

**SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA CIVIL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
ACADEMIA DE BOMBEIRO MILITAR DOM PEDRO II
CURSO DE FORMAÇÃO DE OFICIAIS**



Robson William Silva de Oliveira – Cad BM QOC/13
Giannine Carneiro Vieira – Cad BM QOC/14
Ana Carolina Vieira Panza – Cad BM QOC/14
Jean Lima Leite – Cad BM QOC/14
Michael Scheffer Lopes – Cad BM QOC/14
Leandro Monteiro Baptista de Barros – Cad BM QOC/14

**ESTUDO SOBRE A VIABILIDADE DO USO DE ARMAS NÃO LETAIS
NOS ATENDIMENTOS A PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL
PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO.**



Rio de Janeiro
2016

Robson William Silva de Oliveira – Cad BM QOC/13
Giannine Carneiro Vieira – Cad BM QOC/14
Ana Carolina Vieira **Panza** – Cad BM QOC/14
Jean Lima **Leite** – Cad BM QOC/14
Michael **Scheffer** Lopes – Cad BM QOC/14
Leandro Monteiro **Baptista** de Barros – Cad BM QOC/14

**ESTUDO SOBRE A VIABILIDADE DO USO DE ARMAS NÃO LETAIS
NOS ATENDIMENTOS A PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL
PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO.**

Trabalho monográfico apresentado como
exigência do Curso de Formação de
Oficiais Combatentes da Academia de
Bombeiro Militar Dom Pedro II

Rio de Janeiro

2016

Robson William Silva de Oliveira – Cad BM QOC/13
Giannine Carneiro Vieira – Cad BM QOC/14
Ana Carolina Vieira Panza – Cad BM QOC/14
Jean Lima Leite – Cad BM QOC/14
Michael **Scheffer** Lopes – Cad BM QOC/14
Leandro Monteiro **Baptista** de Barros – Cad BM QOC/14

**ESTUDO SOBRE A VIABILIDADE DO USO DE ARMAS NÃO LETAIS
NOS ATENDIMENTOS A PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL
PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO.**

ESTE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO FOI JULGADO E
APROVADO PARA OBTENÇÃO DE APROVAÇÃO NO CURSO DE
FORMAÇÃO DE OFICIAIS

Rio de Janeiro, de de 2016.

André Pessoa Laranjeira Caldas – Cel BMQOC/91
Comandante da ABMDPII

BANCA EXAMINADORA

Orientador/Instrutor

Professor/Instrutor

Professor/Instrutor

Professor/Instrutor

AGRADECIMENTOS

Agradecer é símbolo e manifestação de humildade e sabedoria, pois o ser humano está inserido em grupos de acordo com o nosso modelo de sociedade. E o primeiro é a família, a quem agradecemos pelo suporte e apoio incondicionais em todos os momentos de nossas vidas e em especial durante o CFO. Obrigado aos instrutores e professores, que nos passaram conhecimento e contribuíram com a nossa formação; e em especial agradecemos ao nosso instrutor, orientador e mestre, TEN CEL BM PEDROSA, símbolo de competência, perfeição, dedicação, paciência; aos companheiros de grupo pelo empenho e dedicação para produzir algo de valia à nossa lendária corporação e ao nosso Deus, por nos guiar e proteger até aqui. Sem a ajuda de cada um desses elementos não conseguiríamos esta obra de grande importância para nós, a qual marca a passagem para uma nova fase em nossas carreiras.

