar?

Segundo Madden e Carter⁴¹, reconhecer quem é o cliente de uma profissão, a natureza da relação cliente-profissional, seus meios, fins e obrigações são de suma importância para a compreensão das normas que a regulamentam e regulam. Por exemplo, o cliente e os meios do militar é o Estado e o cliente do médico é o paciente individual e a sociedade como um todo, através deste. Logo, pode-se inferir que o cliente e os fins do médico militar é o paciente individual e através dele a sociedade como um todo ou o Estado, dependendo da contingência. Este é o caso da medicina militar brasileira que existe para assistir à saúde do militar/familiar do militar. Mas, seu objeto de trabalho é determinado pelo Estado.

Além desses fatos, de acordo com os mesmos autores citados, a natureza do relacionamento entre eles possibilita identificar isso. O relacionamento entre cliente-médico é do tipo subserviente ao médico, mas negociada. Se for cliente-militar, é de subserviência à sociedade e está direcionada para responder ao comando da autoridade do governo. Mais uma vez, pode-se inferir que a relação cliente-médico-militar pode ser de subserviência à

sociedade, do paciente ao médico ou uma relação onde responsabilidade e a autoridade sejam negociadas ou impostas conforme a contingência.

Quando se tem essas definições pode-se ter a ideia do ideal de serviço de uma profissão.

Freidson^{11:181} defende que as profissões distinguem-se das ocupações pela sua orientação para o serviço, em procurar manter o bem-estar social. Machado^{9:14} corrobora com essa ideia e escreve que o ideal de serviço diz respeito às normas instituídas, adotadas considerando, o maior interesse do cliente. Em caso de conflito entre o cliente e o profissional, prevalecerá a vontade do primeiro sobre o segundo. Há uma espécie de pacto ou acordo em que os pares defendem os interesses da profissão na perspectiva de que esses interesses estejam subordinados aos interesses da sociedade.

Uma, dentre as características sociológicas da profissão médica listadas por Rego^{42:116} é a orientação para a coletividade, já mencionada no texto como *ideal de serviço*^{11,17}. Explica que o ideal profissional é identificado na elaboração de soluções técnicas da profissão baseadas nas necessidades do cliente (mesmo que de todo não tão eficientes para o cliente). Para ele, a relação estabelecida de mútua confiança é essencial, pois o profissional médico depende da procura do cliente para que os privilégios da corporação sejam mantidos, para que seja possível a remuneração adequada e as normas possibilitem o reconhecimento e aplicação de algum tipo de sanção àqueles que as violem. Salienta ainda, que para o paciente, inclui o risco de expor sua vida.

Por ser uma relação de mútua confiança, os papéis desempenhados por cada um devem estar claro para o cliente e para o profissional.

Algumas questões como “No exercício concomitante das profissões médica e militar, a medicina militar é uma especialização da profissão médica?”, “A militarização do médico resultaria em pós-profissão^{XI}?” e “A medicina militar é um segmento funcional da profissão militar ou a medicina militar é uma profissão ao mesmo tempo também é uma pós-profissão?” ainda precisam de respostas.

Vimos até aqui os pontos em comum e divergentes entre as características precípuas de cada profissão. À primeira vista, a especialização do médico mesclada à especialização militar originaria outra atividade.

^{XI} Pós-profissão: por exemplo, o profissional sanitarista no Brasil. Somente era possível tornar-se sanitarista àqueles que já tivessem curso de graduação (médico, enfermeiro, psicólogo, engenheiro, biólogo, dentre outros). Mediante aquisição de conhecimentos específicos em nível de pós-graduação, formaram um novo corpo de conhecimento, uma nova atividade mas não se desvincularam dos Órgão reguladores das profissões primárias.

Enfim, a comparação entre as profissões não é assunto facilmente esgotado. O risco é deduzir que uma profissão que é professada de modo simultâneo a outra ou outras, sempre dará origem a uma terceira, diferente das anteriores, uma pós-profissão. Afinal, segundo Bosi⁴³, o saber esotérico de uma profissão, concretizado pela autonomia técnica de seu profissional, não é um objeto estático. Ele se expande e origina novas ocupações/profissões. Isso pode ocorrer, mas não é regra.

Vários fatores agem no caso do médico militar. Mediante reflexão é possível pensar sobre algumas dessas possibilidades, como por exemplo, a autonomia profissional e a autonomia técnica, ou ainda a sua condição de combatente ou não combatente, bem como o interesse militar. Outro relevante fator a ser mencionado, diz respeito à natureza do Estado ser pacifista ou beligerante, autoritário ou democrático, pois é ele quem determinará¹² as situações de exceção ou não, às quais o médico militar estará exposto. Certamente, a futura realização de estudos sobre as questões levantadas anteriormente, dirimirão as dúvidas que ainda ficarão sem respostas neste estudo.

O médico militar brasileiro

De posse desses conhecimentos fundantes, pode-se desenhar agora, a figura do médico militar em nosso país. Se quiséssemos fazer um desenho retratando o médico militar brasileiro, diríamos que a linha externa, o traço que o delinearé é composto pelas convergências entre as características das profissões médica e militar, pois essas o reforçam. Por outro lado, as divergências expressariam o conteúdo interno, nem sempre visível ao olhar descuidado. É essencial, portanto, ao desenhista exercitar seu senso de análise sobre as convergências e divergências juntas, sobre o contexto de ambas as profissões para construir o desenho proposto, finalizá-lo.

Quanto ao contexto propriamente dito, a história dos serviços de saúde das F.F.A.A. brasileiras tem início com a criação dos hospitais militares. Sua evolução remonta a alguns médicos que vieram com a transferência da Coroa Portuguesa, ao Hospital da Misericórdia, em 1684, às casas-enfermarias no Morro de São Bento (RJ) e ao uso do Colégio Jesuíta para instalar enfermos, em 1759, que acabou se transformando no primeiro Hospital Militar, atual Hospital Central do Exército (HCE). No ano de 1820, por meio do Decreto Imperial foram instituídos os Hospitais Militares, especialmente para atender aos enfermos e feridos dos

movimentos revolucionários de então⁴⁴. Os *soldados de farda branca*^{XII} eram chamados físicos ou cirurgiões³¹, de acordo com a sua área de atuação médica.

Klajman^{45:21-2} realizou estudo sobre a legitimação dos militares do Corpo de Saúde do Exército mediante a análise de publicações impressas no periódico “Medicina Militar”, entre abril de 1910 a junho de 1923, no Rio de Janeiro. De acordo com o autor, um dos objetivos do periódico, além de buscar reconhecimento na comunidade científica nacional, era elevar o *status* dos integrantes do corpo de saúde militar perante os outros militares não-médicos. Sua conclusão foi que resultou em pouca integração entre os médicos militares e os militares combatentes, mas foi mais exitosa entre médicos militares e médicos civis. Mesmo assim, acarretou benefícios acessórios, pois promoveu a integração entre oficiais combatentes e a sociedade em geral.

Infere-se que no Brasil de hoje, exista um restrito número de médicos militares com relação ao quantitativo de médicos civis. Mesmo sem a estatística pretendida, por razões anteriormente elencadas, foi possível através dos decretos presidenciais, publicados em março de 2013, encontrar um quantitativo previsto do número de médicos militares para o ano de 2013, para cada uma das F.F.A.A.: Decreto nº 7.946, de 07 de março de 2013 – Exército⁴⁶, Decreto nº 7.965, de 21 de março de 2013 – Marinha⁴⁷ e Decreto nº 7.966, de 21 de março 2013 – Aeronáutica⁴⁸, conforme exposto no Tabela 1.

Tabela 1 – Previsão do Quantitativo de Médicos Militares no Ano de 2013

	Círculos/ Postos	Força Armada		
		Exército	Marinha	Aeronáutica
Oficiais Gerais	GE/ AE/ TB	-	-	-
	GD/ VA/ MB	1	1	1
	GB/ CA/ BR	4	4	5
	Subtotal	5	5	6
Oficiais de Carreira	Cel/ CMG/ Cel	51	51	34
	Ten Cel/ CF/ Ten Cel	153	102	65
	Maj/ CC/ Maj	174	134	138
	Subtotal	378	287	237
io s e s	Cap	326	171	256

^{XII} Soldados de farda branca: expressão utilizada por Toledo³¹ e Klajman⁴⁵ para designar o Corpo de Saúde Militar, em trabalhos científicos.

1 Ten	350	203	256
2 Ten	-	-	-
Subtotal	676	374	684
TOTAL	1054	666	927

Legenda: Para definição das siglas vide ANEXO A.

Fonte: Dados compilados pela autora a partir dos Decretos n° 7.946/2013⁴⁶, n° 7.965/2013⁴⁷ e n° 7.966/2013⁴⁸

Mediante este dado, supondo que o quantitativo mencionado acima fosse completado, o número final previsto seria de 2.647 médicos militares (das Forças Armadas e inscritos no CFM). Em cálculo realizado, baseado neste provável número e no quantitativo total de médicos brasileiros de 388.015¹⁶, no ano de 2013, conforme descrito na obra já referenciada, encontrou-se o percentual de 0,68%. Ou seja, do total de médicos brasileiros, menos de 1% seria médico militar.

A grande maioria dos médicos militares concluiu a graduação em Medicina para ingressar nas F.F.A.A. militares. Há, porém, casos de militares que fizeram o curso de Medicina e migraram para o exercício médico. No entanto, constituem-se exceções devido à carga horária e dificuldades em compatibilizar as duas atividades.

A forma de ingresso pode ocorrer de variadas formas:

- a) mediante realização de concurso público para integrar o corpo permanente da Força Singular;
- b) para homens e mulheres, em cumprimento à Lei 6.881/79, no ano seguinte à conclusão do curso de graduação podendo permanecer 08 anos na Força;
- c) somente sexo masculino, de caráter temporário;
- d) residência médica através de concurso público; e,
- e) para homens e mulheres e de caráter temporário, voluntário, com limite de idade de 38 anos.

No início dos anos 1980, passou a ocorrer o ingresso das mulheres nas F.F.A.A. brasileiras, porém somente nos anos 90 a integração se deu de forma concreta, com a extinção do Corpo Auxiliar Feminino da Reserva da Marinha e ingresso da primeira turma no corpo permanente da Aeronáutica^{25:23}. Na literatura brasileira, há estudos^{49,50} indicando opiniões positivas quanto à inserção do sexo feminino nas fileiras militares, mesmo com um desproporcional dimensionamento de cuidados iniciais. Alguns argumentos estão relacionados à humanização do ambiente de trabalho, civilidade em ambientes masculinos e

adequação da força feminina à hierarquia. Porém, permanecem reticências com relação à parte operativa, de combate, com restrições ao alcance de altos postos de comando.

Marchon^{33:49} registra em seu estudo que em tempos de paz, diferente de tempos de exceção, a autonomia técnica do médico militar e do seu paciente-soldado mantém-se em patamares próximos à plenitude incluindo o processo decisório ser realizado de forma compartilhada, coletiva. Temas que, mais adiante, serão pormenorizados em discussão pelas implicações ético-profissionais decorrentes.

Pondera Schraiber^{51:156} que *responsabilidade e dedicação*, enquanto qualidades necessárias ao médico para o desenvolvimento cotidiano de suas atividades podem ser desenvolvidas por treinamento escolar, mas que segundo a mesma “parecem pedir principalmente por vocação”. Para ela, a intrincada relação médico-paciente que configura a disposição do médico em servir ao paciente e deste modo, servir ao *coletivo-social*. E assim, obter como reconhecimento prestígio, o que garantirá satisfação pessoal no desempenho profissional.

Quanto à vocação militar, algumas semelhanças às motivações vocacionais médicas são observadas. Ambas implicam em riscos à saúde (psicológicos/físicos); necessitam de sistematização de conhecimentos e contemplam o enfrentamento de desafios. Ainda, demandam razoável tempo para a transmissão do corpo esotérico da profissão, em instituições de ensino formal e treinamento com os pares em atividades do dia-a-dia, muitas vezes no próprio local de trabalho.

Em nosso país, um indivíduo na sua adolescência, ao cursar o ensino médio, já pode começar sua formação profissional e vivenciar múltiplos aspectos da vida militar (em torno dos 15 anos da idade cronológica) nas escolas militares enquanto que, o médico precisa completar sua formação acadêmica em uma universidade (em torno dos 22 anos), vivenciando a atividade médica em espaços de tempo destinados aos estágios, internatos e ações voluntárias^{42:113}. São dois momentos distintos da linha de existência humana, com relação às escolhas definitivas para sua vida.

Contando com o tempo para realizar uma livre escolha, o jovem aspirante à carreira militar é exposto, por um período maior, ao *ethos* daquela profissão do que aquele que opta pela profissão médica. E esse tempo, poderá representar a diferença no *ethos* profissional.

Como a carreira do médico militar é instituída no Brasil? Esta é outra das interrogativas fundantes deste estudo. Neste estudo como descrito no método, foi considerado

o médico que optou por fazer um concurso público, para integrar a carreira médica à carreira militar^{XIII}.

Após seleção por concurso público, o médico agora também militar, inicia o processo de adequação à nova situação profissional, em uma das unidades de ensino pertencentes a cada Força, voltadas para o Corpo de Saúde (Escolas de Saúde), considerado quadro de apoio. Permanecerá assim, por volta de 35 semanas variando conforme a Força Singular a qual pertence. No plano de carreira, é oficial e o primeiro posto é o de 1º Tenente Aluno. Posteriormente poderá realizar especialização na própria Força militar ou fora do Brasil, mas a função de médico perito será desempenhada pela maioria.

Por outro lado, o CFM não considera a medicina militar/operativa como uma especialidade, fato já citado anteriormente. Para ser considerada uma especialidade médica, a prática desenvolvida no âmbito militar precisa preencher pré-requisitos determinados pela referida norma, tais como: residência oficialmente reconhecida pelos órgãos formadores; existência de associações de especialidade ou de áreas de atuação reconhecidas obrigadas a comprovar sua participação em centros de treinamento e formação. A Comissão Mista de Especialidades (CME) também não reconhece especialidade médica com tempo de formação inferior a dois anos e área de atuação com tempo de formação inferior a um ano, bem como submissão a exames/certificações, dentre outros^{6,16}.

A redução da autonomia médica encontra-se implícita na Seção II, Compromisso Militar, nos artigos 32 e 33 do Estatuto dos Militares²⁹:

Art. 32. Todo cidadão, após ingressar em uma das Forças Armadas mediante incorporação, matrícula ou nomeação, prestará compromisso de honra, no qual afirmará a sua aceitação consciente das obrigações e dos deveres militares e manifestará a sua firme disposição de bem cumpri-los.

Art. 33. O compromisso do incorporado, do matriculado e do nomeado, a que se refere o artigo anterior, terá caráter solene e será sempre prestado sob a forma de juramento à Bandeira na presença de tropa ou guarnição formada, conforme os dizeres estabelecidos nos regulamentos específicos das Forças Armadas, e tão logo o militar tenha adquirido um grau de instrução compatível com o perfeito entendimento de seus deveres como integrante das Forças Armadas.²⁹

Em propagandas veiculadas através de prospectos ou sites virtuais, com finalidade de captar candidatos às seleções ofertadas para o ingresso como médico militar, as F.F.A.A. anunciam benefícios da carreira tais como, iniciar como Oficial com salário de aproximadamente três mil dólares mensais, ter assistência médico-odontológica para si e sua

^{XIII} Há outras formas de ingresso do médico na tropa militar. Como por exemplo, por serviço temporário; voluntariado; residência médica; igualmente, nestes casos, estará submetido às mesmas diretivas ético-profissionais vigentes com as mesmas garantias de qualquer oficial, mas seu tempo de serviço será limitado.

família, moradia e alimentação subsidiadas, além de servir ao país, ter estabilidade no emprego e atuar em hospitais de qualidade.

O trabalho de Neri^{52:8}, cuja discussão se dará mais adiante, elencou os rankings de 48 carreiras universitárias, numa análise multivariada^{XIV}, no qual o setor Militar e de Defesa ficou com 97,13% no item cobertura previdenciária⁵². Considerada, aliás, a profissão de maior cobertura (viés público). Acrescenta-se que este fato poderia ser um importante estímulo para o ingresso do médico nas fileiras militares, pois, Machado^{17:186}, analisa em estudo realizado com médicos civis estar se configurando uma “nova concepção de profissão”, mais normalizada burocraticamente, com rotinas de horários e processos de trabalho. No entanto, o trabalho assalariado não é uma meta para seus profissionais.

A carreira militar, mesmo com o atrativo da alta cobertura previdenciária, não contemplaria esses ideais de maneira completa. Estando o mercado de trabalho com demanda acirrada por novos profissionais médicos, talvez a busca por uma rotina de trabalho aliada à remuneração, estejam dentre os motivos para a dificuldade em completar o número de vagas disponibilizadas a novos ingressos ou a ocorrência de evasão durante o curso e ao longo da carreira.

Para traçar sucinto panorama a esse respeito, foi utilizado o estudo “O médico e o Serviço de Saúde do Exército: ingresso e permanência na carreira”, como obra introdutória^{XV}. Segundo as palavras de Figueiredo:

Todos os anos, os aprovados no CA/CFO são convocados para realizar a matrícula, todavia, é grande o número de adiamentos e trancamentos de matrícula, verificado notadamente no segmento médico em contraste com o pequeno número de casos ocorridos entre os dentistas e farmacêuticos, o que contribui para uma maior dificuldade em preencher as vagas para médicos, com uma perda inicial de 21% da ocupação das vagas, isto é, 175 médicos deixaram de se matricular na EsSEx nos últimos anos.

Somando-se a isso a evasão de médicos durante o curso, por diversos motivos, uma evasão de 11% dos matriculados, tem-se uma média de ocupação de vagas (número de concluentes/vagas oferecidas) em torno de 70%, o que significa um déficit médio aproximado de 25 médicos por ano já ao fim do CFO [...] nos últimos 10 anos^{XVI 53:20}.

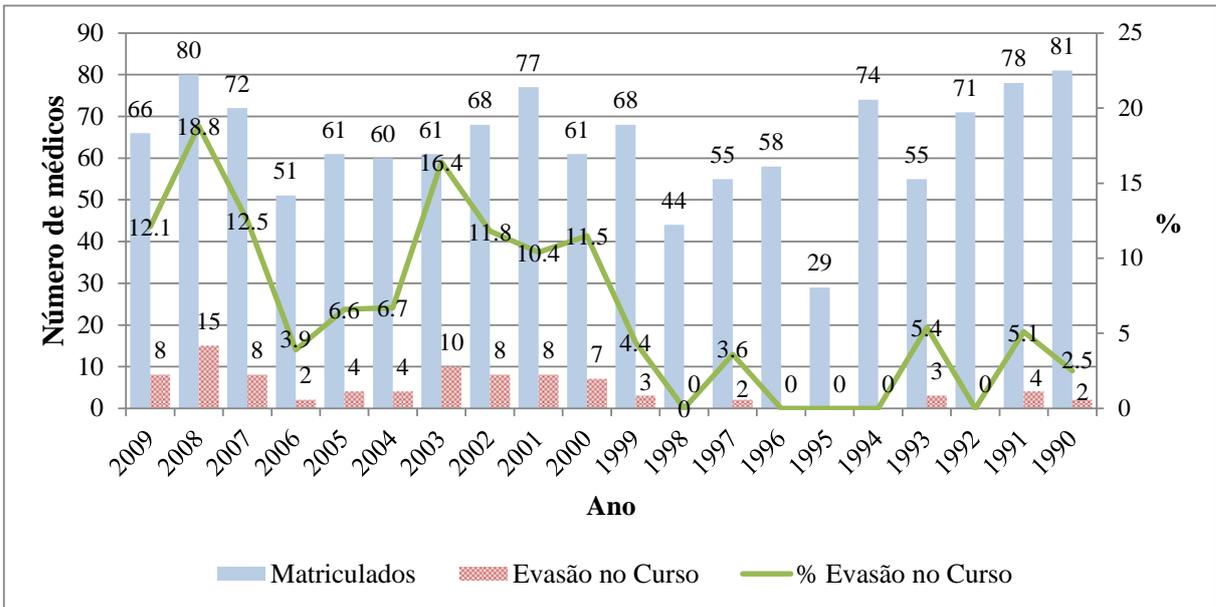
Baseando-se nos dados de 1990 a 2009 disponibilizados por Figueiredo⁵³ foram elaborados os Gráfico 1, Gráfico 2 e Gráfico 3.

^{XIV} Análise multivariada: variáveis independentes/dependentes relacionadas entre si.

^{XV} Há um vácuo em publicações acadêmicas de fácil acesso sobre o assunto e por isso não foi possível que a discussão recebesse o aprofundamento que mereceria.

^{XVI} O autor refere-se aos anos 2000 a 2009.

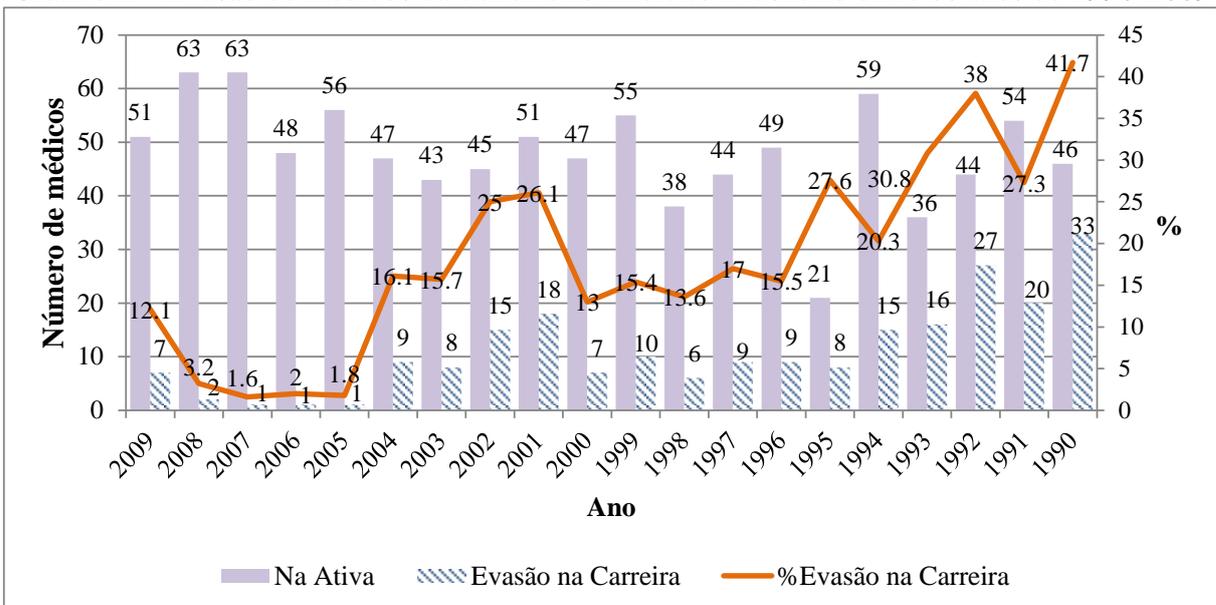
Gráfico 1 – Evasão de médicos do curso EsSEx no Exército Brasileiro entre os anos de 1990-2009



Fonte: Dados compilados pela autora a partir da análise de Figueiredo⁵³.

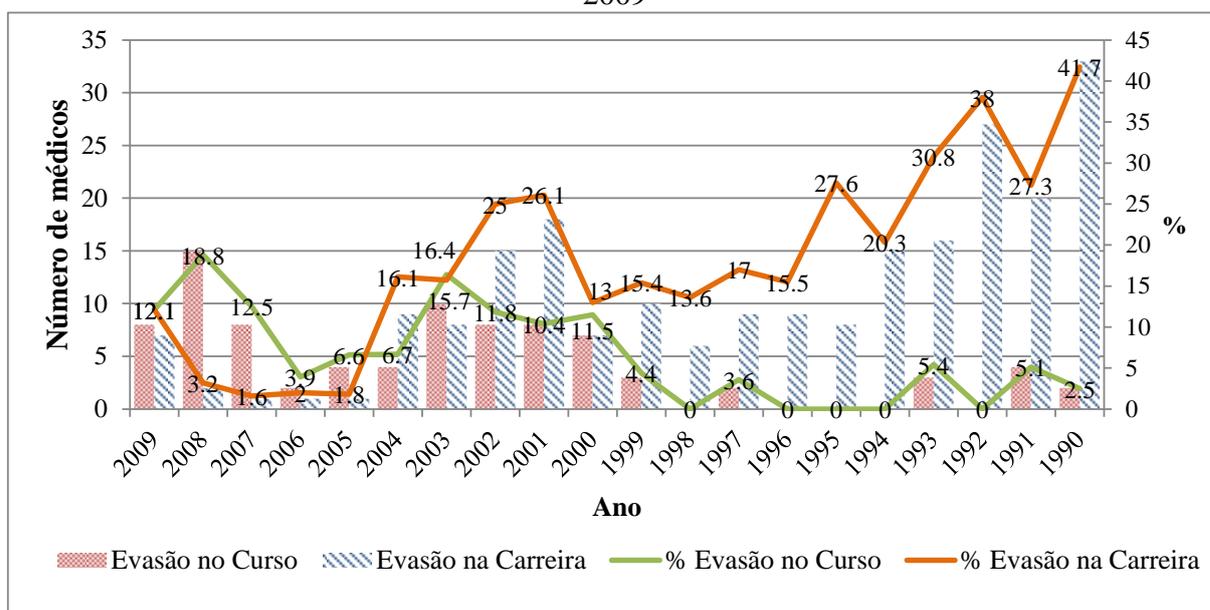
É possível visualizar no Gráfico 1 que a evasão no curso cresceu no ano 2000, sofreu ligeiro decréscimo e tornou a aumentar em 2006. Quase no mesmo período – 2005, o inverso ocorre com a evasão na carreira, registrando queda significativa (Gráfico 2). No entanto, torna a crescer em 2008.

Gráfico 2 – Evasão de médicos da carreira no Exército Brasileiro entre os anos de 1990-2009



Fonte: Dados compilados pela autora a partir da análise de Figueiredo⁵³.

Gráfico 3 – Evasão de médicos do serviço ativo no Exército Brasileiro entre os anos de 1990-2009



Fonte: Dados compilados pela autora a partir da análise de Figueiredo⁵³.

Já no Gráfico 3 pode-se observar os dados do início dos anos 90, principalmente 1990 a 1995, período imediatamente posterior ao tempo em que o Brasil havia passado por regime político de exceção. Neste período foram registradas as maiores taxas de evasão do serviço ativo (curso e carreira).

Portanto, a literatura consultada até agora, indica que o *ethos* médico predominou sobre o *ethos* militar na história da atividade de médico militar no Brasil. Dos textos já referidos foram feitos destaques de maneira a evidenciar a premissa redigida.

O primeiro dos destaques feitos, diz respeito à História da profissão médica no Brasil. Edmundo Coelho, na obra “As Profissões Imperiais – Medicina, Engenharia e Advocacia no Rio de Janeiro 1822-1930”^{20:146}, descreve como se apresentava a relação do Estado com a estruturação da profissão médica brasileira. Em uma dessas citações refere-se à existência da medicina social/pública “sob a égide da intervenção do Estado e a medicina clínica sob a lógica de mercado”. Acompanhando o pensamento de Coelho, constatou-se que eventos posteriores determinaram a implantação de políticas públicas prevendo o emprego de militares em campanhas de vacinação em massa além da instituição de normas que garantiram horário de trabalho diferenciado para as atividades médicas na rotina militar.

De caráter mais restrito, o segundo destaque refere-se à conclusão de Klajman⁴⁵, em seu trabalho “O conhecimento científico divulgado pelos soldados de farda branca, através do periódico Medicina Militar (1920-1923)”. Nele afirma que as publicações naquele periódico

não trouxeram a pretendida integração entre o Corpo de Saúde militar e os demais militares, combatentes. O objetivo de que os colegas militares não-médicos reconhecessem o recente quadro criado de médicos militares não foi alcançado, no entanto acabou integrando e trazendo a admiração dos médicos civis, além de ter potencializado a integração de todo o conjunto militar com a sociedade em geral. Portanto, segundo o estudo, infere-se que havia maior afinidade à época entre médicos militares e médicos civis, do que entre médicos militares e seus demais companheiros de farda, militares de combate.

E o terceiro ponto de interesse resultou do olhar sobre o Gráfico 3 através da análise da evasão do Serviço Ativo – Carreira. Apesar de não dispor de outras análises acadêmicas aprofundadas, a constatação de altas taxas de evasão de médicos militares da carreira nos anos de 1990-1995, no Exército, alguns anos após o país ter vivido em regime de exceção, falam por si mesmas. Pode-se inferir que a opção pelo *ethos* médico determinou a renúncia à atividade militar.

Quanto ao cotidiano de suas atividades, ao longo de sua carreira, o médico militar poderá exercer atividades assistenciais, administrativas de gestão, de ensino e pesquisa, assumindo papéis e funções definidos pela carreira militar, em sua área de formação inicial ou fora dela^{53:19-22}. Prestará assistência à saúde, no curso de sua vida profissional, prioritariamente, ao militar (no exercício ativo ou na inatividade – reserva e reforma) e a seus familiares.

O uso dos serviços de saúde pelo próprio militar, em geral, é pontual. As atividades inerentes à prontidão para o combate aliadas aos exames periódicos de saúde anuais, fazem com que o militar recorra a serviços de saúde em situações esporádicas. Porém, devido aos gargalos pelos quais, a população brasileira e os serviços de saúde, têm experimentado por diversos motivos, mais e mais as unidades de saúde militares vêm sendo sobrecarregadas pela procura de assistência, por parte dos familiares dos militares, chamados beneficiários. Pelo Decreto nº 92.512/86, de 02 de abril de 1986 (Das Disposições Preliminares, Artigo 3º, inciso VI - Beneficiários dos Fundos de Saúde): “são os beneficiários da assistência médico-hospitalar que contribuem para os Fundos de Saúde e os dependentes dos militares que, a critério de cada Força, sejam enquadrados nos regulamentos dos respectivos Fundos”⁵⁴.

Além de desempenhar atividades em hospitais, policlínicas e ambulatórios próprios da Força, o médico militar poderá servir em missões, intra ou extra-território brasileiro, de paz e de caráter humanitário. Desde a 2ª Guerra Mundial, o corpo de saúde militar brasileiro tem apoiado missões de Paz da ONU, seja pelo objetivo da missão em si, pelos riscos advindos

para a tropa e pelos problemas logísticos, de mobilização e desmobilização atinentes àquela determinada região do mundo.

Em geral, o poder dissuasório de um Estado inclui o preparo e emprego da profissão das Armas, em ritmo constante, mesmo em tempos de paz. Para que tal objetivo seja atingido, algumas estratégias podem ser adotadas, como as manobras conjuntas em territórios fronteiriços pela água, terra e ar e as participações em missões de paz ou de caráter humanitário com organismos internacionais. Tais ações podem ser realizadas, no território nacional visando o planejamento, a efetividade de logística e a necessidade de mobilização de grupos não-combatentes. Por consequência ocasionam um estreitamento de laços de respeito, cooperação e civismo entre os militares e a sociedade civil.

As Ação Cívico-Social do Exército Brasileiro - ACISO, como as explicitadas no ANEXO F ou as ações de Medicina Operativa em geral, são de caráter temporário. F.F.A.A. de todo o mundo as realizam, com outras denominações, em diversos pontos do globo terrestre. Entretanto, algumas recebem críticas pela exploração de populações vulneráveis, da oferta de serviços desconectados das necessidades efetivas quanto ao tipo e ainda, com relação ao tempo da oferta do serviço àquela população⁵⁵.

Não é o caso de nossas F.F.A.A., pois aqui concretizam a presença do Estado Brasileiro, representado pelo corpo de saúde militar, seja em áreas longínquas, de difícil acesso ou sub-habitadas; ou atuando em desastres antropogênicos/naturais; ou, ainda no exterior, em missões humanitárias/de Paz. Historicamente, o corpo de saúde militar vem contribuindo internamente com a instituição das campanhas de vacinação em massa, com o controle e combate a endemias e epidemias, ações educativas em saúde e com a instituição do Projeto Rondon e o do Programa Calha Norte. Além dessas, existem ações prioritárias, específicas que dependem da Força. A Marinha do Brasil, por sua vez, implantou a Medicina Operativa, responsável por operações anfíbias e ribeirinhas, em ambientes glaciais e na defesa, em casos de acidentes/ataques nuclear, químico e biológico; a Força Aérea Brasileira por seu turno, possui uma especialidade denominada Medicina Aeroespacial que contempla a saúde do aeronavegante, a segurança de voo, dentre outros.

Enfim, conforme já afirmado anteriormente, um ofício nasce, cresce, transforma-se e se especializa⁴³. E mesmo na especialização, procura pela manutenção da estrita confiança entre aquele que oferece o serviço e aquele que o solicita, seu cliente, expressando seu profissionalismo.

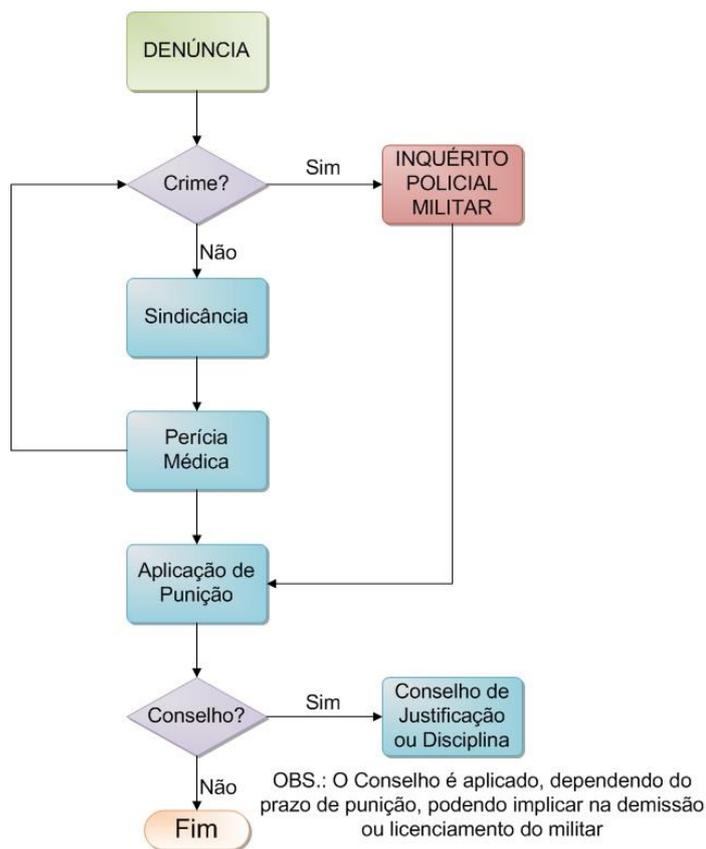
Para McConnell⁵⁶, o profissionalismo pode estar relacionado à profissão em si ou à Instituição a que o profissional integra. Na visão deste autor, o que importa realmente no que

tange à Ética das Profissões, é a não-interrupção de julgamentos ético-morais, mais do que a lealdade a princípios. Aqui, compartilha-se desta ideia, pois no encontro de *Ethos* profissionais diferentes, seja qual for a profissão, todos tem obrigações morais gerais ou ligadas à ocupação, ao papel ou à posição social, pelo simples fato de ser agente moral.

No caso do militar, segundo Tripodi e Wolfendale^{57:165-7}, sua lealdade é com a Organização Militar incluindo o País e o companheirismo. Para o médico, sua lealdade está centrada no paciente e nos cuidados médicos⁵⁸. Como apontam os referidos autores, neste encontro de *ethos* profissionais, está claro o conflito de lealdade vivido por médicos militares e não é de surpreender que ao enfrentarem situações em que tenham que optar entre suas responsabilidades com seus pacientes e as exigências militares, algumas vezes anulam essas obrigações pelo senso de dever militar.

No Brasil, foi estabelecido em norma federal, a possibilidade do médico militar optar entre responder aos *ethos* médico ou exclusivamente ao militar. Pelo Estatuto Militar (Lei nº 6.880/80 - ANEXO B)²⁹, no artigo 4º, encontra-se determinado o veto para médicos militares de sua participação nos processos decisórios dos Conselhos Profissionais (CFM e CRM) e submissão ao Código de Ética Médico. Para isso é necessário que o médico militar se declare formalmente perante o Comando Militar e aos Conselhos Regional e Federal de Medicina, ter optado por exercer a medicina estritamente no âmbito militar. Em caso de infração profissional e somente neste caso, não responderá perante eles, mas somente aos seus pares, da Força Singular a qual pertence, conforme a representação esquematizada (Figura 3) do “Processo Simplificado de Investigação”:

Figura 3 – Esquema Simplificado de Investigação



Fonte: Autoria própria

Da mesma forma, somente neste caso, não poderá associar-se a sindicatos ou entidades de classe, mas poderá integrar-se a Associações científicas correlatas à sua expertise. Em nosso país, existe a Associação Médica Brasileira - AMB com 27 Associações Médicas, 396 Associações Regionais e suas 53 Sociedades Médicas reconhecidas, Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM⁹. Especificamente, para a Medicina militar, existe a Academia Brasileira de Medicina Militar - ABMM, fundada em 1941⁵⁹.

No meio militar este tipo de vinculação é minimizado. Para Tripoli e Wolfendale^{57:265-7}, os militares desenvolvem sua socialização dentro da própria organização, pois suas associações profissionais quando comparadas a outras, pouco representam no desenvolvimento da profissão.

O clima ético-institucional é moldado, parcialmente, por juramentos, códigos de conduta, valores e virtudes. Este fato, segundo os autores, determina a lealdade à Instituição e não à profissão em si; daí que, os possíveis comportamentos não-éticos, em geral, resultam mais da situação que se apresenta naquele momento do que resultados de falhas individuais. Os citados autores apontam a lealdade à instituição, integrante do *ethos* militar, como um ponto de conflito entre a ética militar e a ética médica.

