Atendimento às Vítimas de Combate Tático: Um Estudo de Caso do Profissionalismo Técnico dos Sargentos

Tenente-Coronel Médico Richard Malish, Exército dos EUA

(Sargento Clifton Caldwell, Exército dos EUA)

Estudantes do Curso de Combate de primeiros socorros proveem auxílio a uma vítima de combate tático simulada, durante um exercício de incidentes com fatalidades no Centro de Treinamento de Especialistas de primeiros socorros em Combate, Jamestown, Base Conjunta Balad, 4 de março de 2009.

O desenvolvimento de líderes é alcançado com uma permanente síntese de conhecimento, habilidades e experiências obtidas por meio de instrução individual, ensino militar, adestramento, experiência operacional e autoaperfeiçoamento.

—Manual de Campanha *FM 6-22*, *Army Leadership*, (Liderança no Exército), Outubro de 2006.[1]

O EXÉRCITO DOS EUA possui um corpo de sargentos (Non-Commissioned Officers — NCOs) sem paralelo entre as forças militares do mundo. Os NCOs designados nas unidades táticas de manobra merecem louvor pela sua capacidade de se adaptarem, com agilidade, às funções de soldado, líder e instrutor. Por causa das guerras no Iraque e no Afeganistão, os NCOs se tornaram comunicadores especialistas, diplomatas, estrategistas e mediadores; porém, o crescimento e a destreza nas áreas técnicas podem passar despercebidos. Em especialidades como comunicações, engenharia e ciência da computação, os NCOs transformaram a Força Terrestre dos EUA em uma entidade pela qual a palavra "exército" parece simples e antiquada. Devido a sua dedicação e capacidade de aprender, os homens e mulheres que se desdobram em apoio à segurança nacional dos EUA representam uma equipe de peritos multidimensionais.

Um bom exemplo é o gerenciamento das vítimas de combate. Os índices de baixas nas guerras do Iraque e do Afeganistão são os mais baixos já registrados. Peritos atribuem esse desenvolvimento a dois itens: coletes à prova de balas e primeiros socorros no campo de batalha. Sem dúvida, o componente mais importante e delicado desse sucesso é o atendimento médico. Seria impróprio, entretanto, reduzir essas ações ao termo "primeiros socorros", pois há de se reconhecer os feitos heroicos executados pelos soldados dentro de um ambiente

O tenente-coronel Richard Malish atualmente está cursando a Escola de Comando e EstadoMaior do Exército. É bacharel pela Universidade de John Hopkins e doutor em Medicina pela Uniformed Services University of the Health Sciences. Foi designado anteriormente para o Departamento de Medicina do Womack Army Medical Center como cardiologista. Serviu como cirurgião da 173ª Brigada durante a Operação Iraqi Freedom *em 2003. Também serviu como Cirurgião do 3º Batalhão do 5º Grupo de Forças Especiais (Aerotransportado).*

NARA

Um especialista de primeiros socorros do 1º Batalhão/16º Regimento de Infantaria, da 1ª Divisão de Infantaria, procura nos céus um helicóptero de evacuação médica para remover um companheiro ferido durante um assalto aéreo, Vietnã, junho de 1967.

assustadoramente cinético. O "especialista em primeiros socorros," com a Qualificação Militar (*Military Occupational Specialty — MOS*) 91W, é um dos menos reconhecidos herois das guerras no Iraque e no Afeganistão.

Usando o especialista em primeiros socorros 91W como estudo, eu avaliaria o profissionalismo técnico no Exército como uma microrrevolução em assuntos militares. Para descrever a transformação do especialista de primeiros socorros em combate durante a primeira década do novo milênio, é necessário identificar as raízes da mudança na década passada. Nos anos 80, uma cuidadosa análise das lições aprendidas da Guerra do Vietnã iniciou uma cadeia de eventos que culminaram com a criação do especialista de primeiros socorros. Durante os anos 90, as lições aprendidas do Vietnã gradualmente se tornaram parte do treinamento médico reformado. Quando a guerra explodiu no Afeganistão em 2001 e no Iraque em 2003, as Forças Armadas dos EUA se encontraram na encruzilhada da doutrina médica. Sem hesitação, o Exército aceitou o desafio e instituiu um modelo fundamentalmente novo para os primeiros socorros no campo de batalha.