RESUMO

Buscando a excelência nos serviços prestados pelo CBMERJ, o presente trabalho buscou trazer a lume novas soluções já disponíveis no mercado para problemas antigos em nosso serviço. O Procedimento Operacional Padrão de atendimento a Portador de Transtornos Mentais (PTM), descreve o procedimento de contenção mecânica, utilizado para restringir os movimentos de pacientes agressivos. Nela um grupo de 8 militares deve utilizar a força para realizar uma abordagem “suave”, que na prática é muito violenta. Três falhas são levantadas por este estudo: insegurança da equipe de serviço, prejuízos à integridade física do PTM e péssima repercussão na opinião pública. Sabemos que estas novas tecnologias demandam grandes investimentos por parte do Estado para sua aquisição, mas se em algum momento quaisquer destes materiais for útil e/ou determinante para que se preserve uma vida, todos estes investimentos já terão valido a pena. Existe um incentivo Legal para a aplicação da tecnologia não letal, pois o uso gradual e controlado da força é bastante apoiado pelo Estado. A presente pesquisa sugere a possibilidade de uma aplicação inédita de armamentos não-letais. Tais armamentos acompanham o desenvolvimento tecnológico ao qual o mundo está sujeito, trazendo benefícios para o CBMERJ e para a sociedade como um todo.

Palavras-chave: Excelência – Procedimento Operacional Padrão - Atendimento a Portador de Transtorno Mental – muito violenta – tecnologia não letal

ABSTRACT

Striving for excellence in the services provided by the Rio de Janeiro State Military Fire Service (CBMERJ) this study sought to bring to light new solutions available within the market regarding old problems in our service. The standard operating procedure for the carrier of mental disorders (PTM), describes the mechanical containment procedure implemented to restrict the movements of aggressive patients. The procedure calls for a group of eight militaries to use force to achieve a "gentle" approach which in practice is very violent. Three flaws are raised by this study : insecurity of service staff, damage to the physical integrity of the (PTM) and negative impact upon the opinion of the public. We are aware that these new technologies require large investments by the state to purchase, but if at any time, any of these materials are useful and/or determinant as to preserve a life, all these investments will have been worthwhile. There is a legal incentive for the application of non-lethal technology, as the gradual and controlled use of force is well supported by the state. This research suggests the possibility of an unprecedented application of non-lethal weapons. Such weapons accompany technological development to which the world is subjected, equally resulting in benefits for the CBMERJ and society as a whole.

Keywords: Excellence - Standard Operating Procedure - Attention to Mental Disorder Bearer - very violent - non lethal technology

LISTA DE ABREVIATURAS

CBMERJ.....	Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro
CRFB.....	Constituição da República Federativa do Brasil
APTM.....	Atendimento ao Portador de Transtorno Mental
GBM.....	Grupamento de Bombeiro Militar
AMT.....	Armamento, Munição e Tiro
CFO.....	Curso de Formação de Oficiais
CAD BM.....	Cadete Bombeiro Militar
UPA.....	Unidade de Pronto Atendimento
TEN CEL.....	Tenente Coronel
ABMDPII.....	Academia de Bombeiro Militar Dom Pedro II
POP.....	Procedimento Operacional Padrão
APTM.....	Atendimento ao Portador de Transtorno Mental
PTM.....	Portador de Transtorno Mental
GBM.....	Grupamento de Bombeiro Militar
BM.....	Bombeiro Militar
PM.....	Policial Militar
ONU.....	Organização das Nações Unidas
APH.....	Atendimento Pré Hospitalar
ABS.....	Auto Busca e Salvamento
ABSL.....	Auto Busca e Salvamento Leve
SAMU.....	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
CBA.....	Comando de Bombeiro de Área
AMT.....	Armamento, Munição e Tiro
QOS.....	Quadro de Oficiais da Saúde
GM.....	Guarda Municipal
PMERJ.....	Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro
BpTur.....	Batalhão de Policiamento em Áreas Turísticas
EPH.....	Emergência Pré Hospitalar
CIESP.....	Centro de Instrução Especializada
BPCHOQ.....	Batalhão de Polícia de Choque
DLog.....	Departamento Logístico
EME.....	Estado Maior do Exército
COTer.....	Comando de Operações Terrestre
RDM.....	Recolhimento de Doente Mental