No que se refere à profissão militar, Durkheim⁶⁰ em clássico estudo, refletiu sobre o suicídio entre esses profissionais, especialmente entre aqueles de patentes mais baixas. Identificou que o contexto social que favorecia o suicídio destes segmentos não era uma individuação excessiva como ocorre entre indivíduos que não se inserem ou não tem ligações fortes com uma comunidade social, mas exatamente o oposto. A individuação insuficiente que é verificada entre aqueles em que o valor predominante é o da obediência incondicional e solidariedade ao companheiro, característica do *ethos* militar, os leva ao que Durkheim chama de disposição para o suicídio altruísta, qual seja sacrificar a própria vida em nome da missão, de proteger os companheiros, de atingir os objetivos que orientam a ação de sua organização militar. Daí que a concepção kantiana de dever se aplica tão bem, com seu compromisso de agir de acordo com o compromisso de que sua ação possa tornar-se uma regra universal. Assim, a partir da identificação dos deveres atinentes às profissões em geral e aos militares, nesse caso específico, a opção em seguir essas normas seria uma obrigação irrecusável se se quer ser bom ou justo.

Como já exposto, Tripoli e Wolfendale^{57:165-7} argumentam que a medicina, por seu turno desenvolveu um profissionalismo voltado para a expertise do conhecimento e autonomia profissional, com a lealdade à sua profissão maior do que a qualquer organização. Por ter na profissão seu foco de lealdade, o médico prioriza o paciente em detrimento dos colegas ou à Instituição a qual esteja vinculado. Esta seria a razão para o multiemprego, para as mudanças de empresas, consultórios, hospitais ou a opção por ações humanitárias.

No Brasil, o exercício profissional da medicina militar pode ocorrer em tempo integral nas instituições militares. Mas somente por opção própria, de cada médico militar conforme já explicado anteriormente. A acumulação de cargos é regular e está prevista no Capítulo VII, inciso XVI do artigo 37 da Constituição Federal, na alínea c:

XVI – é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto, quando houver compatibilidade de horários, observado em qualquer caso o disposto no inciso XI: a) a de dois cargos de professor; b) a de um cargo de professor com outro técnico ou científico; c) a de dois cargos privativos de médico²⁶.

E no Artigo 29 do Estatuto dos Militares²⁹, 3º Parágrafo:

No intuito de desenvolver a prática profissional, é permitido aos oficiais titulares dos Quadros ou Serviços de Saúde e de Veterinária o exercício de atividade técnico-profissional no meio civil, desde que tal prática não prejudique o serviço e não infrinja o disposto neste artigo²⁹.

Em agosto de 2013, foi aprovada no Senado Federal, a proposta de Emenda Constitucional nº 122/2011 e em fevereiro de 2014, a EC 77 (alterou os incisos II, III e VIII do § 3º do artigo 142 da Constituição Federal, para estender aos profissionais de saúde das Forças Armadas a possibilidade de cumulação de cargo a que se refere o artigo 37, inciso XVI, alínea c) que permite a acumulação de outro cargo público, no âmbito civil, por profissionais integrantes do Corpo de Saúde militar^{61,62}.

Entende-se que tal decisão repercutirá em benefícios para o médico militar brasileiro. O primeiro benefício diz respeito ao aumento da renda pessoal minimizando a evasão por parte desses profissionais das Forças Armadas. Esse foi um dos argumentos usados pelo relator da Emenda.

O segundo benefício seria a diversidade de clientela à qual o médico militar teria acesso. Aqui, os seguintes aspectos precisam ser considerados. Um deles, refere-se à acrescentar qualidade no atendimento à saúde pública brasileira (argumento também utilizado pelo relator), pois a vinculação do médico militar ao Sistema Único seria uma estratégia para minimizar deficiências de médicos em localidades inóspitas. A concentração regionalizada de profissionais e instituições de saúde é uma realidade¹⁶ e, a movimentação compulsória para qualquer região incluindo locais de difícil acesso, inóspitos (exemplo, unidades de saúde do Exército Brasileiro – ANEXO D), uma das características da carreira militar. Outro fato a considerar sobre o assunto diz respeito à saída do médico militar das instituições de saúde militares. Fora delas, ele encontrará cenários de situações de saúde completamente diversas do seu cotidiano profissional e que demandarão dele capacidade adaptativa, controle emocional, ajuste de condutas e atualização de conhecimentos teóricos e práticos. Tal consideração encontra respaldo no Relatório “Demografia Médica no Brasil: Cenários e indicadores de distribuição v. 2”^{16:164}, onde foram escritos como benefícios para a movimentação territorial interna temporária de médicos brasileiros, o reforço de competências e a agregação de valor ao profissional e ao Sistema de Saúde.

O terceiro benefício remete à reinserção do médico militar na sociedade, após deixar o serviço ativo. No Brasil, a chancela estatal que permite ao médico militar manter vínculos com a corporação médica e instituições de saúde civis facilita o trânsito do indivíduo entre uma e outra situação profissional. O mesmo não acontece em outras localidades, onde barreiras de diversos aspectos obstaculizam essa intenção. Dentre elas, encontram-se a cultura profissional, educação, regulação e certificação, organização dos sistemas de saúde e formas de pagamento⁶³.

A Emenda, contudo, tem seu porém. Foi previsto que, se assim optar, o médico militar terá sua promoção vinculada apenas ao tempo de serviço, excluindo-se outros fatores, considerados de caráter meritório.

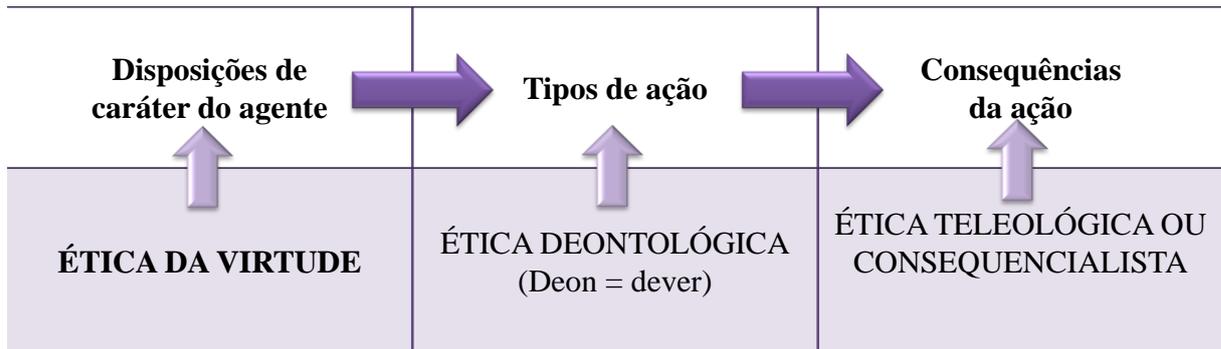
O MÉDICO MILITAR BRASILEIRO – ASPECTOS ÉTICOS

Neste Capítulo estão contemplados dois focos discursivos relacionados aos aspectos éticos das atividades do médico militar. O primeiro corresponde à abordagem das diretrizes ético-profissionais vigentes em nosso país. O segundo diz respeito à identificação dos atuais e futuros desafios éticos, no tocante ao delineamento da carreira e ao cotidiano do seu fazer. Para realizar os propósitos elencados no texto, foi necessário explorar a inter-relação entre as Éticas Aplicadas (Ética profissional - militar; médica; Bioética), a regulação e regulamentação da medicina militar e os futuros desafios da corporação, especialmente os éticos.

Teorias Éticas – *locus primário*

O que hoje se vê na humana disposição de construir um ofício, é o resultado de um intrincado enredo de épocas, personagens, instrumentos, acontecimentos históricos, riscos e escolhas morais de nossos antepassados. Na passagem do tempo, o ser humano foi criando condições para sobreviver e viver em grupo, condições necessárias para o seu não-aniquilamento enquanto ser vivo. À procura pela felicidade, de seu bem-estar, o homem observou seu cotidiano de relações e a empiria requisitou que teorizasse sobre aqueles eventos. Alguns questionamentos internos são os mesmos para todos: “Como as escolhas foram feitas?”, “Por que essa decisão e não aquela?”; dentre outras tantas questões. Conforme a situação de vida existente, conceitos e metodologias foram elaborados na busca por melhores respostas. E assim, surgiram as Teorias Éticas e essas se basearam e se baseiam em argumentos que corroboram e sustentam tomadas de decisão em determinadas situações de conflito.

A partir da literatura consultada constatou-se que algumas teorias sobre Ética são aplicadas tanto na profissão médica quanto na militar, quando se deseja a análise do *locus primário*⁶⁴ do valor moral. A identificação do *locus primário* da ação define o tipo de Teoria, pois as escolhas podem partir da disposição do caráter do agente, do tipo de ação ou das consequências da ação. É possível visualizar na Figura 4 o *locus* da Teoria e identificar qual a disposição do caráter do agente, o tipo de ação ou a consequência.

Figura 4 – *Locus Primário* das Teorias Éticas

Fonte: Figura elaborada pela autora a partir das informações presentes em Costa^{64:155}.

A seguir, foram elencadas dentre as Teorias Éticas, aquelas que hoje mais têm influenciado ambas as profissões.

Ética das Virtudes

Enfatiza o tipo de pessoa que devemos ser e que tipo de vida devemos levar. Nesta concepção filosófica, ser virtuoso é ser competente, exercer a profissão com toda a excelência possível e a disposição do agente de assim sê-lo.

Os gregos referiam-se à virtude ou excelência como uma vida bem vivida. Determinaram quatro virtudes fundamentais que objetivavam nos afastar dos excessos: prudência/sabedoria, coragem, temperança e justiça. A teoria das Virtudes foi cooptada pela Igreja Católica e ganhou novo impulso a partir dos anos 80, com pensadores como Alasdair MacIntyre, Alexander Nehamas e Robert Nozick considerando agora, variável número de virtudes⁶⁵. Essas por sua vez, operam os juízos morais em todas as áreas da sociedade, além de ajustarem-se ao espaço temporal, cultura e interesses.

Para Zingano^{65:30-40}, a Ética das Virtudes “tem que ser propriamente o que os *outros* falam” e esses outros são as pessoas diretamente envolvidas na ação. Segundo este autor, todos os envolvidos têm de exprimir-se por eles mesmos, o conflito não desaparece, mas deverá ser debatido por todos e como em um alvo há zonas de acerto ou erro (erros e acertos tem sua margem para mais ou para menos). Esta zona será definida pela capacidade do agente em deliberar sobre a situação face às informações de que têm disponíveis. O ajuste entre o interesse do agente e o do outro deve acontecer de forma deliberativa.

Chauí^{66:384} explica que as culturas sociais compreendem virtude como a melhor escolha em termos de sentimentos, condutas ou ações, ou seja, a forma otimizada em seu máximo da maneira de ser, sentir e agir.

Um profissional virtuoso procura cumprir seu trabalho da melhor maneira possível, de maneira eficaz^{67:90}. O bem precede o correto. Uma ação é considerada correta quando e somente se for o que um agente virtuoso realizaria nas mesmas circunstâncias.

Nas profissões os eleitos por seus pares como expoentes nas suas atividades de trabalho e na vida pessoal, os indivíduos considerados virtuosos, tornam-se personalidades de referência. Do mesmo modo, as virtudes estão presentes nos rituais de passagem e nos juramentos das profissões.

Deontológica

O radical grego *Deon* “obrigação”, “dever”, mostra que a Deontologia baseia-se em regras, é normativa. Os argumentos utilizados referem-se a obrigações estabelecidas, não consideram as consequências⁶⁸ e dependem da razão humana, por isso é racionalista. A moralidade se funda na razão pura, não na tradição, intuição ou emoção.

O uso do termo *Deontologia* na medicina vem da cultura grega. Foi naqueles tempos que a prescrição de deveres atinente à atividade médica foi desvinculada do mundo divino⁶⁹. Segre⁶⁹ explica que o desenvolvimento científico e social médico determinaram a elaboração de regras de conduta baseadas em consensos que muitas vezes, por não terem sofrido questionamentos ou modificações, propiciaram desvios, retrocessos ou estagnação.

Para Costa⁶⁴, a deontologia abarca uma moral normativa como os *Dez Mandamentos* e a filosofia *kantiana*, que prega a universalização e o princípio dos fins. O bem reside em realizar ações boas ou corretas baseadas no dever, na aceitabilidade moral da regra, de acordo com a norma estabelecida e disposição do agente em realizá-la. É o valor moral no nível do agir, do ato realizado, pois o valor da ação não depende de suas consequências, mas sim do agente moral (que é racional e tem boa vontade).

Segundo Mora^{70:102} o dever é aquilo que não pode ser de outra forma, que nasce da obrigatoriedade, “é a expressão do mandato”. O dever, nesta perspectiva, pode ter muitas formas e pode ser um dever deferido aos homens, à sociedade ou para com os deuses.

Ao exemplificar o aspecto divino desta relação entre autonomia e dever, Safatle^{71:19} cita Antígona, de Sófocles. A personagem opta por entrar viva no Hades, em respeito às leis divinas por sua própria vontade, consciente de seu dever preferindo assim, desprezar sua integridade física para poder se realizar. No entanto, para Freitag, tanto Antígona quanto Creonte poderiam ter incorrido em erro⁷². Antígona por ser humana ao requisitar o respeito aos preceitos divinos levou outros inocentes à morte como o soberano Creonte, que ao impor

o respeito irrestrito às leis humanas, errou, sofreu as consequências e se redimiou ao modificar sua rígida postura perante o seu povo.

Quanto ao dever kantiano, são os seguintes imperativos:

- I.1 “Age sempre como o máximo de tua vontade deverá tornar-se também o princípio de uma lei universal”⁷³.
- I.2 “Age de tal maneira que possas tratar a humanidade, tanto em tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, nunca somente como mero meio, mas sempre como fim em si mesmo”⁷⁴.

A ética para Kant não diz respeito ao bem que almejamos como seres humanos, mas sim, o dever que se reconhece em nosso interior, por sermos criaturas racionais.

A teoria Deontológica difere das teorias morais consequencialistas e recebe críticas quanto à rigidez, pois as escolhas humanas nem sempre são pautadas na racionalidade. Algumas decisões seguem a sensibilidade, tomadas no calor da emoção. Também, não orienta quando há confronto entre dois ou mais deveres⁶⁷.

Teoria dos 4 Princípios

Nasceu da teorização de Tom Beauchamp e James Childress⁷⁴, em 1979, na obra “Princípios da Ética Biomédica”.

De grande importância para a Bioética, constitui-se em uma corrente ética singular que incorporou conteúdos deontológicos e consequencialistas⁶⁷. É prática, possibilita o manejo da vida cotidiana e aplicada na resolução de problemas éticos relativos aos animais humanos e não-humanos e do meio ambiente.

Esta corrente principialista^{74:422} tem quatro princípios fundantes, sendo o primeiro referente ao social e os três seguintes, à pessoa:

- a) justiça: princípio que diz respeito àquilo que é devido às pessoas. Relacionada à equidade, merecimento e prerrogativa na distribuição de recursos; balança entre benefícios e danos.
- b) não-maleficência (*primum non nocere*): da tradição hipocrática *ao menos, não cause dano*. Princípio que determina não provocar qualquer dano intencionalmente.
- c) beneficência (*bonum facere*): princípio que se refere à obrigação moral de agir em benefício de outras pessoas. O emprego dos conhecimentos médicos deve ser no sentido de preservar os processos fisiológicos, da boa prática médica. Fazer o bem à pessoa, mas respeitando o que aquela pessoa entende como seu bem.

- d) autonomia: a autonomia é kantiana. Considera a autonomia humana, o indivíduo pleno como ser racional e livre. Diz respeito à autodeterminação, ou seja, nenhum ser humano tem o direito de intervir no outro sem que este o consinta. Tem grande influência nos processos de tomada de decisão, julgamentos na Bioética.

Consequencialismo – Utilitarismo

Com o foco na consequência do ato (o que determina que uma ação seja considerada correta ou errada é sua consequência) prescindindo que a utilidade da ação atinja o maior número de pessoas. O utilitarismo tem sido usado por pessoas para tomada de decisão, em diversos segmentos da sociedade, incluindo o militar e o médico. Relaciona-se ao máximo de bem estar para o maior número de seres (pessoas ou seres sencientes^{XVII}). Trata do equilíbrio entre o desvalor e o maior valor. As regras morais não são absolutas e são determinadas pelas experiências de vida.

Dentre as críticas ao utilitarismo^{XVIII}, estão listadas:

- a) sacrifício de pequenos interesses pelos maiores, resultando em práticas injustas ou discriminatórias contra grupos minoritários;
- b) em nome da maior utilidade social justifica-se que os fins alcançados legitimem os meios;
- c) a maximização do bem-estar prescinde de conhecer quem será beneficiado, contando que garanta o maior bem;
- d) como quantificar a satisfação?.

Ou seja, tem um vício conceitual ao pensar no todo ao mesmo tempo em que minimiza a importância do indivíduo enquanto ser único, original.

Éticas Aplicadas

Segundo Aranha e Martins^{10:223}, nos anos 60/70 surgiu um ramo da Filosofia, de natureza prático-reflexiva que requisitava deliberação sobre problemas do cotidiano humano, da vida como ela se apresentava na realidade e que requeriam tomadas de decisão racionais. Com destaque, assim que foram criadas logo ganharam impulso, como a Ética Profissional e a Bioética, objetos deste estudo, dentre outras e hoje alicerçam vasto constructo teórico em suas respectivas áreas.

^{XVII} Senciente: que tem sensações, reage à dor e ao prazer.

^{XVIII} Críticas: aulas ministradas pela Prof^a Miriam Ventura, na disciplina “Bioética e Defesa” – UFRJ, 2012.

A Ética Aplicada é indiretamente normativa, afirma Cortina⁷⁵, pois nos ajuda e orienta quanto às escolhas de comportamentos. Não somente quanto ao esclarecimento do que é a moralidade e a fundamentação desta, mas também na sua aplicação na realidade da vida. Deve ter método próprio apoiado em teorias éticas e contemplar a participação conjunta de eticistas e de especialistas de cada campo específico do conhecimento.

Ética das profissões

Em razão das transformações sociais, tecnológicas e ambientais ocorridas nos séculos XX e XXI, os comportamentos humanos eram avaliados considerando apenas o que era certo ou errado ou justo/injusto^{10:198-9}. Não que a atual linguagem moral tenha descartado estes juízos morais. Ao contrário, permanecem utilizados sendo o primeiro referente à conduta do indivíduo e o segundo quanto à distribuição de algo. Mas a emergência de temas como discussões sobre fato e valor, risco e pluralismo moral mostram que alguns conflitos necessitarão serem reexaminados sob seus diversos aspectos para se discutir a vida moral, em nível individual e coletivo. Pelas razões explicitadas, o mundo do trabalho na sua abrangência ético-moral (relações estabelecidas entre o profissional e ele mesmo como indivíduo, entre ele e seus pares e entre ele e a sociedade), captou o interesse acadêmico sobre a temática.

A ética profissional diz respeito ao *ethos* resultante das relações estabelecidas entre o meio interno e externo de uma corporação. Segundo Durand^{76:85}, trata da reflexão acerca dos direitos e obrigações do profissional com aquele a quem presta seus serviços, incluindo sua corporação. Este autor a denomina *ética coletiva*, em razão do grande interesse corporativista que minimiza as questões de justiça social.

Pode-se exemplificar isso, quando a preocupação dos profissionais se direciona somente para a sua exclusiva clientela e seus pares minimizando os problemas ou danos causados a outros indivíduos ou grupos sociais, mesmo que as dificuldades enfrentadas pelos “outros” sejam atinentes ao ofício praticado por aquela corporação. E em um mundo competitivo, tal fato tornou-se um grande problema que tem afetado a todos, pois no bojo da evolução das profissões, as corporações foram adquirindo direitos e responsabilidades próprias e viraram identidade coletiva diversa dos indivíduos que as integram⁷⁷. Assim como as pessoas, hoje as corporações podem nascer, morrer, exercer e violar os direitos humanos e até serem julgadas e condenadas por crimes.

Na construção da cidadania moderna, a ética profissional requer do indivíduo e da corporação à qual se vincula, a preocupação pelo bem comum da sociedade. Para

Manduca^{78:2}, nas esferas da vida social a Responsabilidade Civil (instituto jurídico) e a Responsabilidade Social (expressão da ética social) “são dois instrumentos efetivos de construção, socialização e defesa de um padrão ético que leva à sociabilidade e à cidadania”.

Nos anos 70, as empresas passaram a disponibilizar recursos para ações voltadas para a assistência social e meio ambiente⁷⁸ que foi denominada Responsabilidade Social. Desde então, especialmente com relação às empresas, a Responsabilidade Social tem sido adotada e estimulada. Na atualidade, a Norma Internacional ISO 26000/2010⁷⁹ vigente, na Seção 4 prevê sete princípios:

- a) Prestação de contas e responsabilidade;
- b) Transparência;
- c) Comportamento ético;
- d) Respeito pelos interesses dos *stakeholders*^{XIX};
- e) Respeito pelo Estado de direito;
- f) Respeito pelas normas institucionais de comportamento;
- g) Respeito pelos direitos humanos.

Mas, esse movimento extrapolou o âmbito corporativo e tornou-se interessante forma de movimento social, incluindo a criação de Organizações Não-Governamentais. Animador da “Ação da cidadania contra a fome, a miséria e a favor da vida”, Herbert de Souza⁸⁰, o Betinho, afirmava que a Responsabilidade Social deve ser encarada como solidariedade, uma forma de justiça distributiva que de forma resumida significa realizar uma distribuição equitativa, justa e apropriada de bens em uma sociedade. De acordo com Beauchamp e Childress, os problemas relacionados a isso geralmente ocorrem em períodos de escassez e de competição^{74:352}.

No entanto, mundo afora, foram identificados usos inapropriados, abusos da parte de corporações e governos na negociação de vantagens e na busca de mudança da imagem corporativa junto à determinada população para o desvio da atenção de graves problemas e relativização das más condições de trabalho. Como exemplo, pode-se citar o uso da medicina no pós-guerra e em missões humanitárias e de paz. Para Chamberlin⁵⁵, referindo-se à complexidade moral dessas ações, o âmago do problema moral reside na priorização da estratégia em si, e não no uso da medicina como ferramenta estratégica com justa intenção humanitária.

^{XIX} Stakeholders: qualquer indivíduo ou organização, instituição ou corporação que tenha interesse em um mesmo Projeto.

A sociedade brasileira reconhece em suas F.F.A.A. a responsabilidade de defender a Pátria e garantir os poderes constitucionais e por qualquer destes, a lei e a ordem. Isso está posto em nossa Constituição vigente, como disposto em seu Artigo 142²⁶. As Ações Cívico-Sociais (ACISO), realizadas por elas e já mencionadas no 0, também são reconhecidas pela sociedade brasileira pelo caráter humanitário e de desenvolvimento nacional. Em nível nacional, ações como a ida dos *Navios da Esperança*, da Marinha do Brasil, recebem elogios e colaboram para efetivar a presença do Estado brasileiro em locais onde as populações enfrentam dificuldades para ter acesso aos serviços de saúde. No interior do país ou no exterior, em missões humanitárias ou de paz têm papel crucial para a testagem da Logística, Mobilização e do aprimoramento profissional militar, em especial para o seu Corpo de Saúde.

Com relação à Responsabilidade Civil, diz respeito ao dever de reparar danos infringidos a outrem e têm como principais elementos a conduta humana, o nexo de causalidade e o dano ou prejuízo. De acordo com Cavalieri Filho^{81:2-3} responsabilidade é distinta de obrigação. A primeira é um dever jurídico sucessivo, ou seja, conseqüente à violação da obrigação. No caso de alguém não cumprir sua obrigação (dever jurídico originário) terá o dever de compor o prejuízo decorrente.

A responsabilidade civil do médico, individualmente, encontra-se prescrita no conjunto do Código de Ética Médica e do Código Civil Brasileiro. Mas a figura do médico militar em uma ACISO corporifica uma ação do Estado brasileiro, mas não exclui a sua responsabilidade civil. Sabendo-se que a responsabilidade civil do Estado é um princípio constitucional^{82:724}, caso uma ou mais ações realizadas em uma ACISO resultem em dano, poderão ser compreendidas como responsabilidade objetiva – do Estado e subjetiva – do médico militar. Pois, é importante aqui lembrar a existência do instituto da responsabilidade civil no âmbito das relações privadas e estabelecidas pelo Código Civil e há a responsabilidade do Estado, estabelecida constitucionalmente que responde pela lógica do direito administrativo e não do direito civil^{XX}. No entanto, caso o médico tenha se declarado estritamente militar, responderá, prioritariamente, ao Código Penal Militar (Figura 3).

Vale ainda ressaltar que existem causas excludentes da responsabilidade civil como⁸³: estado de necessidade e legítima defesa, estrito cumprimento do dever legal e exercício regular de direito, caso fortuito e força maior, fato de terceiro e culpa exclusiva da vítima.

^{XX} Discussão e orientação realizada pela Prof^ª Miriam Ventura (IESC/UFRJ) através de correspondência eletrônica.

Isto posto, os conceitos específicos de Responsabilidade Social^{XXI}, existentes na literatura acadêmica^{78,79,84,85}, não se ajustaram de forma completa às ACISO. Ocorreu o mesmo quanto ao termo Responsabilidade Civil^{XXII} profissional ou do Estado, que isoladas atenderam à perspectiva da justiça comutativa ou da justiça como virtude, pela prescrição de resposta aos danos causados, apesar da primeira ter caráter mais restritivo e a outra ser mais ampla^{XXIII}. Isso foi constatado na tentativa de tomar estes conceitos por empréstimo de outros saberes. Igualmente a ideia de simplesmente mesclá-los pareceu inapropriada à primeira vista, apesar de Manduca^{78:2} afirmar a existência de nexos entre eles. Para este autor, apesar de serem dois temas distantes possuem nexos de ordem histórica decorrentes da complexidade da sociedade moderna e também no campo político e ideológico, condicionados por padrões éticos. Esta foi uma das razões para propor o termo Responsabilidade Cívico-Social com a ideia de Responsabilidade Social.

Nesta nova perspectiva, a Responsabilidade Cívico-Social abrangeria tanto os conceitos de ações realizadas para o bem-comum da coletividade, como abarcaria os fundamentos da Política e da Estratégia Nacional de Defesa.

Tal concepção originou-se do fato de partilhar-se da ideia kantiana de que a perpétua paz advirá da eliminação das fronteiras. Fronteiras essas não apenas territoriais, mas decorrentes da diversidade cultural humana. E, para isso, é preciso colocar-se no lugar do outro, aprender que cada um, apesar de ser único, faz parte de um todo. Este é um processo aprendido, não inato, que se denomina civilidade, sendo construído no dia-a-dia do convívio.

Para a paz sem fronteiras, a ideia da individualidade, de pertencimento territorial, deve estar intrinsicamente aliada à ideia da pluralidade do outro, nos mais diversos espaços culturais do coletivo. Viver o cotidiano das atividades em grupos humanos é ser social. Viver em sociedade requer civilidade. Logo, ser social é ser civil.

Quando a atrofia social existe, acredita-se, como Manduca, que há necessidade do Estado provocar a sociabilidade^{78:7-8} e ser preciso que seus agentes considerem os conflitos de interesse e os riscos assumidos pelo próprio Estado de forma a não se perpetuarem situações de dependência nem ser fomentado nacionalismo extremo. Em outras palavras, para este autor, em espaços onde o tecido social é frouxo, cabe ao Estado oferecer ferramentas para fomentar, reforçar, a organização social, mesmo que os primeiros passos se deem através de

^{XXI} Responsabilidade Social: sem consenso definitivo na conceituação. Em geral, são ações de cidadania preocupadas com a transparência e o meio ambiente.

^{XXII} Responsabilidade Civil: dever de responder à ação.

^{XXIII} Discussão e orientação realizada pela Prof^a Miriam Ventura (IESC/UFRJ) através de correspondência eletrônica.

ações consideradas de caráter assistencialista, de forma que, com o tempo encontrem autonomia, o respeito ao outro e a manutenção da paz. Uma vez amadurecida, a sociedade desenvolverá mecanismos de controle para evitar os dois extremos, com relação ao Estado: a dependência ou o ufanismo nacionalista.

Por essas razões, defende-se neste estudo a adoção do termo responsabilidade cívico-social para todas as ações do Estado ou da sociedade em geral, em que se fomente a civilidade, enquanto pertencimento territorial, cultural e respeito ao outro, como ferramenta para construção de uma justa sociedade.

Diante do exposto, identifica-se, na atividade do médico militar nas ACISO, um exemplo do que se considera responsabilidade cívico-social. Os Navios-Esperança da Marinha Brasileira, já citados anteriormente, concretizam a responsabilidade cívico-social, materializada pela assistência à saúde ou de qualquer outra natureza prestada à determinada coletividade como membro do Estado. Outro exemplo vem da empiria da pesquisadora. Em uma palestra em ambiente formal de ensino, o responsável por uma ACISO em determinada cidade na Amazônia relatou ter sido procurado pelo prefeito para solicitar-lhe a construção de uma imensa coberta, semelhante a uma grande oca, na praça central da cidade. O responsável ficou inicialmente perplexo, pois não cogitou semelhante pedido. Afirmou até que tal solicitação não estava prevista no orçamento. O prefeito então o levou ao local e explicou que a vinda do navio-Esperança acarretava o deslocamento de grande massa de pessoas para a cidade em busca de atendimento e por não ter acomodações minimamente dignas, ao chegarem ficavam várias horas, dias ao relento e por isso teve a ideia de solicitar a referida construção. A compreensão da necessidade mobilizou os esforços das F.F.A.A. e dos moradores do local. Antes da chegada do navio, muitas pessoas já haviam se instalado com redes e cadeiras e foi possível sistematizar a distribuição de água e alimentos.

Assim a população assistida pode vivenciar também o sentimento de pertencimento à nação, como membro de um país que integra e valoriza cada um de seus habitantes, em suas necessidades gerais e específicas, mesmo nos locais mais inóspitos. Tal fato vai ao encontro da afirmativa de Paiva⁸⁵ quando afirma que é necessário chegar a acordo societário através de amplo consenso aliado à confiança dos cidadãos de que irão usufruir desse acordo e que haja disposição para propostas alternativas. A autora chegou a esta conclusão ao analisar as conceituações sobre civismo e cultura cívica de Tocqueville, Putnam, Almond e Verba dentre outros, em texto que indagava como o civismo contribuía na interpretação das formas de participação para consolidar a democracia.

Ao se considerar a saúde da população de um país, por exemplo, como um objeto imprescindível à Defesa Nacional, as ações nacionais voltadas para preservar e manter a saúde em níveis adequados são consideradas estratégicas, inclusivas, motivadoras e de acesso aos direitos sociais.

Não distante no tempo, o Brasil passou por período de exceção e hoje se encontra amadurecido para acompanhar e avaliar a responsabilidade cívico-social, através de mecanismos formais, com a instituição de normas ético-legais e a realização de estudos acadêmicos com este, em que se discute uma dentre tantas atividades da interface do âmbito militar com a sociedade civil.

Em resumo, no desenvolvimento do trabalho, deparou-se com a necessidade de explicar as atividades das ACISO desenvolvidas pelas F.F.A.A. que, acredita-se, tinham aderência aos conceitos de Responsabilidade Civil e de Responsabilidade Social, mas que os conceitos isoladamente não a definiam em sua completude. A questão foi explorada e consolidada neste constructo teórico preliminar sendo proposto o termo Responsabilidade Cívico-Social. Considera-se que outros estudos sobre a temática se farão necessários no intuito de consolidar ou não o termo proposto, pois não caberia maior aprofundamento em face do foco estruturante deste estudo.

Neste ponto, é importante lembrar que uma profissão é composta por pessoas que formam um corpo vivo, interativo com o meio, apto a crescer e evoluir. Como tal, a profissão-corpo tem que ser justa com o todo (como parte de um corpo maior, que é a sociedade) e que, de forma similar é passível de *adoecer e provocar adoecimento*. E aí, para sua própria sobrevivência e sobrevivência do todo, devem entrar as medidas protetivas ético-morais conforme pactos realizados entre as profissões. A precedência de uma sobre a outra, como no caso do médico militar, acarreta que medidas protetivas sejam tomadas visando apontar responsabilidades e em caso de dano ou efeito adverso, sejam avaliadas e julgadas adequadamente. Caso contrário, a constante flexibilidade entre uma e outra, determinará um limbo ético, gerando desconfiança por parte de quem recebe o serviço e insatisfação para o profissional íntegro.

Ao distinguir entre Ética do profissional, Ética nas profissões e Ética na Ciência Ribeiro^{86:62} afirma que, na modernidade, as questões éticas de um determinado âmbito das práticas sociais, surgem com maior rapidez e implicam em outras esferas da vida coletiva. Para ela, as reflexões éticas da vida profissional, constituem-se em excepcionalidade, momentos incomuns da consciência pessoal, quando ocorre o confronto entre os valores e imperativos profissionais com a contestação do senso comum. Defende ainda que^{86:67-8} as

profissões codificadas dos ambientes institucionais, podem determinar afastamentos institucionais da Ética viva, em decorrência da passagem do tempo, que se expressam através de algumas tendências: riscos de envelhecimento institucional; emergências de práticas profissionais distanciadas de reflexões éticas compartilhadas e dependentes, e, transformação das instituições em instrumentos de defesa das corporações, afastadas dos anseios da sociedade em geral. Para exemplificar, cita o caso do cientista e conclui: “A Ética capaz de controlar e restringir a ação profissional [...] não pode ser uma tarefa exclusiva dos próprios profissionais”.

Enfim, concorda-se com Gracia⁸⁷ ao ponderar que o maior desafio da ética profissional é universalizar a excelência fugindo do sentido paternalista. Ou seja, é preciso harmonizar a busca da excelência à renúncia aos monopólios e privilégios profissionais.

2.1.0.1 Ética Militar

Na cultura de várias partes do mundo, a palavra *guerreiro* quando citada vem associada às palavras *ética*, *honra*, *virtude*. E do mesmo modo, usada como sinônimo do *Bom Soldado*.

Esta distinção entre *guerreiro* e *soldado* foi discutida por Frédéric Gros²⁴. Na sua perspectiva, o *ethos* do guerreiro encerra várias éticas através dos tempos:

- a) a ética da responsabilidade: ele não esquece promessas feitas, pois decide no hoje o que ele será amanhã; faz promessas e volta ou parte para cumpri-las;
- b) a ética da superação: do ponto de vista do guerreiro, servir é a mais alta forma de liberdade. Ele tem obsessão pela honra;
- c) a ética da excelência e do reconhecimento do outro: o inimigo é elevado à condição de igual, na vida e na morte; sempre haverá belas recordações da vitória e pungentes emoções da derrota.

O autor descreveu o *ethos* do guerreiro, sua essência na ética poética “de viver e bem morrer” (o indivíduo é ativo, a ação é a maneira dele se celebrar; a coragem é ébria – demente e inconsciente). Porém, o clamor da batalha potencializa a ebridade da coragem e o ódio ao inimigo, a submissão e docilidade de seu corpo pode levá-lo a atos selvagens. O bom soldado pode circunstancialmente ser guerreiro, mas não somente.

Para Fromm⁸⁸, a figura do guerreiro foi romantizada e empregada erroneamente, na cultura e na história. Associar, segundo ele, a imagem do guerreiro ao atual *ethos* do corpo militar poderá trazer à mente de todos a possibilidade das tropas descartarem o

profissionalismo racional e agirem como guerreiros. Em um texto propôs dissociar o termo *guerreiro* da palavra *soldado*. Nele pondera que relacionar o soldado ao guerreiro ou igualá-lo, não seria conveniente por toda a significação embutida, sedimentada no imaginário humano, ao longo do tempo.

Fromm também defende que determinada sociedade, ao igualar o guerreiro ao seu soldado, pode suscitar desconfiança por parte de sua própria sociedade, de outros exércitos e até do próprio soldado sobre sua conduta. De acordo com sua visão, na cultura e na história, o guerreiro era egoísta, buscava a submissão do inimigo de qualquer forma, saqueava, portava-se como assassino e esturador. Cita como exemplos, Aquiles (Ilíada, de Homero) e Sir Lancelot (Rei Arthur). Argumenta que um bom soldado não é impulsivo, não luta em busca de recompensas ou muito menos, por êxtase. Ressalta que o uso da figura do guerreiro constitui-se uma má ideia do *marketing* de recrutamento (faz essa reflexão referindo ao seu país) com consequências tardias, nos indivíduos já incorporados e em campos de batalha.

Ao situar o guerreiro em três dimensões da guerra (intelectualizada, burocratizada e na disciplinarização), Frédéric Gros^{24:48,236} defende que o núcleo duro da ética militar é a obediência e, a guerra e o guerreiro, a partir da idade moderna passaram por constante processo de racionalização dessa obediência. Na primeira parte de seu ensaio, Estados de Violência - Forças Morais, trouxe à discussão a questão ética do soldado, para o qual “matar e morrer, estar pronto a morrer, para matar um inimigo[...]” não é a essência da reflexão intelectual, mas sim, “matar e morrer, a partir de uma postura moral” que é hoje, a questão central a ser investigada por estudiosos de conflitos armados. Na sua visão, o *ethos* do soldado profissional atual: “é estruturado mais pelo código de deontologia do que um autêntico código de honra”.

Huntington^{12:79-81} escreveu que a visão militar da natureza humana corresponde à visão hobbesiana, pois considera o conflito e a violência como constitutivos do homem, onde o egoísmo tende a prevalecer reforçando as fraquezas. A visão pessimista determina a priorização do grupo em detrimento do indivíduo e a ética militar reflete este pensamento. Estão incluídos aqui a belicosidade e o autoritarismo. Para ele, o militar é um técnico que desempenha função pública, burocratizada e tem por compromisso a segurança militar do Estado-Nação. Nesta mesma linha de pensamento, encontra-se Alonso-Rodriguez^{89:59}, ao afirmar que a instituição militar é hierarquizada, disciplinada e unida por normas de conduta, de modo a regular “a ação de mando e a arte de bem mandar”.