O sargento especialista em primeiros socorros em cada capítulo desse desenvolvimento no profissionalismo médico. Eles primeiro tiveram que provar seu valor. Dali em diante, o Exército confiou a eles a tarefa vital de ensinar, treinar e orientar um novo tipo de especialistas de primeiros socorros do campo de batalha.

O Centro e Escola do Departamento Médico do Exército em San Antonio, Texas, delegou os detalhes das mudanças institucionais ao sargento especialista em primeiros socorros. Quando o tempo disponível terminou, com o início das operações de combate em 2001, o sargento especialista em primeiros socorros proveu um "manual de treinamento de bolso" que servia como uma ponte entre a doutrina inicial e as práticas inovadoras no campo de batalha. Isso era altamente arriscado, e não havia garantias de sucesso. Em cada passo, o Exército colocou expectativas adicionais no sargento especialista em primeiros socorros.

O baixo índice de vítimas no Iraque e no Afeganistão comprova o grau de desempenho com que os sargentos atenderam a essas expectativas. A concretização desse padrão demonstra o modelo de desenvolvimento do líder organizacional. Os sargentos continuamente apoiaram, reforçaram e expandiram boas ideias com competência profissional e técnica.

Entendendo as Necessidades Médicas do Soldado em Combate

O sargento especialista em primeiros socorros de hoje deve muito do seu sucesso ao trabalho pioneiro do Dr. (Coronel) Ronald F. Bellamy. Usando modelos teóricos e dados sobre ferimentos e eficácia de munições no Vietnã, o Dr. Bellamy buscou entender como os soldados morreram no campo de batalha moderno.[2] Em seu artigo de 1984, ("*The Causes of Death in Conventional Land Warfare: Implications for Combat Casualty Care Research,*"), (As Causas de Morte na Guerra Terrestre Convencional: Implicações para a Pesquisa do Atendimento às Vítimas de Combate, em tradução livre) Bellamy chegou a duas importantes conclusões: primeiro, que 90% dos soldados mortos em ação sofreram ferimentos mortais, enquanto 10% foram vitimados por ferimentos de possível recuperação; e, segundo, que 98% dos pacientes que alcançaram os postos de tratamento médico ainda vivos, ao final, sobreviveram.[3]

A importância dessas descobertas tornou-se clara com o passar do tempo. Primeiro, o

trabalho revelou um grupo de pacientes com um pequeno subgrupo de ferimentos nos quais a atenção médica teria tido um efeito salva-vidas. Segundo, no caso desses pacientes, o local e tempo essencial para a intervenção seriam no campo de batalha, imediatamente após o ferimento. Se os pacientes fossem medicados o suficiente para que atingissem um posto de socorro ainda vivos, então a chance de sobrevivência seria altamente provável. Finalmente, o Dr. Bellamy descobriu que o mais importante para prevenir a morte era controlar a hemorragia, especialmente nos ferimentos das extremidades. Em vez de abordar tratamentos específicos para uma miríade de potenciais ferimentos de combate, Bellamy se concentrou na recuperação de alguns poucos ferimentos nos quais a intervenção mudaria os resultados.

Em 1996, Frank K. Butler, John Hagmann, e George E. Butler usaram dados do Vietnã (incluindo os dados de Bellamy) para demonstrar as deficiências do treinamento médico militar da época.[4] Eles formularam um guia para os especialistas em primeiros socorros que se concentrava em:

- O especialista em primeiros socorros como o ponto central da sobrevivência em combate.
- Estados iniciais críticos na intervenção de ferimentos.
- Uma fórmula de ação simples e notável.
- Torniquetes e controle de hemorragia.
- Rotina de como tratar tensão pneumotórax e obstrução do canal de ventilação.

