

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS TECNOLÓGICAS
CURSO DE FORMAÇÃO DE OFICIAIS BOMBEIROS MILITAR

JOSUÉ PEREIRA PINHEIRO
LENO ROMEU COELHO COSTA

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE OPERAÇÃO
PADRÃO PARA A CONTENÇÃO A PACIENTE PSQUIÁTRICO EM SÃO LUÍS DO
MARANHÃO

SÃO LUIS
2014

JOSUÉ PEREIRA PINHEIRO
LENO ROMEU COELHO COSTA

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE OPERAÇÃO
PADRÃO PARA A CONTENÇÃO A PACIENTE PSQUIÁTRICO EM SÃO LUÍS DO
MARANHÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Formação de Oficiais – Bombeiro Militar da Universidade Estadual do Maranhão para obtenção do grau em Bacharel em segurança Pública e do Trabalho.

Orientador: Arlindo Lopes Vieira Neto

SÃO LUIS
2014

JOSUÉ PEREIRA PINHEIRO
LENO ROMEU COELHO COSTA

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE OPERAÇÃO PADRÃO
PARA A CONTENÇÃO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO EM SÃO LUÍS DO
MARANHÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Formação de Oficiais – Bombeiro Militar da Universidade Estadual do Maranhão para obtenção do grau em Bacharel em Segurança Pública e do Trabalho.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Arlindo Lopes Vieira Neto
(Orientador)

Dra. Vera Lúcia

Raimundo José de Sousa Júnior

Dedicamos este trabalho
primeiramente a Deus e aos
nossos familiares e amigos.

AGRADECIMENTOS

Leno Romeu Coêlho Costa

Agradeço a Deus por permitir que eu possa estar cumprindo mais essa missão na minha vida, por me dar saúde e capacidade para trabalhar e estudar e por me dar a certeza de que a maior alegria consiste em buscá-lo como referência em tudo o que faço.

Aos meus pais **Alcivando** e **Raimunda** por terem me criado e me formado com princípios que admiro e cultivo. Ao meu pai que sempre resolve os problemas sem nunca deixar que obstáculos o deixem parado, algo que carrego para minha vida. E a minha mãe que sempre está feliz e radiante para todos sem queixas da vida, minha mãe guerreira.

A **Luiziana**, minha companheira de todos os momentos que divide comigo a responsabilidade de tocarmos nossa família, pessoa que admiro muito e me inspira como exemplo de força de vontade.

Aos meus dois filhos, **Aylla Marjorie** e **Nicolas Romeu**, por modificarem totalmente a minha visão de vida e de mundo.

Agradeço ainda aos meus irmãos: **Alexsandra**, **Alexsandro**, **Vanesssa** e **Oneide**, que fazem parte da minha vida e que não tem um dia em que não pense neles. Simplesmente obrigado por fazerem parte de mim.

Aos meus tios paternos: **Murilo**, **Sales**, **Maria Sales**, **Regina**, **Hosana**, **Amélia**, **Roberto** e minha madrinha **Lena**, que são exemplo de união e que tenho muito orgulho de ter o mesmo sangue.

Aos meus tios maternos: **Maria Oneide**, **Lima Coelho** e **Augusto** que tem a minha admiração como pessoas vencedoras e determinadas.

A minha Avó Cirene (*in memorian*) que sempre foi carinhosa e cheia de vida.

A meu avô Francisco Sales que deixou muitas lembranças boas e exemplos de honestidade e bondade.

A minha avó Carmi que até hoje me inspira com sua disposição e capricho no que faz.

A todos os meus amigos da Turma Cel Eliberto que percorreram esta caminha de três anos, por todos os momentos de convivência e aprendizado: **Josué** (companheiro de monografia, ágil e simplificador de situações), **Maia**, **Araújo**,

Suellen, Jorge Luís (formadores do grupo selete), **Luiz Paulo, Nunes, Silva Filho, Abreu** (parceiros de trabalho).

Ao meu orientador **2º Ten. QOCBM Arlindo**, que desde o momento que foi solicitado para ser orientador, nos ajudou incondicionalmente, fazendo que nossa admiração fosse ainda maior por esse profissional.

A Alessandra Maria que prontamente nos ajudou sendo fundamental para a conclusão deste trabalho.

Aos meus **instrutores e professores** pelos conhecimentos repassados e dedicação, onde se doaram e contribuíram para minha formação.

Agradeço ainda aos militares que participaram e contribuíram com suas opiniões, que foram fundamentais para justificação do trabalho.

AGRADECIMENTOS

Josué Pereira Pinheiro

Em primeiro lugar quero agradecer ao **meu senhor Jesus Cristo** direcionador da minha vida, por ter me dado muita saúde, paciência, força e perseverança por lograr êxito na formação desse curso que sempre foi um objetivo de vida, mesmo depois de duas tentativas fracassadas no vestibular.

A **Josias Meireles Pinheiro**, meu sábio Pai, que me proporcionou os meios financeiros e emocionais necessários para conseguir tal objetivo, e ainda aconselhou-me de como seria a melhor forma de preparo para atingir a aprovação no vestibular.

A **Lucimar Pereira Pinheiro**, minha amada e querida mãe, que me apoiou incondicionalmente mesmo antes de ser aprovado para tal curso, e nos momentos mais difíceis sempre tinha uma palavra revigorante para seguir em frente.

A **Amanda Muniz Moraes Pinheiro**, minha querida esposa que conheci no primeiro ano dessa jornada, e que de lá para cá, sempre me aconselhou e me apoiou mesmo nos momentos de angústias.

A **Josué Pereira Pinheiro Junior**, meu amado e querido filho, que mesmo a pouco tempo no mundo, me fez retomar o foco do curso e me proporcionou o direcionamento final que precisava para terminar tal empreitada.

A **Aquiles Batista dos Santos Moraes**, um amigo inseparável, que sempre deu-me força para que eu nunca desistisse, que sempre acreditou que seria possível alcançar a aprovação, mesmo nos momentos em que fraquejava, nunca deixando que eu perdesse o foco dos estudos.

A Minhas irmãs **Luciene Pinheiro e Lucenilde Pinheiro** que sempre me apoiaram e acreditaram que seria possível realizar meu sonho.

Aos meus sobrinhos e sobrinhas **Debora, Daniel, André e Luciana**, que nos momentos de grande cansaço, me proporcionavam seus sorrisos me dando forças renovadas para continuar a jornada.

Aos meus amigos e amigas da turma Coronel Eliberto que sempre estiveram comigo durante o transcorrer do curso, aos quais hoje tenho grande amizade e respeito os futuros aspirantes **Coêlho** (meu amigo e parceiro dedicado de monografia), **Maia, Araújo, Jorge Luís, Suellen** (formadores do grupo seleteo),

Cardoso, Dutra, Paulo Costa, Francisco e em especial o **Welton** que estendeu sua mão amiga, em um momento que eu estava passando por grande dificuldade.

Aos meus avôs e avós (mesmo no céu torceram por mim), tias e tios que de alguma forma contribuíram para minha educação.

Ao meu orientador **2º Ten. QOCBM Arlindo**, que desde o momento que foi solicitado para ser orientador, nos ajudou incondicionalmente, fazendo que nossa admiração fosse ainda maior por esse profissional.

A Alessandra Maria que prontamente nos ajudou sendo fundamental para a conclusão deste trabalho.

Aos meus **instrutores e professores** pelos conhecimentos repassados e dedicação, onde se doaram e contribuíram para minha formação.

“O gênio, o crime e a loucura, provêm,
por igual, de uma anormalidade;
representam, de diferentes maneiras,
uma inadaptabilidade ao meio”.

Fernando Pessoa

RESUMO

Este trabalho teve o objetivo de propor uma nova forma de atendimento a paciente psiquiátrico realizado pelos membros do CBMMA. Para isso, utilizaram-se fatos históricos que servem de subsídio para uma compreensão ampla no modelo de atendimento psiquiátrico atual que é aplicado no Brasil e no Maranhão, foi realizado a análise das formas de atendimento incluindo as mais diversas patologias psiquiátricas, bem como as fundamentações legais que regularizam o atendimento a esses pacientes pelos bombeiros, como o objetivo foi propor uma melhoria no serviço prestado pelos bombeiros, foi analisado a estrutura necessária, os recursos humanos, bem como todo processo de atendimento. Obtendo fundamentos necessários para a elaboração de um procedimento operacional padrão (POP), promovendo a qualificação necessária para um melhor atendimento à sociedade maranhense.

Palavras-chave: Atendimento psiquiátrico. Bombeiros. Procedimento Operacional Padrão (POP).

ABSTRACT

This work aimed to propose a new form of care for psychiatric patients conducted by members of CBMMA. For this, we used historical facts that serve as a subsidy for a broad understanding of the current psychiatric treatment that is applied in Brazil and Maranhão model, the analysis of the forms of care including various psychiatric disorders was conducted, as well as foundations law that regulate the care of these patients by firefighters as the goal was to offer an improvement in the service provided by firefighters, was analyzed the necessary structure, human resources, as well as all service process. Getting basics needed for the development of a pattern (POP) operating procedure, providing the necessary skills to provide better care to Maranhão society.

Keywords: Psychiatric Services. Firefighters. Pattern Operating Procedure (POP).

LISTA DE ABREVIATURAS

ABM JM	Academia de Bombeiros Militar “Josué Montello”
APH	Atendimento pré-hospitalar
CAPS	Centro de atenção psicossocial
CBMERJ	Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro
CBMMA	Corpo de Bombeiros Militar do Maranhão
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIOPS	Centro integrado de operações e segurança
EMS	Sistema de emergência Médica
FHEMIG	Fundação hospitalar do estado de Minas Gerais
GBM	Grupamento Bombeiro Militar
GEM	Grupamento de Emergência Médica
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
POP	Procedimento Operacional Padrão
RCP	Reanimação Cardiopulmonar
SAMU	Sistema de atendimento móvel de urgência
SGIBS	Subgrupamento independente de busca e salvamento
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: AMBULÂNCIA DE DOMINIQUE JEAN LARREY.....	19
FIGURA 2 : CURSO DE APH BÁSICO -ABMJM SÃO LUÍS	21
FIGURA 3: MODELO FRANCÊS DE APH	22
FIGURA 4: MODELO AMERICANO.....	23

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - ATENDIMENTOS POR MÊS – 2012	45
GRÁFICO 2 - RELAÇÃO ENTRE OCORRÊNCIAS - 2012	45
GRÁFICO 3 - PRINCIPAIS OCORRÊNCIAS - 2012	46
GRÁFICO 4 - ESTADO DA VÍTIMA - 2012.....	46
GRÁFICO 5 - ATENDIMENTOS POR MÊS 2013	47
GRÁFICO 6 - RELAÇÃO ENTRE OCORRÊNCIAS – 2013	47
GRÁFICO 7 - PRINCIPAIS OCORRÊNCIAS - 2013	48
GRÁFICO 8 - ESTADO DA VÍTIMA – 2013	48
GRÁFICO 9 - IMPORTÂNCIA DE POP PARA A CONTENÇÃO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS.	57
GRÁFICO 10 - POSSIBILIDADE DE MELHORIA NO ATENDIMENTO.....	58
GRÁFICO 11 - DIFERENCIAÇÃO DE VITIMAS COM TRANSTORNOS MENTAIS.....	59
GRÁFICO 12 - SITUAÇÃO DA TROPA COM RELAÇÃO A TREINAMENTO.....	59
GRÁFICO 13 - OPINIÃO A RESPEITO DO TEMPO RESPOSTA.	60
GRÁFICO 14 - ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE SEGURANÇA.	61
GRÁFICO 15 - SITUAÇÃO DOS FAMILIARES.	61
GRÁFICO 16 - CONHECIMENTO DE LEIS.	62

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR	19
3.1	MODELO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR.....	21
3.1.1	Modelo de atendimento pré-hospitalar francês	21
3.1.2	Modelo de atendimento pré-hospitalar americano	23
3.1.3	Atendimento prestado pelo bombeiro no Brasil	24
3.1.4	Atendimento prestado pelo Bombeiro Militar no Maranhão	25
3.2	DEFINIÇÕES NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NO BRASIL	26
3.2.1	Definição de urgência e emergência.....	26
3.3	HISTÓRICO DA PSIQUIATRIA.....	27
3.3.1	A psiquiatria no mundo.....	27
3.3.2	A psiquiatria no Brasil.....	30
3.4	PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS.....	33
3.4.1	Álcool e transtornos relacionados a substâncias	33
3.4.2	Esquizofrenia	36
3.4.3	Transtornos delirantes	38
3.4.4	Transtorno psicótico breve.....	39
3.4.5	Transtorno bipolar	39
4	FUNDAMENTAÇÕES LEGAIS DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NO BRASIL À PACIENTE PSIQUIÁTRICO	41
5	GRUPAMENTOS DO CORPO DE BOMBEIROS DO MARANHÃO DE SÃO LUÍS.....	44
5.1	ATRIBUIÇÕES DO SERVIÇO.....	44
5.2	ESTATÍSTICAS DAS OCORRÊNCIAS DE 2012 E 2013.....	44
6	ELABORAÇÃO DO PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO.....	50

6.1 ELABORAÇÃO DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA A CONTENÇÃO DE VÍTIMAS COM TRANSTORNOS MENTAIS.....	50
7 CAUSAS QUE MOTIVARAM A ELABORAÇÃO DA PROPOSTA.....	52
8 METODOLOGIA.....	55
8.1 UNIVERSO E POPULAÇÃO	55
8.2 AMOSTRA.....	56
9 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	57
10 RESULTADO E DISCUSSÕES.....	63
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS.....	67
APÊNDICE A	69
APÊNDICE B	71
ANEXO A.....	74
ANEXO B.....	76

1 INTRODUÇÃO

O Corpo de Bombeiros Militar do Maranhão surgiu em 16 de abril de 1901 por meio da Lei Nº 294, que autorizava a criação de um serviço de combate ao fogo. E somente em 1903 o serviço foi oficializado por um ato do Vice-Governador do Estado, Alexandre Colares Moreira Júnior que criou uma Seção de Bombeiros, encarregada do serviço de extinção de incêndios, comandada por um oficial do Corpo de Infantaria do Estado, o Alferes Aníbal de Moraes Souto. E nos anos seguintes a corporação veio acumulando novas atividades, como: vistorias, perícias, significativos trabalhos de prevenção, defesa civil e o Serviço de Atendimento Pré-hospitalar, um dos mais importantes que o Corpo de Bombeiros presta à população, bem como o atendimento e remoção de pacientes com transtornos mentais.

Na cidade de São Luis, o serviço de atendimento e remoção de pacientes com transtornos mentais é executado pelos quartéis do Primeiro Grupamento de Bombeiros Militar (1º GBM), Subgrupamento Independente de Busca e Salvamento (SGIBS), o Segundo Grupamento de Bombeiros Militar (2º GBM) e o Grupamento Emergência Médicas (GEM).

O presente trabalho tem a intenção de ajustar e melhorar este serviço prestado à sociedade, tendo como fator de motivação a verificação do grande número de ocorrências do gênero e a falta de material de estudo no Estado voltado para a orientação das guarnições.

Este trabalho está organizado da seguinte forma: o segundo capítulo relata os objetivos geral e específico deste estudo.

O terceiro capítulo aborda acerca das definições, e do histórico do atendimento pré-hospitalar no mundo, Brasil e no Maranhão, relata também sobre os protocolos de atendimento americano e o francês. Além do histórico da psiquiatria no mundo e no Brasil. E discorre também sobre os principais transtornos mentais que se tem conhecimento.

Já o quarto capítulo trata sobre as fundamentações legais a respeito do atendimento pré-hospitalar no Brasil à pacientes psiquiátricos.

O quinto capítulo é acerca do atendimento realizado pelos grupamentos do Corpo de Bombeiros Militar do Maranhão demonstrando dados estatísticos deste tipo ocorrência.

Já o sexto capítulo traz a elaboração do Procedimento Operacional Padrão baseado na experiência de outros corpos de bombeiros e adequado à realidade local.

O sétimo menciona os principais fatores motivadores da proposta de implantação do procedimento pretendido.

O oitavo capítulo especifica a metodologia a ser utilizada para o desenvolvimento deste trabalho, no qual são utilizadas definições, portarias e análise das questões que foram apresentadas como resposta aos questionários aplicados aos Bombeiros do CBMMA (Corpo de Bombeiros Militar do Maranhão).

Em acréscimo, o nono e o décimo capítulos apresentam a demonstração gráfica dos resultados obtidos através da aplicação dos questionários, bem como a discussão das respostas obtidas, abordando os aspectos relacionados às opiniões dos militares acerca do serviço de contenção executado pelos grupamentos do Corpo de Bombeiros, dentre outros aspectos.

Finalmente, após a exposição de todos os pontos a serem abordados nesta monografia, pretende-se levar o leitor a concluir a respeito da real necessidade da proposta de implantação do procedimento pretendido e possíveis adaptações e aquisições de materiais e equipamentos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Propor um Procedimento Operacional Padrão (POP) para a melhoria do atendimento e/ou contenção de pessoas acometidas de transtorno mental.

2.2 Objetivos Específicos

- Propor melhorias no serviço de contenção de pacientes psiquiátricos;
- Identificar a competência legal do serviço de atendimento e contenção de pacientes psiquiátricos;
- Melhorar a qualidade do serviço prestado à sociedade;
- Melhorar a segurança do paciente e do bombeiro durante a prestação do serviço.

3 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Durante o contexto histórico da humanidade, várias foram as evoluções nas áreas envolvendo as ciências, contudo mesmo com as evoluções, existem diversos conflitos entre os povos, que são denominados de guerra. Apesar das grandes perdas decorrentes das guerras, sempre algum setor desenvolve-se de forma exponencial em detrimento de outros, como exemplo podem ser citados o desenvolvimento industrial, a evolução da ciência da informação e ainda, a evolução da medicina.

Segundo Castelões (2002), o ambiente de guerra sempre foi propício para o desenvolvimento da medicina de emergência, pois foram os esforços utilizados pela medicina de guerra para transportar e socorrer os feridos que serviu de referência para os atuais sistemas de urgência e emergência.

Durante o período das grandes guerras e decorrente dos grandes números de feridos, surgiu a necessidade e a oportunidade das primeiras transfusões de sangue, ocasionando várias mortes dos combatentes e salvando a vida de outros, ocorrendo grande evolução dos medicamentos (Figura 1).