A disciplina e a hierarquia são as marcas sagradas do militar profissional para alcançar os objetivos propostos. Neste sentido, Marchon^{33:21} afirma que decisões moralmente corretas são o “imperativo de sobrevivência da própria instituição militar perante a sociedade civil”.

O militar, sendo o braço armado da sociedade, recebe dela o poder de protegê-la, defendê-la mesmo que para isto utilize estratégias e táticas violentas. Entretanto, ao cancelar o emprego da Força Armada, a mesma sociedade terá de dispor de meios de refreá-la. O *feedback* entre a opção do uso da Força e a supressão da violência se dá através de inúmeros documentos, acordos pessoais, negociações internas e internacionais, ações de alto escalão governamental que parecem distantes da realidade do homem combatente. Este, imerso que está em um cenário de caos, tem que conciliar ordens superiores às suas próprias decisões, em um cotidiano de matar ou morrer. A subordinação à hierarquia militar reduz sua autonomia e a diretriz traçada pelo seu comandante poderá colocá-lo frente a escolhas morais impactantes.

A discussão realizada por Shinn^{90:47-51}, estadunidense, ao descrever o que considerou como “three paradoxes that I find in the nature of military command”, no texto sobre aspectos éticos do exercício de comando em seu país, mostra alguns desses aspectos já mencionados. Na sua visão, o primeiro paradoxo encontra-se na relação entre o *ethos* americano e o exercício militar de comando; o segundo paradoxo encontra-se entre o comando militar e a questão da moralidade da guerra; e o terceiro paradoxo está no confronto entre a cultura em que vivemos de inquietação com a autoridade e a submissão à hierarquia de comando. Portanto, por mais tradicionais que sejam seus preceitos ético-profissionais, como parte de um grupo maior que o da profissão, sofrerão as reflexos do complexo *ethos* social, como um todo.

Esta é a maneira como Mercadante^{91:53-7} entende a ética militar brasileira, pois, em sua concepção, ela reflete a estrutura social brasileira. Atribui ao início de nossa história, quando, da mesma forma, houve uma tendência a recrutar para o oficialato, jovens originados da nobreza, como ocorria na Europa. Posteriormente, com o advento da Independência, esse segmento social voltou-se para a área jurídica e os oficiais passaram a ser recrutados entre a classe média (representantes de grupos conservadores, de regiões interioranas brasileiras) que vislumbraram um novo poder: o poder militar. No Império e República, o recrutamento ocorreu em um processo quase fechado, dentro das próprias fileiras, em grupos sociais economicamente menos favorecidos – incluindo o recrutamento forçado⁹². E, assim, o militar brasileiro reflete a ética tradicionalista, com valores advindos de sua origem: dedicação, ordem e disciplina sem nenhum espaço para o relativismo ético. O que vai ao encontro do escrito por Coutinho^{32:64}, segundo o qual os três valores éticos do militar é a Pátria, o Dever e a Honra.

Para que o soldado assim se desempenhasse, determinou-se um distanciamento das questões sociais, que passaram a serem consideradas tabus e conhecidas como *questões políticas*, minimizando o ensino das ciências sociais e humanas nas escolas militares. Tais fatos os levaram à ciência e à tecnologia, ao positivismo, às verdades permanentes, ajustando-os, ainda mais, à ética absoluta^{91,93}. Porém, o registro histórico aponta outras perspectivas, uma vez que as nossas Forças Armadas sempre tiveram atuação política. Historicamente, desde a Proclamação da República, ao Movimento Tenentista, às Revoluções de 1932, 1935, 1938, 1946 e outros até 1964.

Aquele que opta por ingressar no âmbito militar brasileiro deve estar ciente de condições implícitas, irrevogáveis da carreira. Dentre elas, reconhecer a autoridade militar e o chamado estado disciplinar. Dois autores brasileiros, Coutinho^{32:18} e Brochado^{94:142-8} identificam que a autoridade militar resume a unidade de comando. É a outorga aos técnicos militares de decidir e conduzir-se perante seus subordinados. Quanto ao estado disciplinar diz respeito a uma predisposição à subordinação, mesmo quando isso não tenha sido explicitado. Para Brochado^{94:148}, o estado disciplinar é uma vocação do militar em todos os tempos.

Além de certas renúncias, o meio militar requer que o trabalho coletivo seja privilegiado. O isolamento e a capacidade de sozinho tomar suas próprias decisões, nem sempre se tornará uma realidade. Idem, o convívio acentuado, dividindo situações de estresse, com necessidade de cumprir tarefas com prazos determinadas por outras pessoas, obedecer à hierarquia, às normas e a sempre presente possibilidade de punição (pessoal ou coletiva), desenvolve nas tropas um novo sentimento, característico nos militares. Camaradagem. Esta palavra igualmente aparece no Estatuto Militar²⁹, no Capítulo III, Da Hierarquia Militar e da Disciplina, Artigo 15 e na Seção II, Da Ética Militar (ANEXO B).

A camaradagem refere-se a um sentimento de solidariedade que nasce entre aqueles que convivem “sob rotinas e eventos marcantes”^{32:132}. Para Coutinho³², este sentimento constitui-se em um movimento coletivo que inclui boa vontade, simpatia e esforços. Pode ser confundida com amizade ou solidariedade, mas não é nem uma nem outra. Trata-se de sentimento singular. Quando o espírito de corpo é despertado, voltado para o cumprimento da missão, o outro passa a ter tal importância que um militar oferece sua própria vida em sacrifício, sem que se conheçam ou se coloquem no lugar do outro por razões humanitárias. Contudo, para ele, este sentimento de grupo, quando em extrapolação corporativista, poderá descambar em comportamentos antiéticos. Em nome da coesão do grupo - “um por todos, todos por um”, do cumprimento da missão, problemas morais poderão ser disfarçados ou omitidos, ou um ou todos podem assumir a culpa para “salvar” a corporação.

A virtude encontra-se na disposição da medida certa, sábia, sem extremos (carência ou excessos) que resulta de hábitos aprendidos e não de atos esporádicos^{9:227}.

Para Clausewitz^{95:192}, a virtude militar é relevante força moral da tropa em combate e, na sua ausência, será preciso que a “superioridade eminente do chefe ou o entusiasmo do povo” a substitua.

No *Vade-Mécum*^{XXIV} do Exército brasileiro⁹⁶ (Figura 5), observa-se a virtude explicitada. Os preceitos indicam parâmetros éticos listados para o soldado brasileiro, a continuidade do esforço da luta humana contra o egoísmo individual e busca da ponderação (sentimento de dever; honra pessoal^{XXV}; pundonor militar^{XXVI}; decoro de classe^{XXVII}).

Também a virtude se expressa na figura das grandes personalidades representativas da corporação.

Contudo, em caso de conflito armado, muitas vezes a emergencial convocação para uma missão, mobilização do cidadão comum quanto do médico para o serviço militar, não haja oportunidade para uma rápida modelagem de caráter e de treinamento da ponderação, pois ambas demandam tempo. Pode-se afirmar que a Ética das Virtudes ajusta-se ao *ethos* do militar que cursou Escolas Militares (cuja formação necessita de maior período de tempo), mas não ao Corpo Militar como um todo porque este inclui indivíduos em serviço militar temporário ou mobilizados.

^{XXIV} Vade Mécum Militar: Sentimento do dever – refere-se ao exercício, com autoridade e eficiência, das funções que lhe couberem em decorrência do cargo, ao cumprimento das leis, regulamentos e ordens e à dedicação integral ao serviço.

^{XXV} Honra Pessoal – refere-se à conduta como pessoa, à sua boa reputação e ao respeito de que é merecedor no seio da comunidade. É o sentimento de dignidade própria, como o apreço e o respeito que o militar se torna merecedor perante seus superiores, pares e subordinados.

^{XXVI} Pundonor Militar – refere-se ao indivíduo como militar e está intimamente relacionado à honra pessoal. É o esforço do militar para pautar sua conduta como a de um profissional correto, em serviço ou fora dele. O militar deve manter alto padrão de comportamento ético, que se refletirá no seu desempenho perante a Instituição a que serve e no grau de respeito que lhe é devido.

^{XXVII} Decoro da Classe – refere-se aos valores moral e social da Instituição (Exército Brasileiro) e à sua imagem ante a sociedade. Representa o conceito social dos militares.

Figura 5 – *Vade-mécum*

Fonte: Brasil. Exército Brasileiro⁹⁶

2.1.0.2 Ética Médica

Ao desempenhar determinada função ou exercer um ofício, o indivíduo espera que sua ação seja reconhecida pelos pares ou pela sociedade em geral. O controle sobre os fatores que permeiam a ação proporciona a ambos, segurança quanto ao charlatanismo e às más práticas. Tais fatos importam para a prática médica, pois sempre há a possibilidade da quebra da confiança, do eventual erro ou da impossibilidade de cura ou salvamento. Isto fez com que, no percurso da profissão, alguns momentos históricos, em seu conjunto, dentre eles o Código de Hamurabi, o juramento de Hipócrates e as normas de Percival^{97:27}, contribuíssem para configurar a ética atual.

O uso do termo Deontologia na Medicina vem da cultura grega. Foi naqueles tempos que a prescrição de deveres atinente à atividade médica foi desvinculada do mundo divino⁶⁹. Segre⁶⁹ explica que o desenvolvimento científico e social da profissão determinou a elaboração de regras de conduta baseadas em consensos que muitas vezes, por não terem sofrido questionamentos ou modificações, propiciaram desvios, retrocessos ou estagnação.

Além disso, Stepke^{98:154-5} reflete que as práticas médicas evoluem e o que era antes terapêutico, hoje, pode ser considerado nocivo, revelando o paradoxo médico através dos tempos: nunca poder ser completamente bem-sucedido. A simples possibilidade de uma

pessoa não capacitada causar danos, pois sempre haverá o *risco de*, mesmo para os que tenham adequado preparo, evidenciam o quanto é necessário para a corporação afastar charlatões, evitar os não-aptos e excluir os mau-profissionais.

A relação médico-paciente pode ser permeada de fatores internos e externos a ambos. Para isso, a relação estabelecida implica em confiança mútua entre aquele que a exerce e aquele que a executa. Segundo Machado^{17:44}, onde a clientela é pouco organizada e incapaz de resistir ao monopólio médico, a violação dos compromissos éticos pode ocorrer, revelando uma questão interna profissional que persiste. No caso de instituições de saúde, o comportamento ético expressado por seus profissionais é o reflexo, na realidade, da Ética dominante⁸⁷. Um dos exemplos é a adoção do Juramento Hipocrático como âncora ética da profissão. Tal fato já revela o *ethos* médico. Revela que este não é apenas uma formalização social nem uma pronúncia vazia, ao contrário, constitui fala estruturante, delimitadora, que permanece. Nesta perspectiva, o exercício médico assimila-se ao sacerdócio^{9,87}.

Schraiber^{51:155}, no que lhe diz respeito, trouxe à baila a questão relativa à associação que comumente é feita entre o indivíduo que cursou Medicina à qualidade do serviço médico. Em outras palavras, a qualidade do processo de trabalho médico é atribuída à figura do agente (médico). O trabalho refletiria a conformação moral e técnica do médico; o bom médico constrói a boa medicina. Cita dois exemplos referendados ao ambiente de trabalho. Em um deles, a análise das condições de trabalho foi minimizada à problemática da formação do médico, pois a qualidade das condições de trabalho era considerada reflexo do sucesso em desenvolver atitudes ético-morais no ainda estudante, ou fracasso, do ensino ou da escola médica. Nesta lógica, reformando-se o processo de ensino-aprendizagem, da mesma maneira seriam modificadas as condições de trabalho. No outro exemplo da autora, as condições de trabalho eram reflexos da moral privada do médico onde sua origem social teria influência nas potencialidades de sua prática. Para a referida autora, há uma tentativa de manter valores tradicionais no confronto com as novas imposições da especialização e as conseqüentes implicações para a autonomia profissional/técnica, além de passarem pelas questões de vocação e de reconhecimento social.

Machado^{17:33}, porém, traz uma reflexão quanto ao senso comum acerca do ideário médico ser semelhante ao sacerdócio. Acredita que seria um recurso ideológico, fomentado ao longo do tempo pela própria Medicina (Juramento de Hipócrates, Código Internacional de Ética Médica, Declaração de Genebra, dentre outros), para angariar crédito social. Concluiu que este ideal de serviço *desinteressado*, apesar de parecer antimercado, tornou-se de modo efetivo, um instrumento de controle deste mesmo mercado. As relações não-contratuais

acabaram promovendo alguns tipos de transações contratuais de mercado. Assim, a aliança realizada entre a elite (compradora de serviço) e o Estado (fornecedor de políticas públicas) serve para sustentar seu monopólio, promovendo-a através dos sistemas legais.

Como visto anteriormente, os códigos de Ética Profissional têm como principais objetivos assegurar a credibilidade dos trabalhadores de determinado ofício junto à sociedade e expurgar trabalhadores considerados não-aptos, seja por inabilidade ou por falsa prática.

Na concepção de Freidson^{11:405}, a expertise refere-se ao conhecimento objetivo e confiável de uma profissão. Quanto ao restante do trabalho profissional, para ele, são apenas “julgamentos morais de comportamentos ou usos ocupacionais”. Argumenta que os códigos de ética e as intenções daqueles que integram o mesmo ofício, não conseguem assegurar um cuidado uniforme, de qualidade a todos, de maneira igualitária.

Em várias situações da atividade médica, o profissional pode ser desafiado por exigências de terceiros, além da relação médico-paciente. Convencionou-se denominar isso de *dupla lealdade*.

É importante distinguir *dupla lealdade* de *conflito de interesse*, apesar de guardarem similaridade uma vez que ambos os termos envolvem conflitos. Quanto ao primeiro termo, refere-se aos conflitos entre duas responsabilidades, proibidades externas ao indivíduo e incompatíveis; e o segundo trata-se de conflitos existentes, verdadeiros ou aparentes conflitos entre o interesse pessoal e o dever para com o outro/a sociedade⁹⁹.

Em geral, associa-se a dupla lealdade à medicina militar, no entanto ela está presente, da mesma forma, em outros campos, tanto militar como nas atividades médicas em geral, como no caso dos advogados e controladores militares e os da saúde pública, saúde do trabalhador e nos planos de saúde, respectivamente.

O médico militar obedece aos preceitos da profissão militar, mas nas suas atividades pode se deparar com conflitos entre as demandas éticas de cada profissão exercida em concomitância. Ao mesmo tempo tem que pesar entre a responsabilidade com o paciente e sua obrigação de militar, oficial. Este complexo processo decisório relativo às questões éticas não surge apenas em tempos de exceção. Situações cotidianas poderão desencadeá-lo¹⁰⁰ como situações periciais em casos de doenças terminais/incapacitantes/transmissíveis/mentais; opção sexual; recursos escassos; dentre outras, mesmo em tempos de paz.

Com relação à perícia, eis um possível exemplo: O código de ética médica brasileiro¹⁰¹ vigente - Resolução CFM nº 1.931, de 13 de abril de 2010, em seu Capítulo XI – Auditoria e Perícia Médica, artigo 95, diz ser vetado ao médico: “Realizar exames médico-

periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios”.

Como verificado, a análise do tema dupla lealdade comporta a utilização da Teoria Ética e de suas várias correntes às atividades do médico militar, mesmo em tempos de paz. Este pode ser mais um estudo a ser aprofundado, pois com relação aos tempos de guerra Marchon³³ relacionou as correntes deontológica, ética das virtudes, principialista e utilitarista com foco na medicina militar em conflitos armados, à extensa literatura publicada sobre o tema e a associou às correntes éticas, em seu estudo. Seguem algumas de suas considerações sobre o exercício das atividades do médico militar e as correntes éticas:

- a) defendem a incoerência entre ser médico e optar por servir à carreira militar, pois consideram que o médico militar não poderia defender os interesses do paciente sob seus cuidados. Partilham da corrente ética Deontológica absolutista;
- b) defendem que seja a mesma conduta em tempos de paz. Pregam evitar os extremos de considerar o soldado-paciente como um fim em si mesmo (atitude simplória) ou o soldado-paciente como um meio para atingir um fim (atitude atroz). Partilham das correntes Principialista ou da Ética das Virtudes;
- c) defendem os interesses do Estado e o médico militar imbuído de papel semelhante a um cidadão patriótico, participando dos esforços de guerra (incluindo atitudes extremas como torturar ou participar de pesquisas de armas de destruição em massa). Partilham da corrente Utilitarista.

Marchon³³ afirma ainda que a corrente *deontológica absolutista* considera incompatível a atividade médica com a militar, na forma de médico militar, em razão da autonomia reduzida deste.

Pode-se explicar este posicionamento pela concepção kantiana de dever. Baseada nela, o agente deve agir de acordo com o compromisso de que sua ação possa tornar-se uma regra universal, ou seja, que o agente somente poderia desejar a si mesmo o que poderia extrapolar para o mundo todo. É o imperativo categórico em sua necessidade absoluta⁷³, não admitindo exceções nem princípios *prima facie*^{XXVIII}. Sob esta perspectiva, jamais o médico em seu exercício profissional optaria pela obrigação militar, fato que não é possível ao médico militar face à sua submissão à hierarquia e disciplina militares.

^{XXVIII} *Prima facie*: expressão latina, também utilizada pela Teoria Ética Principialista. Seus quatro princípios são obrigações *prima facie*.

Por fim, Marchon^{33:3} concluiu em seu estudo que a inviolabilidade da não-maleficência da profissão médica, para aqueles que partilham desta corrente ética, só poderá ser empregada em “...guerras e com ressalvas”.

A literatura consultada indicou que há diferenças no comportamento ético do médico militar em tempos de paz e de exceção. No entanto, ressalta-se que o Brasil preza a paz e a literatura prepondera sobre a realidade de países beligerantes.

Ao correlacionar-se o caráter dissuasório de nossas tropas às Teorias éticas descritas neste estudo, conclui-se que é a Teoria Princípalista (Teoria dos 4 Princípios) aquela que melhor se adequa à análise de questões éticas vivenciadas pelo médico militar brasileiro. Pois, apesar de transitar entre as teorias Deontológica e Teoria das Virtudes, ela contém elementos deontológicos e consequencialistas que conseguem abarcar decisões éticas em tempos de paz ou exceção.

Bioética

Na história humana, porém, pesquisas com objetivos militares tem sido fomentadas, desde o financiamento ao seu desenvolvimento e testagem em animais não-humanos e humanos, até a aplicabilidade na sociedade civil ou no meio militar. Em alguns casos, descaminhos têm sido registrados, como, por exemplo, quanto a questões relativas à justiça distributiva ou ao desrespeito a direitos instituídos.

As respostas normativas às atrocidades cometidas contra seres humanos (em nome da ciência), nos conflitos armados, como as Guerras Mundiais, vieram através da construção de consensos internacionais resultantes do julgamento de crimes contra a humanidade, cuja natureza precípua baseava-se em tecnologias médicas, com o Tribunal de Nuremberg, logo após o término da 2ª Guerra Mundial.

Dentre os crimes julgados, na ocasião, foram arrolados crimes de tortura, assassinatos em massa, eugenia e experimentação científica com cobaias humanas, impetrados contra prisioneiros e inimigos do sistema vigente. No entanto, os experimentos científicos também foram realizados nas Forças Armadas, em alguns segmentos de menor escalão hierárquico, dos próprios países combatentes, principalmente, aqueles que envolveram exposição a substâncias perigosas. Hoje, organizações internacionais tentam evitar que tais fatos reincidam no contexto Mundial.

A Bioética nasceu do avanço tecnocientífico biomédico ter seu emprego inadequado, sem considerar as condições de vulnerabilidade do ser humano. É essencialmente

multidisciplinar e procura ver o mundo como ele é, repleto de relações entre humanos, não-humanos, o meio ambiente considerando a transversalidade do tempo sobre tudo isso.

Mesmo em situações de exceção, como nos casos de doenças ou em estados de violência⁴⁰, a redução de danos ao ser vivo, é legítima e meta a ser alcançada sempre. Na busca pela regulamentação e proteção da pessoa ou populações, alguns marcos ético-legais foram sendo construídos ao longo do tempo, em nível mundial como o Código de Nuremberg (1947); Declaração de Helsinque (1964 e a mais atual revisão, em 2008); e local (estadunidense) como o Relatório de Belmont (1978) e as Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Biomédica em Seres Humanos (2002)³³. Todos apontam para um movimento a favor da ética, agora estabelecidos em ações concretas nas pesquisas com seres humanos, seja nas chamadas ciências da saúde ou nas ciências sociais e humanas, segundo a visão de Rego e Palácios^{67:78}.

Os princípios da responsabilidade, da hierarquia, da disciplina e dignidade humana, explicitados até agora como fundantes na formação do militar, talvez, já não consigam traçar o desenho final da figura do soldado dos próximos séculos. Ainda, nos dias atuais, surgem casos de transgressão de princípios da Bioética em nome da segurança de um Estado, seja com a alegação da reduzida autonomia do militar ou a causa tenha sido considerada como justa⁴⁰.

A mudança conceitual da guerra para estados de violência trazida por Frédéric Gros²⁴ é um sinalizador para a introdução da discussão sobre outros princípios como prevenção e precaução, qualidade de vida e sacralidade da vida. Também, em especial, revisão dos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça na normatização militar brasileira, para que as ações de “matar ou morrer” ocorram dentro de uma postura moralmente aceita.

Na resolução de conflitos bioéticos, a Bioética aplica correntes da Teoria Ética para as análises éticas baseadas⁶⁷:

- a) Na Teoria dos 4 princípios (mescla orientações da Deontologia e do Utilitarismo, proposta por Tom Beauchamp e James Childress);
- b) nas correntes Consequencialista-Utilitarista;
- c) na Deontológica;
- d) nas relações com o Direitos Humanos (mais recentemente).
- e) na Ética das Virtudes.

A Bioética, como corrente da Filosofia Moral, possui as dimensões descritiva e prescritiva.

Em nosso país, o sistema de controle e monitoramento das pesquisas com seres humanos é composto por duas instâncias¹⁹: os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) institucionais – instância comum, deliberativa, consultiva, normativa, educativa e de monitoramento; e, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CONEP) / Ministério da Saúde – instância revisora e especial de apreciação de determinados assuntos. Ambas têm composição multidisciplinar de pessoas de ambos os sexos, assegurada a representação dos usuários e de pessoas da área de gestão da saúde.

Regulação e Regulamentação

Na exposição teórica até agora realizada, partiu-se da descrição da figura individualizada do soldado, para a do soldado multiplicado em exércitos, até desenhar a figura do soldado-profissional. Do mesmo modo foi descrito que, uma vez estruturada a corporação, esta necessitava de cuidados de saúde específicos, assistenciais e operativos enquanto tropa e, uma nova figura militar foi introduzida, a do agora, soldado-médico. Ou seria, a do médico-soldado?

A profissão militar e a profissão médica têm pontos convergentes ou não entre uma e outra profissão. O exercício concomitante de duas ou mais profissões, tornou-se objeto de discussões nos âmbitos sociológicos, filosóficos, do direito e da saúde humana e do trabalhador, na tentativa de compreender a convivência diária entre saberes esotéricos e *ethos* diferentes.

Marcas, que não são precípuas apenas do militar profissional, é o que nos lembra Alonso-Rodriguez^{89:57}. Para ele, virtudes e valores morais não são exclusivos da profissão militar. Cita, como exemplo, o juramento hipocrático médico, que alude às regras de conduta, referindo-se à confidencialidade e à justiça para com o paciente. Eis então, mais um dos nexos entre as profissões militar e médica.

Para Stepke^{98:20-2}, o prestígio e a discricionariedade de determinada profissão na aplicação do conhecimento, caracterizam as profissões modernas. Para o autor, tais fatos determinam um distanciamento, cada vez maior, entre o próprio conhecimento ou o interesse de seus criadores daquilo que se faz com o mesmo, como ele é aplicado. De acordo com seu ponto de vista, isso leva à necessidade de regulação, tanto interna quanto externa, para que seja garantido um limite à discricionariedade do exercício profissional ao submetê-lo aos princípios sociais e morais vigentes. Afirma ainda, que no exercício das profissões

contemporâneas isso é relevante, pois os profissionais têm utilizado a prudência e a maioria emprega “o conhecimento em condições de incerteza” para guiarem suas ações. Nessas condições, o profissional dotado de conhecimento formal se distingue do leigo, por estar capacitado a atuar em condições fora do comum, ao lidar com situações de incerteza.

Quanto às normas profissionais, elas se apresentam em duas vertentes. Uma relacionada às obrigações que um grupo de praticantes tem com seus clientes, e outra referente às “etiquetas”, boa educação e cortesia entre os pares^{98:84}. No caso da dualidade ou multiplicidade no exercício de profissões, surgem problemas relacionados à justaposição dessas normas de profissões diferentes, em um mesmo indivíduo. Em se tratando do médico militar, ao exercer uma profissão junto exerce outra, de corpos esotéricos diferentes (outros exemplos: professor, pesquisador, sacerdote), de associações profissionais e estruturas ético-morais diversas, e, até mesmo, conflitantes.

Conforme afirmaram Tripodi e Wolfendale^{57:265}, referindo-se aos seu país, apesar das profissões médica e militar possuírem juramentos profissionais, eles apontam em diferentes direções. Em suas concepções, o juramento militar, em geral, expressa lealdade para a Constituição Nacional ou a liderança do Estado, em uma menção para fora da corporação. Já o juramento médico sinaliza a relação médico-paciente, não existindo menção à parte de fora da corporação, como hospitais e governantes.

É interessante lembrar neste ponto da discussão que, a partir das relações profissionais entre os integrantes de um determinado ofício e sua clientela, nascem também os códigos de ética profissionais. No Brasil, a relação simbiótica entre o mercado de trabalho médico e as políticas estatais de saúde em determinados momentos da história brasileira, estabeleceram as diretivas que hoje normatizam o *ethos* do médico militar.

Qual a corporação, ou qual a moral será priorizada nesses casos? O que dizer da visão durkheimiana sobre o papel das corporações como estruturantes da moral profissional?

Machado^{9:14} se contrapôs a essa ideia do sociólogo. Ela afirma ser problemática a proposta de Durkheim com relação à autonomia moral e profissional das corporações e defende seu raciocínio, destacando os seguintes pontos fundamentais: a historicidade das corporações e o papel político-ideológico do Estado (possibilidade de influenciar ou intervir, através de sua ideologia). Conclui, com as seguintes palavras “[...] o corporativismo foi implementado sim, mas a serviço das microcoletividades, dos guetos profissionais com forte atrelamento ao Estado”. Ou seja, as corporações estabelecem sanções disciplinares ou marcos regulatórios profissionais, mas sofrem influências históricas e/ou intervenções do Estado.

Machado^{9:71} ressalta que, através de políticas públicas de saúde, o Estado intermedia e controla os procedimentos envolvidos na relação médico-paciente.

Normas e prescrições profissionais têm, conforme a visão de Stepke^{98:83}, caráter variável, pois dependem mais do poder daqueles que as propõem e as fazem cumprir do que delas mesmas. E assim, o Estado e o papel regulatório de uma profissão se mesclam.

Coelho^{20:55} escreve sobre o nexa existente entre profissão e Estado. Questiona no corpo do texto qual seria a alternativa à autoregulação profissional e à regulação estatal iniciando um debate teórico acerca do Estado como fator de fortalecimento das profissões ou as profissões fortalecendo o Estado. Para ele, a argumentação que a antinomia “Estado Fraco/Forte” tem certa utilidade para o estudo da formação das profissões no Brasil do século XIX. Lembra que a elite médica da época cultivava rejeição ao atraso das instituições nacionais, à ignorância do povo, aos costumes provincianos, ao aspecto rural das cidades e à inexpressividade da Corte – olhava para fora, especialmente para a França. Provavelmente era grande a margem de impunidade no exercício profissional, o que para o autor não seria privativo do Brasil, pois não diferiam da prática médica em outros países, naquela época. Palavras de Coelho^{20:146} que resumem seu pensamento sobre este tema:

Nos Estados Unidos, França, Inglaterra e Alemanha, higienistas e clínicos compunham, como regra, grupos distintos e não foram raros os conflitos entre eles. Curar o doente e prevenir a doença subsumem éticas, filosofias, concepções etiológicas e estratégicas operativas suficientemente distintas, quando não irreconciliáveis, para dificultar sua articulação sobre uma mesma base institucional. Apenas para exemplificar, lembre-se que a medicina clínica operava (e ainda opera) sob a lógica do livre mercado de serviços profissionais, a medicina social ou pública sob a égide da intervenção do Estad^{20:146}.

De acordo com Coelho^{20:251}, em nosso país, a burocratização precedeu à profissionalização e contribuiu muito para a existência de desigualdades intra-profissionais em discussão sobre o nexa Estado-profissão. Em sua visão, tal fato decorreu de três razões:

- a) o controle sobre o sistema educacional serviu pra minimizar os problemas de unidade nacional, constituindo-se em elemento estratégico, obrigando a padronização das instituições privadas ou públicas já instituídas;
- b) no Brasil, as lideranças e elites saíram de faculdades estatais o que difere dos trabalhadores não-qualificados da Inglaterra e EUA, na época;
- c) O Estado era o grande empregador dos profissionais seja em atividades burocráticas ou como docentes nas faculdades públicas.

Afinal, o setor saúde e a consequente formação do mercado de trabalho para o médico sempre estiveram entrelaçados. Machado^{17:113-5} posiciona-se de forma categórica neste sentido. Ela afirma ter precocemente existido uma “relação simbiótica” entre a instalação do mercado de trabalho médico e as políticas estatais de saúde. Tal fato contribuiu para um esvaziamento da autonomia profissional, pois foi ampliada a oferta de empregos públicos.

Mas, no que se refere à Ética Profissional brasileira, uma das interrogativas fundantes deste estudo: - para qual direção o pêndulo ético da medicina militar se posicionará?

Em 1988, a Constituição Federal²⁶, em seu Título V – Da Defesa do Estado e das Instituições Democráticas, Capítulo II – Das Forças Armadas, explicita em seu Artigo 142:

As Forças Armadas, constituídas pela Marinha, pelo Exército e pela Aeronáutica, são instituições nacionais permanentes e regulares, organizadas com base na hierarquia e na disciplina, sob a autoridade suprema do Presidente da República, e destinam-se à defesa da Pátria, à garantia dos poderes constitucionais e, por iniciativa de qualquer destes, da lei e da ordem²⁶.

Como descrito, as F.F.A.A. são organizadas com base na hierarquia e na disciplina. Este fato já define a reduzida autonomia profissional do militar, no que concerne à tomada de decisão e explicita a íntegra subordinação das Forças ao Estado.

Outro fato a considerar, diz respeito à ética militar brasileira não possuir preceitos ético-morais consolidados em documento único. Conforme as palavras do General de Exército Salvador¹⁰², em nosso país, as diretrizes éticas militares encontram-se distribuídas no Estatuto dos Militares, no Vade-Mécum e nos juramentos de incorporação de todos os militares. Esta informação é corroborada e acrescida por Brandão¹⁰³:

[...] a ética militar não se circunscreve aos estreitos domínios de um documento formal. Ela se espalha num leque de abrangência que vai desde a própria Constituição Federal, onde se configura a destinação das Forças Armadas, passando pelo Estatuto dos Militares, regulamentos, planos de instrução e diretrizes se definindo mediante a expressão de valores, crenças, princípios e tradições inerentes à vida militar¹⁰³.

Por seu lado, a ética médica brasileira é regulada e regulamentada pelos Conselhos Regionais e Federal de Medicina, em todo o território nacional, através do seu Código de Ética. Encontra-se, em vigor, a Resolução CFM nº 1.931, de 13 de abril de 2010, sexto código reconhecido em nosso país que vem evoluindo desde 1867, ano da publicação do primeiro código¹⁰¹, que prevê, em seu Artigo IV: “Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão”.

É importante assinalar fatos que marcaram o alinhavo histórico entre as profissões médica e militar em nosso país. Especificamente, quanto à regulação/regulamentação da atividade médica militar no Brasil, Toledo^{31:425-6} pontuou alguns eventos históricos. Um decreto incluiu, em 1825 (28/03/1825), físicos e cirurgiões do exército como militares da ativa, ou seja, semelhantes aos demais militares combatentes. Mas, apenas em 1851, foi estabelecida a diferenciação dos uniformes para o Corpo de Saúde militarizado. O processo da militarização (adaptação às obrigações/atividades militares: plano de chamada, marchas, manobras, serviços noturnos, comando) do médico recém-ingressante passou a ficar a cargo da Escola de Saúde do Exército. Isso só ocorreu entre os anos de 1910 e 1933.

Para o médico militar o exercício da Medicina, em tempo integral ou não, no meio militar, está amparado pela Constituição Federal²⁶, pelo Estatuto dos Militares²⁹, pela Lei nº 6.681/79¹⁰⁴ e pela EC nº 77/2014⁶². No Brasil, sob a interseção direta do Estado, foram estabelecidas formas conciliatórias para a atipia moral causada pela sobreposição das profissões médica e militar. Como o comandante supremo das Forças Armadas brasileiras é o Presidente da República, cabe a ele decidir, em última instância, quem pode avaliar o desempenho ético-moral do militar.

No Estatuto dos Militares (Lei nº 6.880/80), na Seção II - Ética Militar, em seu Artigo 29, encontra-se disposto que o militar não poderá comercializar ou fazer parte na administração ou ser sócio ou gerente de sociedade, exceto como cotista em sociedades anônimas ou com cotas de responsabilidade limitada. Em seu parágrafo 3º, descreve que, no intuito de “desenvolver a prática profissional”, possibilitando aos oficiais dos quadros ou serviços de saúde exercerem atividades técnico-profissional no meio civil²⁹.

No que lhe diz respeito, a Emenda Constitucional nº 77/2014, já mencionada, aprovou a acumulação de dois cargos públicos para todos os profissionais do Corpo de Saúde militar⁶². A ressalva é que para aqueles que assim optarem, serão avaliados de forma diferenciada, para fins de progressão profissional. Progredirão apenas pelo tempo de serviço, sendo desconsiderados outros fatores meritórios, como anteriormente mencionado.

Quanto ao profissional que é médico militar, em caráter estrito (que optou em não exercer a profissão no meio civil), apesar de estar inscrito no seu Conselho Federal, mediante designação profissional diferenciada (no caso a inscrição em sua carteira “Médico Militar”, renovada a cada dia 28 de fevereiro do ano em vigor), não responderá eticamente aos seus pares. Tal situação se configura na lei brasileira no 6.681, de 16 de Agosto de 1979, que “Dispõe sobre a inscrição de médicos, cirurgiões-dentistas e farmacêuticos militares em

Conselhos Regionais de Medicina, Odontologia e Farmácia, e dá outras providências”.
Encontra-se aí, entre outras disposições, a seguinte:

Art. 4º É vedado aos médicos, cirurgiões-dentistas e farmacêuticos militares participarem de eleições nos Conselhos em que estiverem inscritos, quer como candidatos, quer como eleitores.

Art. 5º Os médicos, cirurgiões-dentistas e farmacêuticos militares, no exercício de atividades técnico-profissionais decorrentes de sua condição militar, não estão sujeitos à ação disciplinar dos Conselhos Regionais nos quais estiverem inscritos, e sim, à da Força Singular a que pertencerem, à qual cabe promover e calcular a estrita observância das normas de ética profissional por parte dos seus integrantes.

Parágrafo único. No exercício de atividades profissionais não decorrentes da sua condição de militar, ficam os médicos, cirurgiões-dentistas e farmacêuticos militares sob a jurisdição do Conselho Regional no qual estiverem inscritos, que, em caso de infração da ética profissional, poderá puni-los dentro da esfera de suas atividades civis, devendo em tais casos comunicar o fato à autoridade militar a que estiver subordinado o “infrator”. Na sua condição militar, não estão sujeitos à ação disciplinar dos Conselhos Regionais nos quais estiverem inscritos, e sim, à da Força Singular a que pertencerem, à qual cabe promover e calcular a estrita observância das normas de ética profissional por parte dos seus integrantes¹⁰³.

Tal consideração é relevante quando se analisa as diretivas ético-morais que regulam o profissional que exerce duas ou mais profissões, simultaneamente. No atual mundo do trabalho, devido às evoluções tecnológicas, às inovações constantes, a existência de hiatos entre as normalizações profissionais acarretam riscos do uso dessas brechas regulatórias por profissionais, instituições e Estados mal-intencionados.

Outro ponto levantado por Machado, e que tem pertinência à discussão é que, a cada dia, nas profissões tradicionais, as demandas econômicas e as necessidades tecnológicas têm suplantado o ideal de serviço^{9:18}, acrescidas das influências geradas pelo Estado (via políticas públicas) e da iniciativa privada (capital configurado).

Por estarem subordinados às leis federais nº 6.681/79 e nº 6.880/80, as alterações deveriam seguir os trâmites burocráticos previstos pelo Legislativo brasileiro e serem apreciadas no âmbito do Congresso Nacional (Câmara dos Deputados e Senado Federal). No entanto, por se tratar de possível adequação dos preceitos éticos peculiares ao Corpo de Saúde das Forças Armadas às demandas éticas geradas pela evolução das áreas biomédicas, médicas e de tecnociência, o Ministério da Defesa tem poder para discutir, elaborar e publicar instrumentos normalizadores como um Código de Ética e publicizá-lo através de Resolução, podendo alterá-lo quando necessário, de forma a acompanhar as evoluções tecnocientíficas, conforme fazem os Conselhos Federais profissionais pertencentes à área de saúde brasileira. Afinal, como declara Pegoraro: “Como todos os saberes, também a ética é temporal: uma tentativa, sempre provisória, de ordenar e orientar os comportamentos humanos”^{105:39}.