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. HISTÓRICO DO ATENDIMENTO A PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL	11
2.1. HISTÓRICO BRASILEIRO	11
2.1.1. Reforma Psiquiátrica	12
3. DIREITOS DO PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS	13
4. OBRIGATORIEDADE LEGAL DE UTILIZAR ARMAS NÃO LETAIS	16
5. O ATENDIMENTO ATUALMENTE	18
5.1. REALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO	18
5.2. CONTENÇÃO DO PTM	19
6. ANÁLISE DO POP DE ATENDIMENTO AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL ...	20
7. PESQUISA DE CAMPO EM GRUPAMENTOS DE BOMBEIRO MILITAR	22
7.1. 24º GBM – IRAJÁ	22
7.2. 14º GBM – DUQUE DE CAXIAS	23
7.3. 17º GBM – COPACABANA	24
8. ENTREVISTA A MÉDICO	27
9. PESQUISA DE CAMPO EM OUTROS ÓRGÃOS DE SEGURANÇA	28
9.1. GUARDA MUNICIPAL DE BELFORD ROXO	28
9.2. BATALHÃO DE POLICIAMENTO EM ÁREAS TURÍSTICAS DA PMERJ	31
10. CONCEITO DE ARMAMENTO NÃO LETAL	33
11. ARMA TASER	34
11.1. AQUISIÇÃO	35
12. APLICAÇÃO PRÁTICA DESTE ESTUDO	37
13. CONCLUSÃO	39
14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
15. APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO A GRUPAMENTOS DE BOMBEIRO MILITAR	43
16. APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO APLICADO A GUARDA MUNICIPAL DE BELFORD ROXO	47
17. APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO APLICADO A POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	48
18. APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO APLICADO A MÉDICO	50
19. ANEXO A - POP CBMERJ DE ATENDIMENTO A PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS	51

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa científica visa empregar o uso de tecnologia menos letal em operações de bombeiro militar envolvendo portadores de transtornos mentais, objetivando a segurança da vítima e dos militares atuantes nas referidas operações, bem como o cumprimento da missão de socorro e preservação da imagem do CBMERJ, tendo por motivação o fato do POP de APTM não atender as necessidades e nem a realidade da corporação, o que coloca em risco todos estes fatores.

Neste contexto, uma extensa pesquisa acadêmica foi realizada, envolvendo estudos na rede mundial de computadores e de literaturas de armamentos menos letais, além de entrevistas com os militares do 14º GBM, 17º GBM, 24º GBM, a Guarda Municipal de Belford Roxo com levantamento de experiências já vividas e com a Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, que atualmente emprega tais recursos e realiza grandes investimentos no aperfeiçoamento de suas técnicas e equipamentos.

Além das pesquisas de campo, será elucidado todo o embasamento necessário para que este tipo de armamento possa ser implementado de forma legal e sem prejuízos futuros ao CBMERJ, seguindo os seguintes tópicos: Levantamento do histórico do atendimento ao PTM no mundo e seu reflexo no Brasil, Atuais direitos do PTM, como o Procedimento Operacional Padrão do CBMERJ trata este tipo de ocorrência atualmente, esclarecimento do conceito de arma não letal e o direito dado pelo Estado ao Bombeiro Militar de portar esse tipo de armamento.

Cabe ressaltar ainda, que como a proposição do presente trabalho monográfico destina-se às operações de BM no que tange o APTM, a abordagem será restringida somente aos armamentos não letais empregáveis em tais situações, não citando todos os armamentos existentes no mercado.

2 HISTÓRICO DO ATENDIMENTO AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

Para compreender e proporcionar um melhor atendimento ao portador de transtorno mental, faz-se necessário entender como esse conceito surgiu e evoluiu ao contexto atual, onde a sociedade, que vive sob a ótica do politicamente correto, exige um tratamento digno e de inclusão, diferenciando-se de outras épocas, onde o que se fazia era isolá-los em verdadeiros “depósitos de loucos”.

Os primeiros estudos que se tem notícia sobre o assunto começaram na idade média. De acordo com Foucault¹, 2004, na idade média, a loucura não era um conceito comportamental (de conduta), mas sim uma trágica experiência vivida. Em seguida, na idade moderna, a loucura começa a ganhar cunho social em seu conceito, onde os loucos eram os que não pensavam com a razão.