Figura 1: Ambulância de Dominique Jean Larrey



Fonte: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12na23>, acesso em 20 de mar de 2014.

O local ideal para o atendimento de emergência e urgência é o hospital, entretanto muitas vezes os primeiros atendimentos são realizados no local do acidente. Evitando com essa atitude que a vítima tenha menos riscos de morte ou de sequelas graves. Por tudo isso, surgiu a ideia de fazer a equipe de assistência médica ir até a vítima, e de se levar o socorro estruturado até a área da ocorrência, cujo atendimento é denominado de atendimento pré-hospitalar (APH).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) define que o atendimento pré-hospitalar móvel são manobras que se realizam com a finalidade de chegar e prestar atendimento à vítima no menor tempo possível, devendo este atendimento ser efetuado em ambiente extra-hospitalar logo após de ter ocorrido qualquer complicação no estado da vítima, podendo esse agravo ser de traumas (acidentes de trânsito, aquático, aéreos, industriais, etc.), violência urbana (lesão por qualquer espécie de instrumento de crime na via urbana), casos clínicos, emergências pediátricas, emergências psiquiátricas, etc. que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo a morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde.

Ao longo do tempo percebeu-se que vidas poderiam ser salvas se fossem rapidamente atendidas por pessoas treinadas e qualificadas, ainda no ambiente fora dos hospitais, denominado atendimento pré-hospitalar (APH), e transportadas a um local onde pudessem receber atendimento com suporte mais específico para cada caso. (SILVA, 2010,p.7).

Os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel devem contar com equipe de profissionais oriundos da área da saúde (técnico em emergência médica, enfermagem, médico e outros) e não oriundos da área da saúde (Figura 2) (bombeiro militar, polícia militar, condutor de veículo de urgência, polícia federal e outros), todos esses profissionais devem ser habilitados por Núcleos em Educação em Urgências, cuja grade curricular fica especificada conforme o especificado pela Portaria Brasil (2002). Ainda de acordo com os ditames do Brasil (2002) as viaturas de atendimento pré-hospitalar que tripulam podem ser: as ambulâncias de transporte, suporte básico, de resgate, suporte avançada, aeronave de transporte médico, aeronave de asas rotativas, aeronave de asas fixas e embarcação de transporte. Cada uma dessas viaturas tem suas especificações e tripulações.

Figura 2 : Curso de APH básico -ABMJM São Luís



Fonte: Organização do curso de APH, 28/02/2014.

3.1 Modelo de atendimento pré-hospitalar

Toda serviço prestado possui a necessidade de um protocolo a ser seguido, no atendimento pré-hospitalar existem dois mais utilizados no mundo são eles: o francês e o americano.

3.1.1 Modelo de atendimento pré-hospitalar francês

O modelo de APH francês teve sua estrutura esquematizada por um francês na idade média, que pregava quanto mais rápido a vítima fosse atendida mais chances possuía de sobreviver, fato esse decorrente da grande quantidade de

vítimas durante as guerras. Sendo esse sistema considerado o início do primeiro sistema de atendimento pré-hospitalar.

O modelo francês de atendimento, em que as viaturas de suporte avançado possuem obrigatoriamente a presença do médico, diferentemente dos moldes americanos em que as atividades de resgate são exercidas primeiramente por profissionais paramédicos.

O modelo francês é centralizado numa rede de comunicações e baseado na regulação médica. Todas as chamadas são avaliadas por um médico, que define a resposta mais eficiente, maximizando os recursos disponíveis. Essa experiência vem sendo avaliada há anos, mostrando ser importante instrumento para as ações em saúde, uma vez que permite o conhecimento das necessidades reais da vítima e dos recursos disponíveis à prestação da assistência, dentre outras informações, possibilitando o gerenciamento da demanda (FERNANDES).

O modelo francês caracteriza-se pelo deslocamento do médico até o paciente para tomar os devidos cuidados, modelo esse muito conhecido no Brasil, pois é o modelo adotado pelo SAMU (Figura 3), com algumas adaptações. O médico é o profissional competente para fazer ou autorizar procedimentos invasivos.

Figura 3: Modelo francês de APH



Fonte: <<http://www.imperatriznoticias.com.br/component/content/article/68-policia/201-trotes-prejudicam-atendimentos-do-samu>> - acesso em 19 de março de 2014.

3.1.2 Modelo de atendimento pré-hospitalar americano

O modelo americano, ao contrário do francês, tem como atributo a espera do médico pelo paciente no hospital. Sendo o primeiro atendimento realizado pelo paramédico, que é a figura central desse modelo. Segundo Ferrari, 1999:

O desenvolvimento do Sistema de Emergências Médicas (EMS), nos EUA, se fortaleceu em 1966, após a publicação de uma pesquisa intitulada “Morte e Deficiência por acidentes: Uma doença negligenciada pela sociedade moderna”, alertando para a inadequação do atendimento pré-hospitalar naquele país. Mostrou índices estatísticos da qualidade de vida dos sobreviventes e a recuperação das vítimas de acidentes envolvendo traumas e choques, quando atendidas de forma adequada. A partir desta publicação, o governo americano determinou que as entidades governamentais de Segurança Rodoviária desenvolvessem um sistema de atendimento em emergências que fosse realmente eficiente, caso contrário, o governo reduziria um percentual dos fundos para manutenção das rodovias federais.

Figura 4: Modelo americano



Fonte: <<http://grupodeoperacoesdesalvamento.blogspot.com.br/p/atendimento-pre-hospitalar.html>> - acessado em 19 de março de 2014

Ao Departamento de Transporte dos Estados Unidos foi dada a obrigação de desenvolver o Serviço Médico de Emergência, tornando possível, dessa forma, a realização do primeiro atendimento baseado no modelo em destaque. Em um momento posterior, a Associação Americana do Coração começou a transmitir e divulgar os métodos para serem utilizados nos primeiros socorros, destinados a procedimentos de realização da reanimação cardiopulmonar (RCP); e também na realização do exame do suporte básico de vida, bastante utilizado na avaliação inicial do atendimento de emergência a vítima de acidentes. No entanto, dentro de uma visão moderna e sistemática bem definida, a nação norte-americana é conhecida mundialmente pelo seu processo expansionista, envolvendo uma gama de setores que são: o social, o político, o territorial, entre outros.

Na área da saúde, os Estados Unidos buscam continuamente sempre aprimorar seus métodos. A criação de escolas de saúde pública para difundir a sua linha ideológica e de conhecimentos, aliado a pesquisas de soluções de agravos à saúde em outros países sempre foi sua característica.

3.1.3 Atendimento prestado pelo bombeiro no Brasil

O atendimento pré-hospitalar no Brasil teve sua origem com os povos indígenas, no qual os feridos eram curados com folhas e com o auxílio de talas para a imobilização.

Segundo Martini, 2001:

No Brasil, existem diferentes modelos de atendimento às emergências, estruturados conforme o perfil quantitativo da população assistida. Todos os sistemas são integrados dentro da mesma lógica, completando medidas preventivas, redes de atendimento pré-hospitalar, serviços assistenciais hospitalares hierarquizados e centros de reabilitação.

O serviço de APH no Brasil sempre foi ligado aos órgãos militares, segundo Ferrari, 2006:

A partir de 1900, com o surgimento dos primeiros modelos motorizados, principalmente após as experiências das I e II Grandes Guerras, as ambulâncias foram aprimoradas e melhor adequadas ao serviço,

primeiramente pelas equipes especializadas como da Cruz Vermelha Internacional e depois assimiladas pelos serviços do Corpo de Bombeiros brasileiro.

A CF / 88 e a lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 permitiram uma evolução no processo de evolução no APH com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

No ano de 2003, o Ministério da Saúde (MS) oficialmente aprovou a sigla SAMU, designando os serviços que venham a se organizar com esse objetivo, e reforçando os já existentes. Atualmente, os serviços de APH estão integrados dentro de uma mesma lógica: medidas preventivas, redes de atendimento pré-hospitalar, serviços assistenciais hospitalares hierarquizados e centros de reabilitação.

Segundo Ferrari, 2006:

No Brasil o surgimento dos serviços de emergência pré-hospitalar foi influenciado pelos modelos americano e francês. A França destaca-se no cenário mundial pelo seu serviço APH, por construir um modelo bastante eficiente, com órgãos permanentes e temporários, obedecendo a uma orientação centralizada, amparada por legislação pertinente, bem como recursos humanos e materiais de acordo com as necessidades levantadas por planejamento.

A maioria dos Corpos de Bombeiros Militares do Brasil adota o modelo americano com algumas variações, buscando a estabilização da vítima podendo ser efetuado no deslocamento da viatura até o hospital de socorro reconhecido pelo SUS.

3.1.4 Atendimento prestado pelo Bombeiro Militar no Maranhão

Oficialmente os primeiros atendimentos médico pré-hospitalares no Maranhão surgiram devido a grande quantidade de vítimas que ficavam presas em elevadores e em incêndios, necessitando de um atendimento pré-hospitalar para só depois serem transportadas a um hospital, e devido ainda, os mais diversos tipos de acidentes (pessoas feridas, machucadas, queimadas e outras). Para amenizar os efeitos desses fatos, o Corpo de Bombeiros Militar do Maranhão assumiu esse tipo de serviço, que até então, não havia outro órgão responsável no Estado. O serviço

iniciou-se, então, no ano de 1996, com todos os atributos necessários para dar uma resposta rápida à sociedade daquela época, nos atendimentos pré-hospitalares e transporte de vítimas.

O GEM, ao longo de sua trajetória vem realizando diversos atendimentos e desenvolvendo também outras atividades, como a realização de ações sociais na comunidade local e adjacências, e a exposição de palestras em escolas e empresas, contribuindo para o desenvolvimento de importantes serviços à comunidade assistida, e conseqüentemente ao nosso Estado. Destaca-se ainda, como a unidade operacional do CBMMA responsável pelas ações de prevenção e atendimentos de urgências médicas e traumas, visando proporcionar às vítimas uma assistência de excelência, com o objetivo de minimizar a possibilidade de agravamento de lesões e dar suporte básico de vida até a chegada ao centro de trauma adequado, dentro de rigorosos padrões de segurança e qualidade de atendimento.

3.2 Definições no atendimento pré-hospitalar no Brasil

3.2.1 Definição de urgência e emergência

De acordo com Brasil (1995): define-se por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Ou seja, a urgência é a ocorrência que não oferece risco de vida imediato.

Ainda segundo as observações contidas em Brasil (1995): define-se por Emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

A emergência é uma ocorrência que se não for solucionada de imediato, poderá levar a risco de morte ou grande sinistro.

É importante considerar que o socorrista deverá avaliar a vítima devendo este, analisar a segurança da cena, e os prováveis riscos de toda ação em que possa interferir imediatamente na vida da vítima.

Entende-se como quadro clínico de urgência para efeito da prestação do serviço contratado: dores abdominais intensas, dores de cabeça, hipertermia que não se aliviam com remédios habituais, cólica nefrética, cólica biliar, vômitos repetidos, ferimentos profundos ou múltiplos, tonturas intensas com perda súbita do equilíbrio ou sonolência, crises hipertensivas, quadros de hipotensão arterial, fraturas sem ruptura de pele ou perda de consciência, mas com dor intensa e dificuldade de movimentação, mesmo após a administração dos medicamentos habituais e outros quadros patológicos que requererem pronto atendimento e se apresente com características que impossibilitem o deslocamento do paciente (EDUARDO, 2003, p. 21).

3.3 Histórico da psiquiatria

3.3.1 A psiquiatria no mundo

Foucault¹ ao escrever a história da loucura, obra esta considerada um marco para o entendimento da loucura como evento político, social e cultural partiu do pressuposto que não há progresso ou evolução do conhecimento da loucura, mas discursos complementares e contraditórios, entretanto, formas diferentes de lidar com a loucura, as quais se articulam com o momento histórico sociedade. Portanto segundo OLIVEIRA (2002),

“o surgimento da instituição psiquiátrica, da doença mental e da psiquiatria são acontecimentos recentes na história da humanidade, com início do século XIX. O surgimento da psiquiatria como ciência médica foi produto de ruptura entre loucura e razão”.

“A grande internação” assim denominada a loucura no século XVII, uma vez que, a loucura havia se tornado em um mundo de exclusão social. Nesse momento histórico foram construídas varias casas de internação em todo o território europeu, tornando-se espaços de acolhimento, correção e reclusão. O marco inicial dessa forma de tratamento foi à criação do Hospital Geral, no ano de 1656, em Paris. Esse hospital foi um estranho poder que o rei estabelecia entre a polícia e a justiça. Os alienados encontrados nos hospitais do subúrbio da França (Bicêtre e na

¹ Filósofo e professor da cátedra de historia dos sistemas de pensamento no College de France.

Salpêtrière) pertenciam a essa realidade, nesse momento sendo intitulados de doentes mentais.

Durante o Renascimento os doentes mentais viviam soltos e faziam parte das paisagens da cidade, a loucura era uma experiência que se procurava exaltar e não dominar, havendo uma hospitalidade a pessoas com essas doenças. Naquela época a loucura só era percebida com relação à razão, sendo considerado um momento difícil, porém fundamental na obra da razão. Assim no Renascimento a loucura foi simbolicamente representada como enunciadora da verdade, mas a partir da Idade Clássica, no século XVII assume outra conotação, sendo inscrita no universo da desrazão, estabelecendo articulações com a marginalidade social e preparando as práticas e saberes do século XIX.

No século XIX a loucura passa a ser encarada como doença mental. Essa ruptura social da concepção de loucura, Foucault relata em dois registros: o filosófico e o político social.

O registro filosófico para Foucault foi Descartes, que forneceu fundamentos filosóficos que fundamentaram o universo da razão. Descartes² afirmava que o “eu” que pensa não pode estar louco, a loucura é a impossibilidade do pensamento. Se o homem é louco não pode pensar, e se pode pensar não é louco. Nessa época a loucura passa a ser considerada como negatividade do pensamento.

Já o registro político social as casas (Hospitais Gerias) que outrora eram destinadas aos doentes mentais na Renascença, na Idade Clássica foram destinadas não só aos loucos, mas também aos libertinos, mágicos, prostitutas e ladrões. Designando a loucura no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho e da identificação da mesma como problema no contexto da cidade. Nesse período “a grande internação” ao ser pautado em fenômeno essencialmente moral, de instrumento de poder político, implicava que a internação do louco não obedecia a critérios médicos, mas à ordem da razão. Nas casas de internação, o louco não era visto como doente, muito menos como doente mental, o que fazia com os internos tivessem algo em comum, era a incapacidade de participar da produção, circulação e acúmulo de riquezas.

² Filósofo, físico e matemático francês. Chamado fundador da filosofia moderna e pai da matemática moderna.

Gradualmente a partir da segunda metade do século XVIII, a desrazão foi perdendo espaço, e alienação passou a ser o critério de distinção do louco frente à sociedade. Nesse momento histórico segundo OLIVEIRA (2002): “A loucura passou a ser não mais ausência de razão, mas perda da natureza e da própria natureza humana”.

No início do século XIX o debate sobre a assistência ao louco, trazia o estigma da periculosidade social, sendo considerado herdeiro natural do internamento, decorrente de sua incapacidade para o trabalho e impossibilidade do tratamento em domicílio. Trazendo assim um novo status a loucura, com o surgimento do asilo e a transformação da loucura em doença mental. Contudo, a assistência aos doentes mentais levanta uma contradição, uma vez que era preciso isolar o doente, já que simbolizava uma ameaça à ordem social, já por outro lado a sociedade reclamava por uma solução que fosse pautada nos ideais da Revolução Francesa de igualdade e liberdade. Sendo o louco transformado em objeto de internação, pois acreditavam que a liberdade internada curava-se por si mesma. Dessa forma as contradições foram solucionadas com o internamento, sendo o espaço público eximido do perigo e a doença curada. Sendo todo esse processo de transformação no final do século XVIII e início do século XIX pautados nos princípios do Iluminismo.

A partir da segunda metade do século XIX a psiquiatria busca uma nova explicação para a loucura, fundamentada no modelo biológico, para esta concepção a loucura é efeito de perturbações no psiquismo produzidas no organismo. É importante ressaltar que o modelo biológico está fundamentado no pensamento cartesiano, que separava a mente do corpo. A partir dessa abordagem as investigações passam a centrar-se nos estudos anatômicos e clínicos do cérebro.

No final do XIX as situações dos asilos são dramáticas e surgem críticas a essas instituições em todo o território europeu ocidental. Os abandonos das funções terapêuticas passam a ser denunciadas, entretanto essas denúncias ganham forças apenas após a II Guerra Mundial, sendo esses problemas tornado explícitos a sociedade. Com tais críticas, começa a surgir um novo saber no campo da psiquiatria, o discurso Freudiano.

Sigmund Freud tornou-se um grande crítico do pensamento racionalista, formulando a concepção do sujeito fundado no desejo e na linguagem que se

chocou com a concepção do sujeito centrado na consciência. Com seus estudos da psicanálise, Freud descobriu o inconsciente, modificando a noção do sujeito tradicional, mostrando a importância da lei externa ao indivíduo. Com tal descoberta Freud desconstruiu a concepção central dada à consciência. Esclarecendo que o indivíduo não era uma entidade isolada, não sendo, portanto, dono do seu pensamento e da sua conduta.

3.3.2 A psiquiatria no Brasil

Vários foram os movimentos e as concepções psiquiátricas criadas no continente europeu e nos Estados Unidos ao longo da história. Sendo essas doutrinas difundidas para todo o mundo. O Brasil conseqüentemente sofreu tais influências, alicerçando seus movimentos de reformas psiquiátricas nessas doutrinas.

A assistência aos loucos no período colonial era extremamente precária, a maioria dos tratamentos era prestada por curandeiros de todos os tipos. Os médicos eram extremamente raros, e quando encontrados eram apenas nos centros urbanos e serviam principalmente as pessoas importantes. Segundo Luiz Salvador: “Embora não houvesse especialistas em psiquiatria os hospitais da Irmandade da Santa Casa abrigavam os enfermos mais necessitados”.