Desafios profissionais

Mesmo com o passar do tempo e os avanços tecnológicos no meio médico e militar, permanece viva a discussão sobre a questão dos conflitos ético-profissionais de médicos militares em tempos de conflitos armados. Temas como as atividades médicas frente às pressões militares de hierarquia de comando, o emprego da violência e a possibilidade sempre vigente da escassez de recursos (humanos/materiais) relativa ao processo decisório, incluindo dilemas bioéticos^{33,37,38}, são focos de estudo conforme já afirmado anteriormente.

Da mesma forma, o enfrentamento de complexas situações de cunho ético-profissional em todos os âmbitos médicos vem sendo relatados. É o que escreve Durand^{76:262} sobre os desafios da atual prática médica, em geral. Alicerçando seu pensamento, na obra de Bruno Cadore, discorre sobre o que denomina de “triplo excesso de responsabilidade” da prática médica:

- a) a interferência do doente no tratamento, quando se abre o campo da medicina do desejo, na busca do bem-estar subjetivo e ilimitado;
- b) o tratamento escolhido que pode desencadear repercussões sociais;
- c) a possibilidade de manipular o futuro da humanidade.

Quanto aos desafios para a profissão no futuro, autores como Stepke^{98:139-40} e Gracia^{87:299-301} apesar de diferentes abordagens, convergem em suas suposições quanto à necessidade de equilibrar as aspirações de mercado com as demandas éticas. Enquanto para Stepke, o desafio consiste em se ter uma instituição economicamente sustentável, eticamente sólida e socialmente satisfatória^{98:154-5}, uma vez que se encontra baseada nos sintagmas “medicina baseada em provas”, “medicina centrada no paciente” e “medicina do desejo” para Gracia, é essencial a responsabilidade jurídica dos profissionais pelas suas atividades e da aspiração à excelência, tanto do indivíduo como profissional, quanto das instituições profissionais. Para este autor o desafio do médico, no futuro, será a forma de gerir o poder de sua corporação. Especialmente, o monopolismo e a “ética especial”.

Apesar da especificidade, os conflitos éticos-profissionais enfrentados no desempenho das atividades, não são privilégio do médico militar. Estas são algumas das questões impactantes para a medicina do século XXI que também poderão afetar o médico militar.

A intensidade e a forma de enfrentá-las poderão ser diferenciadas, mas estarão presentes no cotidiano da prática médica, especialmente em um país que preza a Paz. Ao Corpo de Saúde militar brasileiro que assiste à saúde do militar brasileiro caberá ainda, de maneira especial àqueles que integraram a carreira militar, definir rumos e condutas sobre

pesquisa e emprego de inovações tecnocientíficas para atuar, tanto em combate quanto em ações cívico-sociais. Participará em processos decisórios sobre armas de ataque ou defesa.

Como já mencionado em parágrafos anteriores, paradoxos e dilemas ético-profissionais vivenciados pelo médico militar referentes ao encontro dos *ethos* médico e militar, são temas recorrentes na literatura especializada^{37,40,55,57}, em tropas de países envolvidos, frequentemente, em conflitos civis, assimétricos ou em guerra convencionais. Nas guerras convencionais, o médico militar poderá se deparar com dilemas sobre os cuidados com o combatente (como preservar a Força, manter o moral); com questões de justiça distributiva e triagem (escassez de recursos médicos; experiência/conhecimento); acerca da neutralidade médica (preservação do pessoal de saúde; das instalações de saúde; cuidados médicos) e específicos da Bioética (consentimento informado; confidencialidade; eutanásia no campo de batalha). E, na guerra não-convencional, a tortura (tortura para interrogação; tortura passiva) e tratamento dos feridos; desenvolvimento de armas não-convencionais (armas químicas; biológicas; não-letais).

O Brasil é um país declaradamente pacifista, sem pretensões expansionistas territoriais e signatário de contratos universais de promoção da paz. Nossas F.F.A.A. desempenham papel dissuasório frente ao cenário regional. Logo, o cotidiano profissional de seu Corpo de Saúde militar, e, em especial do médico militar brasileiro, não é o descrito pela maioria dos estudos acadêmicos internacionais publicados.

As questões éticas do médico militar brasileiro, em tempos de paz, são referentes:

- a) às ações humanitárias e de paz: assistência a populações vulneráveis, em locais longínquos; missões operativas em desastres antropogênicos e ambientais - atividades em populações vulneráveis sem supervisão;
- b) à assistência ao militar e à sua família: perícia médica-profissional; priorização do atendimento conforme a hierarquia militar; realizar ações do cotidiano com cunho político – ser eficiente, eficaz e gentil, almejando a autoprojeção em detrimento do trabalho em si.

Em tempos de paz, o reconhecimento do médico militar brasileiro estará atrelado à sua atuação junto à sociedade como um todo e pela produção científica de conhecimentos científicos, como parte de suas atividades. É preciso que esses profissionais produzam conhecimentos científicos e os divulguem em meios acadêmicos, para obter especialização e reconhecimento social das atividades desenvolvidas. E isto inclui, o desenvolvimento ético-moral da atividade em si. Um dos desafios éticos da atividade médica militar em nosso país, nos próximos anos, portanto, é falar sobre a sua ética profissional. Atitude que não deve ser postergada em razão do papel ocupado pelo Brasil no cenário mundial. Outra razão são os

rápidos avanços tecnocientíficos tanto para o emprego no cotidiano das instituições de saúde militares quanto em situações de exceção, como nos desastres antropogênicos/naturais.

Segundo Freidson^{58:242}, o profissionalismo não contempla segredos de negócio e direito de propriedade. Para que a atividade profissional seja inoculada com o espírito da transparência, as decisões devem ser abertas rotineiramente à inspeção e avaliação e, para isso, é crucial a revisão pelos pares. Sugere então, que sejam empreendidos estudos periódicos na própria organização e na operação das formas variadas de revisão pelos pares.

O militar brasileiro hoje responde ao Estatuto dos Militares, publicado em 09 de dezembro de 1980 (Lei nº 6.880/80), documento que abrange as diretrizes militares, profissional e ética. Por outro lado, o profissional médico que opte por ingressar na carreira militar teria seus preceitos ético-profissionais não homogêneos, pois estaria vinculado, outrossim, à conduta profissional militar assimilada após a de sua formação original. A realidade posta é a de que o médico militar, que opte por atuar somente nas instituições militares (não possuindo consultório particular, por exemplo), ao comprovar sua situação através de documento estipulado pelo órgão de regulação médica (ANEXO E) responderá unicamente aos preceitos militares, conforme a Lei nº 6.681, de 16 de Agosto de 1979. De acordo com Brandão¹⁰³, essa norma trata das atividades que esta corporação desempenha decorrentes ou não do exercício militar e o médico militar estará sujeito a ações disciplinares e jurisdicionais decididas e aplicadas pela Força Singular a que pertence. Este mesmo autor assinala que, tal conflito de jurisdição é mais evidente em Hospitais e Policlínicas Militares que “não se subordinam aos mecanismos disciplinadores dos Conselhos Regionais representativos da classe médica.” Esclarece ainda em seu texto que os órgãos fiscalizadores médicos podem ter ação sobre o médico militar quando a atividade em evidência tenha sido executada fora de sua condição militar, mas que existe a possibilidade dos referidos órgãos profissionais formalizarem acusação para problemas relativos à ética e moralidade (Figura 3). A autoridade militar, face à denúncia/pedido, poderá solicitar a instalação de um Conselho de Justificação^{XXIX}, que redundará em perda do posto/patente daquele oficial.

Um paradoxo decorrente da opção do tipo de vinculação, em ser ou não médico estritamente militar. O Comitê de Ética Médica implantado nas instituições militares de saúde possui atribuições, dentre outras, de nível opinativo, educacional e fiscalizador com relação às questões éticas naquele local. São instâncias de apoio à decisão àquela Direção¹⁰³.

^{XXIX} Conselho de Justificação: contido na Lei nº 5.836/72 - “Dispõe sobre o Conselho de Justificação e dá outras providências”. Instrumento imprescindível para a destituição de posto e da patente.

Por respeitar a Resolução CFM nº 1.657/2002, de 11 de dezembro de 2002¹⁰⁶, publicada, em 20 de dezembro de 2002, que “Estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências”, a instituição de saúde militar mantém “subordinação” ao Conselho Médico Regional (CRM) apesar de, em seu artigo 2º prescrever:

Art. 2º As Comissões de Ética são vinculadas ao Conselho Regional de Medicina e devem manter a sua autonomia em relação às instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento¹⁰⁶.

No caso do autor da situação conflituosa ter-se declarado oficialmente como médico militar, em caráter restrito, perante a seu Comando Militar e também aos Conselhos fiscalizadores da Medicina, os Conselhos Médicos não terão ação direta frente à esta situação.

Esses podem ser desafios éticos para a corporação médica militar. Ao considerarmos a *mobilidade enquanto temporalidade*^{xxx} da ética militar brasileira frente à complexidade dos combates contemporâneos, da realidade do soldado profissional e do militar de carreira e da ética como representação de nossa humanidade, não cabe mais não nos dispormos ou adiarmos a análise das normas.

O Conselho Federal de Medicina publicou seu Código de Ética - abril de 2010, após 20 anos de vigência do anterior¹⁰¹ e tem atualizado suas normas profissionais, procurando dar conta ou adiantar-se aos avanços tecnocientíficos das áreas biológicas e de saúde. Quanto às Leis no 6.681/79¹⁰⁴ e no 6.880/80²⁹, estão vigentes há mais de 30 (trinta) anos. Este descompasso temporal entre as normas acima citadas torna-se relevante devido, por exemplo, ao desenvolvimento biológico e de tecnologias militares a partir da década de 80.

Segundo Almeida¹⁰⁷, foi neste período que a invenção da biotécnica de DNA recombinante e a técnica da manipulação genética foram reunidas, impulsionando a conexão com a guerra¹⁰⁸, mediante a obtenção de armas de destruição em massa mais sofisticadas. Acrescenta-se ainda as mudanças nos tipos de conflitos e na rediscussão da Teoria da Guerra Justa e dos consensos internacionais. Marchon³³ escreve a este respeito:

A Convenção de Genebra parece contrastar com o fato de o médico estar uniformizado, submetido à cadeia de comando e obrigado a obedecer a ordens. Além disso, ainda interage no dia-a-dia com seus companheiros de armas e a constatação implícita de uma dependência mútua de proteção entre o médico e o militar de arma que garante maior probabilidade de manter suas integridades físicas.

^{xxx} Mobilidade enquanto temporalidade: para o filósofo Olinto Pegoraro^{105:66}, o tempo não existe em si; apenas reflete a duração das coisas.

Esses novos fatores emergem em conflitos armados³³.

Os princípios éticos aplicados hoje podem não ser possíveis de aplicação amanhã em razão da natureza e das situações especiais decorrentes dos mesmos, como o emprego de armas robóticas de controle remoto em combates e o aprimoramento humano^{109:117-31}. Desde os anos 50/60 a interação homem-máquina preocupava Norbert Wiener, filósofo e matemático visionário, em sua obra “Cibernética e sociedade: o uso humano de seres humanos”. Nela foram expostas embrionárias preocupações éticas quanto à aplicação comercial das máquinas automatizadas e o que delas decorreria, como desemprego em massa ou a aplicação para fins pouco nobres como o combate ou ainda, a exploração de outros seres humanos por seres humanos, máquinas ou humanos-máquinas. A História concretizou ou descartou algumas. No entanto, outras preocupações surgiram como o receio de permanente mudança estrutural, fisiológica ou de inteligência da espécie humana ou a destruição deste Planeta ou da erradicação definitiva da vida humana como ela é¹¹⁰, em consequência da busca por armas de destruição em massa.

Portanto, torna-se imperativo que as diretrizes ético-morais da profissão militar brasileira, em especial, de seu Corpo de Saúde contenham dispositivos sinalizadores/reguladores que façam frente às inovações, como as biotecnologias, por exemplo. Com referência ao tema, foi publicada pelo Ministério da Defesa, em 07 de março de 2013, a Resolução nº 585, que “Aprova as Diretrizes de Biossegurança, Bioproteção e Defesa Biológica do Ministério da Defesa”¹¹¹. No entanto, nela ainda não consta a necessidade de membros integrantes da Comissão estarem capacitados academicamente, na área de Ética Aplicada ou em Bioética, nem determina ações de monitoramento ou assessoria éticas, internas ou externas. Esta necessidade se justifica, primordialmente, por se tratar de regular uma área atinente à Ética Aplicada (pesquisa com seres humanos, biossegurança, bioproteção, saque) que contempla a participação conjunta de eticistas e de especialistas do campo específico do conhecimento.

Segundo Cortina⁷⁵, em uma sociedade pluralista moderna, as Éticas Aplicadas como a Bioética e a Ética das Profissões devem conhecer a moral cívica, os valores cívicos (básicos) que aquela sociedade tem em conta. A capacitação acadêmica de profissionais nestas áreas e o efetivo emprego de seus conhecimentos nestas ações, refletem o cuidado com seu caráter ético-moral.

É preciso conhecer o que aquela atividade traz à sociedade para estabelecer as respectivas medidas protetivas, além de conhecer os valores e hábitos para distinguir entre

aqueles que se quer adotar ou descartar para atingir os objetivos. Soma-se ainda, os fundamentos da Bioética como ponte entre a Ética e a Ciência⁷⁴, além dos requisitos dispostos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e a decorrente implantação dos Comitês de Ética em Pesquisa em instituições de saúde em todo o território nacional.

Iniciativas, como a criação de Comitês de Ética Médica¹⁰⁶ e de Ética em Pesquisa¹⁹ em instituições militares, indicam passos seguros na procura de mecanismos que ao mesmo tempo, garantam o sigilo necessário nas pesquisas dual-militar-sensível e, ainda, possibilitem aos militares responsáveis pela tomada de decisão, medidas educativas e punitivas. O Comitê de Ética em Pesquisa é integrado ao Sistema Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos^{XXXI} (CONEP). O Brasil, ao instituir o sistema CEP-CONEP deu um salto qualitativo inquestionável, no que se refere à proteção do sujeito de pesquisa e a sociedade como um todo. Mas, ainda é necessário avançar mais, principalmente quanto se trata de pesquisas classificadas como de caráter dual, militar e/ou sensível.

Constata-se, portanto, que decisões protetivas têm sido tomadas. Mas, estabelecer a eticidade/moralidade das pesquisas no emprego de inovações tecnológicas na área de saúde, em normas institucionalizadas, não se constitui tarefa de fácil realização. Seja nos meios civil ou militar. Faz-se necessário manter sempre em mente as ocasiões, nas quais, o soldado adotou a Ciência e abandonou seus valores, suas virtudes e sua humanidade, tornando-se apenas mais um instrumento dentre outros - destinado a matar.

^{XXXI} Sistema CEP-CONEP: projeto de pesquisa apreciado pelo CEP – Comitê de Ética em Pesquisa (instância comum deliberativa, consultiva, normativa, educativa e de monitoramento) e à CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (instância revisora e especial para apreciação de certos temas), ambos com composição multidisciplinar, com pessoas de ambos os sexos e assegurada a representação de usuários e de gestor da saúde¹⁹.

SUPORTE EMPÍRICO - O RETRATO ÉTICO-SOCIOLÓGICO DE UM GRUPO DE MÉDICOS MILITARES BRASILEIROS

O *ethos* de uma profissão é expressado pelo conjunto das singularidades individuais daqueles que exercem determinado ofício. Este Capítulo possibilita olhar o *ethos* do médico militar pela sua própria visão e expectativas. Para isso, os depoimentos colhidos foram analisados conforme a metodologia descrita no CAPÍTULO 1.

Duas observações são dignas de nota e merecem registro. A primeira diz respeito, aos termos aqui empregados quando feita a menção aos postos hierárquicos das Forças Armadas. Serão empregadas as palavras *Major*, *Tenente-coronel*, *Coronel* e *General* como designação genérica as três F.F.A.A. (ANEXO A), por serem termos conhecidos pelo senso comum com vistas à preservação do anonimato dos médicos entrevistados. A segunda se refere à Parte II do instrumento de pesquisa, onde todas as questões tinham opções dispostas em letras A, B e C, devendo ser assinalada pelo entrevistado aquela que mais correspondesse à sua visão de mundo. Sua construção foi baseada no Quadro 4 (ANEXO C) e por isso cada uma das letras correspondia às características da profissão militar, da profissão médica e a mescla de ambos, às atividades do médico militar. A letra D foi reservada às excepcionalidades ou à singular compreensão do entrevistado. As respostas obtidas foram mantidas como *Outros* e descrito seu conteúdo, sem esforço para adaptá-la às outras opções, por considerar a excepcionalidade relevante de algumas.

O grupo entrevistado

Como já referido anteriormente, o estudo contou com nove médicos militares do sexo masculino e três do sexo feminino. Todos ingressaram na carreira militar através de concurso público, da ativa, lotados em uma instituição de saúde de uma das Forças Singulares. Com relação ao maior número de entrevistados do sexo masculino, merece que se façam duas considerações. Apesar da progressiva feminização de vários setores da sociedade produtiva brasileira, incluindo a profissão médica^{9,16,17}, as mulheres ainda são em número menor que os homens em algumas corporações. No Brasil, de acordo com referência já citada¹⁶, 59,18% dos médicos são do sexo masculino e 40,82% do sexo feminino, em 2013. Além desses percentuais, acrescenta-se o fato histórico da corporação militar brasileira ter passado a integrar o sexo feminino em suas tropas, como elemento permanente, há pouco mais de 30

anos^{25,112}. Como curiosidade, no ano de 2012, chegou ao Generalato brasileiro a primeira mulher, no posto de Contra-Almirante (ANEXO A) e ela é médica militar¹¹³.

Do grupo, cinco deles prestaram concurso e ingressaram no meio militar no primeiro ano após o término da graduação em Medicina e os demais, de 1 a 5 anos, após o término do Curso.

Dentre os motivos para integrar a carreira militar como médico, os seguintes foram elencados:

- a) Local onde realizou parte de sua formação foi o motivo de M10 ter ingressado na carreira militar:

“Ter realizado o internato no hospital e gostar do ambiente de trabalho” (M10)

- b) Profissão do pai ou familiares, influência do pai, parentes, amigos:

“Foi o acaso, fiz prova para testar se passaria num concurso médico para minha especialidade, ao passar meu pai me instruiu da importância desse tipo” (M6)

“[...] e influência familiar” (M8)

- c) Desejo de servir à pátria em uma profissão de desafios:

“Possibilidade do serviço à comunidade” (M2)

“Admiração pelo militarismo” (M4)

“[...] e poder exercer função militar em missões eventuais” (M9)

“[...] estar servindo ao País e ao próximo” (M12)

Já referido no texto anteriormente³³, a decisão do médico em ingressar na corporação militar demanda complexa decisão moral ao se considerar a dupla lealdade e redução da autonomia. Algumas condições são determinantes para a escolha. Dentre elas^{94:105}, encontra-se a estrutura da organização com suas particularidades, pois a disciplina militar requer obediência irrestrita ao comandante em situações de crise e é a hierarquia militar que determina níveis de autoridade e subordinação. O médico militar brasileiro como os demais militares, do mesmo modo, não usufrui de alguns direitos trabalhistas universais, como remuneração diferenciada de trabalho noturno em relação ao diurno, repouso semanal

remunerado ou limite da jornada de trabalho de oito horas com remuneração das horas excedentes¹¹⁴.

d) As condições da vida militar assinaladas como importantes para a escolha e ingresso na carreira conforme as seguintes afirmações são: “*Hierarquia e disciplina*” (M1), “*Estrutura organizacional hierárquica e da disciplina*” (M2) e “*Disciplina*” (M3).

e) Outro motivo relevante para a decisão de integrar o meio militar refere-se à estabilidade profissional, no que tange à segurança financeira e previdenciária, pois 08 dos 12 entrevistados o citaram:

“*Estabilidade, previdência [...] Adequado ambiente de trabalho.*” (M2)

“*Emprego estável, com plano de carreira e boa aposentadoria associada a boas condições de trabalho na medicina.*” (M3)

“*Na época, pelo salário. Pecúlio.*” (M4)

“*Segurança financeira.*” (M5)

“*...e organização com remuneração adequada (no início de minha carreira).*” (M6)

“*Estabilidade profissional com boas condições de trabalho (tecnologia).*” (M7)

“*Estabilidade, previdência...*” (M8)

“*Possibilidade de atuar em medicina de qualidade [...] com emprego fixo.*” (M9)

No relatório estatístico realizado por Neri, “*Perspectivas Profissionais – nível superior e técnico*”^{52:8}, foi delineado o *ranking* de 48 carreiras universitárias, tomando-se como base um homem de 49 anos que habitaria na cidade de São Paulo, numa análise multivariada. E as profissões médica e militar integraram as que possuíam interessantes índices nos quesitos salário e previdência, conforme se observa no Quadro 1. Logo, a associação delas poderia ser atrativa ao recém-formado, fato que se confirmou nas falas dos entrevistados.

Quadro 1 – Perspectivas Profissionais entre as Carreiras Médica e Militar no Brasil em 2013

Categoria	Ranking	Salário	Previdência	Ocupação	Carga Semanal
Médico	1º	R\$ 8.459,00	93,38%	97,07%	41,94
Militar	5º	R\$ 7.695,84	97,13%	90,63%	41,91

Fonte: Neri^{52:8}

Para Machado^{17:186}, há “uma nova proposta tendência na concepção profissional – mais normatizada burocraticamente, com definições de horários, rotina e processo de trabalho.”; “o médico concentraria todas as suas atividades e teria salário compatível com

suas aspirações de consumo. Características de função comercial que se encerra no final do “expediente”.

Porém, há a condição de *Dedicação Exclusiva*, no sentido de estar sempre em prontidão, em horário integral^{12,115,116}, característica da vida militar. Motivo pelo qual se configura a dependência do militar de seus vencimentos e a dificuldade para reinserção no mercado de trabalho ao passar para a inatividade¹¹⁴. Isto somente ocorrerá somente aos médicos militares que fizeram a opção em exercer suas atividades, de maneira exclusiva, na corporação militar. Com relação ao grupo entrevistado a situação descrita acima não se concretizará, uma vez que todos afirmaram possuírem outras fontes de remuneração, complementares. Nenhum deles declarou-se como *médico estritamente militar*.

Portanto, todos eles conciliam a prática médica militar com atividades profissionais médicas, externas ao âmbito militar. Essa condição é lícita e prevista na legislação vigente^{26,29}.

Quanto às movimentações (transferências), dentre as características da profissão militar, existe a prerrogativa que o profissional deverá estar em regime de disponibilidade permanente ao serviço assim como ser suscetível à mobilidade geográfica, a qualquer momento¹¹⁵.

Motivadas por conveniência ou oportunidade da Força Singular ao qual esteja vinculado, são constantes as transferências entre Unidades Militares. As transferências de médicos militares podem estar vinculadas à:

- a) especificidade do ato médico (especialidade; local compatível para desempenho da ação médica);
- b) especificidade da carreira militar: realizar cursos da carreira militar (exemplo: requisitos para progressão);
- c) especificidade da medicina militar: participação em missões (exemplo: missões de paz).

As movimentações de pessoal entre unidades militares, no grupo pesquisado, foi uma realidade encontrada. Cinco deles nunca foram transferidos de unidades. Dos demais, quatro foram duas vezes e três relataram ter sido transferidos uma única vez. Também não houve relação entre tempo de serviço e número de transferências. Médicos com 4, 10, 17, 22 e 30 anos de serviço nunca foram movimentados de unidade, conforme o Quadro 2.

Quadro 2 – Número de transferências e tempo de serviço no grupo entrevistado

Médico	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
Número de Transferência	2	1	2	1	-	-	-	-	1	-	2	2

Fonte: Dados compilados pela autora através dos resultados obtidos na pesquisa de campo, em 2014.

Freidson^{11:135} pondera que o trabalho integral em um hospital é prejudicial ao médico. Para o autor a prática médica se mescla à rotina hospitalar e acarreta ao médico perda de sua autonomia. Ele pode ter dificuldades em formar uma clientela externa e gerir um consultório particular, por exemplo. Ao contrário desta assertiva, no caso específico do médico militar, isso de certa forma o preserva de quebrar o vínculo estabelecido na relação de confiança médico-paciente (referência que é em necessidades de saúde), em razão de afastamento, permanente ou temporário, para cumprimento de uma missão ou transferência de unidade.

A relação médico-paciente, em geral, é circunstancial e será focada no texto, mais adiante. Além dos eventuais agravos à saúde, o contato médico-paciente é predeterminado pelas avaliações periódicas de saúde para todos os militares, pericial (avalia capacidade para o combate) e decorrentes das mobilizações compulsórias entre unidades militares. O médico militar ao ser transferido não sente “abandonar” seus pacientes quando são familiares de militares ou os próprios, pois essa possibilidade já era prevista e esperada por todos – tanto o médico quanto seus pacientes (constituídos de seus companheiros de farda ou de familiares de militares) são conhecedores de como se desenvolve a carreira militar.

Além disso, em razão da autoridade militar, do estado disciplinar e da camaradagem, sua substituição será logo assimilada, quer seja pelos colegas que assumirão seu posto ou atividades, ou pelos pacientes/clientes. Tal fato independe de suas vontades, pois de acordo com um dos adágios militares: “Missão dada é missão cumprida” e todos compreendem isso.

O texto a seguir, expõe as Categorias elaboradas a partir da visão acerca da profissão e de si mesmo enquanto profissional, do grupo entrevistado. A categorização realizada decorreu da classificação analógica e progressiva dos elementos encontrados¹⁸ e originaram três Categorias Terminais (I- Ideal de serviço e relações profissionais; II-Responsabilidade Cívico-Social; III- Desafios Ético-Profissionais), resultantes do reagrupamento de categorias de generalidade mais fraca.

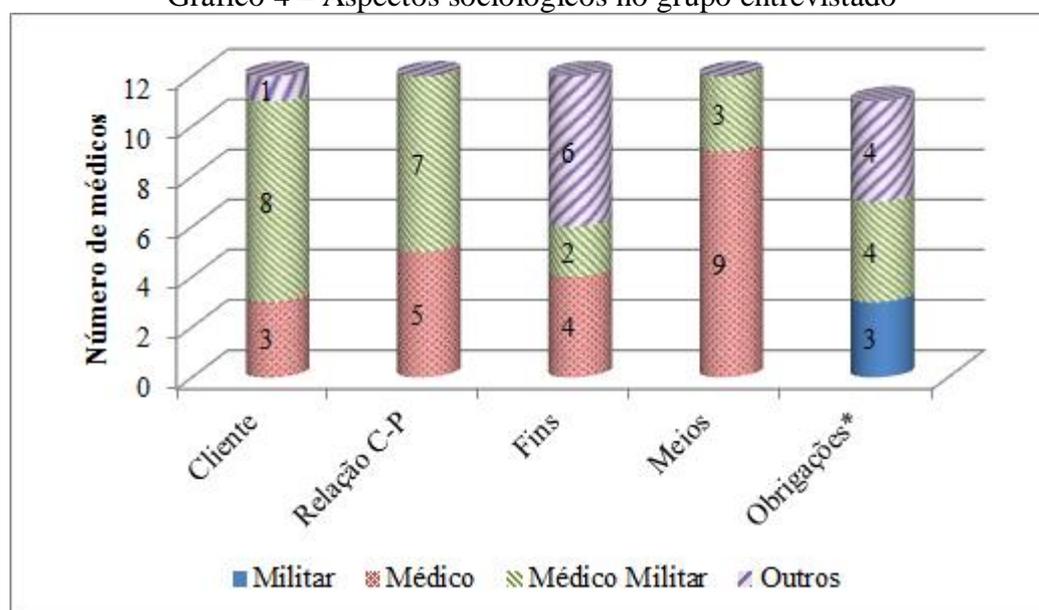
As categorias foram montadas utilizando dados/informações das Partes II e III do levantamento realizado (APÊNDICE A).

É essencial pontuar que por impossibilidade metodológica, a análise se restringiu, exclusivamente, à visão do grupo entrevistado. Nenhuma generalização a todos os médicos militares brasileiros pode ser admitida.

Categoria I: ideal de serviço e relações profissionais

A partir das respostas obtidas na pesquisa de campo, foi construído o Gráfico 4 que aborda os aspectos sociológicos, objeto desta discussão. A perspectiva apresentada tem o foco nos aspectos sociológicos e como estes se comportam em relação às características das profissões militar, médica e da medicina militar.

Gráfico 4 – Aspectos sociológicos no grupo entrevistado



CP – cliente-profissional.

Obrigações*: 1 médico não respondeu a este quesito

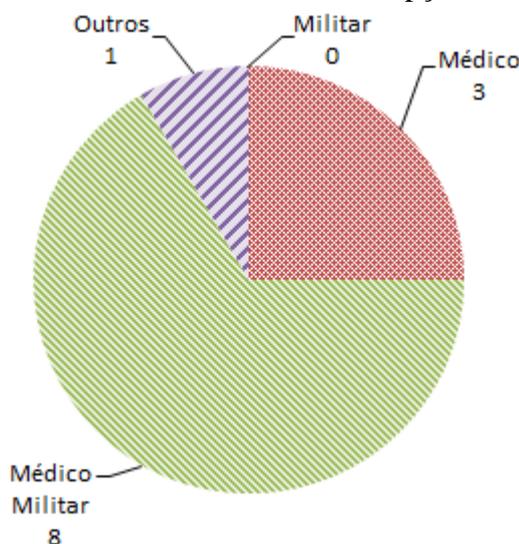
Fonte: Dados compilados pela autora através dos resultados obtidos na pesquisa de campo, em 2014.

Quanto à questão “Quem é o cliente?” (Gráfico 5):

- Oito selecionaram a alternativa B que correspondia às características do médico militar (O paciente individual e através dele a sociedade como um todo ou o Estado, dependendo da contingência);
- Três selecionaram a opção C que correspondia ao médico civil (O paciente individual e através dele a sociedade como um todo);
- Um escolheu a alternativa D - Outros (Mx: “*Militar (da Força) e seus dependentes.*”)
- A opção A (O Estado) correspondente à profissão militar não foi selecionada.

De acordo com a literatura consultada, o cliente da profissão militar é o Estado e o cliente do médico é o paciente, e por extensão dele a sociedade⁴¹.

Gráfico 5 – Cliente do médico militar na concepção dos entrevistados



Fonte: Dados compilados pela autora através dos resultados obtidos na pesquisa de campo, 2014.

Conforme indica o Gráfico 5, observou-se que a escolha de alternativa que relacionava os aspectos sociológicos à profissão militar exclusivamente, não foi selecionada. Tal fato converge com o pensamento de Huntington^{12:27} quando este não considera o médico como combatente em razão de sua formação não ter expertise para administrar a violência como a do militar. Logo, por este raciocínio, o médico não poderia ter o Estado como cliente, pois seu cliente é o paciente individual ou a sociedade.

Dos doze entrevistados, três selecionaram a opção que correspondia ao médico civil e oito a do médico militar. Ambas as opções afirmam que o cliente do médico militar é o paciente individual e a sociedade, mas a mais selecionada foi aquela com o acréscimo “[...] e o Estado, dependendo da contingência”. Logo, parte significativa do grupo entende que seu cliente é o paciente individual ou a sociedade, mas igualmente poderá ser o Estado conforme a situação contingente.

É importante ressaltar que foram identificados dois clientes referentes às atividades da medicina militar: por missão profissional é o militar/família e a sociedade (público/ACISO-Estado) e o cliente externo (privado – consultório/empresa).

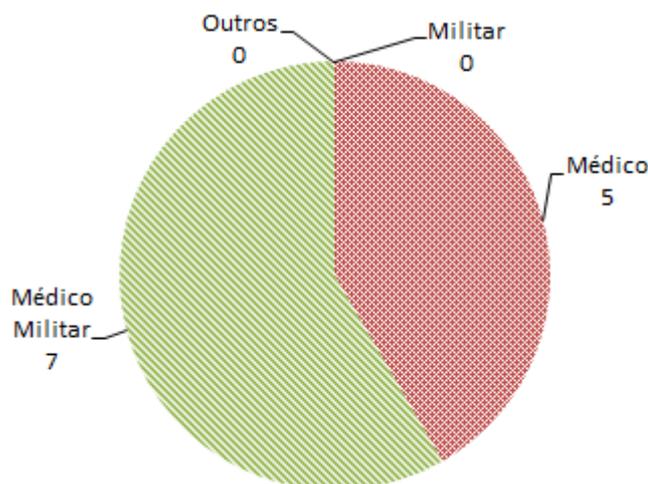
Identificado o cliente, as respostas às interrogativas “Qual a natureza da relação cliente-profissional?” e “Quais os meios, os fins e as obrigações profissionais” possibilitaram verificar qual é a orientação para o serviço para a medicina militar, na visão do grupo

entrevistado, pois esta orientação diz respeito às recíprocas relações, estabelecidas por regulações e regulamentações, entre o corpo profissional e o cliente de forma a sanar anseios e expectativas de ambos (Gráfico 4).

Quanto à natureza da relação cliente-profissional (Gráfico 6):

- a) Sete assinalaram a letra C (Pode ser de subserviência à sociedade, do paciente ao médico ou uma relação onde a responsabilidade e a autoridade sejam negociadas ou impostas conforme a contingência) correspondente à medicina militar;
- b) Cinco entrevistados optaram pela letra B (O paciente pode ser subserviente ao profissional médico. Porém a relação envolve compartilhar responsabilidade e autoridade. Em casos de emergência, ambos, paciente e profissional aceitam, rejeitam ou terminam a relação profissional. Nenhum tem o direito de impor-se ao outro) que corresponde ao médico civil;
- c) Nenhum assinalou a letra A (Subserviência à sociedade. Está direcionada para responder ao comando da autoridade do governo; deve responder com absoluta obediência a qualquer comando legal) relativa à profissão militar nem a alternativa D (Outros).

Gráfico 6 – Natureza da relação Cliente-Profissional na concepção dos entrevistados



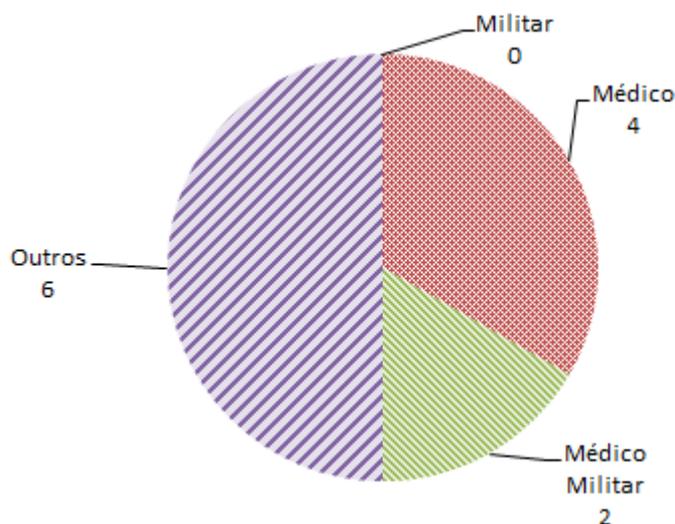
Fonte: Dados compilados pela autora através dos resultados obtidos na pesquisa de campo, em 2014.

A partir da determinação de que o cliente é o paciente individual ou a sociedade, mas poderá ser o Estado conforme a situação contingenciada, novamente as respostas encontradas mantém coerência entre elas. Para o grupo, há convergência de todos os entrevistados quanto a ser uma relação de subserviência à sociedade, do paciente ao médico e, divergência de cerca de metade deles quanto à responsabilidade/autoridade poderem ser negociadas ou impostas conforme a contingência evidenciando o conflito constante.

A atividade fim de uma profissão, por sua vez, é a própria razão de sua existência. A necessidade e o reconhecimento social daquele serviço determinam a manutenção ou extinção de determinado ofício no meio social. Apesar de quatro entrevistados terem optado pela alternativa referente aos fins da profissão na vida civil e apenas dois entrevistados terem selecionado o item referente ao seu papel precípua da medicina militar, a leitura da letra D-Outros, escolhida por outros seis e o conteúdo da justificativa, confirmaram o conflito existente, pois se dividiram equitativamente entre as alternativas referentes à medicina civil e à militar quanto aos fins de suas funções.

É possível verificar tais considerações através do Gráfico 7 e a seguir, da descrição dos achados.

Gráfico 7 – Fins da profissão na concepção dos entrevistados



Fonte: Dados compilados pela autora através dos resultados obtidos na pesquisa de campo, em 2014.