No fim do século XVIII, com a evolução dos estudos entra em ação uma nova área da ciência, a psiquiatria, incumbida de estudar o comportamento mental do ser humano. A partir disso, a loucura não era mais considerada um comportamento despido da razão, era classificado como uma doença mental. Os hospitais que então recebiam os loucos passaram a ser chamados manicômios.

2.1 HISTÓRICO BRASILEIRO

Segundo RESENDE², no período colonial, não havia preocupação do Estado com os portadores de transtorno mental, senão a de remoção do ambiente público, para os perturbadores da ordem social. Não havia leis, nem normas, nem legislação alguma sobre o assunto.

¹ FOUCAULT, Michel. **História da Loucura - na idade clássica**. 7° ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

² RESENDE, Heitor. **Política de saúde mental no Brasil – Uma visão histórica**. Petrópolis: Vozes, 2000.

O estado só passou a assumir atribuições de saúde pública a partir de 1920, segundo Braga³. O modelo “hospitalocêntrico”, apesar de criticado mundialmente, vigorava no Brasil sem ser abolido ou modificado, e dessa forma imperava no país o esquema de manicômios. Os tratamentos só começaram a evoluir a partir da década de 1970, quando o assunto passou a ganhar relevância no Brasil.

2.1.1 Reforma Psiquiátrica

A reforma psiquiátrica se desenvolve através de leis que tinham por objetivo organizar de uma forma mais efetiva e dar mais assistência aos afetados por essa doença, colocando médicos nos hospícios e, assim, começando a consolidação da psiquiatria.

O primeiro registro de respaldo legal aos portadores de transtorno mental data de 1934, por meio do decreto 24.559⁴, que dispunha sobre proteção do indivíduo, assistência e seus bens, além discriminar quem eram considerados psicopatas. Eram eles: Anormais, intoxicados habituais, menores, toxicômanos e indivíduos incapazes de realizar atos da vida civil.

A lei federal 10.216⁵ foi um divisor de águas no que tange ao tratamento de portadores de transtornos mentais no Brasil. Trata não só dos cuidados que se deve ter com aquele que sofre dessa patologia, mas também busca salvaguardar direitos e garantias constitucionais importantes para preservar esses cidadãos que, como quaisquer outros, merecem ser protegidos pelo Estado.

³ BRAGA, José Carlos e PAULA, Sérgio. **Saúde e Previdência: estudos de política social**. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981.

⁴ BRASIL. **Decreto 24.559**, de 3 de julho de 1934.

⁵ BRASIL. **Lei 10.216**, de 6 de abril de 2001.

3 DIREITOS DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

É necessário entender o que se pretende atingir com o uso do armamento não letal. No caso de atendimento a PTM o uso destas armas visa aumentar as condições de segurança da equipe de contenção e do próprio PTM, de maneira proporcional ao nível de agressão. Principalmente do ponto de vista legal, é importante aliar o uso de armas não letais aos direitos do PTM.

De acordo com a legislação de atendimentos em saúde mental⁶:

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

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.

Segundo Calista⁷ o Estado tem se distanciado de sua obrigação de promover o bem estar social dos portadores de sofrimento psíquico, não garantindo a estes o direito universal, integral e equânime à saúde. Além disso, os direitos à assistência médica de boa qualidade, à dignidade, respeito e consideração, e de ser tratado com competência, recebendo pronta atenção são violados quando é feita uma intervenção preconceituosa e agressiva aos pacientes psiquiátricos, mesmo aqueles que se encontram em surto, devendo ser conduzida uma reflexão conjunta sobre a atuação de todos os profissionais para que estes repensem acerca das suas condutas e a efetivação de um cuidado integral e resolutivo seja alcançada.

⁶ BRASIL. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001.

⁷ CALISTA, Andréia Abreu, ET AL. **Do transporte ao atendimento: resguardando o direito do usuário a assistência humanizada**. Disponível em <<http://apps.cofen.gov.br/cocenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/119882.E8.T3215.D4AP.pdf>>. Acesso em 07 maio 2016, 12:30:25.