O artigo conduzia a orientação especialmente aos especialistas em primeiros socorros que, como primeiros na cena, verdadeiramente estavam no ponto de conexão entre a vida e a morte. Recomendava, ainda, que usassem esse treinamento, que predominantemente pertencia ao campo da medicina civil. Incluídas entre essas ações estavam a administração de campanha de antibióticos e narcóticos; e uma nova geração de fluidos de ressuscitação. Adicionalmente, recomendava o uso agressivo de procedimentos técnicos tais como a aplicação de torniquetes, cricotiroidotomia cirúrgica e a descompressão de pneumotórax por inserção de agulha.

Uma organização precisa arriscar muito quando tem muito a ganhar. As rotinas recomendadas são perigosas se executadas incorretamente ou para a indicação errada. O Exército reduziu os riscos nos estágios iniciais do atendimento conduzido por especialistas em primeiros socorros nas linhas de frente, tendo como objetivo os sargentos de saúde. Por causa do ambiente no qual eles operam, esses sargentos de saúde cuidam dos seus companheiros feridos por horas e até dias sem apoio de um médico.

O programa 91W é ambicioso. Sob o novo currículo, os especialistas de primeiros socorros treinam por 16 semanas em vez de 10.

Eles recebem treinamento que vai além do que é ministrado aos especialistas em primeiros socorros convencionais. Em alguns casos, eles são requisitados a executar ações de atendimentos primários que podem entrar no âmbito da prática de um médico. O artigo de Butler, Hagmann, e Butler recomendou, aberta e oficialmente, que os conhecimentos para atendimento de trauma grave fossem ministrados aos sargentos de saúde para possibilitá-los salvar o pequeno subgrupo de pacientes cujas vidas estão em perigo quando a ajuda de um médico é impossível. O seu artigo "*Tactical Combat Casualty Care in Special Operations*" (O Atendimento de Vítimas de Combate Tático em Operações Especiais, em tradução livre) abordou, na parte inicial, a importante tendência em aumentar o conhecimento do especialista em primeiros socorros de combate para reduzir os índices de baixas no campo de batalha. Muitos acreditam que esse artigo decisivamente mudou a medicina do campo de batalha. Os médicos e assistentes médicos individuais das Forças de Operações Especiais (*Special Operations Forces — SOF*) começaram imediatamente a incorporar os fundamentos do Atendimento de Vítimas de Combate Tático em programas de treinamento.

Viabilizados com o novo conhecimento médico, os especialistas de primeiros socorros das SOF demonstraram o seu valor. Um artigo exaltando a implementação do atendimento de

vítimas de combate tático na recuperação de pessoal pelos sargentos médicos foi publicado em 1999.[5] A comunidade de Operações Especiais da Marinha rapidamente adotou a filosofia do atendimento de vítimas de combate tático para seus próprios sargentos médicos.[6] As diretrizes do programa obtiveram um grau ainda mais alto de legitimidade quando o *American College of Surgeons* as adotou e as incluiu no seu manual pré-hospitalar de recursos salva-vidas de trauma.[7] Na sua etapa inicial, o atendimento médico tático nas mãos dos NCOs médicos foi reconhecido como um salto quântico. Em treinamento e missões limitadas no mundo real, os sargentos médicos provaram que eram capazes de cuidar de casos de trauma avançado.