Com relação aos fins da atividade médica militar (Gráfico 7):

- Nenhum assinalou a letra A (Responsável por garantir a segurança necessária à sociedade, a defesa da Constituição nacional e aos princípios básicos da sociedade brasileira), correspondente ao combatente.
- Dois dos entrevistados optaram pela letra B que correspondia à medicina militar (É responsável por minimizar danos maximizando o potencial de saúde do corpo como arma humana de ataque e defesa, de forma a garantir a segurança necessária à sociedade ao preservar ou estabelecer a paz e a soberania nacionais mesmo que seja necessário o uso da força);

- c) Quatro assinalaram C (A profissão médica brasileira é somente uma das muitas agências sociais que são responsáveis por assistir indivíduos e sociedade a resolverem seus problemas de saúde), com correspondente à medicina civil e,
- d) Seis optaram por D- Outros:

“Desenvolvimento teórico e formação profissional.” (M1)

“Manter o combatente em condições operacionais.” (M2)

“B (teoria) + C (prática).” (M4)

“Cuidar da saúde dos militares e seus dependentes, para que os mesmos possam realizar a missão.” (M5)

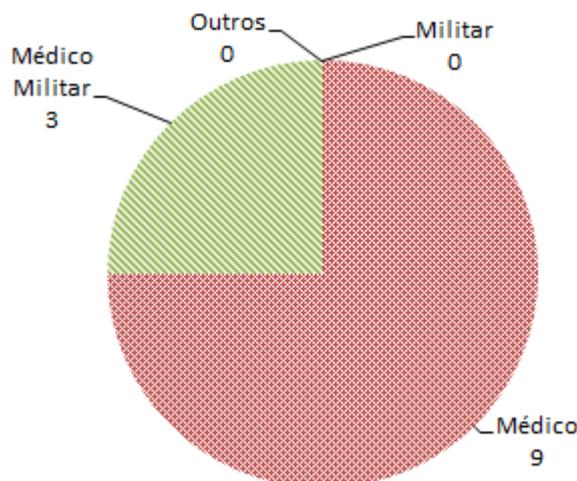
“Principalmente ou na maior parte do tempo o item C e, em algumas situações, o item B.” (M11)

“Hoje em dia, existe a necessidade da interação interagência.” (M12)

Com relação à interrogativa “Quais são os Meios da Profissão?” (Gráfico 8):

- a) Nenhum escolheu A (Estratégia, inteligência e até a violência ou a ameaça da violência em maior escala) que correspondia à carreira militar ou D- Outros;
- b) Nove deles assinalaram a letra C (Baseia-se na tecnologia científica e na relação cooperativa entre médico e paciente), que correspondia à medicina civil;
- c) -Três fizeram a opção por B (Baseia-se na tecnologia científica e na relação cooperativa entre o médico e o paciente, mesmo que seja empregada a estratégia, a inteligência e a violência ou suas ameaças), correspondente à medicina militar.

Gráfico 8 – Meios da profissão na concepção dos entrevistados



Fonte: Dados compilados pela autora através dos resultados obtidos na pesquisa de campo, em 2014.

Portanto, a análise do levantamento em relação aos meios indicou que o *ethos* do médico militar é predominantemente médico e não militar (Gráfico 8).

Portanto, as respostas quanto ao cliente, natureza da relação cliente-profissional indicam a predominância do papel médico militar seguido do papel civil, entretanto as respostas sobre fins e meios já sinalizaram para a predominância do papel civil sobre o de médico militar.

Com relação à pergunta “Quais são as obrigações do médico militar?” (Gráfico 9):

- a) nenhum assinalou a alternativa C (Pode escolher o local e a natureza de suas práticas e a quem oferecer suas habilidades. Apenas nos caso de emergências médicas estará obrigado a oferecer os seus serviços), destinada às obrigações do médico civil.
- b) Um não respondeu qualquer uma das alternativas;
- c) Três assinalaram a opção A (Pode ser condenado a sacrificar sua saúde em nível físico e mental ou sua vida, a fim de alcançar um objetivo profissional. Deve obedecer a ordens específicas), que correspondia às obrigações militares;
- d) Quatro optaram por B (Pode escolher o local e a natureza de suas práticas e a quem oferecer suas habilidades, respeitando o determinado pelo objetivo da missão); correspondente às obrigações do médico militar;
- e) Quatro assinalaram a alternativa D- Outros, como segue:

“Seria B, sem poder escolher a quem oferecer suas habilidades médico militar. O grupo a ser atendido dependerá do comando” (M3)

“Respeitando o regulamento, em nível hierárquico promover a saúde dos militares e seus dependentes ou mesmo em missões a civis necessitados, empenhando a sua melhor capacidade técnica.” (M6)

“Cuidar dos militares em tempos de paz de guerra e paz e de seus familiares/dependentes” (M8)

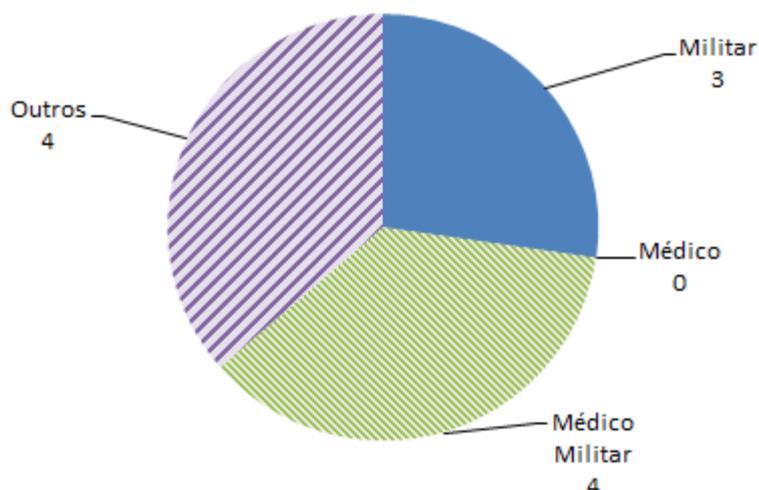
“A + B com ressalvas.” (M10)

A discussão sobre o Gráfico 4, visto anteriormente, expôs fatos importantes que remetem ao ideal de serviço, às relações profissionais e até aos dilemas profissionais.

Percebe-se um paradoxo entre as respostas Cliente, Natureza e Fins (médico militar + civil); Meios (civil); e, Obrigações (médico militar + militar) que leva a inferir sobre o conflito constante entre o *ethos* militar e o *ethos* médico, com tendência maior para o *ethos*

médico uma vez que somente nas respostas relativas às Obrigações, a alternativa referente ao médico civil não foi assinalada, ao passo que aparece marcada de forma significativa em todas as outras.

Gráfico 9 – Obrigações do médico militar na concepção dos entrevistados



Fonte: Dados compilados pela autora através dos resultados obtidos na pesquisa de campo, em 2014.

A condição de estar em período de paz ou de exceção foi de relevância para o posicionamento dos membros do grupo. Portanto, as falas indicam que em tempos de paz ou guerra, alguns membros do grupo de entrevistados pensam e agem como se médico civil fosse com relação a quem é o cliente e quanto à natureza da relação cliente-profissional; na guerra, o foco é a estratégia/tática.

Dois, dentre os entrevistados, não veem diferença alguma, seja na paz ou na guerra, da prática médica em si, nem da prática militar.

“Não vejo diferenças na conduta em tempos de paz ou guerra, tanto nas atribuições militares quanto médicas.” (M5)

“Não vejo a prática médica militar diferente do meio civil. A única diferença é o dever de cumprir tarefas/missões designadas fora da sua unidade de saúde de origem. No entanto, o ato médico é o mesmo.” (M8)

Como já referido, Marchon³³ escreveu sobre a corrente ética que defende ser a mesma conduta médica em tempos de paz ou exceção bem como a universalização das regras. Esta linha de pensamento corresponde à Ética Principlista (incorporou princípios deontológicos e

consequencialistas) ou à Ética das Virtudes. Para a autora, na guerra sempre há o risco de considerar o soldado-paciente como um fim em si mesmo (atitude simplória) ou considerar o soldado-paciente como um meio para atingir um fim (atitude atroz). Logo, segundo os adeptos dessa corrente ética a conduta médica deve permanecer inalterada, independente do período vivido de paz ou guerra. Quanto às virtudes morais, para Beauchamp e Childress^{74:495-9}, elas nos encaminham aos fins corretos, pois a sabedoria prática nos leva aos meios corretos para chegar aos fins.

Outros entrevistados também defendem que a postura ética deve ser mantida sem alteração salientando a confiança e o sigilo, como declararam M1, M2, M10 e M11:

“A ação do médico como técnico é semelhante tanto na guerra como em tempo de paz, no que concerne a relação com o paciente, levando-se em conta a conduta do médico frente a sua profissão (sigilo e confiança na relação profissional)” (M1)

“Não. Para ele é a mesma ética, em tempo de paz ou de guerra.” (M2)

“A única coisa que muda é a SEGURANÇA própria e do paciente.” (M10)

“Conduta, confiança, sigilo e altruísmo são condições da boa medicina civil ou militar em qualquer situação.” (M11)

Porém, dois entrevistados divergiram dos posicionamentos acima. Para eles, a conduta profissional do médico militar sofre alterações em situações de paz ou de conflitos, incluindo o sigilo e a confiança. Eis a fala de M9:

“Em tempos de paz o médico militar se comporta como se civil fosse, guardando todas as normas estabelecidas no código de ética médica. Em tempos de guerra, acredito que algumas coisas tem que se adaptar. O foco no paciente permanece, mas temos que relatar aspectos de saúde dos militares aos seus superiores e definir aqueles aptos à guerra ou que devam ser dispensados. Devemos respeitar a hierarquia no âmbito militar e médico, o foco passaria a ser a máquina de guerra.” (M9).

E, a seguir a fala de M12:

“Em tempos de paz os médicos seguem as normas do CFM, ANVISA e outros. Vejo isso nas áreas militares e civis. No meio militar, questões como conduta, confiança e sigilo são mais claras (tem como cobrar mais isso); no meio civil, é mais sombria, a indiferença é maior, na

forma de ação do médico. Em conflitos armados, o objetivo é minimizar as perdas de vida. É preciso mais cursos e preparo para a medicina de catástrofe, guerra.” (M12)

As falas destes médicos militares denotam a preocupação principal quanto à escolha por aquele soldado-paciente que tenha mais condições de continuar combatendo, ou seja, quando eles se deparam com princípios éticos conflitantes entre o *ethos* médico e o militar.

Segundo Marchon³³, as condutas em tempos de paz podem ser modificadas pela guerra, logo as premissas éticas devem ajustar-se a isso. De acordo com o pensamento desta autora, não serão mantidas as mesmas condições de exercício profissional em épocas de exceção, como na guerra. Por isso a corrente Ética Deontológica não se adequa. Ressalta ainda que, para que sejam evitadas ou minimizadas as ações que comprometem a profissão quanto à conduta, confiança e sigilo, é necessário que haja efetivo controle social. Especialmente a questão do sigilo profissional e escolha privilegiada por aquele que ainda pode combater. As verbalizações de M4 e M9 a este respeito demonstram claramente os pontos conflituosos entre um e outro *ethos* em tempos de guerra. E isso fica patente, se for considerado o pensamento de Gracia^{87:302}, para quem o sigilo está além de ser mero dever profissional porque é um direito de todo cidadão (intimidade, privacidade e à liberdade de consciência).

Cabe ainda salientar na fala de M12, o seguinte fragmento:

“No meio militar, questões como conduta, confiança e sigilo são mais claras (tem como cobrar mais isso).”

Na acepção deste entrevistado, a possível quebra na conduta, confiança e no sigilo está posta às claras no meio militar, todos reconhecem essa possibilidade. Para ele o mesmo não ocorre no meio civil, onde tais rupturas podem ocorrer, mas “[...] *é mais sombria, a indiferença é maior, na forma de ação do médico.*” Mais uma questão para posteriores estudos.

Com o pensamento nas relações entre os membros de uma corporação e seus clientes, as profissões se organizam (regulação e regulamentação) de maneira a estabelecer um *feedback* entre suas necessidades, seus anseios e os do cliente/sociedade. Denomina-se a isso de orientação ou ideal de serviço. Como fica o ideal de serviço no exercício concomitante de duas profissões, cada qual com seu *ethos*? Existem condições necessárias?

Segundo os médicos militares entrevistados, a existência da hierarquia e disciplina no ambiente de trabalho constitui a condição necessária para que se estabeleça o nexo entre as profissões médica e militar, como se confere nas seguintes falas:

“Hierarquia, obrigação legal no meio militar, é conceito necessário para a profissão médica, no convívio principalmente interprofissional.” (M1)

“Dentre todas as práticas da medicina, o médico militar se insere em um grupo onde disciplina e hierarquia são requisitos básicos para que uma instituição o maior possa se organizar e possa determinar o cumprimento da missão em certo prazo de tempo. Isso em tempo de paz e guerra, com intensidades de trabalho diferentes. A Força tem que confiar nos seus integrantes e vice-versa.” (M3)

“Hierarquia e disciplina são os fundamentos da atividade militar.” (M8)

“A hierarquia e doutrina tem maior peso em influenciar de forma significativa no trabalho médico.” (M11)

Na literatura consultada, as palavras hierarquia e disciplina são encontradas em textos sobre o poder. Poder, termo complexo, objeto de estudos de diversos pensadores¹¹⁷.

Dentre eles, Foucault na obra “Vigiar e Punir”, afirma que o poder disciplinar é composto por três instrumentos (olhar hierárquico, sanção normalizadora e pela soma das duas anteriores, o exame) e tem por função o adestramento. Explica que o poder disciplinar “não amarra as forças para reduzi-las; procura ligá-las para multiplicá-las e utilizá-las num todo”^{118:153-64}.

No mundo profissional onde o médico militar está inserido, há o encontro de dois *ethos* que se integram ou conflitam conforme a situação que se apresente e os mecanismos do poder disciplinar conseguem desviar o foco das tensões, ao considerar-se como Foucault descreve:

- a) a vigilância hierarquizada como indiscreta, pois está em toda parte, sempre alerta e ao mesmo tempo, absolutamente discreta, pois funciona de forma “permanente e quase sempre em silêncio”. Em uma instituição burocrática, entre os pares, até o gerente vigia o gerente e vice-versa;
- b) a arte de punir atos, desempenhos, comportamentos singulares, inicialmente se utilizando da comparação para buscar a normalização e a definição da regra. As consequências dos atos cometidos indicam ao grupo o certo ou errado segundo a autoridade que estabeleceu a norma ou fornecem substrato para que a autoridade crie a norma, retroalimentando-se;

c) o exame que “manifesta a sujeição dos que são percebidos como objetos e a objetivação dos que se sujeitam” através dos rituais. O exame faz parte do cotidiano médico e militar.

A este respeito, Toledo^{31:336-434} considera que, talvez o encanto pelo poder (o poder médico e o poder do oficial), faz o médico militar ser disciplinado. Para a referida autora, o médico militar foi “disciplinado e domado, talvez por seu encanto pelo poder”.

Por sua vez, Janowitz^{115:175} compara o estilo de vida militar ao cotidiano médico, pois ambos realizam tarefas diárias de “vida-morte”. Afirma que, tais situações contribuem para a autoconsciência e autoconfiança da elite militar. Segundo sua perspectiva, lidar com fatos extraordinários associados à baixa remuneração pelo trabalho executado, obriga que costumes, tradições¹¹⁸ sejam estimulados, implantados como estratégia para manter a coesão do grupo.

Portanto, observa-se pelas razões expostas que o poder disciplinar, concretizado pela hierarquia e disciplina, minimiza o conflito entre o *ethos* militar e médico, na visão daqueles entrevistados.

A partir dessas declarações, pontua-se que o possível problema advindo do nexo entre os *ethos* médico e militar ocorrer através da hierarquia e disciplina, centra-se no agir do médico militar, ou seja, se ele escolhe agir pelo dever ou conforme o dever¹¹⁹, considerando-se o primeiro como o agir moral e o segundo como o agir legal. De acordo com Baraúna, o agir por dever kantiano reside na intenção e não no resultado, ao passo que o agir conforme o dever diz respeito à guarda das leis e revela uma preocupação subjetiva (como o medo da punição ou outros interesses próprios), não universalizável.

E aí, esse movimento em situações cotidianas, ao mesmo tempo vai contra o paciente pode voltar ao seu favor, dependendo da forma que o médico militar tenha assumido a patente hierárquica militar ou seu papel de cuidador, responsável pela saúde das tropas. Com suas palavras, M12 confirma isso:

“Com relação à doutrina, hierarquia e altruísmo tem médicos que são militares especialmente; os altruístas são discriminados.” (M12).

Ser altruísta significa que se leva em conta os interesses e perspectivas do outro^{65:15}. Machado^{17:43} pondera que o altruísmo individual não deve ser confundido com a orientação para o serviço pois qualquer profissional aspira ser reconhecido, ainda mais em razão do código de conduta ao qual está submetido, caso este seja considerado mais rigoroso do que

outros estipulados para o cidadão comum. Estas são relevantes ponderações quando se considera a relação entre as diretivas profissionais militar e médica.

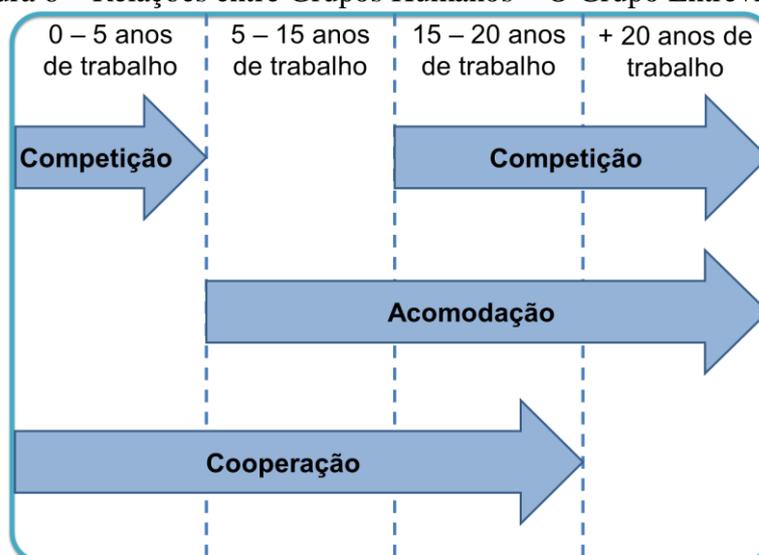
Isso é importante, ao lembrar-se que entre pares da mesma corporação há relações profissionais de cooperação, competição e acomodamento.

Grupos humanos relacionam-se entre si e com a sociedade em geral através de cooperação e competição. Johnson^{120:43} define a palavra cooperação como o esforço coordenado para atingir objetivos comuns e competição como a busca da maximização de vantagens por um grupo em detrimento de outro. Este autor listou sociólogos que abordaram a competição em razão de sua importância para a sociedade, como Herbert Spencer, os integrantes da Escola de Chicago, Max Weber e Karl Max, pois a competição determina efeitos positivos e negativos na sociedade, seja entre duas ou mais pessoas, um pequeno agrupamento humano ou entre nações.

E a medicina militar brasileira estabelece quais destas relações? Ao longo da carreira, haveria a predominância de uma das formas? Para o entrevistado M1: “*Podem acontecer as três, acredito que nem sempre como regra*”.

Observou-se pelas respostas que a cooperação ocorre do início ao longo da carreira até o posto hierárquico de Tenente-Coronel (ANEXO A). A competição ocorre nos extremos da carreira e a acomodação entre os 5 a 15 anos de serviço, como mostra a imagem abaixo (Figura 6).

Figura 6 – Relações entre Grupos Humanos – O Grupo Entrevistado



Fonte: Dados compilados pela autora através dos resultados obtidos na pesquisa de campo, em 2014.

Segundo anotado nos instrumentos de pesquisa, os médicos entrevistados expressaram que:

“No restante do tempo há muita cooperação[...].” (M3)

“Na fase de tenente nota-se competição e alguns momentos de cooperação.” (M4)

“[...] mas durante todos estes anos muita cooperação entre os médicos e as especialidades médicas.” (M6)

“Vejo cooperação e tendência a acomodamento.” (M8)

“Cooperação sempre.” (M9)

“Embora haja sempre o discurso de acomodamento, o que percebo é cooperação com o que é certo [...]” (M10)

“Cooperação é mais até o posto de tenente-coronel.” (M12)

Aproximando essa linha de pensamento para o exercício profissional do médico militar, a expansão do saber esotérico médico aliado ao saber esotérico militar, gerará uma forma diferenciada de autonomia técnica, uma terceira forma, diversa das outras duas. É provável inferir que isso ocorra, após cinco a mais de 15 anos de profissão, quando foram encontrados relatos de acomodação profissional seguidos de relatos de acirrada competição, na fase do alto comando.

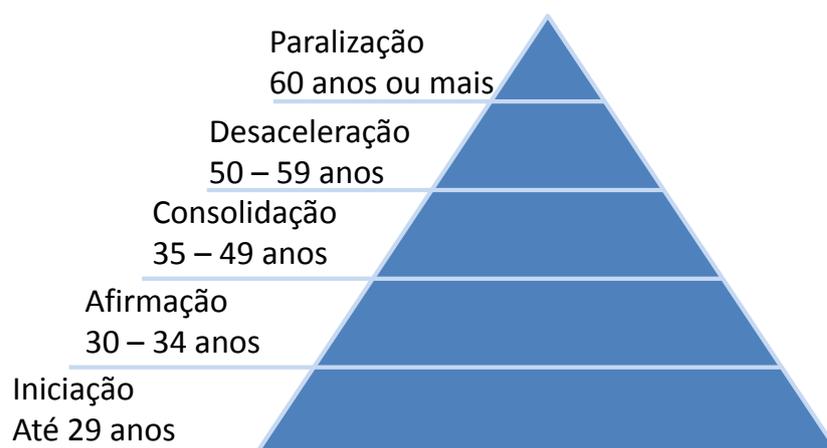
Nos primeiros anos do exercício de atividades (0 a 5 anos), período no qual o indivíduo se percebe como membro daquela profissão, o médico militar empregará prioritariamente, o saber esotérico médico enquanto o saber militar vai, paulatinamente, sendo acrescentado. Neste intervalo de tempo buscará ser reconhecido profissionalmente, através do seu diferencial técnico, aquele que já tem apropriado em si – o saber médico. Empiricamente falando, esta fase corresponde aos primeiros escalões hierárquicos militares, nos postos de tenentes a capitão e a média de idade cronológica do médico militar estaria entre 26 a 35 anos.

Tal fase foi descrita pelo grupo pesquisado, como de cooperação e alta competição. Infere-se que esta é uma situação esperada, pois o médico militar nesta fase ainda possui as características da prática médica bem marcadas.

Esse resultado foi ao encontro de Machado^{22:170}, na pesquisa “Médicos no Brasil: um retrato da realidade”. Apesar da autora ter como enfoque o desgaste profissional, naquele momento do estudo, foi possível a aproximação desta análise, pois ela o associou à história de vida profissional do médico. Lá, argumenta que médicos, com menos de 10 anos no mercado (com idades cronológicas até 29 anos – fase de iniciação e de 30-34 anos – fase de afirmação

no mercado de trabalho), encontram-se mais expostos à competitividade e ao multiemprego e posteriormente isso se reduz, pois há a busca por fontes laborais menos geradoras de tensão. Para ilustrar o pensamento, foi elaborado o seguinte esquema (Figura 7):

Figura 7 – Fases da Carreira Médica Civil



Fonte: Esquema elaborado pela autora a partir de informações obtidas em Machado²².

De acordo com Machado^{17:32}, a competição é uma das características proeminentes da medicina uma vez que o trabalho coletivo é pouco desenvolvido. Em geral, a responsabilidade pelo ato médico é individual e intransferível, diferente do militar cuja ação individual poderá trazer consequências para o todo¹²¹. Para Huntington^{12:29} a profissão militar, por ser uma profissão burocrática, tende a desenvolver senso de responsabilidade coletiva.

O coletivismo, a lealdade ao grupo superara o idealismo para o combate e a autopreservação, conforme afirma Nobre^{122:61}. As ações individuais estariam intimamente relacionadas às ações coletivas, pois uma ação isolada poderá refletir no êxito da missão; por outro lado, a ação do grupo permitirá que, de modo isolado, o indivíduo cumpra a missão.

Logo, o encontro entre o *ethos* médico introjetado e o *ethos* militar que vem sendo adquirido poderá resultar em desconforto, inadequação. Sobretudo, se suas atividades ocorrerem no espaço hospitalar, pois ao escrever sobre o desempenho do médico no hospital, Freidson^{11:157} afirma que sua atuação tende “a variar, sobretudo, de acordo com o papel exercido por seus colegas na equipe médica e menos em função das características de seu trabalho”. Outro fator que pode desencadear a sensação de impropriedade, vem de Bosi⁴³ ao assinalar que a expansão do conhecimento de um ofício pode gerar interesses opostos, mesmo dentro de um mesmo grupo, que disputará reconhecimento a quem ele prestará seus serviços.

Ainda sobre o assunto evasão, cabe lembrar, que mesmo deixando o serviço ativo, o médico que integrou o corpo militar, permanecerá vinculado ao serviço militar, na categoria de reservista. Condição que só se expurgará em determinada idade cronológica, pois de acordo com a Lei nº 5.292/1967¹²³ está prevista a sua mobilização, no artigo 1º.

Ao passar do tempo e das promoções na carreira militar, ele irá apropriando-se do saber esotérico militar. O grupo declarou que a competição ocorre nas fases iniciais e finais da carreira (antes dos 5 anos e acima de 15 anos de serviço).

A competição é presente e com visões multivariadas.

“A competição é forte e deletéria.” (M1)

“Competição, durante o curso de formação, em missões difíceis.” (M2)

“A meu ver há uma acusação de competição acontece em processos seletivos durante a carreira, ou seja, no início e no fim, quando há pretensão de ascensão ao generalato.” (M3)

“Na fase de tenente nota-se competição e alguns momentos de cooperação.” (M4)

“A competição existe durante os cursos de carreira...” (M6)

“Não vejo competição.” (M8)

“[...] e uma competição saudável.” (M10)

“Os coronéis e generais demonstram intensa competição visando postos mais altos.” (M11)

“A competição depois pode ser sadia após o posto de tenente-coronel” (M12)

Por outro lado, é na fase acima de 5 anos aos 15 anos de serviço, que metade dos entrevistados se expressou quanto à atitude de acomodar-se. É importante ressaltar que a palavra *acomodar* não foi empregada no sentido da boa ordem, de harmonizar, de ajuste, sossego entre as duas profissões. Para essa fase, as falas do grupo indicaram o emprego da palavra *acomodação* relacionando-a à perda de expectativas, da não atualização dos conhecimentos profissionais médicos, de um desestímulo profissional. A causa de tal atitude foi atribuída à inabilidade institucional para lidar com a situação, sinalizando estratégias/políticas para minimizá-la.

“Muitas vezes o médico militar se acomoda e para de crescer profissionalmente (após 5/10 anos)[...] acomodação somente no fim da carreira ou no caso de falta de estímulos por parte do Estado.” (M1)

“Nas fases avançadas observo acomodação.” (M4)

“Acomodação com cerca de 5 anos de serviço.” (M5)

“Acomodamento – instituição não oferece cursos de aprimoramento profissional, o que traz insatisfação profissional. Isso acontece após 10 anos de serviço ativo.” (M7)

“Nos postos de major e tenente coronel ocorre certa acomodação nos colegas que não alcançarão cargos de comando (coronel e oficial general).” (M11)

“A acomodação ocorre por falta de apoio governamental. Há falta de incentivo para os melhores ficarem. Nos Estados Unidos, por exemplo, as pesquisas e inovações em Saúde vêm das Forças Armadas. No Brasil, permanecem no passado.” (M12)

Portanto infere-se, pelas falas dos entrevistados, que a hierarquia e doutrina militares torna o grupo homogêneo, ao diluir o saber específico médico, individual que os pode diferenciar. Em compensação, o saber esotérico militar é cada vez mais introjetado, individualmente. Para alguns, isso não ocorrerá de forma completa enquanto para outros, ocorrerá o aprimoramento do saber médico aliado ao saber esotérico militar.

Esse período contempla a realização de curso militar que o habilitará a ser promovido, mas que não é compulsório. O resultado final terá reflexo no processo de progressão na carreira, mas não é único. Na visão do militar sua conduta como cidadão, sua atitude como profissional e seu relacionamento intra e interprofissional fazem parte da avaliação para progressão na carreira¹²¹. Aí deixará suas atividades médicas de atendimento direto ao paciente para exercer na maior parte do tempo, funções burocráticas, de gestão.

Para Machado^{17:71}, ao assumir tarefas de cunho administrativo prioritariamente, “a subjetividade, característica da relação médico-paciente, cede lugar à objetividade racionalizadora”. O médico se afastaria de seu tradicional papel social para assumir um papel burocrático em essência, o que pode se tornar um problema para ele. O depoimento de M8, referindo-se ao acomodamento, aponta isso:

“O último (acomodação), ao ser promovido a oficial superior (major) e assumir tarefas burocráticas/administrativas.” (M8)

Em suma, a primeira categoria “Ideal de Serviço e Relações Profissionais” ressaltou a importância da análise do mundo do médico militar considerando-se a época de paz ou situação de exceção e respectiva fase da carreira. Sua condição concomitante de médico e militar, com autonomia reduzida e dupla lealdade determina seu *ethos* predominante em razão do interesse do Estado. Logo, esta condição determina o ideal de serviço.

As respostas às questões apresentadas apontaram para o foco no paciente individual e por extensão dele, a sociedade como um todo (o militar/familiar do militar). Este foco só foi possível por permissão do próprio Estado e tal inferência decorreu da análise das respostas paradoxais dos entrevistados acerca dos fins, dos meios e das obrigações de suas atividades.

O Estado brasileiro definiu a responsabilidade do médico militar de forma prioritária, com a manutenção da saúde do militar/familiar do militar. Também lhe responsabilizou com as ACISO e lhe concedeu o direito de ter outra fonte de remuneração, externa ao meio militar. Seguindo esta linha de pensamento, no atual momento, a medicina militar exerce atividades para o militar/família do militar e para a sociedade (Estado) e para o paciente externo (consultório/empresa), respectivamente. Cada qual com responsabilidades diferenciadas.

Categoria II: responsabilidade cívico-social

A orientação para o serviço e as relações profissionais como visto, determinam o reconhecimento de uma profissão pela sociedade. Cada profissional carrega em si a tarefa de sedimentar e divulgar sua profissão. Como fazer isso? Através de dois termos, muito pesquisados nos últimos anos: a responsabilidade civil e a responsabilidade social.

Sobre o exercício profissional e responsabilidade, Huntington^{12:27} já ponderava que o profissional é um técnico em exercício de um serviço essencial para o funcionamento daquela sociedade e inserido em seu contexto social. Afirmava que o profissional que se recusa a aceitar a responsabilidade social deixa de ser profissional quando utiliza sua expertise para fins antissociais. Para ele, “A responsabilidade para servir e a dedicação à sua especialidade é que lhe fornecem a motivação profissional”.

Há um acordo não-explicitado, que permite ao médico militar no Brasil, de certa forma ter seu comportamento militar flexibilizado, pois ora é considerado mais militar, ora mais médico. A forma burocrática, racionalizada da instituição militar fará com que aquele que hoje comanda possa ser paciente em uma ocasião e, o inverso ocorrer em outra.

Para Huntington^{12:33}, as motivações do oficial militar nascem do “amor técnico por sua habilidade e no senso de obrigação social para utilizar essa qualidade em benefício da sociedade.” Ao oferecer-lhe pagamento condigno e continuado, tanto no serviço ativo quanto na inatividade, a sociedade garante essas motivações. Ao optar por integrar o meio militar, o médico igualmente assume o “Estado disciplinar” do militar. Tal ideia encerra a disposição prévia do profissional à subordinação a outra pessoa³², pois o médico agora incorporado à tropa é considerado um oficial de sua Força e também comandante. Coutinho considera que a

hierarquia militar requer do comandante, o trinômio: solidez, indissociabilidade e confiabilidade. Essas características impactam nos dois extremos da carreira de médico militar, seu início e após o nível de oficialato superior. Na fase inicial, em que o indivíduo médico também está vivenciando as atividades médicas em sua plenitude, o indivíduo militar estará ligado à hierarquia militar. Então, a autonomia técnica profissional médica poderá gerar conflitos. Na outra fase citada, quando a atividade médica ainda é exercida, mas predominam ações de gestão sobre o Corpo de Saúde militar como um todo, o conflito vivido reaparece. A hierarquia militar suplanta agora, a autonomia profissional médica.

Ainda de acordo com o pensamento deste autor^{32:96}, grande parte do processo de condicionamento está na norma militar representada por regulamento e leis disciplinares. A hierarquia é necessária para o mando e a obediência em uma estrutura organizacional consistente e disciplinada. É função do chefe militar ajustar a *persuasão* e a *coerção*, tarefas precípuas do oficialato. Faz parte das atividades do médico militar, como integrante do corpo de oficiais, aplicar normas, disciplinar e ser disciplinado.

Há um adágio militar citado pelo referido autor^{32:80}:

Ordem + Contra-ordem = Desordem

Na sua concepção, o controle dessas ordens deve ter a intenção de evitar que erros ocorram e não o de surpreendê-los, e assim, deve ser direto e contínuo. Mas faz uma ressalva quanto à possibilidade de, segundo ele, alguém manipular dados e informações ao realizar determinada tarefa de qualquer maneira, só para constar.

Nos modelos burocráticos^{11:164}, os subordinados devem ser obedientes a seus supervisores e exercerem suas funções com leis e regulamentos semelhantes. Algumas leis são feitas por médicos e outras pela administração (no caso, militares não-médicos) e outras em conjunto. Em caso de desacordo – quem decide? Médico externo, consultoria ou militar superior?

Algumas condições explicitadas convergem com aquelas encontradas por Machado^{17:181} em seu estudo sobre médicos civis. Segundo ela, as condições de trabalho interferem negativamente na prática profissional e isto se reflete na insatisfação com a rotina de trabalho sendo listadas, o excesso de atividades, as más condições de trabalho e, os baixos salários.

Segundo Freidson^{11:165}, os pontos de conflito para o médico referem-se a pontualidade; responsabilidade com o paciente após exames ou procedimentos; controle sobre as atividades:

quem controla, como controla e como pune acerca das queixas dos pacientes e os canais de denúncia; do prontuário e das anotações e das sanções negativas, ou seja, “o falar com”. Para Machado^{17:145}, os conflitos enfrentados por médicos brasileiros dizem respeito à relação médico-paciente (segredo e respeito); à relação médico-médico (respeito e reconhecimento profissional) e; honestidade na conduta (ter coragem de dizer que não sabe)

No meio militar é preciso aceitar, mas priorizar os princípios médicos que poderão depender do prognóstico e da realidade da situação, até mesmo os cuidados paliativos^{1:57}. Para Beam & Howe, alguns, como a autonomia, a escolha e a privacidade, poderão não ser possíveis, mas há de se garantir a equidade e a imparcialidade.

O que é essencial a uma determinada atividade laboral? As respostas dos médicos militares questionados quanto ao que consideram crucial para a medicina militar apontaram alguns pontos que seguem elencados, sem que houvesse priorização de um sobre o outro:

a) comprometimento com a instituição:

“Missão pré-estabelecida” (M3);

“Compromisso com a qualidade” (M5);

“Lisura no manuseio de recursos públicos” (M11).

b) respeito aos pares e aos pacientes:

“Respeito aos pares” (M1);

“Companheirismo” (M2);

“Ter o bem-estar do paciente como objetivo final” (M11);

“Respeito aos pacientes; Foco na saúde do indivíduo; Respeito aos superiores (quando não entra em conflito com as duas primeiras)” (M9)

c) o binômio hierarquia-disciplina:

“Disciplina e Hierarquia” (M1; M2; M4)

“Respeito à hierarquia” (M5)

O grupo expressou assim a essência do médico militar no Brasil: um profissional comprometido com a Instituição, com seus pares e pacientes. Fato que corrobora com a afirmação de Freidson^{11:135} de que o médico militar é parte integrante da organização,

submetido à sua disciplina e comprometido com a mesma, como os outros militares em atividade.

E o conflito constante entre as duas profissões mais uma vez se evidencia nas respostas ao serem solicitados a expressarem quais os elementos contrariam a ética do médico militar. Os entrevistados expuseram fatores ligados à profissão em si, aos seus pares e ao paciente. Em geral, as questões envolvendo hierarquia e disciplina no exercício profissional, foram as mais mencionadas.

“Diferenciação do atendimento relativa aos postos” (M1)

“Insubordinação”; “Indisciplina” (M2)

“Hierarquia” (M5; M6; M7; M9)

“Desempenhar atividades fora da especialidade.” (M8)

“Falta de investimento no médico, dentro da própria Força; despreparo dos médicos e falta de normas de conduta para situação de crise.” (M11)

Logo em seguida, foram referendadas às relações entre os pares:

“Competição excessiva e decisões políticas (em contrapartida à técnica).” (M1)

“Egoísmo.” (M2)

“Prioridades “políticas”.” (M6)

“Politicagem.” (M9)

Surgiu ainda uma fala que remete à hierarquização de especialidades:

“Preconceitos com algumas especialidades.” (M6)

E, com relação ao paciente, *“a falta de compromisso e a não avaliação técnica”* foram os fatores elencados por um dos entrevistados (M4).

A hierarquia da expertise contrária à hierarquia administrativa é um dos fatos que interfere na ética médica, segundo Freidson^{11:151}, o que se pôde constatar nos discursos acima. Ainda sobre esta temática, Machado^{17:145} levantou alguns motivos que podem influenciar na ética médica. Um deles, diz respeito à falta de caráter do profissional e à falta de respeito aos pares e pacientes, fatos que também foram citados nas falas analisadas.

Outra possível interferência na ética médica militar diz respeito às condições de trabalho. Schraiber^{51:217} identificou graus variados do que chamou de *desajustes* em situações no local de trabalho nas quais alguns médicos pareceram, mais do que outros, “desadaptados às condições concretas de seus trabalhos”.

Diferentes foram as preocupações relativas às condições de trabalho referidas pelo grupo entrevistado. Um dos entrevistados disse não haver relação entre as condições de trabalho e a conduta ética, como se observa na frase:

“Condições de trabalho nunca podem afetar a conduta ética, são coisas distintas.” (M5)

Significativa parte do grupo entrevistado (7 de 12), por outro lado, afirmou que as condições de trabalho não interferiam em suas condutas éticas por terem condições de trabalho adequadas. No entanto, outros percebem (5 de 12) que as condições de trabalho podem interferir na conduta ética do médico militar, no sentido negativo e até no sentido positivo conforme declarou M1:

“Interferindo positivamente” (M1)

Um deles, porém, declarou que a hierarquia tem influência nas condições de trabalho:

“Hierarquia interfere no que é mais urgente, na atenção que devemos dar para determinado paciente.” (M4)

Sobre este aspecto, alinha-se o pensamento à Machado^{22:178}, quando esta afirma que estão diretamente vinculados a limitação da eficiência/eficácia do trabalho à redução do poder decisório da conduta médica. Para ela, tal relação se refletirá na credibilidade do médico ou na confiança do paciente.