A abordagem do paciente em surto psiquiátrico e seu transporte até uma unidade de saúde exigem dos profissionais, conhecimento para que possa ser efetivada uma assistência resolutiva, que supra integralmente as necessidades do paciente, garantindo o direito universal à saúde integral e equânime.

Os pacientes em crise, geralmente, possuem mecanismos de enfrentamento menos eficazes. Nesses momentos atos de agressão ou violência física são frequentes, necessitando de um manejo adequado para o comportamento apresentado, evitando, assim, que haja sequelas após o retorno para o estado anterior à crise e que outras pessoas sejam afetadas pela agressividade apresentada pelo paciente.

A agressividade dos profissionais geralmente denota falta de confiança básica em si e de conhecimentos adequados sobre a doença mental, geralmente é realizada para demonstrar superioridade em relação aos demais, contrariando os direitos do paciente.

A abordagem do paciente em surto psiquiátrico e seu transporte até uma unidade de saúde exigem dos profissionais, dedicação e conhecimento, pois essas situações necessitam de uma abordagem adequada para promover segurança ao paciente e facilitar a continuidade da assistência que será prestada, para assim, não promover agravamento do quadro clínico do paciente contribuindo para o retorno mais precoce do paciente para o estado anterior à crise.

Em suma, vê-se que a busca pela preservação dos direitos do PTM, tanto os efetivos quanto os potenciais, é efetivada quando se busca o mínimo de agressividade com o máximo de conhecimento e profissionalismo.

Na prática, o uso da força para conter e mobilizar um PTM em estado de agressividade é um assunto polêmico e delicado. Apesar do ideal escrito em livros de tratamento psicológico, há casos em que o PTM, por meio da violência ou do uso de objetos cortantes, contundentes, e diversos outros que podem ser usados como armas de agressão, coloca em risco a sua própria vida e a vida de outrem, inclusive da equipe de atendimento, impossibilitada de contê-lo.

Diante da incerteza dos resultados do uso da força nestes casos mais graves, onde não é fácil quantificar a proporção suficiente e necessária no uso desta, correndo o risco de ferir ou alguém do socorro ou até o próprio PTM, agravando seu quadro psíquico, e gerando embaraços administrativos, judiciais e até políticos para a corporação, o armamento não letal surge como uma medida eficaz, não letal,

devidamente quantificada e segura de se trabalhar, atendendo às necessidades de segurança do trabalho, os direitos do PTM e a imagem corporativa.

4 OBRIGATORIEDADE LEGAL DE UTILIZAR ARMAS NÃO LETAIS

O atendimento ao PTM no pelo CBMERJ consiste em encaminhá-lo ao hospital de referência em saúde mental da região. Por vezes esse PTM está agressivo e só é possível conduzir através do uso da força. Existem estudos sobre as atividades policiais que são aplicáveis ao atendimento de PTM.

A Secretaria Nacional de Direitos Humanos⁸ exige que no mínimo 2 (dois) instrumentos de menor potencial ofensivo sejam portados por todo agente de segurança pública que, em razão da sua função, possa vir a se envolver em situações de uso da força, independentemente de portar ou não arma de fogo.

Diretriz 8 Todo agente de segurança pública que, em razão da sua função, possa vir a se envolver em situações de uso da força, deverá portar no mínimo 2 (dois) instrumentos de menor potencial ofensivo e equipamentos de proteção necessários à atuação específica, independentemente de portar ou não arma de fogo.

A Organização das Nações Unidas (ONU)⁹ em 1979 orientou a conduta dos funcionários responsáveis pela aplicação da Lei. Só devem empregar a força quando estritamente necessário e na medida exigida para o cumprimento de seu dever. Não faz diferença se o indivíduo em questão é um criminoso ou no caso da atividade do CBMERJ, um PTM.

Art 3º Os Encarregados da Aplicação da Lei só podem empregar a força quando estritamente necessário e na medida exigida para o cumprimento de seu dever.