Atendimento das Vítimas de Combate Tático e o Especialista em Primeiros Socorros Convencional

Não é surpresa que o modelo de atendimento de vítimas de combate tático tenha despertado a atenção do Departamento Médico do Exército para distribuição às unidades convencionais. Em 1991, o colapso da União Soviética proclamou uma nova era de ameaças militares. Sem nenhuma superpotência inimiga confrontando as Forças Armadas dos EUA, o Departamento Médico do Exército reconheceu a necessidade de um novo tipo de especialista convencional de primeiros socorros, habilitado nas missões de manutenção da paz, auxílio humanitário e conflitos de pequena escala. Em 1991, para melhor se preparar para esse espectro de ameaça, o departamento anunciou a criação de uma nova especialidade ocupacional médica: o 91W.[8]

Em grande parte devida à visão do Diretor da Saúde do Exército, James B. Peake, o programa 91W criou um novo profissional médico ainda não visto no mundo civil: uma combinação de técnico de emergências medicas (*Emergency Medical Technician — EMT*) e assistente de enfermagem. Ambas as especialidades 91B [ajudante médico] e 91C [assistente de enfermagem] foram incorporadas em uma nova qualificação militar. O Departamento Médico do Exército aceitou o fato de que os futuros especialistas de primeiros socorros de combate convencionais estariam realizando operações de contingência de pequena escala, semelhantes às operações especiais. O coronel Robert De Lorenzo, proponente do programa 91W, estudou o modelo do sargento de saúde como um provável protótipo para o novo especialista de primeiros socorros .[9] Além disso, declarou que o cuidado de vítimas de combate tático seria incluído no treinamento. Aceitando o fato de que as ações dos especialistas de primeiros socorros de combate eram mais importantes do que todo o cuidado que se seguiria, o programa do 91W se concentrava no princípio do "cuidado médico na linha de frente." Na sua introdução à apresentação do programa 91W, De Lorenzo discutiu as expectativas de seu modelo predecessor, o Especialista de Primeiros socorros do Futuro:

O especialista de primeiros socorros do futuro era uma extensão do médico ou assistente médico, permitindo que esses profissionais na linha de frente ampliassem a sua assistência o tempo todo no local da ocorrência do ferimento ou doença. O especialista de primeiros socorros do futuro deveria ser altamente qualificado em primeiros socorros e capaz de prover atendimento a ocorrências em estado crítico e em evacuações de longa distância.[10]

No programa 91W, especialistas de primeiros socorros convencionais, armados com habilidades e conhecimento de ressuscitação próprios de médicos e de assistentes médicos, estariam presentes nas linhas de combate.

O programa 91W é ambicioso. Sob o novo currículo, os especialistas de primeiros socorros treinam por 16 semanas em vez de 10. Ao contrário do programa 91B, os especialistas de primeiros socorros de combate precisam passar no teste de qualificação civil de técnico de emergências médicas para se graduarem. O treinamento em manequins de simulação dá aos estudantes perícia na aplicação de procedimentos de ressuscitação. Ainda mais importante, o treinamento dá aos estudantes permissão implícita para executar tarefas ensinadas anteriormente somente para prover uma familiaridade básica (por exemplo, com o propósito de ajudar um médico).

Desde o começo, os projetistas do programa 91W dependiam pesadamente dos sargentos de saúde. De Lorenzo não deixou dúvida nenhuma de que a responsabilidade pela "maior reengenharia do especialista de primeiros socorros de combate

na história" dependeria dos sargentos de saúde.[11] Ele enfatizou: "Naturalmente, os sargentos 91W e os sargentos instrutores, todos especialmente treinados e preparados para suas funções, conduzirão a maior parte do treinamento."[12] A cada passo ao longo do caminho, os sargentos de saúde provaram que a disseminação de treinamento vital estava em boas mãos.

Departamento de Defesa, Sargento Wendy Wyman

O sargento Philip Windhorst, ao centro, orienta o cabo Antonio Manzano enquanto administram terapia intravenosa no sargento Raymond Calixte, durante o curso de combate de primeiros socorros na Base de Operações Avançadas em Kalsu, Iraque, 24 de janeiro de 2009.