Em geral, emergiu das falas a preocupação com o futuro devido aos cortes orçamentários que as F.F.A.A. vem sofrendo.

“Sim, em geral. Estamos sofrendo severos cortes de verbas. Poucos recursos afetam a rotina.” (M12)

“Falta de boas condições de trabalho atualmente tem interferido na conduta médica.” (M7)

“Entretanto é difícil manter-se ético em decorrência das dificuldades crescentes no meio

militar (salário, falta de estímulo profissional, atuação em outras funções).” (M2)

As atuais dificuldades encontradas no ambiente de trabalho, relatadas pelos entrevistados vão ao encontro da literatura consultada. Para Machado^{22:176}, a associação de fatores como conjuntura política de redução de investimentos, busca pela melhor adequação entre custo-benefício e falta de recursos humanos figuram entre as fontes de insatisfação dos profissionais de saúde nas áreas pública e privada.

Algumas falas também indicaram posicionamentos pessoais caso tenham que enfrentar condições de trabalho adversas, com maior frequência.

“Quando não encontra subsídios ou infraestrutura adequados solicita reserva ou segue sua própria ética.” (M3)

“As condições de trabalho são boas em sua maioria. O que pode ser melhorado nós solicitamos frente ao comando até que ela seja realizada.” (M11)

Por essência, a atividade médica é uma prática desgastante e más condições de trabalho terminam por agravar isso e se tornar impeditivas do exercício profissional. Quando associadas, estas circunstâncias poderão até gerar responsabilidades ético-morais sobre o médico, reivindicada por parte do paciente^{22:178}.

Frente à realidade posta, as normas vigentes podem ou não contribuir para o controle e proteção do médico militar.

Dentre as diretivas do meio militar, foram escolhidas a lei n° 6.880/1980²⁹ e a lei n° 6.681/1979¹⁰⁴ para representarem o conhecimento dos entrevistados acerca da normatização que regula suas atividades no meio militar. A Resolução n° 1.931/2010 (Código de Ética Médica)¹⁰¹ foi escolhida por normatizar, em todo o território nacional, as atividades médicas e, a Resolução n° 466/2012¹⁹, por refletir o conhecimento da norma que regula em nosso país a pesquisa com seres humanos.

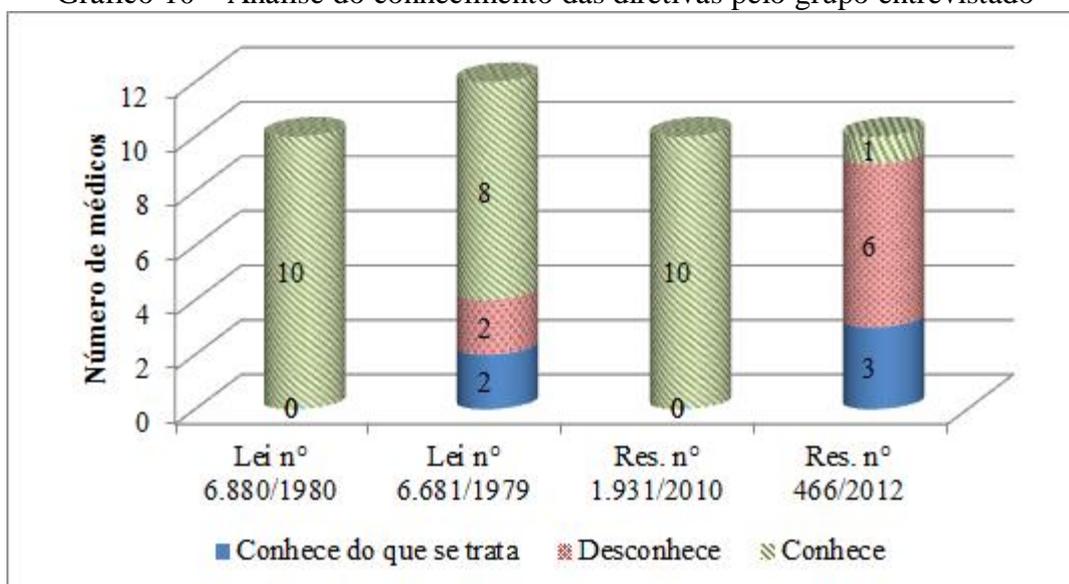
No grupo de entrevistados, há um claro contraste entre o conhecimento da norma específica militar e da norma médica específica e o conhecimento das correlatas às atividades do médico militar, como se constata no Gráfico 10.

Todos os entrevistados afirmaram conhecer o Estatuto Militar (Lei n° 6.880/1980 - ANEXO B)²⁹ no curso de adaptação, logo após ingresso na carreira militar assim como afirmaram conhecer o Código de Ética Médica desde sua graduação, pois permanecem vinculados aos seus Conselhos Regional e Federal.

Quanto à Lei nº 6.681/1979¹⁰⁴, as respostas do grupo mostraram que oito dos entrevistados conhecem parcialmente em contraponto a dois que não a conhecem e dois que afirmaram conhecê-la.

Por sua vez, a Resolução nº 466/2012¹⁹ é pouco conhecida pelo grupo e, dos que a conhecem parcialmente, três referiram participar/ter participado de pesquisa acadêmica ou ter conhecimento dela em processo de mudanças administrativas institucionais. Apenas um dos entrevistados reconheceu a norma que a precedeu, Resolução nº 196/1996.

Gráfico 10 – Análise do conhecimento das diretivas pelo grupo entrevistado



Fonte: Dados compilados pela autora através dos resultados obtidos na pesquisa de campo, em 2014.

Segundo Machado^{17:146}, mais do que outra profissão, a medicina sofre controle e julgamento através de suas próprias normas e pelas normas da sociedade, como os Códigos Civil, Penal e de Direitos do Consumidor. Por outro lado, a profissão militar tem seus pilares disciplina e hierarquia, baseados em leis, normas, regulamentos, regimentos. São profissões essencialmente deontológicas, como já visto anteriormente. O problema em normatizar é incorrer no engessamento, sofrer desatualização por força dos processos burocráticos necessários para fazer alterações.

É fato que situações dilemáticas ocorreram, ocorrem e ocorrerão no exercício da atividade médica militar e se configuram em desafios para qualquer legislador. A busca pela consistência ou o estabelecimento de preferência entre as normas poderá levá-lo a propor diferentes soluções normativas. Por isso, é relevante qualquer iniciativa que incentive a discussão dos dilemas, dos paradoxos e dos futuros enfrentamentos da medicina militar

brasileira. Vale lembrar que a Ética é construída no dia-a-dia das atividades humanas e que o tempo sempre traz outros desafios à vida vivida, especialmente no que se refere aos valores de uma determinada profissão, aos interesses do Estado e da sociedade como um todo. Isso se estende às normas protetivas e de controle.

Com relação à Resolução nº 1.931/2010 (Código de Ética Médica)¹⁰¹, todos afirmaram conhecer, em razão do duplo vínculo, como exemplificado:

“Recebi o Código pelo Correio, em casa” (M4)

Quando questionados com relação à falta mais grave do médico militar, o grupo entrevistado elencou:

a) Aspectos relativos à Instituição:

“Insubordinação.” (M2 e M4)

“Desrespeitar a hierarquia porque vai contra a base do militarismo.” (M6)

“Receber ordem superior e ter que executá-la sabendo que não é a melhor opção para o paciente.” (M7)

“Deixar que os superiores interfiram na boa prática médica, pois coloca em risco o cuidado com o paciente.” (M9)

“Descompromisso com o aperfeiçoamento acadêmico/operacional.” (M12)

b) Aspectos relativos ao paciente:

“Pensar e atuar menos como médico e mais como político.” (M1)

“Quando é orientado priorizar patentes ao invés de uma classificação de riscos.” (M3)

“Diferenciar o paciente por patente.” (M4)

“Descompromisso com o problema do paciente, igual ao médico comum. A falta de interesse em resolver o problema é imperdoável.” (M5)

“Imperícia, imprudência e negligência.” (M8)

“Negligência.” (M10)

“Colocar interesses econômicos à frente dos interesses da Instituição, do país e principalmente do bem estar do paciente.” (M11)

Nos fragmentos de falas, o conflito profissional se faz, novamente, perceptível. Determinados problemas envolvendo hierarquia e disciplina, como diferenciar o paciente pela patente/cargo, foram citados como comprometedores da ética médica militar bem como os problemas iatrogênicos decorrentes de imperícia, imprudência e negligência. A negligência por sua vez, recebeu destaque.

A quebra de compromissos profissionais é problema para qualquer profissão, mas, para o militar, o apelo à honra militar coloca o profissional face a severo julgamento de seus pares, especialmente no que concerne a um oficial de carreira, como é o caso do médico militar concursado. Para Brochado^{94:160}, é algo “*impossível de ignorar*” e insuportável para encarar.

E o mesmo pode ser estendido ao relacionamento entre os pares, em especial, quando envolve relações de gênero. Apesar de não ter como objetivo aprofundar a discussão sobre a presença do sexo feminino na medicina militar, neste estudo, as três entrevistadas responderam à questão “Na condição de mulher, você teve alguma dificuldade (extra) para o exercício profissional médico/militar?” e as respostas fornecidas revelaram aspectos de assédio moral¹²⁴, pontuais. Houve o relato da preferência do paciente em ser atendido por médicos militares do sexo masculino; desconfiança quanto à capacidade de trabalho; e, competição deletéria entre diferentes profissões pela posição de mando. Questões do mesmo modo descritas e ligadas, ao assédio moral a trabalhadores da área de saúde¹²⁵.

“*Sim. Preconceito (subentendido). Pacientes que preferem atendimento pelo ‘médico’*”. (M4)

“*Preconceito, já ouvi: ‘Porque colocaram mulheres na Força?’*”, e muitas vezes as mulheres são mais competentes e atenciosas, mais do que os homens, em comparação. Preconceito ao engravidar, quanto à licença-maternidade; já fui ‘xerife’ de 79 homens e 6 mulheres e consegui exercer bem, sem preconceitos. Ao final fui até homenageada.” (M6)

“*Sim. Sem repercussões. No início da carreira (a Enfermagem usando do posto para que fizesse o trabalho delas)*.” (M10)

Esta é outra temática sinalizada por ora que requererá o aprofundamento em estudos acadêmicos posteriores.

Acerca do conflito enfrentado entre os códigos de ética médica e militar, apenas quatro entrevistados responderam, e dentre estes, um respondeu apenas a palavra “*Sim*” (M8).

Seguem as respostas:

“Sim. Condutas considerando patente ‘exagerando’ no tratamento.” (M4)

“Sim. Durante uma operação militar em que a ambulância sob minha responsabilidade foi usada para outros fins.” (M10)

“Optar entre crianças e adultos (quando estava em missão).” (M12)

Segundo os que responderam à questão, os conflitos enfrentados entre os códigos médico e militar referem-se à hierarquia militar nas atividades do cotidiano e nas missões de Paz/Humanitárias decorrem de quebra de normas por necessidade militar ou dilemas bioéticos.

Categoria III: dilemas e desafios ético-profissionais

A questão *“Quais os dilemas éticos que enfrentará o médico militar no futuro, frente às inovações científicas e ao posicionamento do Brasil no contexto mundial?”*, inserida no instrumento de pesquisa trata desse complexo processo decisório envolvendo questões éticas. O caráter preditivo da interrogativa e a compilação das respostas objetivou apontar possíveis enfrentamentos éticos no exercício profissional e a prévia discussão poderá reduzir decisões intempestivas.

Um dilema moral diz respeito a uma situação em que um indivíduo tem razões morais para realizar duas ações, mas fazê-las ao mesmo tempo é impossível⁵⁶. Para que assim seja classificado, o mesmo indivíduo é obrigado a escolher entre as ações e optar por uma delas, consciente que não deveria fazê-la. Qualquer decisão poderá condená-lo ao fracasso moral. Ter de escolher entre seu bem estar, segurança profissional ou pela defesa de valores configura um drama significativo vivenciado por alguém na prática de seu ofício. Algumas vezes, o médico militar se depara em suas atividades com a escolha a quem seu processo decisório final irá beneficiar em razão de questões éticas conflitantes. Para o médico civil a decisão decorreria do melhor interesse do paciente; para o militar, das ordens dadas pelo seu comandante.

Em razão das respostas obtidas na pesquisa de campo, decidiu-se incluir nesta Categoria, o termo “desafios ético-profissionais”, pois relevantes pontos mencionados pelos entrevistados não se adequaram ao significado estrito de dilema.

Dos integrantes do grupo entrevistado, dois deles consideraram não haverem dilemas futuros. Para os demais, os desafios ético-profissionais futuros estarão relacionados a três grupos de fatores.

O primeiro deles se refere ao fato da profissão militar ser monopolizada pelo Estado e os dilemas do médico militar disto decorrerão. O segundo diz respeito à identificação de necessidades específicas de suas atividades, como a atuação em cenários operativos. Finalmente, o terceiro fator refere-se à escassez de recursos interferindo na qualidade dos serviços prestados.

Alguns depoimentos possibilitaram inferir sobre a dificuldade em declarar-se acerca do próprio futuro profissional. Como os descritos abaixo:

“Não reconheço dilemas éticos específicos nessas condições.” (M2)

“Nenhum.” (M5)

No exercício de qualquer ofício humano, aqueles que o exercem no tempo presente captam sinais que lhes permitem prospectar o futuro daquele ofício. Sobretudo, quando o tema é caro ao profissional, como os dilemas éticos de sua carreira. O desconhecimento do assunto ou a esquivia em pronunciar-se sobre ele pode indicar a necessidade do corpo brasileiro de médicos militares e militares combatentes, debruçarem-se sobre a prática da medicina militar para prospectarem os rumos ético-morais das atividades médicas no âmbito militar nacional.

Já para outros entrevistados, os dilemas éticos da carreira estão representados pela necessidade de reconhecer o próprio papel e preparar-se para cenários operativos com operações interagências. Discutir internamente questões como as propostas neste estudo, *“A quem meu trabalho interessa?”*, *“Qual a natureza da relação profissional que estabeleço com quem recebe o serviço que presto?”*, *“Quais são os meios, os fins e as obrigações de minha atividade profissional?”*, poderão contribuir para clarear o papel da medicina militar diante das perspectivas brasileiras no diverso cenário mundial de abruptas mudanças e operações interagências, conforme dito por alguns entrevistados.

“Deverá acompanhar o crescimento do País, exercendo um papel interno e externo que seja compatível com o alcance que o País tenha junto à comunidade internacional.” (M1)

“O Brasil atual está cada vez mais engajado no socorro a vítimas de catástrofes naturais e de pacificar em terras ao redor do mundo. Saber como atuar com uma boa prática médica em cenários tão adversos e estranhos a nós será fundamental.” (M11)

“Primeiro precisamos saber o que o País precisa. Identificar as necessidades locais para estudar e retornar como militar”. (M12)

Como se pode conferir, foi registrada a importância das missões humanitárias ou de paz quando são enviados muitos profissionais da área de saúde. Nesta situação, foi ressaltada a preocupação quanto ao envio de médicos que não estão ambientados com cenários extremamente diversos de seu trabalho diário, em tempo exíguo para adequação. Quanto a este fato, a literatura consultada mostrou que isso não ocorre somente no Brasil. Chamberlin^{55:15}, detectou que ¼ dos participantes dos *Medical Readiness Training Exercises*^{XXXII}, igualmente não recebeu treinamento sobre assistência em missões humanitárias. Ou seja, esta preocupação é pertinente e nos oferece a dimensão do que poderá ser enfrentado no futuro.

Excetuando-se os casos de guerras declaradas ou conflitos armados, em outras circunstâncias em que a medicina militar seja acionada, são necessários critérios e controles rigorosos para que não se incorra em problemas ético-morais. De acordo com Chamberlin⁵⁵, por vezes são priorizadas outras estratégias que não aquelas de caráter humanitário. Semelhantes situações poderão se constituir em dilemas para o comando da medicina militar.

Outro possível desafio ético-profissional refere-se ao fato da atividade médica ser cada vez mais padronizada e tecnológica requisitando ao mesmo tempo expertise e desempenho ético. Essa preocupação foi verbalizada por quatro dos entrevistados:

“Exigência de atualização; ser um bom profissional médico, mantendo a função militar.”
(M4)

“Conseguir respeitar o ser humano como tal, sem ferir a ética médica, mesmo em missões humanitárias.” (M6)

“Distanciamento da relação médico-paciente.” (M10)

“Com o avanço científico, o médico tende a se tornar cada vez mais um interpretador de resultados de exame. E o relacionamento médico-paciente torna-se cada vez mais distante. Incorporar tais avanços sem perder de vista que o paciente deve ser ouvido e examinado este será o desafio futuro e diria, já atual.” (M11)

Na sociedade qualquer indivíduo tem exigências morais conhecidas como obrigações morais gerais da vida social, como não roubar⁵⁶. Mas não apenas essas. Igualmente tem

^{XXXII} MEDRETEs - o programa envolve diferentes especialidades médicas com ações de cuidados primários como imunização, clínica básica e odontológicas, em locais remotos, áreas rurais, localizados em países carentes com a aceitação governamental e do Ministério da Saúde daquele país, onde existem condições sanitárias e morbidades raramente vistas nos Estados Unidos⁵⁵.

obrigações morais correlatas ao seu papel, à sua ocupação ou posição social. Em certos momentos, elas podem entrar em conflito. Crenças e preconceitos são exemplos de fatores que podem interferir na conduta ética de um profissional. Quando um profissional depara-se com uma situação incompatível, antagônica e suas convicções internas se chocam com as externas, na concepção de alguns estudiosos ele está diante de um dilema. Como exemplo, um médico adepto de determinada seita religiosa nunca concordaria com a eutanásia, mesmo se as normas vigentes o amparassem profissionalmente. Cada vez mais o avanço tecnocientífico na área médica tem acarretado situações dilemáticas, especialmente para o médico militar que poderá estar na liderança de uma tropa ou sozinho em uma missão no momento de decidir sobre o destino do paciente ou sobre a Defesa/Segurança do país ou ainda, a participação em programas de desenvolvimento de novas armas de destruição em massa.

Idem, a escassez de recursos mantendo qualidade na assistência foi considerada como um futuro dilema para a medicina militar brasileira:

“Os mesmos dilemas que os governantes, professores, chefes de família e empresários. Se esforçar para ‘andar’ na contramão da falta de investimento em infraestrutura e remuneração condizente às habilidades e responsabilidades. Para acompanharmos o contexto mundial temos que priorizar: saúde, educação para todos e socialização da infraestrutura. O esforço e o sacrifício quando levados ao limite esbarram nos ‘batentes da ética.’” (M3)

“Falta de recursos. Deverá ter que dividir recursos escassos e deixar de atender com pleno arsenal a todos, tendo que definir prioridades.” (M9)

Foi possível perceber no grupo entrevistado, uma visão pessimista quanto ao futuro relacionado à manutenção da qualidade das condições de trabalho e assistência devido à escassez de recursos e baixa remuneração, no que se refere aos serviços públicos de saúde, situação similar à que ocorre no segmento civil constatada em estudos realizados^{2,16,17}. Dentre as expressões utilizadas por médicos civis brasileiros, para descreverem os desafios da profissão listados em estudo de Machado^{17:194} estão a dependência de convênio e conjuntamente as palavras *incertezas* e *futuro negro, desanimador*.

Outro ponto levantado diz respeito ao papel de atores políticos como o dos governantes e à moral subsumida (aquela que é incluída em um contexto mais amplo), pois está repleto de dilemas morais. O decisor político-administrativo tem de balancear as obrigações gerais com sua obrigação de escolher o bem da comunidade. Este é um tema de

discussão por diversos pensadores da filosofia⁵⁶, como Sartre¹²⁶ na peça de teatro “As Mãos Sujas”. Dilema do administrador civil ou militar, quando se conflitam obrigações gerais com obrigações relacionadas à profissão.

Também sinalizaram outro desafio ético-profissional, não como um dilema verdadeiro, a própria existência do quadro médico na profissão militar como médico militar de carreira foi questionado.

“Acho que o médico militar brasileiro será extinto. Pois a remuneração atual é incompatível com todas atribuições que o médico militar possui. Um médico civil hoje é melhor remunerado para trabalhar 1 x semana recebe o equivalente a um médico militar com todas as suas atribuições (visita, plantão, sobreaviso, formatura, etc).” (M7)

“O dilema é da instituição: o que fazer para convencer o médico a ingressar nas Forças Armadas. Creio que a falta de médicos terá impacto na carreira militar, por falta de estímulo ao ingresso. O que fazer para valer a pena se tornar médico militar. Valorização do salário é apenas um item (importante, mas não único).” (M8)

Como se constata nas falas do grupo de médicos militares ora pesquisados, foi anotada a preocupação com a própria existência do quadro nas F.F.A.A., especialmente quanto à captação e manutenção do médico na corporação militar, em função da complexa escolha moral do médico frente à reduzida autonomia médica e dupla lealdade³³ e as previsões negativas quanto às futuras condições de trabalho.

A análise de suas falas mostrou seu profissionalismo, expressado pela realidade do nexos entre expertise, autonomia profissional, hierarquia e disciplina de duas profissões desempenhadas concomitantemente pelo mesmo indivíduo, considerando ainda a situação de paz ou guerra em que o Estado-nação brasileiro poderia se encontrar.

Os dados/informações obtidos dos depoimentos mostraram compatibilidade, em especial, com os achados teóricos das publicações brasileiras acessadas (restritas em número, atualidade e em geral acessória, não específica para o campo de conhecimentos da medicina militar).

O reduzido número de entrevistados não permite metodologicamente generalizações, mas o grupo, mesmo pequeno em quantitativo, demonstrou substancial força expressiva como suporte empírico para a verificação da questão de estudo.

Em resumo, através dele e levando-se em conta as limitações metodológicas já expostas, foi possível inferir que:

- a) a alta jornada e as incertezas na rotina de trabalho constituem fatos que podem justificar a não escolha ao ingresso na carreira ou posterior evasão. As condições de trabalho existentes hoje foram tidas como condizentes com a prática da boa medicina e a remuneração foi considerada adequada somente para o profissional em início de carreira;
- b) existe a manutenção do vínculo com a sociedade em geral e natural reinserção dele após a saída da ativa. Nenhum dos entrevistados se declarou exclusivamente médico militar perante o seu Conselho profissional e todos buscaram outra fonte de renda;
- c) a disciplina e a hierarquia militares são fatores da evasão do serviço ativo ao mesmo tempo que contribuem para que exercício concomitante da profissões médica e militar por um mesmo indivíduo, seja possível. Também são motivos para o surgimento de relações de competição e acomodamento;
- d) os aspectos sociológicos (cliente, natureza da relação, fins, meios e obrigações) indicam a existência de dois clientes: o primeiro e por missão profissional, é o militar e sua família e a sociedade (público – Estado) e o cliente externo (privado – consultório/empresa);
- e) as ACISO constituem Responsabilidade Cívico-Social da medicina militar brasileira, considerando-se as atividades desenvolvidas no meio externo ao militar, estabelecidas com a sociedade em geral;
- f) a relação cliente-profissional é pontual e pode sofrer descontinuidade. Isso decorre das circunstâncias da vida militar vividas pelo médico militar como as designações para representações institucionais em eventos internos e externos, serviços de guarda e segurança, missões externas (ex.: ACISO) ou afastamentos por cumprimento de sanção disciplinar. Como consequência, no meio militar a camaradagem se expressará para que não haja prejuízos e é plurilateral (médicos e pacientes estão cientes da possibilidade da substituição do profissional); no meio civil a continuidade do atendimento dependerá da rede de relacionamentos do profissional com a possibilidade de definitiva interrupção;
- g) ao longo da carreira, o *ethos* profissional varia entre o *ethos* médico e o *ethos* militar considerando-se o tempo de carreira. O *ethos* médico tem maior predominância sobre o militar entre os postos de tenente até tenente-coronel (maior parte do serviço ativo). De coronel a oficial general predomina o *ethos* militar;
- h) o *ethos* médico predomina em tempos de paz mesmo sendo identificado conflito constante pois há indicação de reconhecer a necessidade de adaptá-lo em tempos de exceção. Em tempos de guerra, alguns entrevistados entendem que seu *ethos* profissional (leia-se médico) deverá ser ajustado aos interesses militares. Decisão complexa, de grande risco moral, inversa aos consensos internacionais, mas compatíveis com a viva realidade dos

fronts descrita por tropas que hoje combatem em guerras assimétricas, civis ou convencionais, segundo a literatura internacional;

- i) o conhecimento acerca das diretivas ético-profissionais militares ocorre nos cursos de formação militar; o conhecimento correspondente à legislação médica ético-profissional decorre do existência do duplo vínculo empregatício;
- j) o conflito entre os códigos de ética médico e militar decorrem da hierarquia militar, da necessidade militar ou dilemas bioéticos;
- k) o assédio moral vivido por médicas militares é semelhante aos enfrentados por profissionais de saúde do sexo feminino em instituições civis de saúde;
- l) os dilemas ou desafios ético-profissionais futuros da prática médica militar brasileira serão relativos às decisões do Comando Militar quanto às condições de trabalho e especialização profissional para que resultem em estímulo à motivação profissional em todas as fases da carreira, de maneira a não colocar em risco de extinção o próprio quadro nas F.F.A.A.;
- m) suas declarações demonstram priorizar a teoria ética dos 4 Princípios (que associa princípios Deontológicos e Consequencialistas) em tempos de paz e guerra. Além disso, consideram a Ética das Virtudes (Hipócrates e Kant) e a Ética Deontológica que também permeiam as profissões militar e médica em nosso país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *ethos* do médico militar em nosso país é predominantemente médico, em tempos de paz, sob os auspícios do Estado brasileiro. Foi esta a comprovação da questão investigativa que deu origem ao estudo (“O *ethos* profissional médico predomina sobre o *ethos* profissional militar na prática do médico militar brasileiro”).

A Questão de Estudo foi confirmada pela conjunção da discussão da literatura acadêmica consultada, disposta no Capítulo 2; da consulta às diretrizes ético-profissionais correlatas, implementada no Capítulo 3; e, pelo suporte empírico, obtido em levantamento realizado junto a um grupo de médicos militares, descrito no Capítulo 4.

As considerações finais seguem, pormenorizadas.

Quanto ao Capítulo 2, a consulta à literatura acadêmica apontou que a medicina militar brasileira não é pós-profissão nem especialização, mas o exercício concomitante de duas profissões de *ethos* conflitantes. Além disso, fatos ocorridos ao longo da História brasileira mostraram que, na presença de dois *ethos* profissionais, como no caso do médico militar, um deles será predominante. Conforme alguns destaques feitos na literatura^{8,20,45,53,127}, na história da medicina militar brasileira a predominância do *ethos* médico sobre o *ethos* militar é decorrente da ação conjunta entre o Estado e a corporação médica. Também, a opção pessoal em manter o vínculo com os Conselhos fiscalizadores da profissão médica e a participação em ACISO propiciam o contato com as necessidades médicas da população em geral. Portanto, no caso da medicina militar brasileira, o *ethos* médico prevalece sobre o *ethos* militar.

Com relação ao Capítulo 3, a consulta às diretivas brasileiras vigentes correlatas às demandas ético-profissionais do médico militar evidenciou ainda, de maneira muito justa, o papel do Estado na determinação da predominância do *ethos* médico nas atividades do médico militar no Brasil.

É preciso lembrar que, pelos órgãos reguladores/regulamentadores da medicina de nosso País, a medicina militar não é uma Especialidade Médica conforme Resolução CFM nº 2.068/2013⁶.

Os artigos 29 do Estatuto dos Militares (Lei nº 6.880/1980) e 37 da Constituição Federal de 1988 (Capítulo VII, artigo 37, inciso XVI, alínea c), tornaram possível ao médico militar ter outra fonte de rendimentos, além do soldo militar, o que, por si só, define clara distinção entre o militar médico e o militar combatente. O próprio Estado normatizou essa situação. E o fez de novo, recentemente, em agosto de 2013, quando foi aprovada a EC nº

77/2014, cuja proposta se resume na autorização do médico militar acumular cargo militar com matrícula médica no Sistema Único de Saúde (SUS).

Além destas, a implantação de Comitês de Ética Médica nas instituições de saúde militares conforme determinado pela Resolução CFM nº 1.657/2002 (modificada pela Resolução nº 1.812/2007), sinaliza a vinculação educativa e fiscalizadora do desempenho ético da medicina (CFM/CRM) naquelas instituições.

Afinal, o paciente é o cliente da Medicina e o Estado é o cliente da profissão militar, por isso seus interesses determinam também as diretrizes para as atividades médicas militares em nosso País, evidenciando o conflito constante entre os *ethos* médico e militar. A abordagem dessas diretivas, neste estudo, permitiu mostrar, mais uma vez, a intrincada relação existente entre os poderes médico, militar e o Estado brasileiro (este que sendo um Estado-nação democrático representa o povo).

Quanto ao suporte empírico descrito no Capítulo 4, os depoimentos do grupo de médicos militares iluminaram aspectos sociológicos e ético-profissionais, gerais e específicos que permitiram inferir que os conflitos entre o *ethos* militar e o *ethos* médico se referem à hierarquia militar nas atividades do cotidiano e nas missões de Paz/Humanitárias decorrem de quebra de normas por necessidade militar ou dilemas bioéticos.

Ao longo do estudo emergiram algumas sugestões, provenientes de reflexões que constaram da literatura, da pesquisa de campo e da empiria da pesquisadora e seguem como pontos iniciais para posterior *brainstorming* em tomadas de decisão:

a) elaborar Estratégias para:

- minimizar a evasão nos cursos, evasão da carreira (início e final da carreira) nos períodos quando a competição é intensa, de forma a torná-la construtiva; e, nos períodos em que pode ocorrer o acomodamento (que ele seja de acomodamento entre os *ethos* militar e médico e não de desestímulo na carreira) promovendo a integração entre cursos de saúde militares e civis, através de eventos e convênios que possibilitem cursar disciplinas do tipo optativas ou de atualização, em cursos de pós-graduação;
- oferecer cursos de Medicina Operativa, Logística e Mobilização para a área de saúde e Ética Aplicada (Ética das profissões médica/militar e Bioética) – desta forma se fomenta a especialização que também contribuirá com a sociedade em geral pelo diferencial de conteúdos teóricos sem quebrar o vínculo com a sociedade, pois potencializa as medidas protetivas como a reação a desastres antropogênicos e naturais e redução da ocorrência de pesquisas irregulares com seres humanos, pelo reconhecimento de populações vulneráveis e práticas imorais.

- b) estudo sobre a construção de Código de Ética do corpo de saúde militar para tempos de paz tendo em vista as ACISO, o duplo vínculo e as inovações científicas. As situações enfrentadas nos períodos de Exceção devem ser analisadas sob as normas próprias da excepcionalidade.

Em suma, o *ethos* do médico militar brasileiro sendo predominantemente médico reafirma sua posição de não-combatente conforme os consensos internacionais e que se encontra ciente e integrado à realidade social de nosso País.

A Ética Contemporânea não se constitui somente de teorias, correntes gregas, religiosas ou individuais^{105:39-49}. É a razão livre humana construída por todos, que nos orienta na vida para alcançarmos o *bem viver*, para a *boa vida*.

Este foi o sentido que perpassou a construção do estudo. Mesmo que, paradoxalmente, nas situações em que a paz tenha sido interrompida nos encontremos na presença de feridos, de ameaça à vida ou na defesa da Pátria, como pode ocorrer ao médico militar, como profissional e cidadão brasileiro.

Afinal, quer seja nas relações individuais ou do mundo do trabalho, as escolhas ético-profissionais poderão sofrer julgamentos, imediatos ou futuros, da Justiça, da História ou da própria consciência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beam TE, Howe EG. A proposed ethic for military medicine. In: Beam TE, Sparacino LR, editores. *Military Medical Ethics* [monografia na Internet]. Washington, D. C.: Office of The Surgeon General; 2003. p. 851–65. vol 2. [acesso em 10 jan 2014]. Disponível em: https://ke.army.mil/bordeninstitute/published_volumes/ethicsVol2/Ethics-ch-27.pdf
2. Machado MH. A Profissão Médica no Contexto de Mudanças [Internet]. Os médicos e a saúde no Brasil. 1998 [acesso em 16 dez 2012]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/medicos_saude_brasil/cap7.htm
3. Brasil. Exército Brasileiro. Características da profissão militar [Internet]. Exército Brasileiro. Site. [acesso em 16 dez 2012]. Disponível em: <http://www.eb.mil.br/web/guest/características-da-profissao-militar>
4. Spinelli M. Sobre as diferenças entre éthos com epsilon e éthos com eta. *Trans/Form/Ação*. 2009;32(2):9–44.
5. Heidemann M. Consciência Profissional e Enfermagem no Cuidado com a Vida [Internet]. 2013 [acesso em 23 abr 2014]. p. 1–15. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/74sben/arquivo/Texto-Base_ABEN-74SBEn.pdf
6. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.068/2013. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 2.005/12, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina [Internet]. [acesso em 13 abr 2014]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2068_2013.pdf
7. Olsthoorn P. Loyalty and Professionalization in the Military. In: Tripodi P, Wolfendale J, editores. *New wars and new soldiers: military ethics in the contemporary world*. Farnham: Ashgate; 2011. p. 257–72.
8. Coelho EC. A Instituição Militar no Brasil: um Ensaio Bibliográfico. *Bol Inf e bibliográfico ciências sociais*. 1985;(19):5–19.
9. Machado MH. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: Machado M, Vieira M, Teixeira M, Pereira S, editores. *Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
10. Aranha MLA, Martins MHP. *Temas de Filosofia*. 3. ed. São Paulo: Moderna; 2005.
11. Freidson E. A Profissão Médica – um Estudo de Sociologia do Conhecimento Aplicado [André de Faria Pereira Neto, Kvieta Brezinova de Moraes trans]. São Paulo: UNESP; 2009.
12. Huntington PS. O soldado e o Estado: teoria e política das relações civis-militares [José Lívio Dantas trans]. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército; 1996.

13. Castro C, Leiner PC. Antropologia dos militares: reflexões sobre pesquisas de campo. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2009.
14. Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. *Sociol Methods Res.* 1981;10(2):141–63.
15. Small ML. “How many cases do I need?” On science and the logic of case selection in field-based research. *Ethnography.* 2009;10(1):5–38.
16. Scheffer M, editor. Demografia Médica no Brasil: Cenários e indicadores de distribuição [Internet]. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo; 2013 [acesso em 24 abr 2014]. Disponível em: [http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2 .pdf](http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf)
17. Machado MH. Os Médicos e sua Prática Profissional: as Metamorfoses de uma Profissão. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro; 1996.
18. Bardin L. Análise de conteúdo [Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro trans]. São Paulo: Edições 70; 2011.
19. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466 12/12/2012. Normas para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos [Internet]. 2012 [acesso em 8 ma r 2012]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm
20. Coelho EC. As Profissões Imperiais – Medicina, Engenharia e Advocacia no Rio de Janeiro 1822-1930. Rio de Janeiro: Record; 1999.
21. Machado MH, Rego S. Essencialidade da Profissão Médica e Serviços de Saúde. *Cad FUNDAP.* 1996;10(19):122–30.
22. Machado MH, organizador. Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
23. Araujo RN de. A Influência dentro do Exército Brasileiro (1930-1964): declínio ou permanência? *Rev Esboços.* 2008;15(20):245–73.
24. Gros F. Estados de Violência – Ensaio sobre o Fim da Guerra [José Augusto da Silva trans]. Aparecida: Ideias & Letras; 2009.
25. Lombardi MR, Bruschini C, Mercado CM. As mulheres nas Forças Armadas brasileiras: a Marinha do Brasil 1980-2008 [Internet]. São Paulo: FCC/DPE; 2009 [acesso em 24 fev 2014]. Disponível em: http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/textos_fcc/arquivos/1484/arquivoAnexado.pdf
26. Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. 1988 [acesso em 2014 Jan 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1970-1979/L6680.htm

27. Gama ELN. As Forças Armadas e a Construção Nacional (1822-1850): Breve Análise sobre sua Formação e Consolidação [Internet]. ECEME. [acesso em 2013 Jul 23]. Disponível em: [http://www.eceme.ensino.eb.br/cihm/Arquivos/PDF Files/56.pdf](http://www.eceme.ensino.eb.br/cihm/Arquivos/PDF%20Files/56.pdf)
28. Brasil. Presidência da República. Lei nº 5.292 de 8 de junho de 1967 – Dispõe sobre a prestação do Serviço Militar pelos estudantes de Medicina, Farmácia, Odontologia e Veterinária e pelos Médicos, Farmacêuticos, Dentistas e Veterinários em decorrência de dispositivos da Lei nº 4.375, de [Internet]. 1967 [acesso em 2012 Mar 9]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L5292.htm
29. Brasil. Presidência da República. Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980 – Estatuto dos Militares. [Internet]. 1980 [acesso em 2012 Mar 9]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao%20Compilado.htm)
30. Mancuso AP. A profissão militar: uma revisão de conceitos. [Internet]. In: Anais do 12. Congresso Brasileiro de Sociologia; 2005 maio 31- 3 jun; Belo Horizonte, Brasil. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Sociologia; 2005 [acesso em 2014 Jan 22]. Disponível em: http://www.sbsociologia.com.br/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=493&Itemid=171
31. Toledo EA. Aspectos da Formação do Corpo de Saúde Militar: Conflitos e Contradições. *Cad Saúde Pública*. 2005;13(2):407–18.
32. Coutinho SAA. Exercício do comando – a chefia e a liderança militares. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército; 1997.
33. Marchon CR. As Relações entre a Ética Médica e a Ética da Prática da Medicina Militar em Conflitos Armados. [Rio de Janeiro]: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
34. International Committee of the Red Cross - ICRC. Customary IHL Database. Rule 25. Medical Personnel [Internet]. [acesso em 2014 Jan 14]. Disponível em: http://www.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1_rul_rule25
35. Rhodes B. An Introduction to Military Ethics – a reference handbook. Santa Barbara, California: ABC-CLIO; 2009.
36. Stouffer J, Seiler S, editores. *Military Ethics: international perspectives*. Kingston: Canadian Defence academy Press; 2010.
37. Gross ML. *Bioethics and Armed Conflict: moral dilemmas of medicine and war*. London: The MIT Press; 2006.
38. Gross ML. *Moral Dilemmas of Modern War: torture, assassination and Blackmail in an Age of Asymmetric Conflict*. New York: Cambridge University Press; 2010.
39. Gross ML. *Military Medical Ethics: a review of the literature and a call to arms*. *Cambridge Q Healthc Ethics*. 2013;22(1):92–109.