Com o avanço do conhecimento científico e da consciência social, entre o fim do século XVIII e início do XIX, que a medicina começou a tomar a forma atual. Com os princípios da Revolução Francesa no plano político e os avanços científicos da revolução Industrial, foram as influências significativas dessas mudanças. Foi nesse momento histórico que a assistência aos doentes mentais se tornou médica. Os princípios adotados por Pinel³ na reforma psiquiátrica na França serviu de modelo para as transformações na assistência psiquiátrica em todo o mundo ocidental. O Brasil seguiu os princípios da época.

³ Médico francês considerado pai da psiquiatria.

O Brasil passou por diversas transformações políticas. Superou a monarquia e aderiu ao liberalismo econômico refletindo nos aspectos cotidianos da vida nacional. O Rio de Janeiro, até então capital do Brasil, apresentava alguns problemas, dentre esses a presença dos enfermos psiquiátricos no centro urbano, que deveria ser solucionado. Com a inauguração do Hospício do Rio de Janeiro, como parte da declaração da maioria do Imperador Pedro II, tal hospício já nasceu grande, uma vez que, seguia o modelo francês, sendo considerado um estabelecimento médico destinado à recuperação dos doentes.

Por volta dos anos 20 e 30 do século XX, o primeiro passo para uma reforma do modelo de atendimento foi iniciado, Ulisses Pernambucano⁴ e Juliano Moreira⁵ diferenciaram os psicóticos agudos crônicos dos demais pacientes, instituindo um serviço de tratamento em regime de pensão livre, criando um sistema de educação especial e um serviço de saúde. Com a falta de remédios específicos aos doentes mentais, o processo de degradação da assistência aos doentes mentais se intensificava. Essa degradação foi enfrentada com a revolução psicofarmacológica. Segundo LUIZ SALVADOR(2007):

“À penicilina, que tratava efetivamente a sífilis, acrescentaram-se os neurolépticos e os antidepressivos, que transformavam os portadores das grandes psicoses em pacientes ambulatoriais”.

Entretanto, tal avanço levantou outra problemática, a divisão da assistência psiquiátrica em duas vertentes: a assistência patrocinada pelo estado e aquela mantida pela previdência social pública, que se multiplicou movida única ou predominantemente pela busca de lucro. Logo, o doente mental tornou-se uma fonte inesgotável de lucro para os empresários que viviam dessa condição.

Nos anos 50 e 60 o Serviço Nacional de doentes mentais com a administração do professor Jurandyr Manfredin⁶, começou outra tentativa de reforma, tendo como foco principal da reforma a substituição da hospitalização pela

⁴ Psiquiatra brasileiro formado na faculdade de medicina do Rio de Janeiro.

⁵ Médico e pioneiro da psiquiatria brasileira, formado na faculdade de medicina da Bahia.

⁶ Membro do conselho executivo da associação brasileira de psiquiatria.

assistência ambulatorial. Essa iniciativa se multiplicou nas unidades sanitárias e nos anexos dos hospitais psiquiátricos públicos.

O ano de 1978 é considerado um marco na história da psiquiatria no Brasil, uma vez que, em tal ano houve o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no país. Segundo Ministério da Saúde:

“O MTSM (movimento dos trabalhadores em saúde mental) surge nesse ano e por meio de varias lutas passa a ser protagonista nas denúncias de violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais, a experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas”.

Acontecem nesse período importantes acontecimentos, onde podemos citar dois desses eventos: o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987; e o início do processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus tratos e mortes de pacientes psiquiátricos, em 1989.

Outro passo de extrema importância à assistência aos pacientes psiquiátricos ocorreu no ano de 1989, onde o Deputado Paulo Delgado (PT/MG), deu entrada no Congresso Nacional de um Projeto de Lei que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. A partir do ano de 1992 os movimentos sociais, tendo como inspiração o projeto de lei do deputado Paulo Delgado conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinavam a substituição progressivamente dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

Somente no ano de 2001 que o projeto de lei Paulo Delgado foi sancionado, dando impulso ao processo de desinstitucionalização que se tornou intenso e progressivo, ocasionando a redução dos leitos psiquiátricos em todo o território nacional, bem como, a implementação das residências terapêuticas e dos regimes de hospital-dia.

3.4 Principais transtornos mentais

Um transtorno mental é uma doença com manifestações psicológicas e comportamentais associadas com sofrimento significativo e prejuízo no funcionamento causado por perturbação biológica, social, psicológica, genética, física ou química.

3.4.1 Álcool e transtornos relacionados a substâncias

Problemas de uso de substâncias causam deficiências significativas para um percentual relativamente elevado da população. O abuso de substâncias ilícitas afetam diversas áreas de funcionamento, e o diagnóstico de comorbidade ocorre em cerca de 60 a 75% dos pacientes com transtornos relacionados a substâncias. Cerca de 40% da população brasileira fez uso de uma substância ilícita pelo menos uma vez, e estima-se que cerca de 20% das pessoas com idade superior a 18 anos apresentem um transtorno ao longo da vida. Síndromes induzidas por substâncias podem imitar todo o espectro de doenças psiquiátricas, incluindo transtornos de humor, psicóticos e de ansiedade.

Quase todos os problemas clínicos podem estar relacionados aos efeitos do abuso do álcool, uma vez que, esta é a primeira droga a ser utilizada por se tratar de uma droga lícita. Embora o alcoolismo não descreva um transtorno mental específico os transtornos associados ao alcoolismo podem ser divididos em três grupos: transtornos relacionados aos efeitos diretos do álcool sobre o cérebro (incluindo intoxicação, abstinência, delírio de abstinência e alucinação); transtornos relacionados ao comportamento associado ao álcool (abuso e dependência); transtornos com efeitos globais (incluindo transtorno amnésico persistente, demência, encefalopatia de Wernicke e síndrome de korsakoff).

A dependência de álcool é um padrão de uso compulsivo definido pela presença de três ou mais áreas de prejuízo relacionadas ao álcool com ocorrência no período de 12 meses. Essas áreas incluem tolerância ou abstinência, passar por um grande período de tempo utilizando a substância, retomar o uso apesar de consequências físicas ou psicológicas adversas e tentativas repetidas e sem

sucesso de controlar a ingestão de álcool. O abuso é diagnosticado quando o álcool é usado em situações de risco para a integridade física. O abuso de álcool difere de dependência por não incluir tolerância e abstinência nem padrão de uso compulsivo. Em vez disso, o abuso é definido pelas consequências negativas do uso repetido. O abuso de álcool pode desenvolver-se em dependência alcoólica e padrões mal adaptativos de consumo de álcool incluem uso intenso contínuo, intoxicação no final de semana ou bebedeiras intercaladas por períodos de sobriedade.

Cerca de 90% do álcool é absorvido pelo estômago e o restante pelo intestino delgado. Ele é rapidamente absorvido, bastante hidrossolúvel e distribuído em todo o corpo. A concentração sanguínea de pico é alcançada em 30 a 90 minutos. O consumo rápido de álcool e o consumo com o estômago vazio intensificam a absorção e reduzem o tempo até a concentração sanguínea de pico. Concentrações no sangue elevadas rapidamente estão correlacionadas com o grau de intoxicação. A intoxicação é mais acentuada quando a concentração sanguínea está aumentando do que está diminuindo.

Uma das substâncias mais comuns utilizadas no Brasil atualmente, com grande poder de dependência, chama-se cocaína, coca, pó, crack, pedra. Os efeitos da cocaína são semelhantes, farmacologicamente, aos de outros estimulantes, mas seu uso muito difundido justifica uma abordagem em separado. Antes que o real poder de dependência da cocaína fosse conhecido, ela era bastante usada como estimulante e euforizante. A cocaína costuma ser aspirada, mas pode ser inalada, fumada ou injetada.

O Crack é fumado, possui início rápido da ação e é altamente viciante. O início da ação da cocaína fumada se compara ao da cocaína injetada via intravenosa, e seu poder de dependência é o mesmo, nesse contexto. A euforia é intensa, e se desenvolve o risco de dependência após apenas uma dose. Assim como as anfetaminas, a cocaína é consumida em momentos de compulsão que podem durar vários dias. Esse fenômeno é, em parte, o resultado dos efeitos eufóricos mais intensos obtidos das doses subsequentes. Durante os momentos de compulsão, o usuário consome cocaína repetidamente até a exaustão ou até ficar sem a droga. Segue-se em colapso de letargia, fome e sono prolongado, e nova compulsão. Com o uso repetido se desenvolve tolerância aos efeitos euforizantes, anoréxicos, hipertérmicos e cardiovasculares.

O uso de cocaína via intravenoso está associado a riscos para as mesmas condições como outras formas de abuso de drogas via intravenosa, incluindo AIDS, septicemia e trombose venosa. Cerca de 10% da população do Brasil⁷ já experimentou cocaína, e taxa de abuso ou dependência de cocaína ao longo da vida é de cerca de 2%. O uso é mais comum na faixa etária de 18 a 25 anos, sendo que a proporção de homens para mulheres é de 2:1. Todas as raças e grupos socioeconômicos são igualmente afetados.

A intoxicação por cocaína causa inquietação, agitação, ansiedade, loquacidade, pressão por falar, ideação paranóide, agressividade, aumento do interesse sexual, senso aguçado de percepção, grandiosidade, hiperatividade e outros sintomas de mania. Ainda apresentam sinais físicos como taquicardia, hipertensão, dilatação das pupilas, arrepios de frios, anorexia, insônia e movimentos estereotipados. O uso de cocaína também está associado à morte subita por complicações cardíacas e delírios. Sendo os transtornos delirantes tipicamente paranóides. O delírio envolve alucinações táteis ou olfativas, delírios e alucinações ocorrem em até 50% de todas as pessoas que usam cocaína. O delírio pode causar convulsões e morte.

Outra substância que gera bastantes complicações às pessoas são os alucinógenos, pois são substâncias naturais e sintéticas também conhecidas como psicodélicos ou psicomiméticos, pois produzem alucinações, perda de contato com a realidade e a sensação de expansão ou elevação da consciência. Os alucinógenos clássicos de ocorrência natural são psilocibina(alguns cogumelos), e mescalina(cacto peiote), outros são harmina, harmalina, ibogaína e dimetiltryptamina.

Os alucinógenos normalmente são ingeridos, sugados de papel ou fumados. Essa categoria inclui diversas drogas diferentes com efeitos diversos. Os alucinógenos atuam como simpatomiméticos e causam hipertensão, taquicardia, hipertermia e pupilas dilatadas. Os efeitos psicológicos variam de leves alterações na percepção até alucinações manifestas, a maioria dos usuários apresenta apenas efeitos leves. Normalmente seu uso é esporádico, devido à tolerância, que se desenvolve com rapidez e diminui após vários dias de abstinência. A dependência física ou a abstinência não ocorrem, mas pode desenvolver-se dependência

⁷ Todos os dados estatísticos deste capítulo foram extraídos do livro Construindo saberes e práticas em Saúde Mental da autora Francisca Bezerra de Oliveira

psicológica. Os alucinógenos muitas vezes são contaminados com drogas anticolinérgicas. A potência dos alucinógenos está associada a uma afinidade de ligação ao receptor 5-HT₂ de serotonina, onde essas drogas atuam como agonistas parciais. O uso de alucinógenos é mais comum entre homens jovens dos 15 aos 35 anos, sendo que há mais uso entre homens brancos em comparação a mulheres e outros grupos étnicos. O uso vitalício de alucinógenos no Brasil é de cerca de 12% (Oliveira, 2002).

Os principais sinais e sintomas são: em estado de vigília e alerta totais, alterações comportamentais mal adaptativas (ansiedade, depressão, ideias de referência, ideação paranóide), alterações na percepção (alucinações, ilusões, despersonalização), dilatação das pupilas, taquicardia ou palpitações, sudorese, visão embaçada, tremores e descoordenação, reações de pânico podem ocorrer mesmo com usuários experientes. O usuário tipicamente se convence que as perturbações na percepção são reais. Em uma má viagem típica, o usuário sente-se como se estivesse enlouquecendo, que danificou seu cérebro e nunca irá se recuperar.

3.4.2 Esquizofrenia

Esquizofrenia é uma síndrome de etiologia desconhecida caracterizada por perturbações na cognição, emoção, percepção, pensamento e comportamento. A esquizofrenia está bem estabelecida como transtorno cerebral, com anormalidades estruturais e funcionais visíveis em estudos de neuroimagem e um componente genérico, conforme observado em estudo. O transtorno costuma ser crônico, com curso que abrange uma fase prodômica, uma ativa e um residual. A fase ativa apresenta sintomas como alucinações, delírios e pensamento desorganizado. As fases prodômica e residual têm como características as formas atenuadas dos sintomas ativos, como crenças estranhas e pensamento mágico, bem como déficit nos cuidados pessoais e nos relacionamentos interpessoais. Desde a década de 1970 a quantidade de pacientes esquizofrênicos nos hospitais diminuiu em mais de 50% (Oliveira, 2002). Entre os pacientes sob tratamento, mais de 80% são manejados de forma ambulatorial (Oliveira, 2002). Embora a esquizofrenia seja

abordada como se fosse uma única doença, ela provavelmente compreende um grupo de transtornos de etiologias heterogêneas.

A prevalência da esquizofrenia é similar entre homens e mulheres, normalmente o início ocorre antes nos homens. A faixa etária de pico do início vai dos 15 aos 35 anos (50% dos casos ocorrem antes dos 25 anos). Casos com início antes dos 10 anos de idade (esquizofrenia de início precoce), ou após os 45 anos (esquizofrenia de início tardio) são raros.

Devido à heterogeneidade das apresentações sintomáticas e prognósticas de esquizofrenia, não há um fator único que se possa ser considerado como causador. O modelo de diátese-estresse, que costuma ser usado com maior frequência, declara que a pessoa que desenvolve esquizofrenia possui vulnerabilidade biológica específica, ou diátese, que é desencadeada por estresse e leva aos sintomas esquizofrênicos. Os estressores podem ser genéticos, biológicos e psicossociais ou ambientais.

A esquizofrenia é um transtorno cujo diagnóstico é fundamentado na observação e na descrição do paciente, com frequência há anormalidade na maioria dos itens do exame de estado mental (realizado na anamnese ao paciente). Entretanto, para ser comprovado se é esquizofrenia se faz necessário que estejam presentes pelo menos dois dos cinco sinais ou sintomas dos seguintes sintomas: alucinações, delírios, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou sintomas negativos. E esses sinais e sintomas devem estar presentes durante um período de seis meses para que haja confirmação do transtorno.

A esquizofrenia pode se apresentar basicamente em quatro formas, são eles: Paranóide – caracterizada principalmente pela presença de delírios de perseguição o grandiosidade, apresentando ainda alucinações auditivas relacionadas a um tema único, geralmente persecutório. Pacientes com esse tipo de esquizofrenia encontram-se tensos, desconfiados, contidos, reservados hostis ou agressivos. Para esse tipo a idade de início é mais tardia do que no tipo catatônico ou desorganizado, e quanto mais tardio melhor o prognóstico; desorganizado – caracterizado por regressão acentuada a comportamento primitivo, desinibido e caótico, apresentando incoerência, frouxidão de associações acentuada e transtorno de pensamento acentuado. Costumeiramente o esquizofrênico desse tipo está com a aparência descuidada, sorriso ou caretas. Esse tipo geralmente tem seu início precoce anterior

aos 25 anos; catatônico a característica clássica é a perturbação acentuada na função motora denominada flexibilidade cética, envolvendo rigidez, estupor, postura, ecopraxia, pacientes com esse tipo de esquizofrenia podem manter-se posições estranhas durante longos períodos de tempo e pode ainda ocorrer excitação sem objetivos com risco de causar ferimentos a si e a terceiros; Indiferenciado – caracteriza-se pela presença de delírios, alucinações ou comportamento extremamente perturbado, entretanto não satisfaz os critérios para os tipos paranóide, catatônico, nem desorganizado.

3.4.3 Transtornos delirantes

Esse é o tipo de transtorno em que a única ou principal manifestação é um delírio não bizarro, fixo e inabalável. Os delírios costumam ser sobre situações que podem ocorrer e são possíveis na vida real, como estar sendo seguido, infectado ou amado a distância. Delírios bizarros são considerados impossíveis, como engravidar de um ser de outro planeta. Os transtornos delirantes respondem apenas por 1 a 2% de todas as internações de instituições de saúde mental. A média de idade de início é de cerca de 40 anos, mas a faixa de idade de início vai dos 18 aos 90 anos. Há uma pequena preponderância de pacientes do sexo feminino, sendo os homens possuir maior probabilidade de desenvolver delírios paranóides do que as mulheres, que são mais propensas a desenvolver delírios de erotomania. Muitos pacientes são casados e de baixas condições socioeconômicas.

Os delírios duram pelo menos um mês e são bem sistematizados e não bizarros, em oposição a fragmentados e bizarros. A reação emocional do paciente ao sistema delirante é congruente e adequada ao conteúdo do delírio. A personalidade permanece intacta ou apresenta deterioração mínima. O fato de que os pacientes costumam ser hipersensíveis ou hipervigilantes pode levar ao isolamento social apesar de suas capacidades de alto nível de funcionamento. Sob circunstâncias não estressantes, é possível julgar os pacientes como sendo livres de evidência de doença mental.

Pacientes sofrendo de delírio persecutório estão convencidos de que estão sendo perseguidos ou prejudicados, as crenças de perseguição frequentemente

estão associadas a queixas, irritabilidade e raiva, sendo o tipo mais comum dos delírios. Ainda podemos apontar como tipos dos delírios a paranoia conjugal, normalmente esse tipo de delírio atinge aos homens sem história de doença mental anterior, onde o mesmo acredita que a cônjuge esta sendo infiel. Este tipo de delírio estar associado   violência, incluindo homicídio.

3.4.4 Transtorno psicótico breve

Esse transtorno trata-se de uma síndrome psicótica transitória na qual os sintomas duram menos de um mês e seguem-se a estresse grave e evidente. Ocorre mais frequente em indivíduos com transtornos de personalidade preexistentes ou que vivenciaram estressores maiores anteriormente como desastres ou mudanças culturais dramáticas. O início costuma ser entre os 20 e 35 anos de idade, com incidência um pouco mais elevada em mulheres.

Semelhantes aos outros transtornos psicóticos com o aumento da volatilidade emocional, e comum o paciente apresentar comportamento estranho ou bizarro, confusão, desorientação e instabilidade do humor que vai da euforia ao desejo de suicídio.