Atendimento Preliminar por Unidades Convencionais em Combate

Os ataques terroristas no World Trade Center ocorreram um mês antes que o programa de treinamento 91W fizesse a sua estreia. A guerra no Afeganistão começou antes que a primeira classe de 91W tivesse se graduado. Mesmo em 2003 e no começo das hostilidades no Iraque, somente a minoria dos especialistas de primeiros socorros de combate tinha feito a transição de 91B/C para 91W. Mais importante, os conceitos do atendimento de vítimas de combate tático ainda não tinham alcançado o ponto de transição no campo de batalha. O capitão Michael Tarpey, um cirurgião de batalhão da 3ª Divisão de Infantaria, escrevendo em 2005, declarou, "O uso das diretrizes do atendimento de vítimas de combate tático em unidades convencionais não tinha sido bem difundido."[13] Havia, contudo, grupos de peritos em atendimento de vítimas de combate tático junto com a força invasora.

A unidade de Tarpey, a força-tarefa do 1° Batalhão de Infantaria/15° Regimento de Infantaria, da 3ª Divisão de Infantaria (FT 1/15 Inf), fornece um exemplo. Em seu artigo intitulado "Atendimento às Vítimas de Combate Tático na Operação *Iraqi Freedom*", Tarpey descreve como ele, seu assistente médico, seu sargento de saúde de pelotão e outros sargentos de saúde realizaram a tarefa de ensinar os especialistas de primeiros socorros do batalhão num curso de três meses em atendimento às vítimas de combate tático.[14] O curso terminou abruptamente antes da unidade atacar o Iraque, pelo Kuwait, como um dos elementos à frente da invasão terrestre em 21 de marco de 2003.

Usando técnicas de treinamento baseadas em cenários, idênticas àquelas adotadas pelas unidades das Forças Especiais em 1999, os especialistas de primeiros socorros da força-tarefa se tornaram tão adeptos do uso de técnicas avançadas para tratar pacientes simulados que "o reconhecimento e tratamento às vezes envolvia simplesmente a memorização da habilidade motora."[15]

Nos primeiros 25 dias de combate, apesar de 32 feridos, a FT 1-15 não teve nenhum morto em combate. Tarpey se tornou um dos muitos apóstolos da mensagem do atendimento às vítimas de combate tático.

Ele expressou que as diretrizes do atendimento de ocorrências de combate tático "demonstraram ser salvadoras de vidas e sua ampla disseminação deveria ser com primeira prioridade."[16] Outras unidades implementaram o atendimento às vítimas de combate tático na preparação para o combate. Uma dessas unidades era a 173ª Brigada Aeroterrestre que foi empenhada na luta em 26 de marco de 2003, com um assalto de pára-quedas no Aeroporto de Bashur, ao norte do Iraque. Da mesma forma que a FT 1/15 Inf, a 173ª usou os sargentos de saúde seniores para treinar os especialistas de primeiros socorros, extensivamente, no atendimento às vítimas de combate tático. Em acréscimo do treinamento de sala de aula baseado em cenários, os especialistas de primeiros socorros receberam os produtos farmacêuticos apropriados e as ferramentas para executarem os procedimentos

de atendimento às vítimas de combate tático. Como uma medida extra para assegurar que o conhecimento do atendimento às vítimas de ocorrências de combate estava sempre disponível, os soldados plastificaram os seus "*smart cards*", que continham todas as informações necessárias. Como o cirurgião da Brigada e o assistente médico do batalhão estavam excessivamente envolvidos no planejamento médico, eles delegaram a importante tarefa de treinar os especialistas de primeiros socorros em atendimento às vítimas de combate tático aos sargentos mais experientes e sargentos recém-graduados do programa 91W.