⁸ BRASIL. Portaria Interministerial 4226, de 31 de dezembro de 2010.

⁹ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Código de Conduta das Nações Unidas para os Funcionários Responsáveis pela Aplicação da Lei, de 17 de dezembro de 1979.

De acordo com a Constituição Federal¹⁰ os corpos de bombeiros militares são órgãos de segurança pública, dessa forma os bombeiros militares são legalmente considerados agentes de segurança pública.

Art. 144. A segurança pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio, através dos seguintes órgãos:

- I - polícia federal;
- II - polícia rodoviária federal;
- III - polícia ferroviária federal;
- IV - polícias civis;
- V - polícias militares e corpos de bombeiros militares.

Existe uma ação policial chamada “uso progressivo da força” que deve ser obedecida nos APTM. O agente primeiramente utiliza a abordagem verbal, se não for suficiente ele deverá usar a força física, caso a agressão não seja contida, o agente usará o armamento não-letal e apenas em último caso a arma de fogo.

As forças de segurança do Estado do Rio de Janeiro, de acordo com a Assembléia Legislativa¹¹, devem utilizar preferencialmente equipamentos não-letais no policiamento ostensivo e em operações especiais de forma a possibilitar o uso gradual e escalonado da força.

Art. 1º - As forças de segurança do Estado do Rio de Janeiro utilizarão preferencialmente equipamentos não-letais no policiamento ostensivo e em operações especiais de forma a possibilitar o uso gradual e escalonado da força.

Parágrafo Único - O emprego de armas não-letais não exclui o uso do armamento convencional.

Art. 2º - A formação e capacitação dos agentes de segurança para uso dos equipamentos não-letais deverão ser efetuadas previamente ao seu emprego, de forma a poderem ser utilizados com eficiência e segurança para a população.

Art. 3º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

¹⁰ BRASIL. Constituição Federal, 1988.

¹¹ BRASIL. Lei Estadual 5396, 2009.

5 O ATENDIMENTO ATUALMENTE

O APTM é uma forma de Atendimento Pré-hospitalar (APH) específico, sendo primeiramente necessária a compreensão do conceito de APH, base do APTM.

APH é o conjunto de medidas e procedimentos técnicos que objetivam o suporte de vida ao afetado pelo incidente, visando então, não agravar lesões já existentes ou gerar lesões que não existiam antes da chegada do APH. Por isso, o APTM é tido como modalidade de APH, voltada ao suporte para portadores de transtorno mental que necessitem de um socorro emergencial.

5.1 REALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

O Procedimento Operacional Padrão (Anexo A) define a conduta de APTM no CBMERJ, conforme o item 3 de seu modelo analítico, do qual alguns procedimentos são destacados a seguir:

- Silêncio e Discrição na chegada ao local de socorro.
- Observação do ambiente e dos fatores externos aos quais a vítima está exposta.
- Isolamento do local.
- Solicitação de documentos específicos relativos ao transtorno mental da vítima.
- Realizar uma abordagem calma, segura, firme, de linguagem clara e feita por apenas um interlocutor.
- Utilizar ordens claras e objetivas, sem fazer uso da arrogância.
- Ouvir a vítima para a consolidação do vínculo; manter o contato visual; demonstrar-se interessado; não emitir opiniões precipitadas; manter-se neutro e ser profissional no atendimento.
- Não interromper o contato muito frequentemente; não mostrar-se chocado ou emocionado; não fazer o problema parecer trivial; não tratar a vítima com inferioridade e não tentar doutrinar a vítima.

5.2 CONTENÇÃO DO PTM

A contenção do PTM tem por objetivo transportar o mesmo para um lugar onde possa ser realizado um tratamento adequado a sua doença mental, de forma que este cidadão possa ser reintroduzido à sociedade posteriormente. Essa contenção deve sempre estar de acordo com a lei 10.216, que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental. Nesse sentido o POP CBMERJ normatiza a contenção mecânica como último recurso a ser utilizado.