3.4.5 Transtorno bipolar

Basicamente possui dois tipos de transtorno bipolar: o bipolar I que se caracteriza pela ocorrência de episódios maníacos com ou sem um episódio depressivo maior, e o bipolar II que se caracteriza por pelo menos um episódio depressivo com ou sem episódio hipoman aco. Nesse trabalho daremos enfoque apenas no bipolar II, devido ao enfoque do trabalho, uma vez que esse tipo apresenta sinais e sintomas envolvendo alucinações e delírios.

O transtorno depressivo maior   característico do transtorno bipolar II, essa perturbação pode ocorrer isoladamente ou como parte do transtorno bipolar, quando ocorre de modo isolado, também recebe a denominação de depressão unipolar. Para serem caracterizados como tal, os sintomas devem estar presentes durante

pelo menos duas semanas e representarem uma alteração do funcionamento anterior. Mais comumente ocorre em mulheres do que em homens na proporção de 2:1. Para que ocorra tal transtorno, em 25% dos casos ocorre um evento precipitante.

O transtorno depressivo maior apresenta comportamento de retardo psicomotor ou agitação, associados a sinais vegetativos. Geralmente a média de idade de início é de 40 anos, entretanto podem ocorrer a qualquer época. Esse transtorno pode ocorrer como único evento durante a vida do indivíduo ou ser recorrente. Ainda existem outros tipos de transtornos depressivos maiores, onde podemos citar: o melancólico, o crônico, padrão sazonal, o catatônico, dentre outros.

O suicídio está presente em 15% dos pacientes com depressão. Um episódio depressivo sem tratamento dura em média 10 meses. Cerca de 80% dos pacientes afetados apresentam um segundo episódio de depressão, onde geralmente ocorrem nos primeiros seis meses após o episódio inicial. Os indivíduos que sofrem de depressão apresentam em média de cinco episódios depressivos na vida. Entretanto, o prognóstico é geralmente bom, cerca de 50% se recuperam, 30 % se recuperam parcialmente, e apenas 20% apresentam curso crônico.

4 FUNDAMENTAÇÕES LEGAIS DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NO BRASIL À PACIENTE PSIQUIÁTRICO

É salutar para que as guarnições que atuam nestas ocorrências tenham o mínimo de conhecimento do que reza a legislação a respeito dos direitos deste tipo especial de paciente e o que prevê para o Corpo de Bombeiros Militar do Maranhão com suas atribuições e direitos nesses casos.

A Lei federal 10.216, de 06 de abril de 2001 (Anexo A), dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Segundo o art. 3º desta lei: “É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais”. Ainda esta lei garante os direitos da pessoa portadora de transtornos mentais, a partir do artigo 2º, parágrafo único:

[...]

- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- V- **ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;** [...]

O inciso V em destaque acima é o fundamento para a manutenção da parceria que ocorre hoje entre o SAMU e o CBMMA, pois este não dispõe de médicos em seu quadro operacional, e neste caso limitando-se somente à contenção mecânica da vítima com transtornos mentais. Porém o mesmo inciso abre brecha para uma ampla discussão quando diz: “em qualquer tempo”, pois este tempo pode ser entendido como o momento da contenção, logo incapacitando o Corpo de Bombeiros de executar esta ação. Mas este não é o foco de nosso estudo e não será levado em consideração.

O Conselho Federal de Medicina – CFM, seguindo o padrão internacional, publicou a RESOLUÇÃO CFM nº 1.407/94, de 08 de junho de 1994, na qual adota como parâmetro os “Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, aprovados pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1991.

Da presente Resolução (Anexo B), é de suma importância para o atendimento do Corpo de Bombeiros o conhecimento de seus Princípios 4 e 16 que regulam a determinação do que é transtorno mental e a admissão involuntária do paciente em estabelecimento de saúde mental. Dizem eles:

4 - Uma história de tratamento anterior ou uma hospitalização como usuário não deverão por si mesmas justificar qualquer determinação presente ou futuro de um transtorno mental.

5 - Nenhuma pessoa ou autoridade classificará uma pessoa como portadora, ou indicará de outro modo, que uma pessoa apresenta um transtorno mental, fora dos propósitos diretamente relacionados ao problema de saúde mental ou suas consequências. [...]

[...] PRINCÍPIO 16

ADMISSÃO INVOLUNTÁRIA

I - Uma pessoa pode: (a) ser admitida involuntariamente como paciente em um estabelecimento de saúde mental; ou (b) tendo sido admitida voluntariamente, ser retida como paciente involuntário no estabelecimento de saúde mental se, e apenas se, um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei para este fim determinar de acordo com o Princípio 4, que a pessoa apresenta um transtorno mental e considerar:

a) Que, devido ao transtorno mental, existe uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente à pessoa ou a outros;

b) Que, no caso de uma pessoa cujo transtorno mental seja severo e cujo julgamento esteja prejudicado, deixar de admiti-la ou retê-la provavelmente levará a uma séria deterioração de sua condição ou impedirá a oferta de tratamento adequado, que somente será possível, por meio da admissão em um estabelecimento de saúde mental, de acordo com o princípio da alternativa menos restritiva.

No caso referido no subparágrafo b, um segundo profissional de saúde mental igualmente qualificado, independente do primeiro, deverá ser consultado, onde isto for possível. Se tal consulta ocorrer, a admissão ou a retenção involuntárias não se darão, a menos que o segundo profissional concorde.

2 – A admissão ou retenção involuntárias deverão inicialmente ocorrer por um período curto, conforme especificado pela legislação nacional, para observação e tratamento preliminar, ficando pendente à revisão da admissão ou retenção, a ser realizada pelo corpo de revisão. A admissão e seus motivos deverão ser comunicados prontamente em detalhes ao corpo de revisão; os motivos da admissão também deverão ser comunicados prontamente ao paciente, ao seu representante pessoal, se houver e, a menos que haja objeção do paciente, à sua família.

3- Um estabelecimento de saúde mental só poderá receber usuários admitidos involuntariamente se tiver sido designado para isso por uma autoridade competente prescrita pela legislação nacional. [...]

Outro fator importante na Política Nacional de Saúde Mental é a atribuição das responsabilidades. Como se pode observar na Lei Federal nº 10.216/2001, “atribui-se ao Estado a responsabilidade de promover toda a assistência aos portadores de transtornos mentais, através de todas as suas instituições e das **famílias**”. Isso significa que a família do paciente não pode ser isenta de responsabilidade e deve participar de todo o processo terapêutico do paciente, incluindo seu eventual recolhimento.

5 GRUPAMENTOS DO CORPO DE BOMBEIROS DO MARANHÃO DE SÃO LUÍS

5.1 Atribuições do serviço

O 1º. Grupamento de Incêndio é um órgão de execução do Corpo de Bombeiros Militar do Maranhão, e tem a seu encargo as missões de extinção de incêndio, salvamento e suas decorrências em toda área da ilha de São Luís e adjacentes, com a finalidade de atender a população de sua abrangência nas áreas de prevenção e combate a incêndio, salvamentos e outros atendimentos emergenciais de competência do corpo de bombeiros, se especializando também em atividades de resgate em acidentes automobilísticos.

Atualmente o 2º GBM oferece serviços diversos e de qualidade, tais como combate e prevenção de incêndios florestais e urbanos, salvamentos terrestres e em altura, captura de animais, resgate veicular, entre outros, a toda a população ludovicense.

O serviço desenvolvido pelo GEM consiste na realização de ações sociais, atendimento de casos clínicos, urgência, obstetrícia, óbito, trauma, transporte, pediatria, acidente de trânsito, instrução em escolas, transporte de pessoas com transtornos psicológicos e promoção e ministração de cursos na área de formação de socorrista.

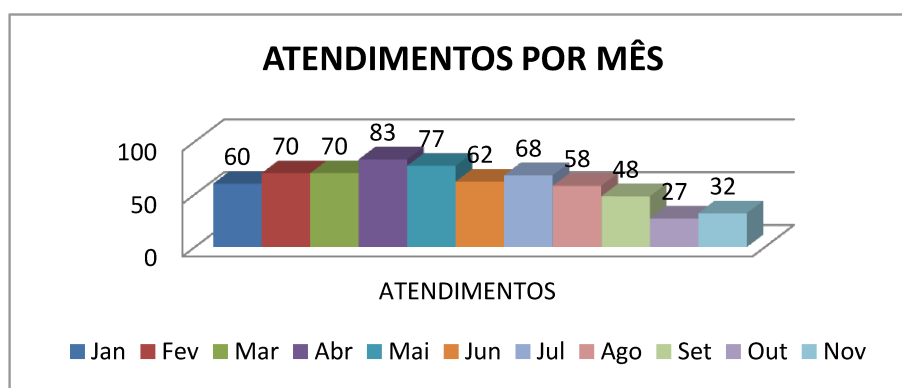
O Subgrupamento Independente de Busca e Salvamento, sob o comando do Capitão QOCBM Nilson da Silva Azevedo Júnior, é o grupo de elite do CBMMA. Criado em 2009, é especializado no salvamento aquático e terrestre, no salvamento em altura e no atendimento pré-hospitalar. Atualmente, o grupamento atua com 22 bombeiros atua em operações complexas e de risco.

5.2 Estatísticas das ocorrências de 2012 e 2013

Os dados colhidos no CIOPS nos dão uma visão geral das necessidades da sociedade no que tange a segurança pública, será focalizado nas principais

ocorrências atendidas pelo Corpo de Bombeiros. A seguir ilustramos com gráficos esses dados de modo a melhorar a percepção sobre estas demandas de serviço. Os gráficos apresentados referem-se ao número de atendimentos por mês; a relação entre as demais ocorrências e as ocorrências de contenção de pacientes psiquiátricos; o gráfico com quantitativo das principais ocorrências, e; o estado da vítima no momento da ocorrência. Os gráficos 01 a 04 referem-se ao ano de 2012 e os gráficos de 05 a 08 referem-se ao ano de 2013.

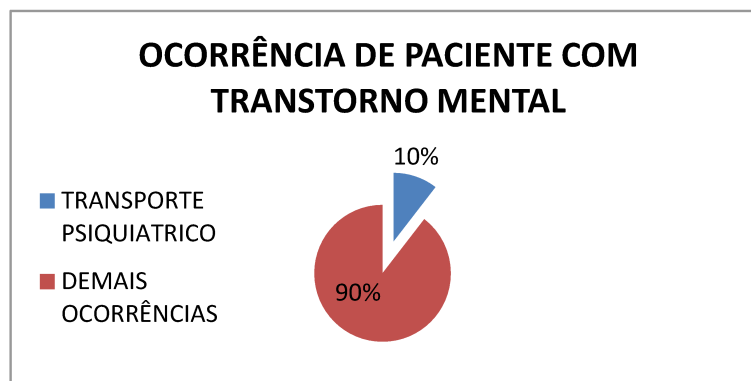
Gráfico 1 - atendimentos por mês – 2012



Fonte: Estatísticas do CIOPS

Podemos observar no gráfico 1 como este tipo de atendimento esta presente na capital maranhense tendo uma média aproximada de 50 atendimentos mensais durante o ano de 2012.

Gráfico 2 - relação entre ocorrências - 2012

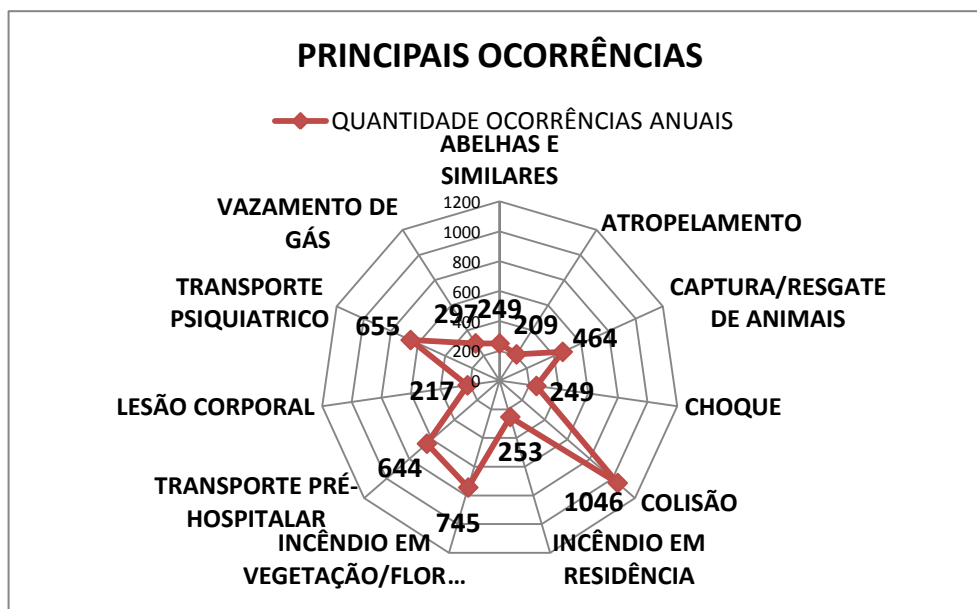


Fonte: Estatísticas do CIOPS

O gráfico 2 serve para demonstrar a relação existente entre o total de ocorrências atendidas pelo corpo de bombeiros e as ocorrências de atendimento a

pacientes com transtornos mentais, totalizando aproximadamente um décimo de todas as ocorrências.

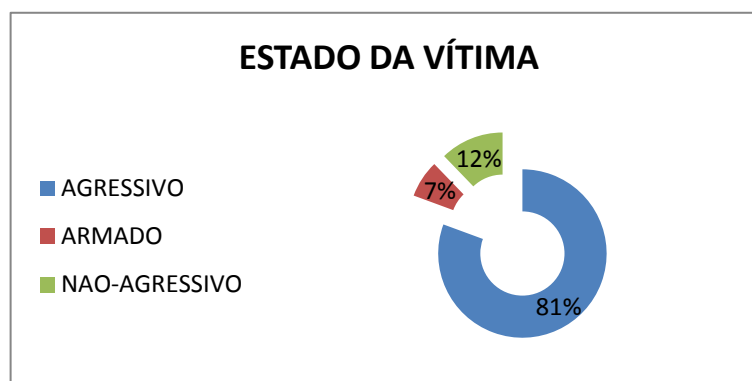
Gráfico 3 - principais ocorrências - 2012



Fonte: Estatísticas do CIOPS

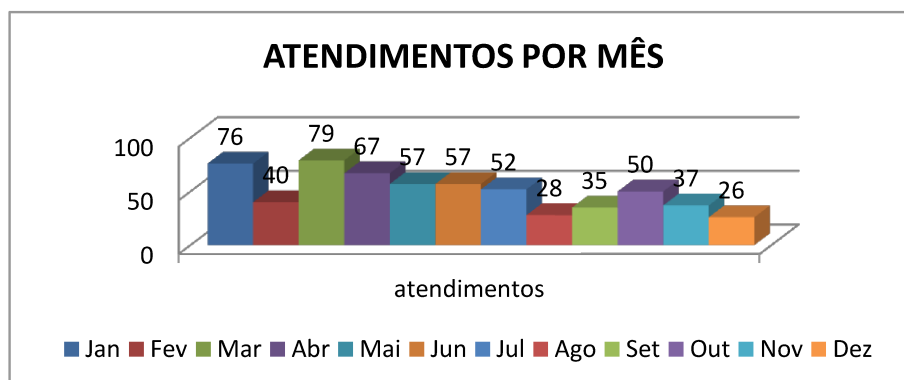
Já o gráfico 3 mostra o quantitativo das principais ocorrências atendidas pelo corpo de bombeiros na ilha de São Luís. Observa-se o transporte psiquiátrico em terceiro lugar em atendimentos com 655 atendimentos do decorrer do ano.

Gráfico 4 - estado da vítima - 2012



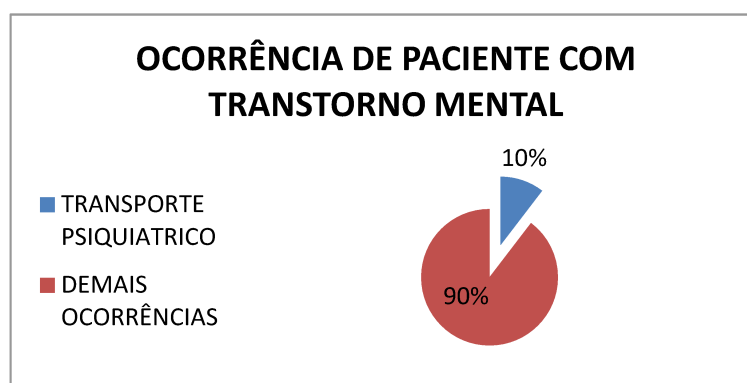
Fonte: Estatísticas do CIOPS

O gráfico 4 apresenta o estado do paciente com transtornos mentais no momento da contenção. Percebemos com esse gráfico que em mais de oitenta por cento das ocorrências

Gráfico 5 - atendimentos por mês 2013

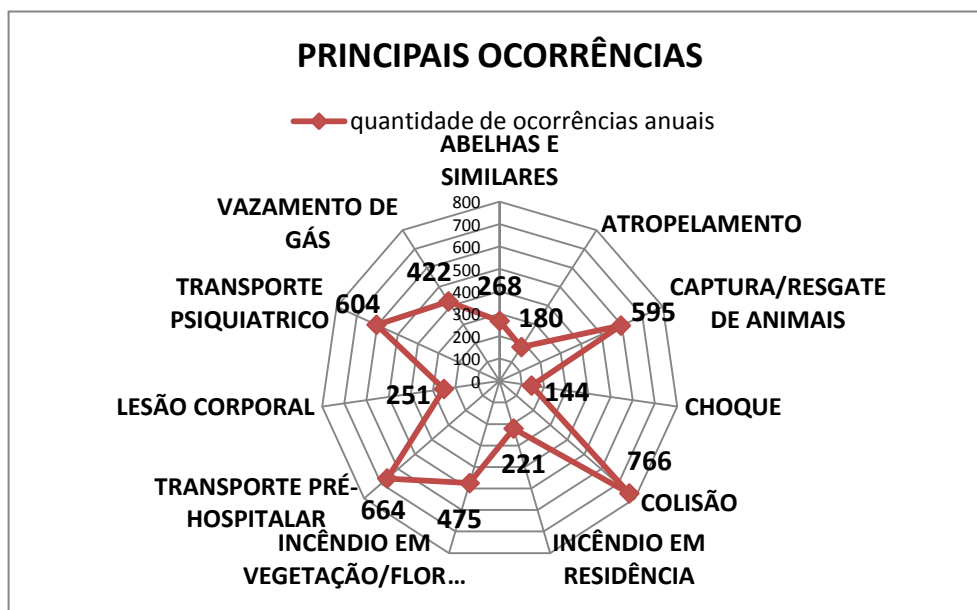
Fonte: Estatísticas do CIOPS

O gráfico 5 mostra novamente média similar de aproximadamente 50 atendimentos por mês, quase 2 atendimentos por dia, fato que revela a importância de um modo de operação qualificado por conta da frequência de solicitações e atendimentos.