Os sargentos médicos da 173ª desempenharam um papel importante na criação de uma equipe de 91Ws de um profissionalismo incomparável. O cuidado *in loco* dos ferimentos era tão completo que, em muitas ocasiões, tornou a intervenção do cirurgião da brigada irrelevante. Deve-se observar que nenhum cuidado adicional era necessário no posto de socorro da brigada, sendo que o cirurgião da brigada simplesmente conduzia rápidas reavaliações dos pacientes (sem intervenção) antes de evacuá-los à equipe avançada mais próxima. Nesses casos, os cuidados em relação ao posto de socorro da brigada podiam ser dispensados porque os sargentos de saúde já tinham realizado o atendimento completo, no local e na hora em que eram mais necessários: no campo de batalha, segundos depois de acontecido o ferimento. Existe pouca dúvida de que a visão de atendimento na linha de frente criada por Peake, até certo ponto, tenha sido realizada na Operação *Iraqi Freedom*. Sendo parte o tradicional especialista de primeiros socorros, parte enfermeiro, e por certo, parte médico, o 91W representou um avanço inédito na medicina profissional e na ressuscitação em combate.

Ampla Disseminação do Atendimento às Vítimas de Combate Tático

Embora seja improvável que as experiências da FT-1/15 e da 173ª tenham sido singulares, à medida em que o tempo passou, unidades não treinadas no atendimento às vítimas de combate tático se tornaram a exceção. Dando o exemplo consistentemente, a comunidade de operações especiais estabeleceu um "Comitê de Atendimento às Vítimas de Combate Tático" em 2001. Com figuras importantes como o Chefe da Saúde Pública dos EUA e peritos de fama mundial no campo de trauma e cirurgia de queimaduras, nada menos que sete sargentos de saúde fizeram parte do comitê em 2004-2005.[17] Tendo encontrado o atendimento às vítimas de combate tático permeado pela comunidade de operações especiais, o comitê, em 2004, recomendou o início de um "Modelo de Iniciativa de Transição do Atendimento às Vítimas de Combate Tático."[18] Esse programa, patrocinado pelo Comando de Operações Especiais dos EUA, prevê um curso intensivo em atendimento às vítimas de combate tático num período de seis meses antes do desdobramento. O currículo tira vantagem e se utiliza do talento e iniciativa dos sargentos de saúde locais. As sessões de "Treinar o treinador" começam no primeiro dia, dessa forma, os especialistas de primeiros socorros das unidades

Exército dos EUA, cabo April Campbell

O sargento Clint Higgins pratica as habilidades de primeiros socorros aprendidas na sala de aula em um ambiente simulado no Campo Atterbury, em 23 de agosto.

podem auxiliar com o treinamento que se segue nos próximos dois dias.[19] O programa estende o seu alcance usando os sargentos de saúde dessa forma.

Em 2005, o atendimento às vítimas de combate tático, de uma forma ou de outra, finalmente alcançou a força convencional como um todo. Unidades convencionais, incluindo a 82ª Divisão Aeroterrestre, a 10ª Divisão de Montanha (Infantaria Leve), a 3ª Divisão de Infantaria e a 101ª Divisão Aeroterrestre (Assalto Aéreo) estão usando variações do currículo do treinamento "na hora certa" do atendimento às vítimas de combate tático.[20] Esses currículos continuam a complementar a atual quantidade de unidades de manobras de combate com especialistas de primeiros socorros 91W, treinados pelo Centro e Escola do Departamento Médico do Exército.

Resultados

Embora os especialistas em primeiros socorros tenham sempre tido um papel importante no atendimento na linha de frente, o atendimento às vítimas de combate tático reorganizou o modelo da linha de frente. O que uma vez foi um modelo em "forma de roda de bicicleta", com o posto de socorro da brigada no centro, agora é uma "cobertura" ou um "guarda-chuva" de proteção. Especialistas de primeiros socorros, distribuídos entre as forças militares, muitas vezes executam todas as funções do posto de socorro da brigada, que agora, geralmente (e logicamente), é ultrapassado para se levar os pacientes mais rapidamente à cirurgia.