40. Gross ML, Carricel D. *Military medical ethics for the 21st century*. Farnham: Ashgate; 2013.
41. Madden W, Carter BS. Physician-soldier: a moral profession. In: Beam T, Sparacino L, editores. *Military Medical Ethics*. Washington, D. C.: Office of The Surgeon General; 2003. p. 269–91. vol 1.
42. Rego S. A Ética na formação dos médicos. In: Palácios M, Martins A, Pegoraro O, organizadores. *Ética, Ciência e Saúde: Desafios da Bioética*. Petrópolis: Vozes; 2001.
43. Bosi MLM. *Profissões e profissionalização – o debate teórico. Profissionalização e conhecimento, a nutrição em questão*. São Paulo: HUCITEC; 1996.
44. Brasil. Exército Brasileiro. Referência Histórica. Site Hospital Central do Exército. [Internet]. [acesso em 16 set 2010]. Disponível em: <http://www.hce.eb.mil.br/index4.php>
45. Klajman CO. O conhecimento científico divulgado pelos soldados de farda branca, através do periódico *Medicina Militar* (1920-1923). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
46. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.946/2013. Dispõe sobre os efetivos do pessoal militar do Exército, em serviço ativo, para 2013 [Internet]. 2013 [acesso em 13 abr 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7946.htm
47. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.965/2013. Distribui os efetivos de oficiais da Marinha para o ano de 2013 [Internet]. 2013 [acesso em 13 abr 2014]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7965.htm
48. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.966/2013. Dispõe sobre a distribuição de oficiais dos Quadros do Corpo de Oficiais da Ativa da Aeronáutica em tempo de paz, para 2013 [Internet]. 2013 [acesso em 13 abr 2014]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7966.htm
49. Mathias SK. As mulheres chegam aos quartéis [Internet]. [acesso em 24 fev 2014]. Disponível em: http://www.iidh.ed.cr/comunidades/seguridad/docs/seg_docfuerzas/as_mulheres%20ffaa-suze-2005.pdf
50. D'Araújo MC. Mulheres e questões de gênero nas Forças Armadas brasileiras [Internet]. [acesso em 24 fev 2014]. Disponível em: <http://www.resdal.org/producciones-miembros/redes-03-daraujo.pdf>
51. Schraiber LB. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: HUCITEC; 1993.
52. Neri, M. Perspectivas profissionais – níveis superior e técnico. *Radar Tecnologia Produção e Comércio Exterior*. 2013;(27):7–20.

53. Figueiredo FFN. O Médico e o Serviço de Saúde do Exército: ingresso e permanência na carreira [Trabalho de conclusão de curso] [Internet]. Rio de Janeiro: Escola de Saúde do Exército; 2010 [acesso 16 jan 2014]. Disponível em: http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/TCC_PDF_2010/2010/TCC 1% 20TEN AL FRAGOSO.pdf
54. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 92.512, de 2 de abril de 1986. Estabelece normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes, e dá outras providências [Internet]. 1986 [acesso em 24 abr 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D92512.htm
55. Chamberlin SME. The complicated life of a physician-soldier: Medical readiness training exercises & the problem of dual loyalties. *J Biomed Sci Eng.* 2013;6(10):8–18.
56. McConnell T. Moral Dilemmas. In: Zalta EN, editor. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* [Internet]. Stanford: The Metaphysics Research Lab; 2010 [acesso em 7 mar 2014]. Disponível em: <http://plato.stanford.edu/entries/moral-dilemmas/#DilCon>
57. Tripodi P, Wolfendale J. *New wars and new soldiers: military ethics in the contemporary world. Series II.* Farnham: Ashgate; 2012.
58. Freidson E. *Renascimento do Profissionalismo – teoria, profecia e política.* Tradução: Celso Mauro Paciornik. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.
59. Academia Brasileira de Medicina Militar. Site Oficial [Internet]. [acesso em 9 mar 2014]. Disponível em: <http://www.abmm.org.br/mil>
60. Durkheim E. *O Suicídio* [Alex Marins trans]. São Paulo: Martin Claret; 2003.
61. Brasil. Senado Federal. Promulgada emenda que autoriza profissionais de saúde militares a atuarem na área civil [Internet]. Notícias. [acesso em 13 abr 2014]. Disponível em: <http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2014/02/11/promulgada-emenda-que-autoriza-profissionais-de-saude-militares-a-atuarem-na-area-civil>
62. Brasil. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 77, de 11 de Fevereiro de 2011. Altera os incisos II, III e VIII do § 3o do art. 142 da Constituição Federal, para estender aos profissionais de saúde das Forças Armadas a possibilidade de cumulação de cargo a que se refere o art. [Internet]. 2011 [acesso em 13 abr 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc77.htm
63. Knox M, Dower C, O’Neil E. *US Military and California Health Personnel: select comparisons* [Internet]. San Francisco: UCSF Center for the Health Professions; 2008 [acesso em 15 jan 2014]. Disponível em: http://futurehealth.ucsf.edu/Content/29/2008-02_US_Military_and_California_Health_Personnel_Select_Comparisons.pdf
64. Costa CF. Razões para o Utilitarismo: uma avaliação comparativa de pontos de vista ético. *ethic@ - An Int J Moral Philos.* 2002;1(2):155–74.
65. Zingano M. *As virtudes morais.* São Paulo: WMF Martins Fontes; 2013.

66. Chauí M. Convite à Filosofia. 14. ed. São Paulo: Ática; 2010.
67. Rego S, Palácios M, organizadores. Comitês de Ética em Pesquisa: teoria e prática. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2012.
68. Schramm R, Braz M. Introdução à Bioética. Site do Projeto Ghente [Internet]. [acesso em 12 out 2013]. Disponível em: <http://www.ghente.org/bioetica/index.htm>
69. Segre M. Deontologia em Medicina. In: Petroianu A, editor. Ética, Moral e Deontologia Médicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
70. Mora JF. Dicionário de Filosofia [Edição abreviada preparada por Eduardo Gracia Belsunce e Ezequiel de Olaso]. Lisboa: Publicações Dom Quixote; 1982.
71. Safatle W. O dever e seus impasses. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2013.
72. Freitag W. Itinerários de Antígona – a questão da moralidade. 2. ed. Campinas: Papirus; 1997.
73. Kant I. Fundamentação da metafísica dos costumes e outros escritos [Leopoldo Holzbach trans]. São Paulo: Martin Claret; 2004.
74. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de Ética Biomédica [Luciana Pudenzi trans]. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola Jesuítas; 2002.
75. Cortina A, Martínez E. Ética [Silvana Cobucci Leite trans]. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola; 2010.
76. Durand G. Introdução Geral à Bioética: história, conceitos e instrumentos [Nicolás Nyomi Campanário trans]. 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2007.
77. Carvalho O, Medeiros J. Racionalidades subjacentes às ações de responsabilidade social corporativa. *Organ Soc.* 2013;20(64):17–36.
78. Manduca PC. Responsabilidade civil e responsabilidade social: instrumentos para a construção de uma nova ética política [Internet]. 2006 [acesso em 23 mar 2014]. Disponível em: http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/manaus/direito_e_politica_paulo_manduca.pdf
79. Grether AP. Associação Brasileira de Normas Técnicas. ISO 26000. Diretriz Normativa de Responsabilidade Social. [Internet]. [acesso em 13 abr 2014]. Disponível em: http://www.abnt.org.br/IMAGENS/IMPrensa/APRESENTACOES/Apresentacao_Petrobras.pdf
80. Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas - Ibase. Quem somos [Internet]. [acesso em 29 jan 2014]. Disponível em: <http://www.ibase.br/pt/quem-somos>
81. Cavalieri Filho S. Programa de Responsabilidade Civil. São Paulo: Atlas; 2010.

82. Meirelles HL, Aleixo DB, Burle Filho JE. Direito administrativo brasileiro. 39. ed. São Paulo: Malheiros; 2012.
83. Dias JC. Da responsabilidade civil. 12. ed. Rio de Janeiro: LumenJuris; 2011.
84. Almeida PA de. Ética e responsabilidade social nos negócios. *Rev Comun Inovação*. 2002;3(5):57–8.
85. Paiva AR. Cultura cívica na consolidação democrática: atualidade de um conceito. *Desigual Divers Rev Ciências Sociais da PUC-Rio*. 2011;(9):193–214.
86. Ribeiro ACT. Ética na Ciência: Aspectos Sociológicos. In: Palácios M, Martins A, Pegoraro O, organizadores. *Ética, Ciência e Saúde: Desafios da Bioética*. Petrópolis: Vozes; 2001.
87. Gracia D. *Pensar a Bioética – metas e desafios* [Carlos Aberto Bárbaro trans]. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2010.
88. Fromm PD. Warriors, the army ethos, and the sacred trust of soldiers. *Military Review Special Edition 2010* [Internet]. 2010 [acesso em 2014 Jan 14]. Disponível em: http://usacac.army.mil/CAC2/MilitaryReview/Archives/English/MilitaryReview_20100930ER_art006.pdf
89. Alonso-Rodríguez B. Valores y virtudes militares: una lectura desde la ética de las reales ordenanzas para las Fuerzas Armadas. *Dimens ético-moral los cuadros mando los ejércitos* [Internet]. Madrid: Ministerio de Defensa, Subdirección General de Publicaciones; 2009;(23):29–54. Disponível em: <http://gccap.bage.es/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=3490>
90. Shinn RL. Ethical aspects of the exercise of command. In: Wakin MM, Wenker KH, Kempf J, editores. *Military Ethics: reflections on principles – the profession of arms, military leadership, ethical practices, war and morality, educating*. Washington, D. C.: National Defense University Press; 1987.
91. Mercadante P. *Militares e Civis: A Ética e o Compromisso*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
92. Silva RM da. A formação das Forças Armadas: a questão do recrutamento para a Marinha de Guerra do Brasil [Internet]. In: *Anais do 23. Simpósio Nacional de História – História: guerra e paz; 2005 jul 17-22; Londrina, Brasil*. Londrina: Associação Nacional de História; 2005 [acesso em 24 fev 2014]. Disponível em: <http://anpuh.org/anais/wp-content/uploads/mp/pdf/ANPUH.S23.0909.pdf>
93. Rocha AS da. O Problema Ético nas Sociedades Plurais e Alguns Equívocos. *Airpower J*. 1999;(1):34–56.
94. Brochado JMS. *O Caráter dos Soldados: estudo dos valores coletivos que configuram a base do caráter profissional de militares nas forças de combate*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército; 2001.

95. Clausewitz C V. Da Guerra. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2010.
96. Brasil. Exército Brasileiro. Vade-Mécum de Cerimonial Militar do Exército – Valores, Deveres e Ética Militares (VM10) [Internet]. 2002 [acesso em 13 abr 2014]. Disponível em: http://www.sgex.eb.mil.br/vade_mecum/valores_etica_militares/vade_mecum.htm
97. Conselho Federal de Medicina. A medicina para além das normas: reflexões sobre o novo Código de Ética Médica. Brasília: CFM; 2010.
98. Stepke FL. Bioética e Medicina: Aspectos de uma Relação. São Paulo: Edições Loyola; 2006.
99. Williams JR. Dual loyalties: How to resolve ethical conflict. *South African J Bioeth Law*. 2009;2(1):8–11.
100. Stanley J. Societal influences and the ethics of military healthcare. In: Beam TE, Sparacino LR, editores. *Military Medical Ethics*. Washington, D. C.: Office of The Surgeon General; 2003. p. 719–38. vol 2.
101. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM n° 1.931, de 24 de setembro de 2009 [Internet]. 2009 [acesso em 13 abr 2014]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>
102. Oliveira AS. Liderança militar [Internet]. 2012 [acesso em 13 abr 2014]. Disponível em: http://www.coter.eb.mil.br/images/noticias_principal/Artigo_Gen_Salvador.pdf
103. Brandão LLS. A Lei no 6.681/79 e suas Implicações Sobre as Questões Éticas e de Responsabilidades Civil e Penal do Médico Militar [Internet]. Brasília: Centro Universitário de Brasília; 2010 [acesso em 21 maio 2012]. Disponível em: repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/222/3/20939692.pdf
104. Brasil. Presidência da República. Lei n° 6.681 de 16 de agosto de 1979. Estabelece normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes, e dá outras providências [Internet]. 1979 [acesso em 9 mar 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ decreto/1980-1989/D92512.htm
105. Pegoraro O. Sentidos da História: eterno retorno, destino, acaso, desígnio inteligente, processo sem fim. Petrópolis: Vozes; 2011.
106. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n° 1.657/2002 de 11 de dezembro de 2002. Estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências. 2002 [acesso em 24 fev 2014]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2007/1812_2007.htm.
107. Almeida ME. Guerra e Desenvolvimento Biológico: o caso da biotecnologia e da genômica na segunda metade do século XX. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9(3):264–82.

108. Almeida ME. O Desenvolvimento Biológico em Conexão com a Guerra. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(3):545–64.
109. Sparrow R. Robotic weapons and the future of war. In: Tripodi P, Wolfendale J, editores. *New wars and new soldiers: military ethics in the contemporary world*. Farnham: Ashgate; 2012.
110. Tavares SMB. O guerreiro do futuro e sua ética. *Revista Cenário Estratégico*. 2012.
111. Brasil. Ministério da Defesa. Portaria no 585, de 7 de março de 2013. Aprova as Diretrizes de Biossegurança, Bioproteção e Defesa Biológica do Ministério da Defesa. 2013 [acesso em 23 abr 2014]. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_24245823_PORTARIA_NORMATIVA_N_585_DE_7_DE_MARCO_DE_2013.aspx
112. Mathias SK. As mulheres chegam aos quartéis [Internet]. 2005 [acesso em 24 fev 2014]. Disponível em: http://www.iidh.ed.cr/comunidades/seguridad/docs/seg_docfuerzas/as_mulheres_ffaa-suze-2005.pdf
113. Brasil. Portal Brasil. Dalva Maria Mendes se torna a primeira oficial-general das Forças Armadas do Brasil [Internet]. 2012 [acesso em 13 abr 2014]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/defesa-e-seguranca/2012/11/dalva-maria-mendes-se-torna-a-primeira-oficial-general-das-forcas-armadas-do-brasil>
114. Brasil. Exército Brasileiro. Características da Profissão Militar [Internet]. [acesso em 16 dez 2012]. Disponível em: <http://www.exercito.gov.br/web/guest/caracteristicas-da-profissao-militar>
115. Janowitz M. O soldado profissional – um estudo social e político [Donaldson M. Garschansen trans]. Rio de Janeiro: Edições GRD; 1967.
116. Platão. *A República*. 10. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2007.
117. Lebrun G. *O que é poder*. São Paulo: Brasiliense; 2003.
118. Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. [Lígia M. Pondé Vassallo trans]. Petrópolis: Vozes; 1984.
119. Baraúna ADC. Kant e o conceito de dever [Internet]. *Conhecer 21*. 2012 [acesso em 5 mar 2014]. Disponível em: <http://conhecer21.blogspot.com.br/2012/02/kant-e-o-conceito-de-dever.html>
120. Johnson A. *Dicionário de Sociologia: guia prático da linguagem sociológica* [Ruy Jungmann trans]. Rio de Janeiro: Zahar; 1997.
121. Brasil. Exército Brasileiro. Diretoria de Avaliação e Promoções [Internet]. [acesso em 13 abr 2014]. Disponível em: <http://daprom.dgp.eb.mil.br>
122. Nobre EB. Ser militar. *Psicol em destaque*. 2011;1(1):58–63.

123. Brasil. Presidência da República. Lei nº 5.292 de 8 de junho de 1967 – Dispõe sobre a prestação do Serviço Militar pelos estudantes de Medicina, Farmácia, Odontologia e Veterinária e pelos Médicos, Farmacêuticos, Dentistas e Veterinários em decorrência de dispositivos da Lei no 4.375, de [Internet]. 1967 [acesso em 9 mar 2012]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L5292.htm
124. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Trabalho doméstico. Informações importantes. Assédio moral ou sexual [Internet]. [acesso em 30 mar 2014]. Disponível em: http://www3.mte.gov.br/trab_domestico/trab_domestico_assedio.
125. Xavier ACH, Barcelos CRV, Lopes JP, Chamarelli PG, Ribeiro S de S, Lacerda L da S, et al. Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2008;33(117):15–22.
126. Sartre JP. As mãos sujas [Antônio Coimbra Martins trans]. Lisboa: Publicações Europa-América;
127. Coelho EC. Em Busca da Identidade: o Exército e a política na sociedade brasileira. Rio de Janeiro: Record; 2000.
128. Quadro dos postos e graduações das forças armadas [Internet]. [acesso em 9 mar 2014]. Disponível em: <http://www.militar.com.br/modules.php?name=Postos&page=correspondencia.htm>
129. Brasil. Exército Brasileiro. Portal da Diretoria de Saúde – Unidades de Saúde [Internet]. 2009 [acesso em 6 jan 2014]. Disponível em: <http://dsau.dgp.eb.mil.br/>
130. Conselho Regional de Medicina. Declaração de Médico Militar [Internet]. [acesso em 16 fev 2014]. Disponível em: <http://old.cremerj.org.br/skel.php?page=downloads/mostraDownload.php&idDownload=17>
131. Brasil. Exército Brasileiro. Caderno de Instruções: Ação Cívico-Social (ACISO) [Internet]. 2009 [acesso em 22 jan 2014]. Disponível em: https://doutrina.ensino.eb.br/Manuais/CI/CI_45-1.pdf

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Andrade RCL, Carvalho AB. O dever moral e o valor das ações humanas segundo Kant [Internet]. [acesso em 5 mar 2014]. Disponível em: <http://www.marilia.unesp.br/Home/RevistasEletronicas/Kinesis/renataandradealonsobezerra235-244.pdf>

Annas GJ, Crosby SS, Glantz LH. Guantanamo Bay: a medical ethics-free zone? [Internet]. [acesso em 2 dez 2013]. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1306065>

Barbosa SA. Influência dentro do Exército Brasileiro: situação atual e perspectivas futuras. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.

Bobbio N. Dicionário de Política [Carmem C. Varriale et al, trans]. 13. ed. Brasília: Universidade de Brasília; 1983. Forças Armadas. (vol. 1).

Brasil. Conselho de Informações sobre Biotecnologias [Internet]. [acesso em 8 mar 2012]. Disponível em: <http://www.cib.org.br/faq.php?id=2>

Brasil. Exército Brasileiro. Hinos e Canções [Internet]. [acesso em 28 fev 2012]. Disponível em: <http://www.exercito.gov.br/web/midia-eletronica/hinos-e-cancoes>

Brasil. Exército Brasileiro. Portal da Diretoria de Saúde – Histórico [Internet]. [acesso em 29 fev 2012]. Disponível em: <http://dsau.dgp.eb.mil.br/>

Brasil. Exército Brasileiro. Sistema de Saúde Necessidade Assistencial e Operacional [Internet]. [acesso em 6 mar 2012]. Disponível em: <http://www.exercito.gov.br/web/guest/681>

Chaves M. Ética nos serviços de saúde: ética no setor saúde. In: Palácios M, Martins A, Pegoraro O, organizadores. Ética, Ciência e Saúde: Desafios da Bioética. Petrópolis: Vozes; 2001.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.812/2007 de 27 de fevereiro de 2007. Altera o art. 6º da Resolução CFM nº 1.657/2002, de 11 de dezembro de 2002, publicada em 20 de dezembro de 2002, que estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências [Internet]. [acesso em 16 mar 2014]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2007/1812_2007.htm

Cooter R, Harrison M, Sturdy S, editores. Medicine and modern warfare. Amsterdam: Rodopi; 1999. (Clio Medica; vol 55).

Creswell JW. Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto [Magda Lopes trans]. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

D'Araújo MC. Militares, Democracia e Desenvolvimento: Brasil e América do Sul. Rio de Janeiro: FGV; 2010.

D'Ávila, RL. É possível ensinar Ética Médica em um curso formal curricular? *Rev Bioética*. 2013; 21(2):115-26.

Dawson D. *The origins of Western Warfare: militarism and morality in the ancient world*. Colorado: Westview Press; 1996.

Durkheim E. *Da Divisão do Trabalho Social* [Eduardo Brandão trans]. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2010.

F MC. Forças Armadas iniciam plano de vacinação não obrigatório. *Diário de Notícias Portugal* [Internet]. 9 nov 2009 [acesso em 26 out 2013]. Disponível em: http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1414239

Ficarrota JC. *Ética Militar: Lições Aprendidas de Manuel Davenport*. Documento criado. ASPJ [Internet]. 1 nov 2007 [acesso em 08 mar 2012]. Disponível em: <http://www.airpower.au.af.mil/apjinternational/apj-p/2007/4tri07/ficarrota.html>.

Freidson E. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. *Rev bras Ci Soc* [Internet]. 1996 [acesso em 18 jan 2013]; 11(31). Disponível em: http://www.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=61&Itemid=203

Kant I. *Crítica da razão pura* [Manuela Pinto dos Santos e Alexandre Fradique Morujão trans]. 5. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2001.

Kant I. *Crítica da razão prática* [Valerio Rohden trans]. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.

Kant I. *A paz perpétua* [Marco Zingano trans]. Porto Alegre: L&PM Pocket; 2008.

Kellet A. *Motivação para o combate: o comportamento do soldado na luta* [Decy G. Doubrawa trans]. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército; 1987.

Landmann J. *A Ética Médica Sem Máscara*. Rio de Janeiro: Guanabara Dois; 1985.

Linderman GF. *The World Within War: American's soldiers experience of combat in World War II*. New York: The Free Press; 1997.

Lomônago JFB, Cabral CP, Ulasowicz C, Quinelato PT, Villagran PAB, Zampieri, TCRC. Conceito de responsabilidade social de gestores e empregados. *Psicol cienc prof*. 2012; 32(1): 220-33.

Magalhães JB. *A evolução militar no Brasil*. 3. ed. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército; 2001.

Mathis AA, Mathis A. Responsabilidade social corporativa e direitos humanos: discursos e realidades. *Rev Katálysis*. 2012; 15(1): 131-40.

Millan LR. *Vocação médica: um estudo de gênero*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.

Moreira LR. Combate de Paz. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército; 2001.

Oliveira PS. Introdução à Sociologia. São Paulo: Ática; 2008.

Palácios M, Martins A, Pegoraro O, organizadores. Ética, Ciência e Saúde: Desafios da Bioética. Petrópolis: Vozes; 2001.

Passarinho JG. Liderança militar. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército; 1987. (Coleção General Benício).

Pegoraro O. éticas dos maiores mestres através da história. Petrópolis: Vozes; 2006.

Pryer DA. Controlar a fera interior: a chave do sucesso nos campos de batalha do século XXI. *Military Review*. maio-jun 2011. (edição brasileira).

Rego SA Ética na formação dos médicos In: Palácios M, Martins A, Pegoraro O, organizadores. Ética, Ciência e Saúde: Desafios da Bioética. Petrópolis: Vozes; 2001.

Sangalli IJ, Stefani J. Noções introdutórias sobre a ética das virtudes aristotélica. *Conjectura*. 2012; 17(3): 49-68.

Schaefer RT. Sociologia [Eliane Kanner e Maria Helena Ramos Banoni trans]. 6. ed. São Paulo: McGraw-Hill; 2006.

Schramm RF. Bioética e biossegurança [Internet]. [acesso em 17 mar 2014]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/ParteIIIbioseguranca.htm

Teixeira PIO. A Organização Judiciária Militar do Regulamento Processual Criminal Militar de 1895 [Internet]. [acesso em 6 mar 2012]. Disponível em: http://www.uff.br/direito/index.php?option=com_content&view=article&id=34%3Aa-organizacao-judiciaria-militar-do-regulamento-processual-criminal-militar-de-1895&catid=5&Itemid=14

Thomas DB. Responsabilidade civil do médico [Internet]. [acesso em 16 mar 2014]. Disponível em: www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/juridica/article/download/130/121

Townshend C. The Oxford Illustrated History of Modern War. New York: University Press; 1997.

Vasconcelos FAG. Fome, solidariedade e ética: uma análise do discurso da ação da cidadania contra a fome, a miséria e pela vida. 2004; 11(2): 259-77.

Vianna JAR, Rocha LE. Comparação do Código de Ética Médica do Brasil e de 11 países. *Rev Ass Med Bras*. 2006; 52(6): 435-40.

Vieira TR, organizador. Bioética nas Profissões. Petrópolis: Vozes; 2005.

Wakin M, Wenker KH, Kempf J. Military Ethics: reflections on principles – the profession of arms, military leadership, ethical practices, war and morality, educating. Washington, DC: National Defense University Press; 1987.

Weston A. A construção do argumento [Alexandre Feitosa Rosas trans]. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2009.

Zlot R. Perícia médica e qualidade nos serviços de saúde do Exército Brasileiro [Trabalho de conclusão de curso] [Internet]. Rio de Janeiro: Escola de Saúde do Exército; 2009 [acesso em 28 fev 2014] Disponível em: http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC_2009_CFO_PDF/1%BA%20Ten%20A1%20REGINA%20ZLOT.pdf

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA

Parte I – Situação na carreira

- 1 Força a que pertence: () Exército () Marinha () Aeronáutica
 - 2 Quanto tempo após a formatura em Medicina ingressou no meio militar?
_____ () dias () meses () anos
 - 3 Tempo de Serviço: _____ anos
 - 4 É médico estritamente militar? () sim () não
 - 5 Já foi transferido de unidade: () sim () não.
- Se a resposta for sim, quantas vezes: _____

Parte II – com questões semi-abertas, adaptado do Quadro “Comparision of Military and Medical Professions” (Madden e Cartier, 2003);

Assinale apenas uma das alternativas abaixo:

- 1 Quem é o cliente do médico militar brasileiro:
 - (A) O Estado.
 - (B) O paciente individual e através dele a sociedade como um todo ou o Estado, dependendo da contingência.
 - (C) O paciente individual e através dele a sociedade como um todo.
 - (D) Outro. Especifique: _____

- 2 Qual a natureza da relação cliente-profissional?
 - (A) Subserviência à sociedade. Está direcionada para responder ao comando da autoridade do governo; deve responder com absoluta obediência a qualquer comando legal.
 - (B) O paciente pode ser subserviente ao profissional médico. Porém a relação envolve compartilhar responsabilidade e autoridade. Em casos de emergência, ambos, paciente e profissional aceitam, rejeitam ou terminam a relação profissional. Nenhum tem o direito de impor-se ao outro.
 - (C) Pode ser de subserviência à sociedade, do paciente ao médico ou uma relação onde a responsabilidade e a autoridade sejam negociadas ou impostas conforme a contingência.
 - (D) Outro. Especifique: _____

3 Quais são os fins da profissão médica militar brasileira?

(A) Responsável por garantir a segurança necessária à sociedade, a defesa da Constituição nacional e aos princípios básicos da sociedade brasileira.

(B) É responsável por minimizar danos maximizando o potencial de saúde do corpo como arma humana de ataque e defesa, de forma a garantir a segurança necessária à sociedade ao preservar ou estabelecer a paz e a soberania nacionais mesmo que seja necessário o uso da força.

(C) A profissão médica brasileira é somente uma das muitas agências sociais que são responsáveis por assistir indivíduos e sociedade a resolverem seus problemas de saúde.

(D) Outro. Especifique: _____

4 Quais são os meios da profissão médica militar brasileira?

(A) Estratégia, inteligência e até a violência ou a ameaça da violência em maior escala.

(B) Baseia-se na tecnologia científica e na relação cooperativa entre o médico e o paciente, mesmo que seja empregada a estratégia, a inteligência e a violência ou suas ameaças.

(C) Baseia-se na tecnologia científica e na relação cooperativa entre médico e paciente.

(D) Outro. Especifique: _____

5 Quais são as obrigações do profissional médico militar brasileiro?

(A) Pode ser condenado a sacrificar sua saúde em nível físico e mental ou sua vida, a fim de alcançar um objetivo profissional. Deve obedecer a ordens específicas.

(B) Pode escolher o local e a natureza de suas práticas e a quem oferecer suas habilidades, respeitando o determinado pelo objetivo da missão.

(C) Pode escolher o local e a natureza de suas práticas e a quem oferecer suas habilidades. Apenas nos caso de emergências médicas estará obrigado a oferecer os seus serviços.

(D) Outro. Especifique: _____

Parte III – com as seguintes questões abertas

1 O que o levou a ser médico militar?

2 Fale sobre o médico militar brasileiro:

a) em tempos de paz e de conflitos armados relacionando os seguintes aspectos:

- *conduta, confiança e sigilo*
- *doutrina, hierarquia e altruísmo;*

b) da sua observação acerca de seus pares, o que ocorre mais ao passar do tempo: competição, acomodamento ou cooperação? Poderia determinar em que fase da carreira isso acontece?

Parte IV – adaptado do questionário aplicado no estudo “Os Médicos e Sua Prática Profissional: As Metamorfoses de uma Profissão” (Machado, 1996)

Sobre a ética militar:

1 Quanto às seguintes diretivas:

2

a) Resolução CNS N° 466, de 12/12/2012 (que substituiu a 196/96) Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos.

() desconhece () conhece apenas do que se trata () conheceu em _____

b) Lei N° 6.681/79 Dispõe sobre a inscrição de médicos, cirurgiões-dentistas e farmacêuticos militares em Conselhos Regionais de Medicina, Odontologia e Farmácia, e dá outras providências.

() desconhece () conhece apenas do que se trata () conheceu em _____

c) Lei N° 6.880/80 - Estatuto dos Militares

() desconhece () conhece apenas do que se trata () conheceu em _____

3 Cite 3 (três) pontos que considera cruciais na ética médica militar

4 Cite 3 (três) elementos que contrariam esta ética

5 As condições de trabalho têm interferido na sua conduta ética?

(S) (N) - Explique:

6 Qual falta é mais grave para um médico militar? Por quê?

- 7 Quais os dilemas éticos que enfrentará o médico militar no futuro, frente às inovações científicas e ao posicionamento do Brasil no contexto mundial?
- 8 Você conhece o Código de Ética Médica (Resolução CFM N° 1.931 de 13 de abril de 2010?)
- 9 Durante sua carreira militar, você teve algum momento de conflito entre os códigos de ética médica e militar?
- 10 Na condição de mulher, você teve alguma dificuldade (extra) para o exercício profissional médico/militar?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado Profissional:

Você está sendo convidado a participar, voluntariamente, de uma entrevista a ser prestada à professora Sandra Maria Becker Tavares, para a pesquisa “**O Médico Militar Brasileiro e os Desafios Éticos da Profissão**”, relativa à sua tese de doutorado, junto ao programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva da UFRJ/FIOCRUZ/UERJ/UFF.

Abaixo estão descritas informações para o seu esclarecimento sobre particulares da pesquisa e da entrevista, que devem ser lidas antes que você assine o seu consentimento.

- A pesquisa tem como objetivo principal: Analisar a prática médica no âmbito da estrutura militar brasileira enquanto profissão e seu *ethos* frente aos desafios éticos do século XXI. Especificamente pretende-se: a. Discutir aspectos sociológicos e éticos estruturantes da profissão, para identificar quem é o cliente do médico militar, qual a natureza de sua relação cliente-profissional; quais são os fins e quais são os meios e quais são as obrigações profissionais do médico militar brasileiro; b. Abordar suas diretrizes profissionais de caráter ético-profissional vigentes em nosso país; c. Identificar os possíveis conflitos éticos enfrentados, seja no delineamento de sua carreira ou cotidiano de suas atividades e sua visão de quais serão as questões éticas a serem enfrentadas no futuro da profissão.
- O estudo está coadunado às recomendações da Resolução N° 466, de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos e, entre outras, visa a assegurar os direitos e deveres à comunidade científica, aos sujeitos de pesquisa e ao Estado.
- A sua participação é voluntária. Você responderá a questões semiabertas e abertas e poderá fazer as perguntas que desejar: antes, durante e após a entrevista.
- O tempo estimado de duração da entrevista deverá ser de 30 a 50 minutos.
- O risco em você responder à pesquisa, será o de ser identificado. Foram adotadas medidas para preservar a sua privacidade e confidencialidade;
- Para garantir o sigilo sobre o que for falado à pesquisadora: a) entrevista será agendada em data e local escolhido pelo entrevistado; b) os dados/informações coletados serão guardados e analisados em ambiente externo à sua Instituição; c) poderá pedir vistas, em qualquer momento, sob a guarda dos dados/informações colhidos e a análise dos mesmos. A pesquisadora é vinculada a uma instituição de ensino, não havendo nenhuma relação de subordinação entre a pesquisadora, os entrevistados ou suas instituições;

- A entrevista poderá ser anotada ou gravada. A opção pela escolha de uma ou outra é sua. No caso da entrevista gravada: a) logo após a gravação, ela será transcrita em ambiente diverso ao seu local de trabalho; b) será apagada a gravação, permanecendo a transcrição em papel, sob a guarda da pesquisadora;
- Se desejar, poderá interromper a mesma, modificar sua fala, solicitar cópia das anotações, solicitar que sejam retirados trechos que considerar não desejáveis e finalmente impedir sua divulgação, caso haja possibilidade de algum prejuízo no exercício de sua função;
- No caso da escolha do método de entrevista através de telefonema, será necessário encontro prévio, presencial para que você seja esclarecido sobre o trabalho acadêmico em questão, sobre o instrumento de pesquisa e acerca do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Se aceitar a modalidade, você assinará o TCLE, também escolhendo se prefere o tipo anotada ou gravada, e será realizado o agendamento do telefonema/entrevista para data posterior;
- Você não será identificado, sua entrevista será identificada pelas letras do alfabeto (ex.: entrevistado A, entrevistado B, e assim por diante) e o conteúdo das respostas são confidenciais. Os resultados serão divulgados para a sociedade por ocasião da defesa da tese, com previsão para ocorrer em Março de 2014. Os participantes da pesquisa serão previamente informados sobre este momento. Os resultados também serão divulgados em artigos e eventos científicos, mantendo-se o sigilo sobre a identidade dos entrevistados e de qualquer pessoa citada durante a entrevista.

Eu,, autorizo a anotação desta entrevista e sua posterior análise para pesquisa e sua divulgação, desde que resguardado o anonimato de meu depoimento, cedendo os direitos autorais para a pesquisa: “**O Médico Militar Brasileiro e os Desafios Éticos da Profissão**”. Declaro que li e entendi todas as informações que me foram prestadas e que todas as minhas perguntas foram satisfatoriamente respondidas pela pesquisadora responsável. Receberei uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (*Pendência 8*)

Eu,, autorizo a gravação desta entrevista e sua posterior análise para pesquisa e sua divulgação, desde que resguardado o anonimato de meu depoimento, cedendo os direitos autorais para a pesquisa: “**O Médico Militar Brasileiro e os Desafios Éticos da Profissão**”. Declaro que li e entendi todas as informações que me foram prestadas e que todas as minhas perguntas foram satisfatoriamente respondidas pela pesquisadora responsável. Receberei uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Rio de Janeiro, de de 201__.

Entrevistado _____

Pesquisadora _____

Contatos:

- Pesquisadora: Sandra Maria Becker Tavares

Res: (021) 2466-9347 Celular: (021) 982682583 E-mail: smbtav@gmail.com

- Orientadora e Co-Orientador: Dra. Maria Helena Machado e Dr. Sergio T. de A. Rego

E-mails: helenamachado@uol.com.br/starego@gmail.com

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP”

- Comitê de Ética em Pesquisa/Escola Nacional de Saúde Pública (CEP/ENSP):

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480. Térreo. Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ / CEP. 21041-210

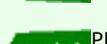
Telefax (21) 2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Site:<http://www.ensp.fiocruz.br/ética>

ANEXO A – EQUIVALÊNCIA DE POSTOS E GRADUAÇÕES DAS FORÇAS ARMADAS

No Quadro 3, pode-se observar a equivalência de postos e graduações das Forças Armadas brasileiras.

Quadro 3 – Equivalência Postos e Graduações das Forças Armadas – Oficialato

QUADRO DOS POSTOS E GRADUAÇÕES DAS FORÇAS ARMADAS			
	MARINHA	EXÉRCITO	AERONÁUTICA
OFICIAIS GERAIS	 ALMIRANTE (ALM)	 MARECHAL (Mal)	 MARECHAL-DO-AR (Mal)
	 ALMIRANTE-DE-ESQUADRA (AE)	 GENERAL-DE-EXÉRCITO (GE)	 TENENTE-BRIGADEIRO (TB)
	 VICE-ALMIRANTE (VA)	 GENERAL-DE-DIVISÃO (GD)	 MAJOR-BRIGADEIRO (MB)
	 CONTRA-ALMIRANTE (CA)	 GENERAL-DE-BRIGADA (GB)	 BRIGADEIRO (Br)
OFICIAIS OF. SUBALTERNOS INT. SUPERIORES	 CAPITÃO-DE-MAR-E-GUERRA (CMG)	 CORONEL (Cel)	 CORONEL (Cel)
	 CAPITÃO-DE-FRAGATA (CF)	 TENENTE-CORONEL (Ten Cel)	 TENENTE-CORONEL (Ten Cel)
	 CAPITÃO-DE-CORVETA (CC)	 MAJOR (Maj)	 MAJOR (Maj)
	 CAPITÃO-TENENTE (Cap)	 CAPITÃO (Cap)	 CAPITÃO (Cap)
	 PRIMEIRO-TENENTE (1 Ten)	 PRIMEIRO-TENENTE (1 Ten)	 PRIMEIRO-TENENTE (1 Ten)
	 SEGUNDO-TENENTE (2 Ten)	 SEGUNDO-TENENTE (2 Ten)	 SEGUNDO-TENENTE (2 Ten)
	 GUARDA-MARINHA (GM)	 ASPIRANTE (Asp)	 ASPIRANTE (Asp)

Fonte: Quadro dos postos e graduações das forças armadas¹²⁸.