Gráfico 6 - relação entre ocorrências – 2013

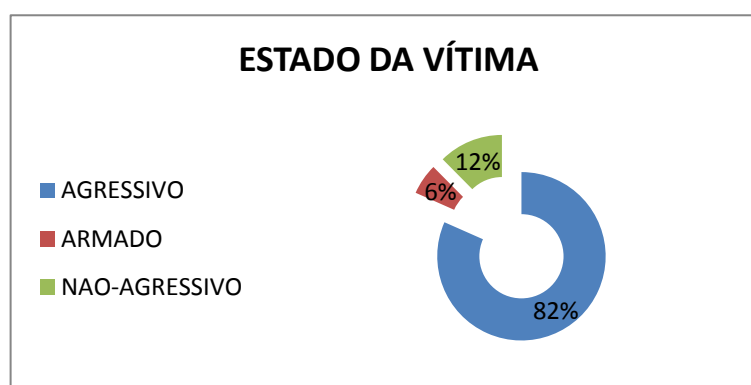
Fonte: Estatísticas do CIOPS

O gráfico 6 manteve a mesma relação entre ocorrências de transporte psiquiátrico e as demais ocorrências que o ano de 2012 apresentou, que foi de 10% de todas as ocorrências atendidas. Percebemos assim uma constância para esse tipo de atendimento.

Gráfico 7 - principais ocorrências - 2013

Fonte: Estatísticas do CIOPS

O gráfico 7 nos mostra o quantitativo de ocorrências atendidas no ano de 2013 e novamente percebe-se a ocorrência de transporte psiquiátrico como a terceira em atendimento totalizando 604. Confirmando a necessidade da sociedade ludoviscense por este tipo de atendimento.

Gráfico 8 - estado da vítima – 2013

Fonte: Estatísticas do CIOPS

O gráfico 8 apresenta o estado do paciente com transtornos mentais no momento da cotenção. Continuando com percentual aproximado ao apresentado no

ano de 2012, em 2013 mais de oitenta por cento das ocorrências o paciente encontra-se agressivo.

6 ELABORAÇÃO DO PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

O Procedimento Operacional Padrão é um documento que tem a finalidade de planejar de forma sequenciada as ações voltadas para a execução de uma atividade para manter-se com o mínimo de desvios das tarefas fundamentais. A autora Assione Vergani ratifica tal pensamento relatando que:

“É o documento que expressa o planejamento do trabalho repetitivo que deve ser executado para o alcance da meta padrão. Deve conter as instruções sequenciais das operações e a frequência de execução, especificando o responsável pela execução, listagem dos equipamentos; peças e materiais utilizados na tarefa, descrição dos procedimentos da tarefa por atividades críticas; de operação e pontos proibidos de cada tarefa; roteiro de inspeção periódicas dos equipamentos de produção”.

As pessoas que utilizam um POP devem ser treinadas para fazer o uso de tal ferramenta. Sendo que a linguagem utilizada no POP deve ser simples e objetiva visando à compreensão de todos. É importante também a participação das pessoas envolvidas com a atividade em foco, pois são as pessoas que melhor conhecem as particularidades da determinada tarefa.

6.1 Elaboração de Procedimento Operacional Padrão para a Contenção de Vítimas com Transtornos Mentais.

- Nome do POP: Contenção de Vítimas com Transtornos Mentais;
- Objetivo do POP: a implantação do referido POP se destina a melhoria do atendimento a ocorrência com vítimas de transtornos mentais, sendo de fundamental importância, pois o mesmo busca reduzir os riscos e o perigo aos bombeiros bem como à integridade física e moral da vítima e sua família.
- Os documentos que servirão de base de consulta para elaboração do POP serão: a lei 10216 de 6/4/2001; o manual de atendimento ao portador de transtornos mentais do CBMERJ; o manual da FHEMIG; e o manual de regulação – SAMU – Franca.

- O local de aplicação: tal manual será aplicado inicialmente em toda a grande ilha de São Luís (Raposa, São Jose de Ribamar, paço do Lumiar e São Luís), sendo este POP usado por todos os grupamentos que atendem a ocorrências na grande ilha.
- Descrição das etapas: cada etapa do procedimento será descrita com riqueza de detalhes de forma clara e sucinta, contido na proposta do POP (apêndice B);
- Atualização: O POP atendendo as especificidades das ocorrências será atualizado de 12 em 12 meses.

7 CAUSAS QUE MOTIVARAM A ELABORAÇÃO DA PROPOSTA

A necessidade por qualificação profissional é indispensável, pois a excelência no serviço prestado depende de tal fator. No serviço público, em destaque no Corpo de Bombeiros, não é diferente, a necessidade pela melhoria na qualificação profissional é constante, uma vez que, a atividade de bombeiro esta diretamente ligada com a vida, e qualquer erro implicam em graves danos ou até mesmo em perda da vida.

Podemos perceber a importância da qualificação profissional, segundo Neise (2011, apud. Villavicencio, 1992, p.1) relata que:

“[...]é a articulação de diferentes elementos no contexto das relações de trabalho, capaz de dar conta das regulações técnicas que ocorrem na relação dos trabalhadores com a tecnologia e das regulações sociais que produzem os diferentes atores da produção que resultam nas formas coletivas de produzir”.

Portanto, percebemos que a necessidade de sempre estar buscando novos conhecimentos é fundamental, para manter uma boa qualidade nos serviços prestados e consequentemente um reconhecimento por parte daqueles que são usuários dos serviços. A proposta de implantação do POP voltado a contenção de pacientes psiquiátricos vem com iniciativa de promover essa qualificação necessária aos militares responsáveis de prestar tal serviço a sociedade, e como resultado da qualificação profissional, temos a melhoria no atendimento. A contenção de paciente psiquiátrico é uma manobra que gera desgaste tanto ao bombeiro como ao paciente, por isso, quanto menos agressivo e mais eficiente for esse trabalho, melhor será o serviço prestado, e o resultado será atingido com êxito, proporcionando um serviço de qualidade a sociedade.

Seja qual for à natureza do socorro, quanto mais rápido se chega ao local da ocorrência, menor será o dano causado, seja o dano material ou o dano físico. Quando se trata de paciente psiquiátrico esse tempo é ainda maior sua importância, uma vez que, esse paciente pode gerar danos irreparáveis. O tempo é de extrema importância nas mais diversas ocorrências, segundo Eid:

“No atendimento de emergência o tempo é fator crucial. Um minuto a mais na chegada do socorro pode tornar irreversível uma parada cardíaca. Uma hemorragia pode atingir níveis críticos. Uma hipóxia pode lesar o cérebro em definitivo. Em cada minuto que se abrevia o início do socorro vidas serão salvas, sequelas reduzidas e o custo final do atendimento hospitalar e do tratamento do paciente serão menores. O tempo que o socorro leva para chegar até a vítima é das variáveis mais importantes no APH”.

Contudo, podemos perceber que é fundamental a chegada rápida ao local da ocorrência, bem como, o resgate e o transporte do paciente ao hospital. Em busca dessa solução aos pacientes psiquiátricos, que surge a ideia de implantação de um POP voltado a contenção do paciente psiquiátrico, buscando otimizar o tempo e diminuir o tempo de chegada desse tipo de paciente a um centro especializado.

A necessidade de se prestar um atendimento rápido e eficiente ao paciente psiquiátrico, é de grande importância, pois os familiares e o paciente estão submetidos a grande sofrimento. Segundo Amaral e Durman (2004):

“Quando uma pessoa apresenta doença mental, não apenas ela sofre, mas também toda sua família, portanto, todos precisam de apoio e de acompanhamento”.

Portanto, a implantação de um POP voltado a contenção de pacientes psiquiátricos, vem promover uma melhoria no atendimento a esse tipo de paciente diminuindo o sofrimento a qual as famílias estão submetidos. Os bombeiros devem se preocupar com tal situação, buscando prestar um serviço mais rápido eficiente possível, ratificando tal pensamento Amaral e Durman (2004) relata:

“Hoje, discute-se a preocupação dos profissionais dessa área em não centrar-se apenas na pessoa doente, mas em toda a estrutura da sociedade na qual ela está inserida, incluindo-se nesse contexto especialmente a família”.

Os bombeiros prestam grandes serviços à sociedade, se dedicando aos mais diversos tipos de atividades, realizando diversos tipos de salvamento dias após dias, seja ele um salvamento terrestre, um desencarceramento, um afogamento, ou até mesmo um salvamento em estruturas colapsadas. Contudo, muitas dessas atividades proporcionam aos Bombeiros grandes riscos, e para minimizar tal risco são realizados diversos treinamentos, gerando uma padronização nos serviços prestados a sociedade. Diante dessa necessidade de promover uma diminuição dos

riscos aos bombeiros, na contenção a doentes mentais, surge a importância de implantação de um POP para contenção de pacientes psiquiátricos. Podemos perceber tal importância, nas palavras de Colenghi (2007) que diz:

“O POP (Procedimento Operacional Padrão), têm uma importância capital dentro de qualquer processo funcional cujo objetivo básico é o de garantir, mediante uma padronização, os resultados esperados por cada tarefa executada”.

Para que não ocorram erros nas ocorrências voltadas a contenção de pacientes psiquiátricos, e venham gerar danos aos bombeiros e também aos pacientes se faz necessário, a padronização desse serviço, daí a importância da proposta desse trabalho. Que visa por meio do POP, amenizar os riscos aos quais os Bombeiros estão sujeitos nesse tipo de ocorrência.

8 METODOLOGIA

Com a finalidade de descrever uma Proposta de implantação de um Procedimento Operacional Padrão. Iniciamos uma pesquisa aplicada de maneira descritiva e exploratória com abordagem nos aspectos qualitativos e quantitativos no que tangem a contenção de pacientes psiquiátricos, utilizando-se decretos, portarias e leis que regulamentam o serviço. Serão utilizados ainda os dados dos serviços prestados nas ocorrências registradas durante o atendimento pré-hospitalar, obtidos através do CIOPS e dos questionários aplicados ao GEM e aos demais grupamentos da capital.

Para Andrade (2001), na pesquisa aplicada, os conhecimentos são utilizados para a aplicação prática, voltados para a solução de problemas concretos da vida moderna.

Este trabalho foi desenvolvido baseado nas pesquisas realizadas em artigos, livros, revistas, internet e questionários aplicados uma amostra da população do GEM, 1º GBM, 2º GBM e SIGBS que trabalham diretamente com a atividade de contenção a paciente psiquiátrico, visando ainda à possibilidade de aplicar sugestões para a solução das dificuldades encontradas no resultado da pesquisa. Rudio (2009), afirma que a coleta de dados é a fase do método de pesquisa cujo objetivo é obter informações que atestem a realidade.

Para o desenvolvimento deste trabalho será utilizado o método hipotético dedutivo, por meio de pesquisa de campo utilizando questionário aplicado aos militares do CBMMA (1º GBM, 2º GBM, GEM, SIGBS) e outros militares que realizam o serviço de remoção de pessoas acometidas de transtornos mentais, pois neste processo conseguimos através de aspectos gerais do problema, desenvolver mecanismos para estratificar e especificar os diferentes conceitos que contribuíram para a formulação deste trabalho.

8.1 Universo e População

O universo da pesquisa abrange uma parcela do efetivo ativo Dos quartéis do GEM, 1º GBM, 2º GBM e SGIBS em São Luís, que responderam a 08 (oito) perguntas na área de contenção à paciente psiquiátrico.

Os questionamentos foram direcionados para identificar a opinião, qualificação, conhecimentos, formação dos militares na área e sobre o atendimento atual prestado.

8.2 Amostra

Dentro da população de 84 militares (setor operacional) do GEM, SGIBS, 1º GBM e 2º GBM foram aplicados 56 formulários, ou seja, uma amostra de 56 militares (cinquenta e seis militares), representando um percentual aproximadamente de 67% da população.

9 ANÁLISE DOS RESULTADOS

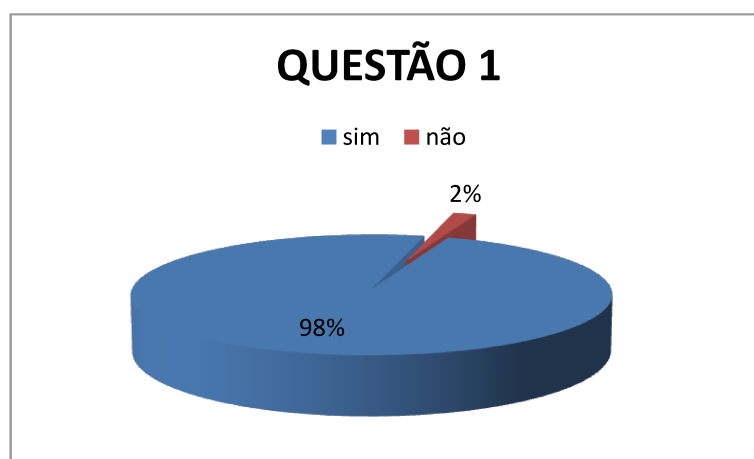
Após a obtenção dos dados colhidos por meio dos questionários, e das estatísticas oriundas do CIOPS, realizou-se a análise de tais dados e constatou-se a importância da implantação de um Procedimento Operacional Padrão.

Logo em seguidas efetuou-se a construção de gráficos com base no questionário, que ilustram os resultados da pesquisa, revelando o percentual da opinião dos militares em relação a relevância deste trabalho.

A pesquisa foi realizada em uma população de 84 militares do efetivo do GEM, 1º GBM, 2º GBM e SGBIS. Tendo respondido a questionário apenas 56 militares, correspondendo a 67 %.

Inicialmente foi perguntado aos entrevistados levando em conta a sua experiência de serviço, **“Você vê como importante a existência de um POP para a contenção de pacientes psiquiátricos?”**. Obtivemos os seguintes resultados conforme o gráfico abaixo:

Gráfico 9 - importância de POP para a contenção de pacientes psiquiátricos.



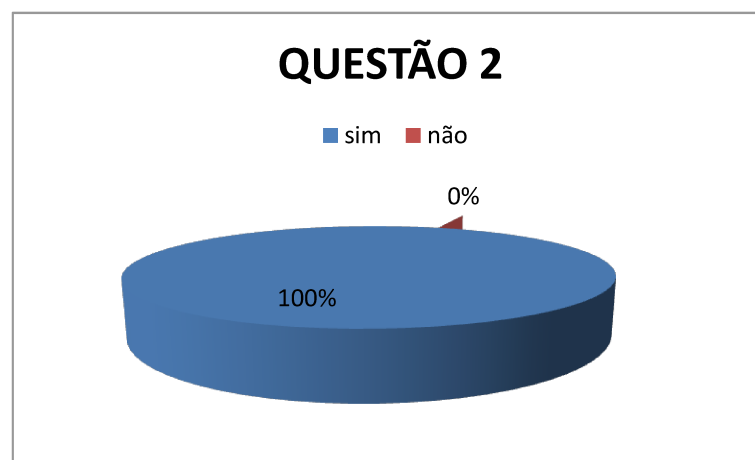
Fonte: Questionário aplicado aos militares do CBMMA

Fazendo a análise dos dados das respostas verificou-se que 98% dos entrevistados responderam que veem como importante a existência de um POP

para a contenção de pacientes psiquiátricos, e 2% não acham necessário a existência de um POP para este tipo de serviço.

O próximo questionamento realizado junto aos militares consistia no seguinte: **“Você acha que o POP melhoraria o atendimento a esse tipo de paciente?”**. Chegando ao resultado conforme o gráfico abaixo:

Gráfico 10 - possibilidade de melhoria no atendimento.

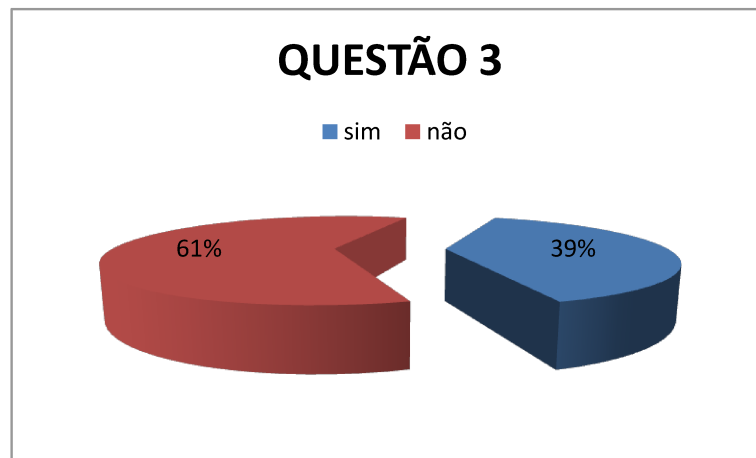


Fonte: Questionário aplicado aos militares do CBMMA

Analisando os dados deste questionamento observou-se que neste quesito houve uma unanimidade a respeito do POP como forma de melhoria do atendimento a este tipo de ocorrência.

A finalidade de um POP é justamente propor melhorias nas diversas áreas de atuação por meio de padronização e sequenciamento de ações.