O Chefe da Saúde Pública do Exército dos EUA, Eric B. Schoomaker, declarou em 2008 que a porcentagem de sobrevivência dos EUA no Iraque e no Afeganistão era a mais alta "em toda a história da guerra."[21] A partir de junho de 2007, o índice dos mortos em ação por causa de ferimentos graves era 16.1% em contraste com 21.1 para o Vietnã.[22]

Isso representa uma redução de risco de 24% entre essas duas guerras. Enquanto há um amplo consenso de que o atendimento às vítimas de combate tático tenha contribuído para o aumento da taxa de sobrevivência, a prova real de um relacionamento causal é difícil. Como mencionado antes, peritos atribuem o sucesso da taxa de sobrevivência à combinação de coletes à prova de balas e primeiros socorros no campo de batalha. Não é claro que a proporção do melhoramento da taxa de sobrevivência seja atribuível a cada variável. Mesmo assim, os poucos que testemunharam os resultados dos novos atendimentos às vítimas de combate tático pessoalmente (capitão Terpey, por exemplo) duvidam que a sua contribuição seja menos que significativa.

…cuidados em relação ao posto de socorro da brigada podiam ser dispensados porque os sargentos de saúde já tinham realizado o atendimento completo, no local e na hora em que eram mais necessários.

Em retrospecto, não é difícil encarar o surgimento bem sucedido do atendimento às vítimas de combate tático (tanto direta e indiretamente por meio de sua incorporação ao currículo do 91W) como um fato consumado. No entanto, essa conclusão é muito otimista. Tom Philpott se expressou francamente quando afirmou, "não [foi] uma coisa pequena para os doutores dar aos especialistas de primeiros socorros mais responsabilidade do atendimento de trauma no campo de batalha."[23] Se não fosse pelos treinamentos cuidadosos e a supervisão criteriosa dos líderes, tanto dos sargentos de saúde quanto de outros, e os procedimentos e rotinas do atendimento às vítimas de combate tático poderiam ter resultado em mais danos do que benefícios. Em 2005, o general George W. Weightman, que na época era o comandante do Centro e Escola do Departamento Médico do Exército dos EUA, tomou a decisão de delegar o conhecimento profissional avançado de trauma aos especialistas em primeiros socorros, "um enorme salto de fé."[24] Essa declaração, se tomada literalmente, indica

uma incerteza que talvez não existisse. E se existisse, provavelmente foi equilibrada pelo conhecimento dos talentos do corpo de sargentos do Serviço de Saúde nos quais caiu a responsabilidade pela implementação do programa.

Eu não desejo diminuir a importância das inovações nos coletes à prova de balas. Os criadores desse equipamento merecem a mesma admiração dos nomes mencionados aqui. Além disso, concentrar-se somente nos Bellamys, Butlers e Peakes do Exército é ignorar uma característica do sistema no qual eles operam. O sucesso ou o fracasso prático de iniciativas ambiciosas muitas vezes pertence completamente aos sargentos. Servindo como líderes, instrutores e implementadores do atendimento de combate tático, os sargentos representam o centro de gravidade, o eixo do conceito. Além de serem estimuladores de críticas do produto final, os sargentos contribuíram significativamente em cada estágio do desenvolvimento e disseminação do atendimento às vítimas de ocorrências de combate. No futuro, os sargentos permanecerão essenciais ao desenvolvimento médico e líderes dos especialistas de primeiros socorros, do alistamento até o campo de batalha.

Não se deve esquecer que o sargento de Saúde não tem a exclusividade em seu compromisso aos aspectos técnicos da sua profissão. O sargento de Infantaria expandiu seu alcance profissional incluindo negociações e diplomacia. O sargento de comunicações adquiriu e poliu suas habilidades em informática. O sargento assistente jurídico é capaz de obter sucesso na maior parte de assuntos legais sem a presença de um advogado. Outros exemplos são inumeráveis. O sargento de saúde é um representante do elevado nível de profissionalismo requerido dos sargentos no mundo moderno. Embora teóricos discutam se uma revolução de informação em assuntos militares possa estar a caminho, não há dúvida sobre a diversidade revolucionária e a profundidade de perícia requerida dos sargentos. O exemplo do sargento de saúde não sugere que um processo de cima para baixo ou de baixo para cima seja responsável pelas realizações do atual objetivo alcançado. Ao contrário, um aprendizado organizacional mutuamente corroborativo e um processo dominante parecem estar operando inovações cognitivas, de analistas e pesquisadores, que estão sendo implementadas por um corpo de sargentos inteligentes, práticos e alertas, que possuem níveis de perícia profissional e técnica até agora nunca vistos nas Forças Armadas dos EUA.***MR***

O autor gostaria de agradecer e fazer um reconhecimento ao Dr. Timothy Henschel pela sua generosa assistência em analisar este artigo.