O objetivo da contenção mecânica é restringir os movimentos dos pacientes agressivos, evitando causar danos físicos a si mesmo, danos físicos a terceiros e em especial a equipe de socorro. Em regra, deve-se efetuar a contenção com um grupo de oito pessoas, todos devem conter de forma suave dividindo-se em dois a dois em nível de cabeça, ombro, quadril e membros inferiores, sempre mantendo o contato verbal e tentando acalmar o paciente, demonstrando que não trata-se de uma medida punitiva e sim preventiva.

No que tange a essa técnica, vale ressaltar que a mesma deve ser utilizada somente após serem esgotadas todas as alternativas, tais como: Abordagem verbal, mudanças no ambiente, eliminação de fatores externos que podem influenciar negativamente o comportamento do paciente, entre outros.

6 ANÁLISE DO POP DE ATENDIMENTO AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

O POP de Atendimento ao Portador de Transtorno Mental (Anexo A) é um dos mais consultados pelos oficiais do CBMERJ, tendo em vista ser um dos socorros com mais solicitações dentro da corporação. Diante dessa importância, tornou-se necessária uma análise bem detalhada desse conteúdo, conforme será elucidado a diante.

O POP preconiza em seu item 2.4 que o atendimento nas unidades fora da capital deve ser realizado pela ambulância municipal. Nesse sentido, duas questões devem ser analisadas: a primeira é se a equipe realizará o atendimento conforme o item 3.6 do POP, que estabelece a forma de abordagem inicial a vítima. O outro questionamento é de que forma se organizaria esse socorro, tendo em vista que os socorristas não são militares, e portanto poderiam ter problemas no que tange a divisão de tarefas, por exemplo.

Outro problema encontrado no procedimento padrão é o item 3.13, que trata da contenção física conhecida como “grupo de oito”. Entende-se que deveria ser estabelecido de forma mais clara as situações em que essa técnica deve ser utilizada. Esse mesmo item preconiza que expectadores que demonstrem bom preparo podem colaborar na contenção, entretanto há uma dificuldade em avaliar o cenário a ponto de se escolher esses voluntários, além de ser uma decisão arriscada, atribuir as funções de bombeiro militar a civis.

Mais uma crítica levantada nesta pesquisa é a impossibilidade de se ter uma guarnição de 8 militares para conter um PTM em estado agressivo, além também da dificultosa e possivelmente inexecutável tarefa de estabelecer comunicação com o PTM, violento, enquanto se tenta contê-lo fisicamente, após sucumbirem todos os métodos de diálogo e comunicação. Além disso ainda há o risco a que se expõe um indivíduo, estando em grupo ou não, ao tentar conter fisicamente uma pessoa agressiva.

Ainda no que concerne contido no item 3.13, há de se levar em consideração a exposição na qual o paciente é submetido, pois o mesmo terá o seu corpo completamente imobilizado gerando sentimentos como aflição, raiva e sensação de desconforto. Além do citado acima, a cena transmite a sociedade, uma idéia de uso

desproporcional da força, denegrindo assim, a imagem histórica que o CBMERJ construiu, calcada no respeito, compreensão e humanização no atendimento a população.

7 PESQUISA DE CAMPO EM GRUPAMENTOS DE BOMBEIRO MILITAR

Foi realizada pesquisa de campo em três GBMs, localizados na zona sul, zona norte da capital e na baixada fluminense. O objetivo era retratar as mais diferentes realidades e necessidades no que tange ao APTM. Há intenção de sugerir uma fase de testes no GBM mais apropriado dentre eles.

7.1 - 24° GBM – IRAJÁ

No dia 09 de agosto de 2016 foi realizada uma visita ao 24° Grupamento de Bombeiro Militar (GBM), Irajá, para o levantamento de dados referentes à entrevista com um oficial que concorre à escala de comandante de socorro e com toda a prontidão de serviço, exceto os militares da saúde.

Foi entrevistado um oficial que, através de nossa solicitação, reuniu toda a prontidão para realizarmos uma entrevista em conjunto com os dez praças da prontidão.