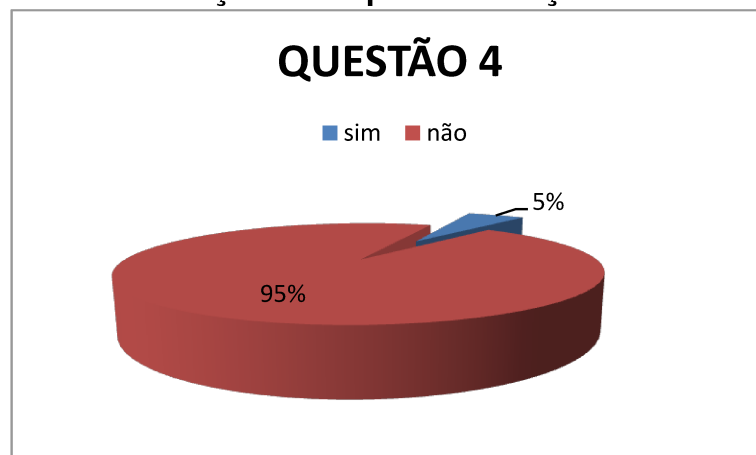
O terceiro questionamento visa aferir a capacidade do militar em diferenciar situações distintas referentes ao paciente: **“Você sabe diferenciar um doente mental crônico de um doente mental decorrente de uso de substâncias psicoativas?”**.

Gráfico 11 - diferenciação de vítimas com transtornos mentais

Fonte: Questionário aplicado aos militares do CBMMA

Traz mais segurança para a guarnição saber, através de traços característicos, distinguir entre os possíveis casos e de certa forma prever ações da vítima com transtornos mentais.

O questionamento de número quatro tem a intenção de apresentar a situação da tropa com relação ao conhecimento a ser aplicado para o atendimento a este tipo de ocorrência: **“Você possui algum curso de qualificação voltado a pacientes psiquiátricos?”**.

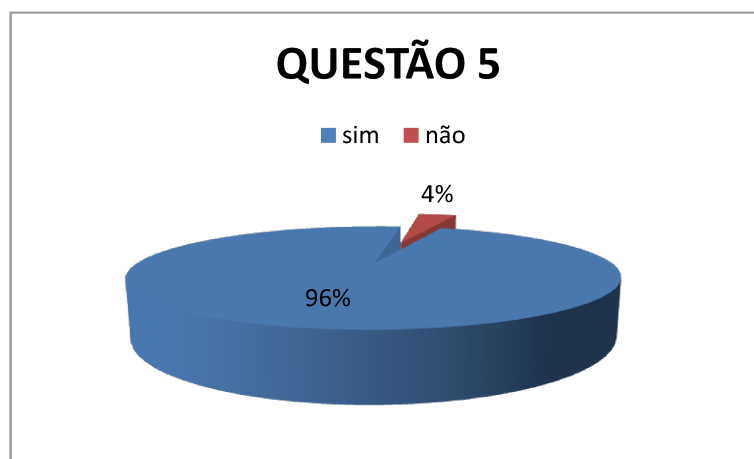
Gráfico 12 - situação da tropa com relação a treinamento.

Fonte: Questionário aplicado aos militares do CBMMA

É importante em qualquer organização que almeje o sucesso fomentar nos seus colaboradores a busca por conhecimento, e criar uma cultura de cursos e treinamento na tropa, além de elevar o nível profissional da tropa serve como fator motivador.

A questão cinco chama a atenção para o tempo resposta da ocorrência que é um fator crucial na missão bombeirística, pois a redução do tempo resposta pode ser determinante para o salvamento de uma vida: **“Na sua visão, com a implantação de um POP será possível reduzir o tempo resposta nas ocorrências?”**.

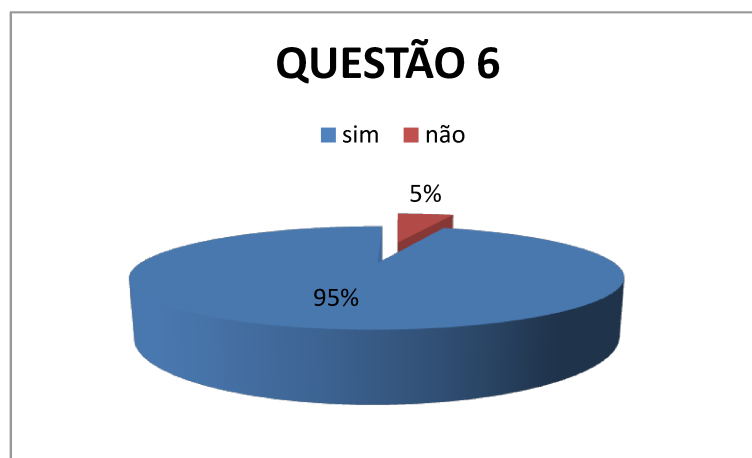
Gráfico 13 - opinião a respeito do tempo resposta.



Fonte: Questionário aplicado aos militares do CBMMA

Um dos princípios básicos do serviço no corpo de bombeiros é a segurança inicialmente da guarnição e em seguida a da vítima. Os demais fatores são verificados após a constatação da segurança da equipe de trabalho. A sexta questão interpela os entrevistados a respeito deste princípio: **“Você acha que com a implantação do POP, diminuiria os riscos enfrentados pelos Bombeiros e pacientes nesse tipo de ocorrência?”**.

Gráfico 14 - alteração do nível de segurança.



Fonte: Questionário aplicado aos militares do CBMMA

Outro aspecto que cabe um mínimo de preocupação é o estado dos familiares da vítima durante a ação da guarnição no ato de contenção. Em grande parte das ocorrências, devido ao estado agressivo da vítima, se faz necessário o uso da força dentro da proporcionalidade devida: **“Na sua opinião um POP diminuiria o sofrimento das famílias durante a ocorrência. no momento da contenção ao doente mental?”**.

Gráfico 15 - situação dos familiares.

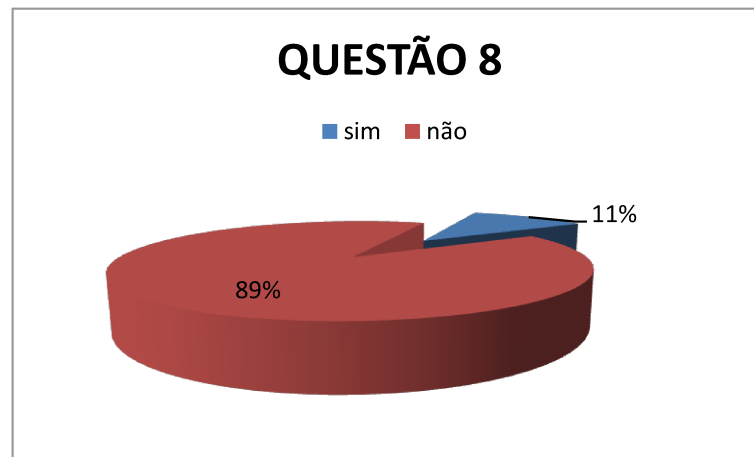


Fonte: Questionário aplicado aos militares do CBMMA

Algo que ocorre com bastante frequência é a tomada de decisão por parte dos membros da guarnição que ferem os direitos deste tipo de paciente por desconhecimento a respeito das leis que os amparam. Outro aspecto é o próprio

respaldo conferido ao militares quando do conhecimento das leis, agindo estritamente dentro do que reza a legislação corrente: “Você conhece as leis que fundamentam as ações do bombeiros ,na contenção à pacientes psiquiátricos?”.

Gráfico 16 - conhecimento de leis.



Fonte: Questionário aplicado aos militares do CBMMA

10 RESULTADO E DISCUSSÕES

Com base nos dados do CIOPS podemos compreender que a ocorrência de contenção de vítimas com transtornos mentais encontra-se em quarto lugar em número de ocorrências atendidas, totalizando mais de mil e duzentos atendimentos nos últimos dois anos (655 em 2012 e 604 em 2013). Compreendendo em média entre 50 e 60 atendimentos mensais.

Atualmente o atendimento prestado a pacientes com transtornos mentais é realizado em parceria com as equipes do SAMU. Cabendo ao corpo de bombeiro a parte da contenção mecânica. As guarnições enfrentam muitas dificuldades neste tipo de atendimento decorrente da falta de capacitação técnica aliada a própria natureza da ocorrência, que geralmente apresenta um grau de perigo elevado por conta do estado da vítima que segundo os gráficos 04 e 08 mais de 80% encontram-se em estado de agressividade e mais de 7 % armados.

Esta capacitação técnica além de ser fator motivacional para tropa proporciona para a sociedade benefícios que foram elencados pelos próprios militares que executam no dia-a-dia este tipo de atendimento. Sabe-se que o fator motivacional é fundamental em qualquer organização, pois por meio deste pode-se extrair o melhor dos colaboradores, sendo a motivação uma condição fundamental e indispensável para o alcance dos objetivos pessoais, do trabalho, das organizações e dos países (BUENO, 2002). Dentre os principais benefícios podemos apontar como primordial a redução do tempo resposta, que será determinante para se evitar possíveis danos, pois como geralmente trata-se de um paciente que oferece risco a si e a terceiros, sendo esta possibilidade real neste tipo de ocorrência.

Estando os militares qualificados e treinados, estarão aptos a lidar com as mais diversas situações, diminuindo consideravelmente os riscos a serem enfrentados. Em boa parte das atividades executadas pelos bombeiros os riscos e perigos são uma constante, contudo a busca pela redução destes perigos e riscos deve ser uma preocupação não só das guarnições, mas também da corporação, uma vez que um militar afastado representa um ônus não só para a sua família, como também para a sociedade, pois esse militar representa uma lacuna que deve

ser preenchida na escala de serviço por outro militar, para manter contínuo o serviço oferecido.

Outro aspecto a salientar é que muitos dos bombeiros desconhecem as leis que fundamentam sua prática profissional nessa área de atuação. Toda atividade profissional segue uma legislação específica e regulamentos próprios, com os bombeiros não é diferente, entretanto, o desconhecimento dessas leis por parte dos militares apresenta-se de forma muito elevado, o que conseqüentemente gera uma deficiência na prestação do serviço, pois muitas vezes a guarnição de serviço deixar de prestar a assistência ou ainda prestar a assistência de forma equivocada, gerando complicações judiciais posteriores.

Finalmente, a sociedade só tem a ganhar com a qualificação do serviço, pois com essa qualificação o SAMU e o CBMMA deverão trabalhar em forma de parceria, ou seja, quando a contenção for necessária, qualquer paciente portador de transtorno mental poderá contar com os serviços dessas duas entidades. Durante o atendimento obedecendo aos procedimentos descritos no POP (apêndice B), a contenção realizar-se-á de forma eficiente sem gerar ônus para a família, como também aos bombeiros que prestam esse serviço.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Corpo de Bombeiros Militar é uma instituição que possui uma boa imagem frente à sociedade, devido tal fator se torna quase que uma obrigação manter a qualidade dos serviços prestados, uma vez que, o sentido de sua existência é servir a população, seja qual for sua necessidade, desde um incêndio, um afogamento, uma enchente, um encarceramento, um acidente automobilístico, até uma assistência a um portador de transtorno mental. Em busca de uma melhoria nos serviços prestados aos doentes mentais que surgiu a ideia da proposta da implantação desses POP.

Sabe-se que a contenção aos pacientes psiquiátricos na cidade de São Luís atualmente é realizado pelos bombeiros em parcerias com a SAMU, contudo, esse serviço é realizado de forma aleatória, e os militares que atuam junto a esses pacientes, quase que em sua totalidade não possuem cursos que os capacitem a atuar com esses pacientes. Ainda muitos desses militares não sabem diferenciar os mais diversos tipos de patologias mentais existentes, o que é de fundamental importância para um bom atendimento, uma vez que, como se pode ajudar alguém se não se sabe o que essa pessoa está apresentando? Visando a qualificação dos seus militares o corpo de bombeiros deve promover cursos de qualificação, que venha preparar o efetivo para lidar com os mais diversos casos existentes nessa área profissional.

O CBMMA assim como os demais órgãos ou empresas públicas, segue o princípio da legalidade, por isso, tal serviço é realizado segundo as leis que amparam os bombeiros nesse tipo de atividade. Embora o efetivo do CBMMA seja reduzido, o percentual de militares que desconhecem as leis que alicerçam tal serviço é muito elevado, o que conseqüentemente gera um despreparo na hora da atuação, pois os militares de serviço, em muitos momentos não sabem que procedimentos devem tomar.

Ainda outro fator importante que devemos salientar, é que esse tipo de serviço já é utilizado em outros Corpos de Bombeiros Militares da federação, como Rio de Janeiro e Distrito Federal, em parceria com a SAMU. Mostrando assim que o

CBMMA estaria acompanhando o avanço alcançado por outras corporações, que já aplicam tais praticas em seus atendimentos nesse tipo de ocorrência.

Portanto, a prática de contenção a pacientes psiquiátricos é uma pratica diária na cidade de São Luís, contudo para que esse tipo de ocorrência seja atendido de forma eficiente, se torna necessário que os profissionais que a executam estejam preparados para tal. Decorrente desse motivo nasce à intenção desse trabalho, que tem por finalidade propor a melhoria nos serviços prestados, por meio da padronização dos procedimentos realizados pelos militares, uma vez que, esses procedimentos reduziram os erros e consequentemente os problemas advindos de tal conduta.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Pollyanna Cristini Gris; DURMAN, Solânia. **O que pensa a família sobre o atendimento oferecido pela psiquiatria**. Universidade do Oeste do Paraná. Maringá, 2004.

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina RESOLUÇÃO CFM nº 1451/95. Publicada no D.O.U. de 17.03.95 - Seção I - Página 3666.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. Revista psiquiátrica, Rio Grande do Sul, 2007.

BUENO, Marcos **As Teorias de Motivação Humana e sua Contribuição para a Empresa Humanizada: um tributo a Abraham Maslow**. Revista do Centro de Ensino Superior de Catalão - CESUC - Ano IV - nº 06 - 1º Semestre – 2002. Disponível em: <http://tupi.fisica.ufmg.br/michel/docs/Artigos_e_textos/Motivacao/009%20-%20As%20teorias%20de%20motiva%E7%E3o%20humana%20e%20sua%20contri bui%E7%E3o%20para%20a%20empresa%20humanizada.pdf>.

CASTELÕES, Liliane. **Medicina de Guerra e de Emergência são Semelhantes**. Revista Eletrônica de Jornalismo Científico. Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência -SBPC / Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo – LABJOR-UNICAMP, n. 32, jun. 2002. Disponível em: <www.comciencia.br>. Acesso em: 14 abr. 2013.

COLENGHI, Vitor Mature. **O&M e Qualidade Total: uma integração perfeita**. Rio de Janeiro: Qualitymark. 1997.

Conselho Federal de Medicina Resolução nº 1.671, de 09 de julho de 2003, Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências. 29 julho 2003. Seção I, pg. 75-78.

Eid, Carlos Alberto Guglielmi. **Atendimento pré hospitalar**. Disponível em: <<http://www.aph.com.br/tempo-resposta/>>. Acessado em: 24 de Maio de 2014.

FERNANDES RJ. **Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria da Saúde do município de Ribeirão Preto-SP** [dissertation]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2004.

FERRARI D. **História da ambulância**. Revista Intensiva. 2006;4:132. 14. Martinez-Almoyna M, Nitschke CAS. **Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência - SAMU** [Internet]. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina; 1999 [cited 2010 sep 29]. Available from: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/orgaos_vinculados/samu/Manual%20de%20Regulacao%20M%C3%A9dica%20de%20Urg%C3%AAcia.pdf> acessado em 12 fev 2013.

FERREIRA, A.B.H. Novo Dicionário Aurélio da Língua portuguesa. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 617p.

MARTINI, A.C.T. **Atendimento pré-hospitalar**. In: BIROLINI, D.; UTIYAMA, E.; STEINMAN, EE.(Ed.). Cirurgia de emergência com teste de auto avaliação. São Paulo: Atheneu, 2001, cap. 18, p.131-141.

MARTINI, A.C.T. **Atendimento pré-hospitalar**. In: BIROLINI, D.; UTIYAMA, E.; STEINMAN, EE.(Ed.). Cirurgia de emergência com teste de auto avaliação. São Paulo: Atheneu, 2001, cap. 18, p.131-141.

MIRANDA, Luiz Salvador de. **Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade**. Editorial convite[2007].. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/rprs/v29n2/v29n2a05.pdf>. Acesso em: 12 de Maio de 2014.

NEISE, Deluiz. **Qualificação profissional, trabalho e formação: seminário de qualificação, trajetória ocupacional e subjetividade**. Junho, 2011.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de. **Construindo saberes e práticas em Saúde Mental**. João Pessoa:UFPB. Editora Universitária, 2002.

PRODANOV, Cleber Cristiano. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico / Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 36 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 144p.

VERGANI , Assione. **Procedimento operacional padrão: Orientações para elaboração**. Disponível em: <<http://www.toledo.pr.gov.br/sites/default/files/POP%20-%20Procedimentos%20Operacionais%20Padr%C3%A3o.pdf>>

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO SOBRE A OPINIÃO DOS BOMBEIROS MILITARES DO
GRUPAMENTO DE EMERGENCIA MÉDICA E DEMAIS QUARTÉIS DE SÃO LUÍS
SOBRE A IMPLANTAÇÃO DE UM PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
PARA CONTENÇÃO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

- 1) Na sua experiência de serviço, você vê como importante a existência de um POP para contenção de pacientes psiquiátrico?
Sim () não()
- 2) Você acha que o POP Melhoraria o atendimento a esse tipo de pacientes.? não()
- 3) Você sabe diferenciar um doente mental crônico de um doente mental decorrente de uso de substâncias psicoativas?
Sim () não()
- 4) Você possui algum curso de qualificação voltado a pacientes psiquiátricos?
Sim () não()
- 5) Na sua visão, com a implantação de um POP será possível reduzir o tempo resposta nas ocorrências ?
Sim () não()
- 6) Você acha que com a implantação do POP, diminuiria os riscos enfrentados pelos Bombeiros e pacientes nesse tipo de ocorrência?
Sim () não()
- 7) Na sua opinião um POP diminuiria o sofrimento das famílias durante a ocorrência. no momento da contenção ao doente mental?
Sim () não()
- 8) Você conhece as leis que fundamentam as ações do bombeiros ,na contenção à pacientes psiquiátricos?
Sim() não()

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do aluno responsável.

Em caso de recusa, você não será penalizado de forma alguma.

Eu, _____, abaixo assinado, declaro que em __/__/__ fui devidamente informado em detalhes pelo(s) aluno(s) responsável(is) no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos questionamentos que serei submetido, aos riscos e benefícios.

Declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram asseguradas, a seguir relacionadas:

- 1) Este estudo se destina a caracterizar a necessidade de um POP a contenção de pacientes psiquiátricos.
- 2) Sua participação nesse estudo será responder às perguntas feitas pelos entrevistadores. Você não precisará responder às questões que não quiser ou se sentir desconfortável ou inseguro.
- 3) Você não terá gastos financeiros. Todas as dúvidas referentes ao questionamento poderão ser sanadas pelos entrevistadores ou pelos responsáveis definidos acima.
- 4) Será garantido o sigilo quanto a sua identificação e das informações obtidas pela sua participação, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.
- 5) Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.
- 6) Nós não podemos e não garantimos que você receberá qualquer benefício direto deste estudo.
- 7) Você terá a segurança de não ser identificado e ter mantido o caráter confidencial da informação relacionada à sua privacidade.
- 8) Você terá a garantia de receber a resposta de qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas à pesquisa. Qualquer questão a respeito do estudo pode ser dirigida aos responsáveis pelo projeto, designados ao final deste termo.

Responsáveis pela pesquisa: Josué Pereira Pinheiro e Leno Romeu Côelho Costa

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE B

Procedimento Operacional Padrão

1.Finalidade: Regular os procedimentos de emergências envolvendo a **CONTENÇÃO DE VÍTIMAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS** por parte dos socorros do CBMMA.

2.Considerando:

2.1. A lei federal nº 10.216 de 6 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, onde relata que a política nacional de saúde atribui ao estado a responsabilidade de promover assistência integral aos portadores de transtornos mentais, com a participação de todas as suas instituições e das famílias; mesmo com a ausência de uma lei estadual que regulamente este tipo de atendimento por parte do CBMMA, este não se nega a prestar este serviço por conta da sua obrigatoriedade oriunda da lei citada acima.

2.2. Cabe ao CBMMA dar suporte às equipes do SAMU no atendimento a vitimas de transtornos mentais nos seguintes casos:

- Distúrbios mentais relacionados a dependência de substancia psicoativas;
- Transtornos esquizofrênicos;
- Transtornos delirantes e bipolar;
- Transtornos psicóticos;
- Comportamento agressivo com ameaça a própria integridade física e a de terceiros.

3.Procedimentos

3.1. A ambulância deverá chegar ao local da ocorrência com discrição, tendo suas sirenes e giroflex desligados.

3.2. Analisar primeiramente o local, observando a vitima e as pessoas que estão no local, observando também o ambiente para certificar-se de que não apresenta riscos para a vítima e os demais presentes. Analisando ainda riscos potenciais para a guarnição (objetos que podem ser utilizados como arma).

3.3. A guarnição deverá isolar o local e evitar a presença de curiosos de vendo ainda coletar os seguintes dados: o que aconteceu? Se a vitima já apresentou crises anteriores? Se é portador de doença mental? E solicitar aos familiares ou responsáveis uma documentação que comprove o transtorno mental expedido por profissional ou instituição especializada (principalmente se tratando de primeira internação).

3.4. A aproximação deve ser de forma calma e firme, tendo como o interlocutor um socorrista, onde este se identificará de forma simples e clara demonstrando sua

intenção de ajudar. Devendo esse manter uma distância confortável e segura durante a abordagem.

3.5. A guarnição deve estar a uma certa distância, não interferindo no diálogo não tumultuando o ambiente. O interlocutor deve suprimir qualquer atitude arrogante, porem ter atitudes firmes, dando ordens claras e objetivas.

3.6. É de extrema importância para a consolidação do vínculo, deixar que a vítima fale e manter o contato visual enquanto o mesmo fala, e mostrando interesse na sua pessoa. O interlocutor não deve dar opiniões precipitadas, não devendo criticar e nem julgar qualquer atitude da vítima.

Observação: posturas que devem ser evitadas na comunicação:

- interromper com frequência o contato;
- transparecer emotividade em excesso;
- relatar que está ocupado; demonstrar que o problema enfrentado pela vítima é banal;
- comportar-se com ar de superioridade em relação à vítima;

3.7 Comunique com clareza a vítima sobre procedimento que ocorrerá para ajudá-la a sair da crise, desde modo a vítima irá cooperar, mantendo sempre o contato verbal.

3.8 Nunca se devem debater com esse tipo de vítima, especialmente quando a vítima manifesta comportamento agitado; insônia e/ou ansiedade, não deve se ter nenhum tipo ação hostil com a vítima, eventualmente tenha que se distanciar por breve momento, solicite outro militar para permanecer junta a vítima. Pois é regra geral que a vítima nunca deve ser deixada sozinha, observação é constante.

3.9 Jamais acordes com a vítima sobre seus delírios e alucinações, contudo, não o censure.

3.10 Domine a vítima, de modo que ela pense que está fazendo a sua própria vontade.

3.11 Procure obter notícias sobre os antecedentes criminais da vítima.

3.12 Se a vítima apresentar uma evolução para tentativa de suicídio, deve ser acionado o grupamento de operações especiais (ÁGUIAS) que possuem o treinamento para este tipo de situação.

3.13 Se por alguma razão a guarnição não conseguir controlar a vítima, necessitará solicitar apoio à Polícia Militar, se for o caso.

3.14 Logo após a imobilização, a guarnição deverá providenciará cuidar dos ferimentos (se tiver) da vítima, portanto estes podem, em alguns casos, ocasionar danos maiores futuramente.

3.15 A guarnição deverá ter cautela durante todo o processo, pois vítimas com esse comportamento específico podem estar em alerta, mesmo que não demonstre, podendo apresentar reações imprevistas e quase sempre agressivas.

3.16 No momento da contenção a agilidade e segurança nas atitudes da guarnição são fundamentais para que tudo ocorra com segurança e o mais rápido possível. Existem técnicas de duas a oito pessoas na guarnição. A técnica com oito pessoas é a mais recomendada por ser a de menor impacto visual e que menos oferece risco

ao paciente. Consiste em: oito pessoas imobilizam suavemente o paciente, contendo-o dois a dois em nível de cabeça, ombro, quadril e pernas.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial*, Brasília, 05 out. 1998. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_13.07.2010/index.sh>. Acesso em: 07 fev. 2013.

BRASIL. *Lei nº 10.216*, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República, Casa Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 07 fev. 2013.

GOMES, Leonardo Tupan Laversveiler, Cap BM QOC/RJ. *O procedimento operacional padrão do CBMERJ para o evento de recolhimento de doente mental*. Monografia. Escola Superior de Comando de Bombeiro Militar. Curso Superior de Aperfeiçoamento, 2006. CBMERJ.

ANEXO A

Presidência da República

Casa Civil

Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos

mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10º Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11º Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12º O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

ANEXO B



RESOLUÇÃO CFM nº 1.407/94

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO ser um imperativo ético a humanização da assistência à saúde mental e o reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas acometidas de transtorno mental;

CONSIDERANDO o esforço internacional no sentido da implantação da reforma psiquiátrica e a necessidade de adoção de normas que estejam em consonância com este movimento;

CONSIDERANDO a necessidade de serem estabelecidas normas de orientação para os médicos brasileiros;

CONSIDERANDO que a Organização das Nações Unidas adotou, em Assembleia Geral realizada em 17 de dezembro de 1991, os "Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para melhoria da Assistência à Saúde Mental";

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 08 de junho de 1994.

RESOLVE:

Art. 1º - Adotar os "Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental", aprovados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 17.12.91, e cujo texto está anexo a esta Resolução, como guia a ser seguido pelos médicos do Brasil.

Art. 2º - Esta Resolução entrará em vigor na data da sua publicação.

Brasília-DF, 08 de junho de 1994.

IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ

Presidente

HERCULES SIDNEI PIRES LIBERAL

Secretário-Geral

Publicada no D.O.U. de 15.06.94 - Seção I - Página 8799.

A N E X O

PRINCÍPIOS PARA A PROTEÇÃO DE PESSOAS ACOMETIDAS DE TRANSTORNO MENTAL E PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL

APLICAÇÃO

Estes princípios serão aplicados sem discriminação de qualquer espécie, seja na distinção de deficiência, raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra

natureza, origem nacional, étnica ou social, status legal ou social, idade, propriedade ou nascimento.

DEFINIÇÕES

Nestes Princípios:

"Advogado" significa um representante legal ou outro representante qualificado;

"Autoridade independente" significa uma autoridade competente e independente prescrita pela legislação nacional;

"Assistência à Saúde Mental" inclui análise e diagnóstico do estado psíquico de uma pessoa e tratamento, cuidado e reabilitação de um transtorno mental ou suspeita de um problema de saúde mental;

"Estabelecimento de Saúde Mental" significa qualquer estabelecimento, ou qualquer unidade de um estabelecimento de saúde que, como função principal, ofereça assistência à saúde mental;

"Profissional de Saúde Mental" significa um médico, psicólogo clínico, enfermeiro, assistente social ou outra pessoa adequadamente treinada e qualificada, com habilidades específicas relevantes para a assistência à saúde mental;

"Usuário" significa uma pessoa recebendo assistência à saúde mental, incluindo todas as pessoas admitidas em um estabelecimento de saúde mental;

"Representante pessoal" significa uma pessoa legalmente incumbida do dever de representar os interesses de um usuário em qualquer matéria especificada, ou de exercer direitos específicos em seu nome, incluindo os pais ou o guardião legal de um menor, a menos que seja estabelecido de outro modo pela legislação nacional;

"Corpo de revisão" significa o órgão estabelecido de acordo com o Princípio/17 para rever a admissão involuntária ou a retenção de um paciente em um estabelecimento de saúde mental.

CLÁUSULA GERAL DE LIMITAÇÃO

O exercício dos direitos expressos nestes Princípios poderá estar sujeito apenas às limitações prescritas por lei, e necessárias à proteção da saúde ou segurança da pessoa interessada ou de outras, ou ainda para proteger a segurança pública, a ordem, a saúde, a moral ou os direitos e liberdades fundamentais de outros.

PRINCÍPIO 1

LIBERDADES FUNDAMENTAIS E DIREITOS BÁSICOS

1 - Todas as pessoas têm direito à melhor assistência disponível à saúde mental, que deverá ser parte do sistema de cuidados de saúde e sociais.

2 - Todas as pessoas acometidas de transtorno mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, deverão ser tratadas com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana.

3 - Todas as pessoas acometidas de transtorno mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, têm direito à proteção contra exploração econômica, sexual, ou de qualquer outro tipo, contra abusos físicos ou de outra natureza, e tratamento degradante.

4 - Não haverá discriminação sob pretexto de um transtorno mental.

"Discriminação" significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos. Medidas especiais com a única finalidade de proteger os direitos ou garantir o desenvolvimento de pessoas com problemas de saúde mental não serão consideradas discriminatórias. Discriminação não inclui qualquer distinção, exclusão ou preferência realizadas de acordo com os provimentos destes Princípios e necessários à proteção dos direitos humanos de uma pessoa acometida de transtorno mental ou de outros indivíduos.

5 - Toda pessoa acometida de transtorno mental terá o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos pela Declaração Universal dos Direitos do Homem,⁶⁵/pela Convenção Internacional de Direitos econômicos, Sociais e Culturais,⁸⁴/pela Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos,⁸⁴/e por outros instrumentos relevantes, como a Declaração de Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência,⁹⁸/e pelo Corpo de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Aprisionamento,⁹⁹/.

6 - Qualquer decisão em que, em razão de um transtorno mental, a pessoa perca sua capacidade civil, e qualquer decisão em que, em consequência de tal incapacidade, um representante pessoal tenha que ser designado, somente poderão ser tomadas após uma audiência equitativa a cargo de um tribunal independente e imparcial estabelecido pela legislação nacional. A pessoa, cuja capacidade estiver em pauta, terá o direito de ser representada por um advogado. Se esta pessoa não puder garantir seu representante legal por meios próprios, tal representação deverá estar disponível, sem pagamento, enquanto ela não puder dispor de meios para pagá-la. O advogado não deverá, no mesmo processo, representar um estabelecimento de saúde mental ou seus funcionários, e não deverá também representar um membro da família da pessoa cuja capacidade estiver em pauta, a menos que o tribunal esteja seguro de que não há conflito de interesses. As decisões com respeito à capacidade civil e à necessidade de um representante pessoal deverão ser revistas a intervalos razoáveis, previstos pela legislação nacional. A pessoa, cuja capacidade estiver em pauta, seu representante pessoal, se houver, e qualquer outra pessoa interessada terão o direito de apelar a um tribunal superior contra essas decisões.

7 - Nos casos em que uma corte ou outro tribunal competente concluir que uma pessoa acometida de transtorno mental está incapacitada para gerir seus próprios assuntos, devem-se tomar medidas no sentido de garantir a proteção dos interesses da pessoa, adequadas às suas condições e conforme suas necessidades.

PRINCÍPIO 2

PROTEÇÃO DE MENORES

Devem-se tomar cuidados especiais, dentro dos propósitos destes Princípios e dentro do contexto das leis nacionais, para a proteção dos menores, que venham garantir seus direitos, incluindo, se necessário, a designação de outro representante pessoal que não seja um familiar.

PRINCÍPIO 3

VIDA EM COMUNIDADE

Toda pessoa acometida de transtorno mental deverá ter o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, na comunidade.

PRINCÍPIO 4

DETERMINAÇÃO DE UM TRANSTORNO MENTAL

1 - A determinação de que uma pessoa é portadora de um transtorno mental deverá ser feita de acordo com os padrões médicos aceitos internacionalmente.

2 - A determinação de um transtorno mental nunca deverá ser feita com base no status econômico, político ou social, ou na pertinência a um grupo cultural, racial ou religioso, ou em qualquer outra razão não diretamente relevante para o estado de saúde mental da pessoa.

3- Nunca serão fatores determinantes para o diagnóstico de um transtorno mental: os conflitos familiares ou profissionais, a não-conformidade com valores morais, sociais, culturais ou políticos, ou com as crenças religiosas prevalentes na comunidade da pessoa.

4- Uma história de tratamento anterior ou uma hospitalização como usuário não deverão por si mesmas justificar qualquer determinação presente ou futura de um transtorno mental.

5 - Nenhuma pessoa ou autoridade classificará uma pessoa como portadora, ou indicará de outro modo, que uma pessoa apresenta um transtorno mental, fora dos propósitos diretamente relacionados ao problema de saúde mental ou suas conseqüências.

PRINCÍPIO 5

EXAME MÉDICO

Nenhuma pessoa será obrigada a submeter-se a exame médico com o objetivo de determinar se apresenta ou não um transtorno mental, a não ser em casos que estejam de acordo com os procedimentos autorizados pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 6

CONFIDENCIALIDADE

Deve-se respeitar o direito de todas as pessoas às quais se aplicam estes Princípios, à confidencialidade das informações que lhes concernem.

PRINCÍPIO 7

O PAPEL DA COMUNIDADE E DA CULTURA

1 - Todo usuário terá o direito de ser tratado e cuidado, tanto quanto possível, na comunidade onde vive.

2- Nos casos em que o tratamento for realizado em um estabelecimento de saúde mental, o usuário terá o direito, sempre que possível, de ser tratado próximo à sua residência ou à de seus parentes ou amigos e terá o direito de retornar à comunidade o mais breve possível.

3 - Todo usuário terá o direito de receber tratamento adequado à sua tradição cultural.

PRINCÍPIO 8

PADRÃO DE ASSISTÊNCIA

1 - Todo usuário terá o direito de receber cuidados sociais e de saúde apropriados às suas necessidades de saúde, e terá direito ao cuidado e tratamento de acordo com os mesmos padrões dispensados a outras pessoas com problemas de saúde.

2 - Todo usuário será protegido de danos, inclusive de medicação não justificada, de abusos por parte de outros usuários, equipe técnica, funcionários e outros, ou de quaisquer outros atos que causem sofrimento mental ou desconforto físico.

PRINCÍPIO 9

TRATAMENTO

1 - Todo usuário terá direito a ser tratado no ambiente menos restritivo possível, com o tratamento menos restritivo ou invasivo, apropriado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física de outros.

2- O tratamento e os cuidados a cada usuário serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com ele, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por pessoal profissional qualificado.

3- A assistência à saúde mental será sempre oferecida de acordo com padrões éticos aplicáveis aos profissionais de saúde mental, inclusive padrões internacionalmente aceitos, como os Princípios de Ética Médica adotados pela Assembléia Geral das Nações Unidas. Jamais se cometerão abusos com os conhecimentos e práticas de saúde mental.

4 - O tratamento de cada usuário deverá estar direcionado no sentido de preservar e aumentar sua autonomia pessoal.

PRINCÍPIO 10

MEDICAÇÃO

1 - A medicação deverá atender da melhor maneira possível às necessidades de saúde do usuário, sendo administrada apenas com propósitos terapêuticos ou diagnósticos e nunca deverá ser administrada como punição ou para a conveniência de outros. Sujeitos às determinações do parágrafo/15 do Princípio/11, os profissionais de saúde mental deverão administrar somente as medicações de eficácia conhecida ou demonstrada.

2 - Toda medicação deverá ser prescrita por um profissional de saúde mental autorizado pela legislação e ser registrada no prontuário do usuário.

PRINCÍPIO 11

CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO

1 - Nenhum tratamento será administrado a um usuário sem seu consentimento informado, exceto nas situações previstas nos parágrafos/6,7,8,13 e /15 abaixo.

2 - Consentimento informado é o consentimento obtido livremente, sem ameaças ou persuasão indevida, após esclarecimento apropriado com as informações adequadas e inteligíveis, na forma e linguagem compreensíveis ao usuário sobre:

- (a) A avaliação diagnóstica;
- (b) O propósito, método, duração estimada e benefício esperado do tratamento proposto;
- (c) Os modos alternativos de tratamento, inclusive aqueles menos invasivos; e
- (d) Possíveis dores ou desconfortos, riscos e efeitos colaterais do tratamento proposto.

3 - O usuário pode requerer a presença de uma pessoa ou pessoas de sua escolha durante o procedimento de obtenção do consentimento.

4- O usuário tem o direito de recusar ou interromper um tratamento, exceto nos casos previstos nos parágrafos /6,7,8,13 e /15 abaixo. As consequências de recusar ou interromper o tratamento devem ser explicadas a ele.

5 - O usuário nunca deverá ser convidado ou induzido a abrir mão do direito ao consentimento informado. Se assim quiser fazê-lo, deve-se explicar a ele que o tratamento não poderá ser administrado sem o seu consentimento informado.