REFERÊNCIAS

1. U.S. Army Field Manual (FM) 6-22, *Army Leadership* (Washington DC: Government Printing Office, (GPO) Outubro de 2006), pp. 8-9.
2. BELLAMY, Robert F., "How Shall We Train for Combat Casualty Care?" *Military Medicine* 152 (Dezembro de 1987): pp. 617-21.
3. BELLAMY, Robert F., "The Causes of Death in Conventional Land Warfare: Implications for Combat Casualty Care Research," Military Medicine 149 (Fevereiro de 1984): pp. 55-62.
4.BUTLER, Frank K. Jr. HAGMANN, John, e BUTLER, George E., "Tactical Combat Casualty Care in Special Operations," *Military Medicine* 161 (Supplemento de 1996): pp. 3-16.
5. MALISH, Richard G., "The Medical Preparation of a Special Forces Company for Pilot Recovery," *Military Medicine* 164 (Dezembro de 1999): pp. 881-84.
6. BUTLER, Frank K. e HOLCOMB, John B., "The Tactical Combat Casualty Care Initiative," Army Medical Department Journal, PB 8-05-4/5/6 (April/Maio/Junho de 2005): pp. 33-37.
7. Ibid.
8. PEAKE, James B., "91W Healthcare Specialist," *Army Medical Department Journal*, PB 8-99-10/11/12 (Outubro/Novembro/Dezembro de 1999): 1.
9. DE LORENZO, Robert A., "Medic for the Millennium: The U.S. Army 91W Health Care Specialist," *Military Medicine* 166 (Agosto de 2001): pp. 685-88.
10. DE LORENZO, Robert A., "91W: Force XXI Combat Medic," *Army Medical Department Journal*, PB 8-99-10/11/12 (Outubro/Novembro/Dezembro de 1999): pp. 2-6.
11. DE LORENZO, *Medic for the Millennium*, p.685.
12. Ibid., p. 687.
13. TARPEY, Michael J., "Tactical Combat Casualty Care in Operation Iraqi Freedom," *Army Medical Department Journal*, PB 8-05-4/5/6 (Abril/Maio/Junho de 2005): pp. 39-41.
14. Ibid.
15. Ibid.
16. Ibid.
17. BUTLER, Frank K. e HOLCOMB, John B., e outros, "Tactical Combat Casualty Care 2007: Evolving Concepts and Battlefield Experience," *Military Medicine* 172 (Suplemento de Novembro de 2007): pp. 1-19.
18. BUTLER e HOLCOMB, "The Tactical Combat Casualty Care Initiative," p.34.
19. Ibid., p. 35.
20. Ibid., p. 36.
21. SCHOOMAKER, Eric B., "One Year after Walter Reed: An Independent Assessment of Care, Support, and Disability Evaluation for Wounded Soldiers," testemunho perante o Comitê de Supervisão e Reforma do Governo, Subcomitê de Segurança Nacional e Assuntos Exteriores, 27 de fevereiro de 2008, disponível em: <http://nationalsecurity.oversight.house.gov/documents/20080227161333.pdf> (27 de maio de 2009).
22. Ronald F. Bellamy, "A Note on American Combat Mortality in Iraq," *Military Medicine* 172 (Outubro de 2007): I, 1023.
23. Tom Philpott, "Military Update: Fewer War Wounds Suffered in Iraq are Fatal," *Stars and Stripes*, 16 de Novembro de 2005.
24. Ibid.