ANEXO B – EXCERTO DO ESTATUTO MILITAR

Pode-se observar a seguir um excerto do estatuto militar²⁹:

CAPÍTULO II

Do Ingresso nas Forças Armadas

Art. 10. O ingresso nas Forças Armadas é facultado, mediante incorporação, matrícula ou nomeação, a todos os brasileiros que preencham os requisitos estabelecidos em lei e nos regulamentos da Marinha, do Exército e da Aeronáutica.

§ 1º Quando houver conveniência para o serviço de qualquer das Forças Armadas, o brasileiro possuidor de reconhecida competência técnico-profissional ou de notória cultura científica poderá, mediante sua aquiescência e proposta do Ministro da Força interessada, ser incluído nos Quadros ou Corpos da Reserva e convocado para o serviço na ativa em caráter transitório.

§ 2º A inclusão nos termos do parágrafo anterior será feita em grau hierárquico compatível com sua idade, atividades civis e responsabilidades que lhe serão atribuídas, nas condições reguladas pelo Poder Executivo.

Art. 11. Para matrícula nos estabelecimentos de ensino militar destinados à formação de oficiais, da ativa e da reserva, e de graduados, além das condições relativas à nacionalidade, idade, aptidão intelectual, capacidade física e idoneidade moral, é necessário que o candidato não exerça ou não tenha exercido atividades prejudiciais ou perigosas à segurança nacional.

Parágrafo único. O disposto neste artigo e no anterior aplica-se, também, aos candidatos ao ingresso nos Corpos ou Quadros de Oficiais em que é exigido o diploma de estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Governo Federal.

Art. 12. A convocação em tempo de paz é regulada pela legislação que trata do serviço militar.

§ 1º Em tempo de paz e independentemente de convocação, os integrantes da reserva poderão ser designados para o serviço ativo, em caráter transitório e mediante aceitação voluntária.

§ 2º O disposto no parágrafo anterior será regulamentado pelo Poder Executivo.

Art. 13. A mobilização é regulada em legislação específica.

Parágrafo único. A incorporação às Forças Armadas de deputados federais e senadores, embora militares e ainda que em tempo de guerra, dependerá de licença da Câmara respectiva.

CAPÍTULO III

Da Hierarquia Militar e da Disciplina

Art. 14. A hierarquia e a disciplina são a base institucional das Forças Armadas. A autoridade e a responsabilidade crescem com o grau hierárquico.

§ 1º A hierarquia militar é a ordenação da autoridade, em níveis diferentes, dentro da estrutura das Forças Armadas. A ordenação se faz por postos ou graduações; dentro de um mesmo posto ou

graduação se faz pela antiguidade no posto ou na graduação. O respeito à hierarquia é consubstanciado no espírito de acatamento à sequência de autoridade.

§ 2º Disciplina é a rigorosa observância e o acatamento integral das leis, regulamentos, normas e disposições que fundamentam o organismo militar e coordenam seu funcionamento regular e harmônico, traduzindo-se pelo perfeito cumprimento do dever por parte de todos e de cada um dos componentes desse organismo.

§ 3º A disciplina e o respeito à hierarquia devem ser mantidos em todas as circunstâncias da vida entre militares da ativa, da reserva remunerada e reformados.

Art. 15. Círculos hierárquicos são âmbitos de convivência entre os militares da mesma categoria e têm a finalidade de desenvolver o espírito de camaradagem, em ambiente de estima e confiança, sem prejuízo do respeito mútuo.

Art. 16. Os círculos hierárquicos e a escala hierárquica nas Forças Armadas, bem como a correspondência entre os postos e as graduações da Marinha, do Exército e da Aeronáutica, são fixados nos parágrafos seguintes e no Quadro em anexo.

§ 1º Posto é o grau hierárquico do oficial, conferido por ato do Presidente da República ou do Ministro de Força Singular e confirmado em Carta Patente.

§ 2º Os postos de Almirante, Marechal e Marechal-do-Ar somente serão providos em tempo de guerra.

§ 3º Graduação é o grau hierárquico da praça, conferido pela autoridade militar competente.

§ 4º Os Guardas-Marinha, os Aspirantes-a-Oficial e os alunos de órgãos específicos de formação de militares são denominados praças especiais.

§ 5º Os graus hierárquicos inicial e final dos diversos Corpos, Quadros, Armas, Serviços, Especialidades ou Subespecialidades são fixados, separadamente, para cada caso, na Marinha, no Exército e na Aeronáutica.

§ 6º Os militares da Marinha, do Exército e da Aeronáutica, cujos graus hierárquicos tenham denominação comum, acrescentarão aos mesmos, quando julgado necessário, a indicação do respectivo Corpo, Quadro, Arma ou Serviço e, se ainda necessário, a Força Armada a que pertencerem, conforme os regulamentos ou normas em vigor.

§ 7º Sempre que o militar da reserva remunerada ou reformado fizer uso do posto ou graduação, deverá fazê-lo com as abreviaturas respectivas de sua situação.

Art. 17. A precedência entre militares da ativa do mesmo grau hierárquico, ou correspondente, é assegurada pela antiguidade no posto ou graduação, salvo nos casos de precedência funcional estabelecida em lei.

§ 1º A antiguidade em cada posto ou graduação é contada a partir da data da assinatura do ato da respectiva promoção, nomeação, declaração ou incorporação, salvo quando estiver taxativamente fixada outra data.

§ 2º No caso do parágrafo anterior, havendo empate, a antiguidade será estabelecida:

a) entre militares do mesmo Corpo, Quadro, Arma ou Serviço, pela posição nas respectivas escalas numéricas ou registros existentes em cada Força;

b) nos demais casos, pela antiguidade no posto ou graduação anterior; se, ainda assim, subsistir a igualdade, recorrer-se-á, sucessivamente, aos graus hierárquicos anteriores, à data de praça e à data de nascimento para definir a precedência, e, neste último caso, o de mais idade será considerado o mais antigo;

c) na existência de mais de uma data de praça, inclusive de outra Força Singular, prevalece a antiguidade do militar que tiver maior tempo de efetivo serviço na praça anterior ou nas praças anteriores; e

d) entre os alunos de um mesmo órgão de formação de militares, de acordo com o regulamento do respectivo órgão, se não estiverem especificamente enquadrados nas letras *a*, *b* e *c*.

§ 3º Em igualdade de posto ou de graduação, os militares da ativa têm precedência sobre os da inatividade.

§ 4º Em igualdade de posto ou de graduação, a precedência entre os militares de carreira na ativa e os da reserva remunerada ou não, que estejam convocados, é definida pelo tempo de efetivo serviço no posto ou graduação.

Art. 18. Em legislação especial, regular-se-á:

I - a precedência entre militares e civis, em missões diplomáticas, ou em comissão no País ou no estrangeiro; e

II - a precedência nas solenidades oficiais.

Art. 19. A precedência entre as praças especiais e as demais praças é assim regulada:

I - os Guardas-Marinha e os Aspirantes-a-Oficial são hierarquicamente superiores às demais praças;

II - os Aspirantes, alunos da Escola Naval, e os Cadetes, alunos da Academia Militar das Agulhas Negras e da Academia da Força Aérea, bem como os alunos da Escola de Oficiais Especialistas da Aeronáutica, são hierarquicamente superiores aos suboficiais e aos subtenentes;

III - os alunos de Escola Preparatória de Cadetes e do Colégio Naval têm precedência sobre os Terceiros-Sargentos, aos quais são equiparados;

IV - os alunos dos órgãos de formação de oficiais da reserva, quando fardados, têm precedência sobre os Cabos, aos quais são equiparados; e

V - os Cabos têm precedência sobre os alunos das escolas ou dos centros de formação de sargentos, que a eles são equiparados, respeitada, no caso de militares, a antiguidade relativa.

CAPÍTULO IV

Do Cargo e da Função Militares

Art. 20. Cargo militar é um conjunto de atribuições, deveres e responsabilidades cometidos a um militar em serviço ativo.

§ 1º O cargo militar, a que se refere este artigo, é o que se encontra especificado nos Quadros de Efetivo ou Tabelas de Lotação das Forças Armadas ou previsto, caracterizado ou definido como tal em outras disposições legais.

§ 2º As obrigações inerentes ao cargo militar devem ser compatíveis com o correspondente grau hierárquico e definidas em legislação ou regulamentação específicas.

Art. 21. Os cargos militares são providos com pessoal que satisfaça aos requisitos de grau hierárquico e de qualificação exigidos para o seu desempenho.

Parágrafo único. O provimento de cargo militar far-se-á por ato de nomeação ou determinação expressa da autoridade competente.

Art. 22. O cargo militar é considerado vago a partir de sua criação e até que um militar nele tome posse, ou desde o momento em que o militar exonerado, ou que tenha recebido determinação expressa da autoridade competente, o deixe e até que outro militar nele tome posse de acordo com as normas de provimento previstas no parágrafo único do artigo anterior.

Parágrafo único. Consideram-se também vagos os cargos militares cujos ocupantes tenham:

- a) falecido;
- b) sido considerados extraviados;
- c) sido feitos prisioneiros; e
- d) sido considerados desertores.

Art. 23. Função militar é o exercício das obrigações inerentes ao cargo militar.

Art. 24. Dentro de uma mesma organização militar, a sequência de substituições para assumir cargo ou responder por funções, bem como as normas, atribuições e responsabilidades relativas, são as estabelecidas na legislação ou regulamentação específicas, respeitadas a precedência e a qualificação exigidas para o cargo ou o exercício da função.

Art. 25. O militar ocupante de cargo provido em caráter efetivo ou interino, de acordo com o parágrafo único do artigo 21, faz jus aos direitos correspondentes ao cargo, conforme previsto em dispositivo legal.

Art. 26. As obrigações que, pela generalidade, peculiaridade, duração, vulto ou natureza, não são catalogadas como posições tituladas em "Quadro de Efetivo", "Quadro de Organização", "Tabela de Lotação" ou dispositivo legal, são cumpridas como encargo, incumbência, comissão, serviço ou atividade, militar ou de natureza militar.

Parágrafo único. Aplica-se, no que couber, a encargo, incumbência, comissão, serviço ou atividade, militar ou de natureza militar, o disposto neste Capítulo para cargo militar.

TÍTULO II

Das Obrigações e dos Deveres Militares

CAPÍTULO I

Das Obrigações Militares

SEÇÃO I Do Valor Militar

Art. 27. São manifestações essenciais do valor militar:

I - o patriotismo, traduzido pela vontade inabalável de cumprir o dever militar e pelo solene juramento de fidelidade à Pátria até com o sacrifício da própria vida;

II - o civismo e o culto das tradições históricas;

III - a fé na missão elevada das Forças Armadas;

IV - o espírito de corpo, orgulho do militar pela organização onde serve;

V - o amor à profissão das armas e o entusiasmo com que é exercida; e

VI - o aprimoramento técnico-profissional.

SEÇÃO II

Da Ética Militar

Art. 28. O sentimento do dever, o pundonor militar e o decoro da classe impõem, a cada um dos integrantes das Forças Armadas, conduta moral e profissional irrepreensíveis, com a observância dos seguintes preceitos de ética militar:

I - amar a verdade e a responsabilidade como fundamento de dignidade pessoal;

II - exercer, com autoridade, eficiência e probidade, as funções que lhe couberem em decorrência do cargo;

III - respeitar a dignidade da pessoa humana;

IV - cumprir e fazer cumprir as leis, os regulamentos, as instruções e as ordens das autoridades competentes;

V - ser justo e imparcial no julgamento dos atos e na apreciação do mérito dos subordinados;

VI - zelar pelo preparo próprio, moral, intelectual e físico e, também, pelo dos subordinados, tendo em vista o cumprimento da missão comum;

VII - empregar todas as suas energias em benefício do serviço;

VIII - praticar a camaradagem e desenvolver, permanentemente, o espírito de cooperação;

IX - ser discreto em suas atitudes, maneiras e em sua linguagem escrita e falada;

X - abster-se de tratar, fora do âmbito apropriado, de matéria sigilosa de qualquer natureza;

XI - acatar as autoridades civis;

XII - cumprir seus deveres de cidadão;

XIII - proceder de maneira ilibada na vida pública e na particular;

XIV - observar as normas da boa educação;

XV - garantir assistência moral e material ao seu lar e conduzir-se como chefe de família modelar;

XVI - conduzir-se, mesmo fora do serviço ou quando já na inatividade, de modo que não sejam prejudicados os princípios da disciplina, do respeito e do decoro militar;

XVII - abster-se de fazer uso do posto ou da graduação para obter facilidades pessoais de qualquer natureza ou para encaminhar negócios particulares ou de terceiros;

XVIII - abster-se, na inatividade, do uso das designações hierárquicas:

a) em atividades político-partidárias;

b) em atividades comerciais;

c) em atividades industriais;

d) para discutir ou provocar discussões pela imprensa a respeito de assuntos políticos ou militares, excetuando-se os de natureza exclusivamente técnica, se devidamente autorizado; e

e) no exercício de cargo ou função de natureza civil, mesmo que seja da Administração Pública; e

XIX - zelar pelo bom nome das Forças Armadas e de cada um de seus integrantes, obedecendo e fazendo obedecer aos preceitos da ética militar.

Art. 29. Ao militar da ativa é vedado comerciar ou tomar parte na administração ou gerência de sociedade ou dela ser sócio ou participar, exceto como acionista ou quotista, em sociedade anônima ou por quotas de responsabilidade limitada.

§ 1º Os integrantes da reserva, quando convocados, ficam proibidos de tratar, nas organizações militares e nas repartições públicas civis, de interesse de organizações ou empresas privadas de qualquer natureza.

§ 2º Os militares da ativa podem exercer, diretamente, a gestão de seus bens, desde que não infringjam o disposto no presente artigo.

§ 3º No intuito de desenvolver a prática profissional, é permitido aos oficiais titulares dos Quadros ou Serviços de Saúde e de Veterinária o exercício de atividade técnico-profissional no meio civil, desde que tal prática não prejudique o serviço e não infrinja o disposto neste artigo.

Art. 30. Os Ministros das Forças Singulares poderão determinar aos militares da ativa da respectiva Força que, no interesse da salvaguarda da dignidade dos mesmos, informem sobre a origem e natureza dos seus bens, sempre que houver razões que recomendem tal medida.

CAPÍTULO II

Dos Deveres Militares

SEÇÃO I

Conceituação

Art. 31. Os deveres militares emanam de um conjunto de vínculos racionais, bem como morais, que ligam o militar à Pátria e ao seu serviço, e compreendem, essencialmente:

I - a dedicação e a fidelidade à Pátria, cuja honra, integridade e instituições devem ser defendidas mesmo com o sacrifício da própria vida;

II - o culto aos Símbolos Nacionais;

III - a probidade e a lealdade em todas as circunstâncias;

IV - a disciplina e o respeito à hierarquia;

V - o rigoroso cumprimento das obrigações e das ordens; e

VI - a obrigação de tratar o subordinado dignamente e com urbanidade.

SEÇÃO II

Do Compromisso Militar

Art. 32. Todo cidadão, após ingressar em uma das Forças Armadas mediante incorporação, matrícula ou nomeação, prestará compromisso de honra, no qual afirmará a sua aceitação consciente das obrigações e dos deveres militares e manifestará a sua firme disposição de bem cumpri-los.

Art. 33. O compromisso do incorporado, do matriculado e do nomeado, a que se refere o artigo anterior, terá caráter solene e será sempre prestado sob a forma de juramento à Bandeira na presença de tropa ou guarnição formada, conforme os dizeres estabelecidos nos regulamentos específicos das Forças Armadas, e tão logo o militar tenha adquirido um grau de instrução compatível com o perfeito entendimento de seus deveres como integrante das Forças Armadas.

§ 1º O compromisso de Guarda-Marinha ou Aspirante-a-Oficial é prestado nos estabelecimentos de formação, obedecendo o cerimonial ao fixado nos respectivos regulamentos.

§ 2º O compromisso como oficial, quando houver, será regulado em cada Força Armada.

SEÇÃO III

Do Comando e da Subordinação

Art. 34. Comando é a soma de autoridade, deveres e responsabilidades de que o militar é investido legalmente quando conduz homens ou dirige uma organização militar. O comando é vinculado ao grau hierárquico e constitui uma prerrogativa impessoal, em cujo exercício o militar se define e se caracteriza como chefe.

Parágrafo único. Aplica-se à direção e à chefia de organização militar, no que couber, o estabelecido para comando.

Art. 35. A subordinação não afeta, de modo algum, a dignidade pessoal do militar e decorre, exclusivamente, da estrutura hierarquizada das Forças Armadas.

Art. 36. O oficial é preparado, ao longo da carreira, para o exercício de funções de comando, de chefia e de direção.

Art. 37. Os graduados auxiliam ou complementam as atividades dos oficiais, quer no adestramento e no emprego de meios, quer na instrução e na administração.

Parágrafo único. No exercício das atividades mencionadas neste artigo e no comando de elementos subordinados, os suboficiais, os subtenentes e os sargentos deverão impor-se pela lealdade, pelo exemplo e pela capacidade profissional e técnica, incumbindo-lhes assegurar a observância minuciosa e ininterrupta das ordens, das regras do serviço e das normas operativas pelas praças que lhes estiverem diretamente subordinadas e a manutenção da coesão e do moral das mesmas praças em todas as circunstâncias.

Art. 38. Os Cabos, Taifeiros-Mores, Soldados-de-Primeira-Classe, Taifeiros-de-Primeira-Classe, Marinheiros, Soldados, Soldados-de-Segunda-Classe e Taifeiros-de-Segunda-Classe são, essencialmente, elementos de execução.

Art. 39. Os Marinheiros-Recrutas, Recrutas, Soldados-Recrutas e Soldados-de-Segunda-Classe constituem os elementos incorporados às Forças Armadas para a prestação do serviço militar inicial.

Art. 40. Às praças especiais cabe a rigorosa observância das prescrições dos regulamentos que lhes são pertinentes, exigindo-se-lhes inteira dedicação ao estudo e ao aprendizado técnico-profissional.

Parágrafo único. Às praças especiais também se assegura a prestação do serviço militar inicial.

Art. 41. Cabe ao militar a responsabilidade integral pelas decisões que tomar, pelas ordens que emitir e pelos atos que praticar.

CAPÍTULO III

Da Violação das Obrigações e dos Deveres Militares

SEÇÃO I

Conceituação

Art. 42. A violação das obrigações ou dos deveres militares constituirá crime, contravenção ou transgressão disciplinar, conforme dispuser a legislação ou regulamentação específicas.

§ 1º A violação dos preceitos da ética militar será tão mais grave quanto mais elevado for o grau hierárquico de quem a cometer.

§ 2º No concurso de crime militar e de contravenção ou transgressão disciplinar, quando forem da mesma natureza, será aplicada somente a pena relativa ao crime.

Art. 43. A inobservância dos deveres especificados nas leis e regulamentos, ou a falta de exatidão no cumprimento dos mesmos, acarreta para o militar responsabilidade funcional, pecuniária, disciplinar ou penal, consoante a legislação específica.

Parágrafo único. A apuração da responsabilidade funcional, pecuniária, disciplinar ou penal poderá concluir pela incompatibilidade do militar com o cargo ou pela incapacidade para o exercício das funções militares a ele inerentes.

Art. 44. O militar que, por sua atuação, se tornar incompatível com o cargo, ou demonstrar incapacidade no exercício de funções militares a ele inerentes, será afastado do cargo.

§ 1º São competentes para determinar o imediato afastamento do cargo ou o impedimento do exercício da função:

a) o Presidente da República;

b) os titulares das respectivas pastas militares e o Chefe do Estado-Maior das Forças Armadas; e

c) os comandantes, os chefes e os diretores, na conformidade da legislação ou regulamentação específica de cada Força Armada.

§ 2º O militar afastado do cargo, nas condições mencionadas neste artigo, ficará privado do exercício de qualquer função militar até a solução do processo ou das providências legais cabíveis.

Art. 45. São proibidas quaisquer manifestações coletivas, tanto sobre atos de superiores quanto as de caráter reivindicatório ou político.

SEÇÃO II

Dos Crimes Militares

Art. 46. O Código Penal Militar relaciona e classifica os crimes militares, em tempo de paz e em tempo de guerra, e dispõe sobre a aplicação aos militares das penas correspondentes aos crimes por eles cometidos.

SEÇÃO III

Das Contravenções ou Transgressões Disciplinares

Art. 47. Os regulamentos disciplinares das Forças Armadas especificarão e classificarão as contravenções ou transgressões disciplinares e estabelecerão as normas relativas à amplitude e aplicação das penas disciplinares, à classificação do comportamento militar e à interposição de recursos contra as penas disciplinares.

§ 1º As penas disciplinares de impedimento, detenção ou prisão não podem ultrapassar 30 (trinta) dias.

§ 2º À praça especial aplicam-se, também, as disposições disciplinares previstas no regulamento do estabelecimento de ensino onde estiver matriculada.

SEÇÃO IV

Dos Conselhos de Justificação e de Disciplina

Art. 48. O oficial presumivelmente incapaz de permanecer como militar da ativa será, na forma da legislação específica, submetido a Conselho de Justificação.

§ 1º O oficial, ao ser submetido a Conselho de Justificação, poderá ser afastado do exercício de suas funções, a critério do respectivo Ministro, conforme estabelecido em legislação específica.

§ 2º Compete ao Superior Tribunal Militar, em tempo de paz, ou a Tribunal Especial, em tempo de guerra, julgar, em instância única, os processos oriundos dos Conselhos de Justificação, nos casos previstos em lei específica.

§ 3º A Conselho de Justificação poderá, também, ser submetido o oficial da reserva remunerada ou reformado, presumivelmente incapaz de permanecer na situação de inatividade em que se encontra.

Art. 49. O Guarda-Marinha, o Aspirante-a-Oficial e as praças com estabilidade assegurada, presumivelmente incapazes de permanecerem como militares da ativa, serão submetidos a Conselho

de Disciplina e afastados das atividades que estiverem exercendo, na forma da regulamentação específica.

§ 1º O Conselho de Disciplina obedecerá a normas comuns às três Forças Armadas.

§ 2º Compete aos Ministros das Forças Singulares julgar, em última instância, os processos oriundos dos Conselhos de Disciplina convocados no âmbito das respectivas Forças Armadas.

§ 3º A Conselho de Disciplina poderá, também, ser submetida a praça na reserva remunerada ou reformada, presumivelmente incapaz de permanecer na situação de inatividade em que se encontra.

ANEXO C – COMPARAÇÃO ENTRE AS PROFISSÕES MÉDICA E MILITAR

No Quadro 4, podem-se observar a comparação entre as profissões médica e militar segundo Madden e Cartier^{41:281}.

Quadro 4 – Comparação entre as profissões médica e militar

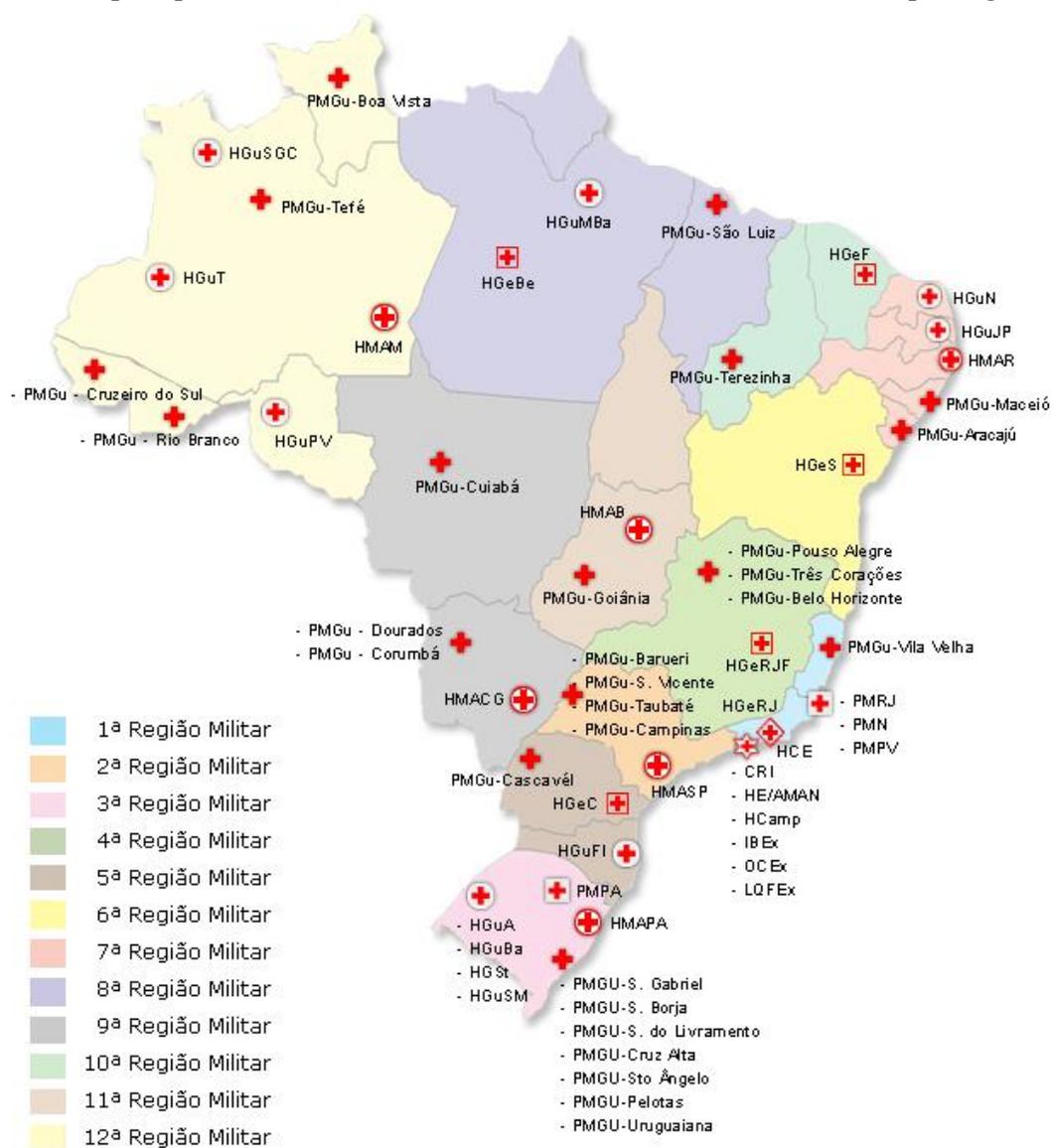
Professional Concern	Profession of Arms	Profession of Medicine
What are the means of the profession?	The client of the profession of arms is the state.	The client of the profession of medicine is the individual patient and, through each patient, society as a whole.
What is the nature of the professional– client relationship?	The profession of arms is subservient to the society. It is directed to fulfill this role by the command authority of the government, and must respond with absolute obedience to any lawful commands.	Historically the patient has been subservient to the medical professional. However, this relationship is evolving into one of shared responsibility and authority. Except in the case of emergency, both patients and professionals have had the right to accept, reject, or terminate the professional relationship. Neither party has the right to dictate to the other.
Who is the client of the profession?	The client of the profession of arms is the state.	The client of the profession of medicine is the individual patient and, through each patient, society as a whole.
What are the ends of the profession?	The profession of arms is responsible for assuring the security needs of the society. In the United States its fundamental role is the defense of the Constitution, the basic principles upon which American society is based.	The profession of medicine is only one of many social agencies, including individual patients, that are responsible for assisting individuals and society in achieving their health goals.
What are the obligations of the professional?	Military professionals may be ordered to sacrifice their physical and mental health or their lives in order to achieve the end of the profession. They must obey orders specifying how, where, and with whom they will meet their obligation. They must also give similar orders to their subordinates.	Medical professionals can choose the location and nature of their practice and to whom to offer their skills. Only in the case of medical emergency are medical professionals obligated to offer their services.

Fonte: Madden e Cartier^{41:281}

ANEXO D – UNIDADES DE SAÚDE EXÉRCITO BRASILEIRO

Na Figura 8, encontra-se a localização das unidades de saúde do exército brasileiro¹²⁹ por região militar.

Figura 8 – Mapa representativo das unidades de saúde do exército brasileiro por região militar



Fonte: Brasil. Exército Brasileiro¹²⁹.

ANEXO E – DECLARAÇÃO DE MÉDICO MILITAR

A Figura 9 apresenta o *layout* da página eletrônica do CREMERJ evidenciando o link para *download* da declaração de médico militar. O modelo de declaração de médico estritamente militar pode ser observado na Figura 10.

Figura 9 – Declaração de Médico Militar



The screenshot displays the website interface for the Rede dos Conselhos de Medicina (CREMERJ). The browser address bar shows the URL: `old.cremerj.org.br/skel.php?page=downloads/mostraDownload.php&idDownload=17`. The page header includes the site name and a dropdown menu for selecting a council. The main navigation bar contains links for PRINCIPAL, INSTITUCIONAL, FÓRUM, SITE DO MÉDICO, MAPA DO SITE, and FALE CONOSCO. The CREMERJ logo and name are prominently displayed, along with links for CREMERJ E-MAIL, ÁREA DO ESTUDANTE, and ÁREA DO MÉDICO. A search bar for finding a doctor is also present. The main content area is titled 'DOWNLOADS DE ARQUIVOS' and features a warning icon and text: 'ATENÇÃO: Para a abertura do arquivo que você solicitou, é necessária a utilização do Adobe Acrobat Reader, caso seu computador não possua esse software instalado, por favor faça o download e a instalação antes de baixar o arquivo.' Below this, there is a link for 'Adobe Acrobat Reader' and a PDF icon for the 'Declaração de Médico Militar'. The PDF description states: 'Declaração a ser preenchida para requisição de alteração no status do médico para médico militar. ATENÇÃO! Este documento deverá ser impresso no papel timbrado da Instituição Militar.' A 'Voltar' button is located at the bottom right of the download section. A left sidebar menu lists various site categories like INSTITUIÇÃO, SERVIÇOS, and BIBLIOTECA ELETRÔNICA.

Fonte: CREMERJ¹³⁰

Figura 10 – Modelo Formulário CREMERJ /CFM– Médico Estritamente Militar

DECLARAÇÃO	
<p>Declaramos, para os fins previstos no parágrafo único do Art. 5º da Lei 6.681, de 16 de agosto de 1979,</p>	
<p>DR.(a) _____,</p>	
<p>brasileiro (a), _____, médico (a) inscrito (a) no Conselho Regional de Medicina</p>	
<p style="text-align: center;">(estado civil)</p>	
<p>do Estado do Rio de Janeiro sob o nº _____, portador (a) da Cédula de Identidade</p>	
<p>Militar nº _____, exerce EXCLUSIVAMENTE a função de Médico (a)</p>	
<p>Militar (especificar se convocado) desde ____/____/____, servindo no _____, não</p>	
<p style="text-align: right;">(especificar local de atuação)</p>	
<p>desenvolvendo qualquer atividade profissional médica na área civil.</p>	
<p>O médico(a) compromete-se a remeter ao Conselho Regional de Medicina <u>até o dia 28 de fevereiro de cada ano</u> a documentação comprobatória da situação exclusiva militar, ciente de que a não-apresentação autorizará o CREMERJ a considera-lo(a) médico(a) civil e ciente ainda, de que se passar a exercer a atividade profissional médica na área civil, deverá procurar de imediato a Sede deste Conselho, declarando por escrito a</p>	
<p>mudança de situação.</p>	
<p>Rio de Janeiro, ____ de _____ de 200 ____</p>	
<p>_____</p>	
<p style="text-align: center;">(assinatura do Médico Militar)</p>	
<p>_____</p>	
<p style="text-align: center;">(nome por extenso, posto e assinatura do Oficial Superior)</p>	

ANEXO F – EXCERTO DO CADERNO DE INSTRUÇÃO - AÇÃO CÍVICO-SOCIAL - EXÉRCITO BRASILEIRO

A seguir, pode-se observar um excerto do caderno de instrução – Ação Cívico Social do Exército Brasileiro¹³¹.

2-4. PRINCÍPIOS BÁSICOS

Para alcançar o máximo de eficiência, um programa de ACISO deve procurar obedecer aos seguintes princípios:

a. Progressividade

1) Quando da realização de uma ACISO em local já atendido anteriormente, deve ser observado o princípio da progressividade.

2) Nesse caso, uma ACISO futura deverá produzir, no mínimo, os mesmos resultados alcançados na ACISO anterior, sendo o ideal a obtenção de sucesso bem maior.

b. Emprego judicioso dos meios

1) Considerando a realidade do País, normalmente os meios e materiais disponíveis para uma ACISO costumam ser menores que as necessidades, o que exige o estabelecimento de prioridades

2) Deve-se evitar a duplicação de esforços de órgãos diferentes, mediante a coordenação das ações (unidade de planejamento). Assim, devem-se aplicar os maiores esforços onde maiores forem as necessidades.

c. Respeito à cultura local

1) Durante o planejamento, é fundamental o estudo minucioso dos valores ou crenças, tradições, costumes e educação da população a ser atendida.

2) O respeito aos padrões culturais da comunidade é fundamental, podendo esta tornar-se uma aliada durante os trabalhos.

3) Qualquer desrespeito que, para nossa cultura possa parecer insignificante, pode ser desastroso para nossas tropas, principalmente em operações de paz ou em outro país.

d. Integração

- Durante uma ACISO, deve-se promover a participação da população nos trabalhos desenvolvidos, de forma a integrar a Força com a comunidade em todas as ações.

e. Unidade de planejamento/comando

1) A unidade de planejamento/comando permite que as atividades sejam realizadas de forma criteriosa, evitando a realização de tarefas similares por organizações diferentes em um mesmo local.

2) Esse princípio deve ser observado principalmente quando houver a participação de civis, o que é muito comum em operações de paz.

f. Conjugação de esforços (inclusive com iniciativa privada)

- As ações conjuntas entre os diferentes órgãos/entidades, na medida em que caracterizam a plena utilização do conceito de sinergia, facilitam a coordenação e o controle, bem como um esforço final maior do que a soma das possibilidades individuais de cada organismo participante da ACISO.

g. Prevalência do educacional sobre o assistencial

- Em todas as ACISO, enquanto se colabora com a população, deve-se procurar ensiná-la, visando a torná-la independente. (Não se deve somente “dar o peixe” mas principalmente ensinar a pescá-lo, ou seja, ensinar os procedimentos para que ela própria possa atingir seus objetivos).

h. Seleção de pessoal

- Algumas atividades de ACISO requerem muito tato e características especiais dos militares. A escolha do pessoal é fundamental, pois um comportamento muito rigoroso ou áspero poderá ter efeito contrário ao desejado para a atividade.

CAPÍTULO 3

PLANEJAMENTO DE UMA ACISO

3-1. GENERALIDADES

Uma ACISO, como qualquer outra atividade militar, apoia-se em metuculoso planejamento, em decorrência do qual devem ser selecionados os principais campos de aplicação dos esforços e os pormenores para a elaboração e a execução dos diferentes programas.

3-2. CONDICIONANTES BÁSICOS

a. As atividades de ACISO, via de regra, não devem prejudicar a instrução. Tais ações, sempre que possível, devem ser aproveitadas como adestramento dos sistemas de logística e de inteligência.

b. Deve-se buscar espontaneidade na colaboração de órgãos federais, estaduais e(ou) municipais, bem como de outras entidades públicas ou privadas.

c. O mutirão é uma das formas de trabalho que proporciona maior rendimento para uma ACISO, haja vista o engajamento maciço da comunidade.

d. A participação da Comunicação Social é fundamental antes, durante e após uma ACISO. O pessoal de comunicação social deve ser utilizado nos contatos com lideranças locais, órgãos públicos e empresas privadas. Elementos de Com Soc deverão participar do planejamento e da execução da divulgação dos eventos.

e. As ACISO devem ter, em qualquer caso, caráter apolítico.

f. Especial atenção deve ser dada ao prosseguimento das ações. Isso proporcionará uma multiplicação de esforços de longo prazo, permitindo que seja alcançado o sucesso.

g. Devem ser selecionadas, quando a situação permitir, regiões carentes no interior dos estados ou na periferia dos grandes centros urbanos

h. O engajamento da comunidade é fundamental em uma ACISO. Por isso, é conveniente evitar a contratação de civis mediante pagamento, ressalvados os casos decorrentes de convênio estabelecidos com propósitos bem definidos e autorizados pela autoridade competente (muito comum em operações de paz).

i. Uma ACISO deve ser compreendida pelo Exército, e principalmente pela comunidade, como uma ação de natureza complementar.

j. As atividades não devem causar interferência nas atribuições dos órgãos de governo responsáveis.

k. Uma ACISO visa, muitas vezes, a cooperar com as autoridades civis na solução de problemas que afligem à população de determinada região.

l. Deve-se verificar a data de validade do material a ser empregado ou distribuído na ACISO, principalmente no que se refere a gêneros alimentícios e a medicamentos.

3-3. SETORES DE ATUAÇÃO

No planejamento de uma ACISO, devem-se estudar os setores abaixo visando à prestação de assistência a núcleos populacionais pré-determinados (público externo).