6 - Excetuando-se os casos previstos nos parágrafos /7,8,12,13,14 e /15 abaixo, um plano de tratamento poderá ser administrado a um usuário sem seu consentimento informado, se as seguintes condições forem satisfeitas:

(a) O usuário for, no momento relevante, mantido como paciente involuntário;

(b) Uma autoridade independente, estando de posse de todas as informações relevantes, inclusive da informação especificada no parágrafo /2 acima, estiver convencida de que, no momento relevante, o usuário está incapacitado para dar ou recusar o consentimento informado ao plano de tratamento proposto ou, se a legislação nacional permitir, e CONSIDERANDO a segurança do próprio usuário ou a de outros, o usuário tenha recusado irracionalmente tal consentimento; e

(c) A autoridade independente estiver convencida de que o plano de tratamento proposto atende ao maior interesse das necessidades de saúde do usuário.

7 - O parágrafo /6 acima não se aplicará quando o usuário tiver um representante pessoal designado por lei para dar consentimento ao tratamento em seu nome; mas, exceto nos casos previstos nos parágrafos /12, 13, 14 e /15 abaixo, o tratamento poderá ser administrado a tal paciente sem o seu consentimento informado se o representante pessoal, tendo recebido as informações descritas no parágrafo /2 acima, assim o consinta, em nome do usuário.

8 - Exceto nas situações previstas nos parágrafos /12, 13, 14 e /15 abaixo, o tratamento também poderá ser administrado a qualquer usuário sem o seu consentimento informado, se um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei determinar que é urgentemente necessário, a fim de se evitar dano imediato ou iminente ao usuário ou a outras pessoas. Tal tratamento não será prolongado além do período estritamente necessário a esse propósito.

9 - Nos casos em que algum tratamento for autorizado sem o consentimento informado do usuário, serão feitos todos os esforços para informá-lo acerca da natureza do tratamento e de todas as alternativas possíveis, buscando envolvê-lo, tanto quanto seja possível, como participante no desenvolvimento do plano de tratamento.

10- Todos os tratamentos serão imediatamente registrados nos prontuários médicos dos usuários, com a indicação de terem sido administrados voluntária ou involuntariamente.

11- Não deverá se empregar a restrição física ou o isolamento involuntário de um usuário, exceto de acordo com os procedimentos oficialmente aprovados, adotados pelo estabelecimento de saúde mental, e apenas quando for o único meio disponível de prevenir dano imediato ou iminente ao usuário e a outros. Mesmo assim, não deverá se prolongar além do período estritamente necessário a esse propósito.

Todos os casos de restrição física ou isolamento involuntário, suas razões, sua natureza e extensão, deverão ser registrados no prontuário médico do usuário. O usuário que estiver restringido ou isolado deverá ser mantido em condições humanas e estar sob cuidados e supervisão imediata e regular dos membros qualificados da equipe. Em qualquer caso de restrição física ou isolamento involuntário relevante, o representante pessoal do usuário deverá ser prontamente notificado.

12- A esterilização nunca deverá ser realizada como tratamento de um transtorno mental.

13 - Um procedimento médico ou cirúrgico de magnitude somente poderá ser realizado em uma pessoa acometida de transtorno mental quando permitido pela legislação nacional, quando se considerar que atende melhor às necessidades de saúde do usuário e quando receber seu consentimento informado, salvo os casos em que o usuário estiver incapacitado para dar esse consentimento e o procedimento será autorizado somente após um exame independente.

14 - A psicocirurgia e outros tratamentos invasivos e irreversíveis para transtornos mentais, jamais serão realizados em um paciente que esteja involuntariamente em um estabelecimento de saúde mental e, na medida em que a legislação nacional permita sua realização, somente poderão ser realizados em qualquer outro tipo de usuário quando este tiver dado seu consentimento informado e um corpo de profissionais externo estiver convencido de que houve genuinamente um consentimento informado, e de que o tratamento é o que melhor atende às necessidades de saúde do usuário.

15 - Ensaios clínicos e tratamentos experimentais nunca serão realizados em qualquer usuário sem o seu consentimento informado. Somente com a aprovação de um corpo de revisão competente e independente, especificamente constituído para este fim, poderá ser aplicado um ensaio clínico ou um tratamento experimental a um usuário que esteja incapacitado a dar seu consentimento informado.

16 - Nos casos especificados nos parágrafos /6, 7, 8, 13, 14 e /15 acima, o usuário, ou seu representante pessoal, ou qualquer pessoa interessada, terá o direito de apelar a uma autoridade independente, judiciária ou outra, no que concerne a qualquer tratamento que lhe tenha sido administrado.

PRINCÍPIO 12

INFORMAÇÃO SOBRE OS DIREITOS

1 - O usuário em um estabelecimento de saúde mental deverá ser informado, tão logo quanto possível após sua admissão, de todos os seus direitos, de acordo com estes Princípios e as leis nacionais, na forma e linguagem que possa compreender, o que deverá incluir uma explicação sobre esses direitos e o modo de exercê-los.

2 - Caso o usuário esteja incapacitado para compreender tais informações, e pelo tempo que assim estiver, seus direitos deverão ser comunicados ao representante pessoal, se houver e for apropriado, e à pessoa ou pessoas mais habilitadas a representar os interesses do usuário e dispostas a fazê-lo.

3 - O usuário com a capacidade necessária terá o direito de nomear a pessoa que deverá ser informada em seu nome, bem como a pessoa para representar seus interesses junto às autoridades do estabelecimento.

PRINCÍPIO 13

DIREITOS E CONDIÇÕES DE VIDA EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

1 - Todo usuário de um estabelecimento de saúde mental deverá ter, em especial, o direito de ser plenamente respeitado em seu:

- (a) Reconhecimento, em qualquer lugar, como pessoa perante a lei;
- (b) Privacidade;
- (c) Liberdade de comunicação, que inclui liberdade de comunicar-se com outras pessoas do estabelecimento; liberdade de enviar e receber comunicação privada não censurada; liberdade de receber, privadamente, visitas de um advogado ou representante pessoal e, a todo momento razoável, outros visitantes; e liberdade de acesso aos serviços postais e telefônicos, e aos jornais, rádio e televisão;
- (d) Liberdade de religião ou crença.

2 - O ambiente e as condições de vida nos estabelecimentos de saúde mental deverão aproximar-se, tanto quanto possível, das condições de vida normais de pessoas de idade semelhante, e deverão incluir, particularmente:

- (a) Instalações para atividades recreacionais e de lazer;
- (b) Instalações educacionais;
- (c) Instalações para aquisição ou recepção de artigos para a vida diária, recreação e comunicação;
- (d) Instalações, e estímulo para sua utilização, para o engajamento do usuário em ocupação ativa adequada à sua tradição cultural, e para medidas adequadas de reabilitação vocacional que promovam sua reintegração na comunidade. Essas medidas devem incluir orientação vocacional, habilitação profissional e serviços de encaminhamento a postos de trabalho para garantir que os usuários mantenham ou consigam vínculos de trabalho na comunidade.

3 - Em nenhuma circunstância o usuário será submetido a trabalhos forçados. O usuário terá o direito de escolher o tipo de trabalho que quiser realizar, dentro de limites compatíveis com as suas necessidades e as condições administrativas da instituição.

4 - O trabalho dos usuários em estabelecimentos de saúde mental não será objeto de exploração. Tais usuários deverão ter o direito de receber, por qualquer trabalho realizado, a mesma remuneração que seria paga pelo mesmo trabalho a um não-usuário, de acordo com a legislação ou o costume nacional. E deverão também, em todas as circunstâncias, ter o direito de receber sua participação eqüitativa em qualquer remuneração que seja paga ao estabelecimento de saúde mental por seu trabalho.

PRINCÍPIO 14

RECURSOS DISPONÍVEIS NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

1 - Um estabelecimento de saúde mental deverá dispor do mesmo nível de recursos que qualquer outro estabelecimento de saúde, e em particular;

- (a) Equipe profissional apropriada, de médicos e outros profissionais qualificados em número suficiente, com espaço adequado para oferecer a cada usuário privacidade e um programa terapêutico apropriado e ativo;
- (b) Equipamento diagnóstico e terapêutico;
- (c) Assistência profissional adequada; e
- (d) Tratamento adequado, regular e abrangente, incluindo fornecimento de medicação.

2 - Todo estabelecimento de saúde mental deverá ser inspecionado pelas autoridades competentes, com frequência suficiente para garantir as condições, o tratamento e o cuidado aos pacientes, de acordo com estes Princípios.

PRINCÍPIO 15

PRINCÍPIOS PARA A ADMISSÃO

1 - Nos casos em que uma pessoa necessitar de tratamento em um estabelecimento de saúde mental, todo esforço será feito para se evitar uma admissão involuntária.

2- O acesso a um estabelecimento de saúde mental será oferecido da mesma forma que em qualquer outro estabelecimento de saúde frente a outro problema de saúde qualquer.

3 - Todo usuário que não tenha sido admitido involuntariamente terá o direito de deixar o estabelecimento a qualquer momento, a menos que se aplique o critério para sua retenção como paciente involuntário, conforme o Princípio /16, devendo-se informar este direito ao usuário.

PRINCÍPIO 16

ADMISSÃO INVOLUNTÁRIA

1 - Uma pessoa pode (a)/ ser admitida involuntariamente como paciente em um estabelecimento de saúde mental; ou (b)/ tendo sido admitida voluntariamente, ser retida como paciente involuntário no estabelecimento de saúde mental se, e apenas se, um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei para este fim determinar, de acordo com o Princípio/4, que a pessoa apresenta um transtorno mental e considerar:

- (a) Que, devido ao transtorno mental, existe uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente à pessoa ou a outros;
- (b) Que, no caso de uma pessoa cujo transtorno mental seja severo e cujo julgamento esteja prejudicado, deixar de admiti-la ou retê-la provavelmente levará a uma séria deterioração de sua condição ou impedirá a oferta de tratamento adequado, que somente será possível, por meio da admissão em um estabelecimento de saúde mental, de acordo com o princípio da alternativa menos restritiva.

No caso referido no sub-parágrafo/b, um segundo profissional de saúde mental igualmente qualificado, independente do primeiro, deverá ser consultado, onde isto for possível. Se tal consulta ocorrer, a admissão ou a retenção involuntárias não se darão, a menos que o segundo profissional concorde.

2 - A admissão ou retenção involuntárias deverão inicialmente ocorrer por um período curto, conforme especificado pela legislação nacional, para observação e

tratamento preliminar, ficando pendente à revisão da admissão ou retenção, a ser realizada pelo corpo de revisão. A admissão e seus motivos deverão ser comunicados prontamente e em detalhes ao corpo de revisão; os motivos da admissão também deverão ser comunicados prontamente ao paciente, ao seu representante pessoal, se houver e, a menos que haja objeção do paciente, à sua família.

3 - Um estabelecimento de saúde mental só poderá receber usuários admitidos involuntariamente se tiver sido designado para isso por uma autoridade competente prescrita pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 17

CORPO DE REVISÃO

1 - O corpo de revisão deverá ser um órgão independente e imparcial, judicial ou outro, estabelecido pela legislação nacional e funcionar de acordo com procedimentos prescritos pela mesma. Deverá, ao formular suas decisões, ter a assistência de um ou mais profissionais de saúde mental qualificados e independentes e levar em consideração suas recomendações.

2 - O primeiro exame do corpo de revisão, conforme requerido no parágrafo/2 do Princípio/16, a respeito de uma decisão de admitir ou reter uma pessoa como paciente involuntário deverá ocorrer tão logo quanto possível após aquela decisão, e deverá ser conduzida de acordo com procedimentos simples e rápidos conforme especificado pela legislação nacional.

3 - O corpo de revisão deverá rever periodicamente os casos de pacientes involuntários, a intervalos razoáveis, conforme especificado pela legislação nacional.

4 - Um paciente involuntário poderá requisitar ao corpo de revisão sua alta, ou a conversão de sua condição ao estado de usuário voluntário, a intervalos razoáveis prescritos pela legislação nacional.

5 - Em cada revisão, o corpo de revisão deverá avaliar se os critérios para admissão involuntária, expressos no parágrafo/1 do Princípio/16, ainda estão satisfeitos, e, se não estiverem, o usuário sairá da condição de paciente involuntário.

6 - Se, a qualquer momento, o profissional de saúde mental responsável pelo caso estiver convencido de que aquelas condições para a retenção de uma pessoa como paciente involuntário, não são mais aplicáveis, este deverá determinar a alta dessa pessoa da condição de paciente involuntário.

7 - O próprio usuário ou seu representante pessoal, ou qualquer pessoa interessada terão o direito de apelar a um tribunal superior contra a decisão de admiti-lo ou retê-lo em um estabelecimento de saúde mental.

PRINCÍPIO 18

SALVAGUARDAS PROCESSUAIS

1 - O usuário terá o direito de escolher e nomear um advogado para representá-lo como tal, incluindo a representação em qualquer procedimento de queixa e apelação. Se o usuário não puder garantir tais serviços, colocar-se-á um advogado à sua disposição, gratuitamente, enquanto perdurar sua carência de meios de pagamento.

2 - O usuário também terá direito, se necessário, aos serviços de um intérprete. Quando tais serviços forem necessários e o usuário não puder garanti-los, estes

deverão estar disponíveis, sem pagamento, enquanto perdurar sua carência de meios de pagamento.

3 - O usuário e seu advogado podem requerer e produzir, em qualquer audiência, um relatório de saúde mental independente e quaisquer outros relatórios e provas orais, escritas e outras evidências que sejam relevantes e admissíveis.

4- Cópias dos registros do usuário e quaisquer relatórios e documentos a serem apresentados deverão ser fornecidos a ele e ao seu advogado, exceto em casos especiais onde for determinado que a revelação de uma informação específica ao usuário poderá causar dano grave à sua saúde ou pôr em risco a segurança de outros. Conforme prescrição da legislação nacional, qualquer documento não fornecido ao usuário deverá, quando isto puder ser feito em confiança, ser fornecido ao seu representante pessoal e ao seu advogado. Quando qualquer parte de um documento for vedada ao usuário, este ou seu advogado, se houver, deverão ser informados do fato e das razões para tanto, e o fato será sujeito à revisão judicial.

5 - O usuário, seu representante pessoal e o seu advogado terão o direito de comparecer, participar e serem ouvidos em qualquer audiência.

6 - Se o usuário ou seu representante pessoal ou advogado solicitarem a presença de uma determinada pessoa em uma audiência, essa pessoa será admitida, a menos que se considere que sua presença poderá causar dano sério à saúde do usuário ou colocar em risco a segurança de outros.

7 - Qualquer decisão a respeito do caráter público ou privado de uma audiência ou parte dela, e da possibilidade de publicação de seus autos e relatórios, deverá levar em plena consideração o desejo do usuário, a necessidade de respeito à sua privacidade e de outras pessoas, e a necessidade de evitar danos sérios à saúde do usuário ou colocar em risco a segurança de outros.

PRINCÍPIO 19

ACESSO À INFORMAÇÃO

1 - O usuário (este termo, neste Princípio, inclui um ex-usuário) deverá ter direito de acesso à informação concernente a ele, à sua saúde e aos registros pessoais mantidos por um estabelecimento de saúde mental. Este direito poderá estar sujeito a restrições com o fim de evitar danos sérios à saúde do usuário e colocar em risco a segurança de outros. Conforme a legislação nacional, quaisquer informações não fornecidas ao usuário deverão, quando isto puder ser feito em confiança, ser fornecidas ao seu representante pessoal e ao seu advogado. Quando qualquer informação for vedada ao usuário, este ou seu advogado, se houver, deverão ser informados do fato e das razões para o mesmo, e tais determinações estarão sujeitas a revisão judicial.

2 - Qualquer comentário, feito por escrito, pelo usuário, seu representante pessoal ou advogado, deverá, se assim for requerido, ser inserido em seu prontuário.

PRINCÍPIO 20

DOS INFRATORES DA LEI

1 - Este Princípio se aplica a pessoas cumprindo sentenças de prisão por crimes, ou que estejam detidas no curso de investigações ou processos penais contra elas, e nas quais tenha sido determinada a presença de transtorno mental, ou a possibilidade de sua existência.

2- Essas pessoas devem receber a melhor assistência à saúde mental disponível, como determinado no Princípio/1. Estes Princípios serão aplicados a elas na maior extensão possível, com modificações e exceções limitadas apenas por necessidades circunstanciais. Nenhuma dessas modificações e exceções deverá prejudicar os direitos da pessoa no que diz respeito aos instrumentos mencionados no parágrafo/5 do Princípio/1.

3- A legislação nacional poderá autorizar um tribunal ou outra autoridade competente a determinar, baseando-se em opinião médica competente e independente, que tais pessoas sejam admitidas em um estabelecimento de saúde mental.

4 - O tratamento de pessoas nas quais se tenha determinado a presença de um transtorno mental deverá, em todas as circunstâncias, ser consistente com o Princípio/11.

PRINCÍPIO 21

QUEIXAS

Todo usuário ou ex-usuário terá o direito de apresentar queixas, conforme os procedimentos especificados pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 22

MONITORAMENTO E MECANISMOS DE INTERVENÇÃO

Os Estados devem assegurar a vigência de mecanismos adequados à promoção e aceitação destes Princípios, à inspeção dos estabelecimentos de saúde mental, à apreciação, investigação e resolução de queixas e, para estabelecer procedimentos disciplinares ou judiciais apropriados nos casos de má conduta profissional ou violação dos direitos dos usuários.

PRINCÍPIO 23

IMPLEMENTAÇÃO

1 - Os Estados devem implementar estes Princípios por meio de medidas apropriadas de caráter legislativo, judicial, administrativo, educacional e outras, que deverão ser revistas periodicamente.

2 - Os Estados devem tornar estes Princípios amplamente conhecidos, por meios apropriados e dinâmicos.

PRINCÍPIO 24

ALCANCE DOS PRINCÍPIOS RELACIONADOS AOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

Estes Princípios se aplicam a todas as pessoas admitidas em um estabelecimento de saúde mental.

PRINCÍPIO 25

PROTEÇÃO DOS DIREITOS EXISTENTES

Não haverá restrição ou diminuição de qualquer direito já existente dos usuários, incluindo direitos reconhecidos em legislação internacional ou nacional aplicável, sob o pretexto de que estes Princípios não os reconhecem ou que os reconhecem parcialmente.