De acordo com a estatística do quartel, o Atendimento ao PTM é comum, chegando a “correr” diversas vezes em um mesmo dia de serviço.

Durante a entrevista, todas os praças e o Oficial concordaram que o uso de armamento não-letal seria de extrema eficácia para a segurança da guarnição. No entanto, sete dentre os dez e o próprio oficial acreditam que a arma “taser” (escolhida por todos como a melhor dentre as armas não letais) poderia gerar problemas durante a abordagem de APTM em comunidades carentes, sendo este problema amenizado através da escolha de um “taser” que não tenha formato de arma de fogo.

A guarnição foi questionada sobre o que seria mais agressivo e chocante de se presenciar: Oito bombeiros imobilizando um PTM, procedimento previsto pelo POP (Anexo A), ou sua imobilização através do uso de arma não-letal; Todos eles, inclusive o Oficial, responderam que, se bem utilizado, o armamento não-letal seria menos agressivo.

Em relação a proteção da imagem da corporação, depois de uma possível implementação deste tipo de armamento, todos eles acreditam que seria benéfico

caso seu uso ocorra de forma adequada e coerente com o nível de resistência do PTM (força e perigo oferecido) à guarnição.

Ao final do questionário e da entrevista em grupo, foram colhidas idéias e sugestões sobre o assunto. Neste contexto, foi levantada a preocupação da guarnição em relação a ter algum militar do quadro de saúde correndo junto à guarnição nos casos de APTM, visto que o uso da arma não-letal de choque poderia acarretar consequências graves em portadores de patologias cardíacas ou outras desconhecidas.

7.2 - 14º GBM – DUQUE DE CAXIAS

No dia 16 de agosto de 2016 foi realizada uma visita ao 14º GBM, no município de Duque de Caxias, na parte da manhã, onde foi efetuada uma entrevista com o seguinte grupo de militares:

- dois oficiais;
- dois praças (apontados pelos oficiais entrevistados como referência no serviço de ABS, inclusive em APTM).

Os dois praças não só responderam aos questionamentos propostos como enriqueceram a coleta de dados com suas opiniões, observações e experiências compartilhadas. Os oficiais entrevistados contribuíram com suas visões mais técnicas, não sendo levados a responder questionário específico.

Baseado no depoimento dos referidos militares, o quartel revelou certos aspectos interessantes para a pesquisa:

1- A realidade de APTM nos quartéis da capital e de outras regiões, como por exemplo a Baixada Fluminense, apresentam disparidades de notável relevância, pois apenas na capital há uma frequência regular do APTM, devido ao CBMERJ ter anexado o serviço do SAMU no município do Rio de Janeiro;

2- Apesar do fato supracitado, a pouca frequência de APTM no quartel de Caxias (pertencente à CBA- baixada fluminense), revela-se em serviços de apoio ao SAMU municipal, onde o PTM já se encontra em estado de agressividade, apresentando risco de vida para si e, vez em quando, para outrem;

3- O posicionamento dos militares entrevistados, com base nos serviços de APTM de sua área operacional, não se mostra unanimemente positiva em relação à aceitabilidade do armamento não letal.

4- O armamento não letal poderia ser interpretado de má forma pela população local, principalmente nas comunidades que cercam o GBM e, em sua aplicação, pelo impacto causado aos familiares do APTM no uso do material não letal;

5- Independente de haver o armamento não letal no ABS/ABSL, seu uso talvez possa requerer o aval de um médico que possa mensurar os possíveis resultados de seu uso, o que tornaria difícil o uso do armamento, devido a rara presença de um médico no APTM.

7.3 – 17º GBM – COPACABANA

No dia 23 de agosto de 2016 foi realizada uma visita ao 17º GBM, Copacabana, para levantamento de dados referentes à estatística de eventos de APTM nos últimos 12 meses, entrevista do comandante de socorro e outra em grupo com 7 militares da guarnição de serviço no ABS-027, que é responsável atualmente por esses atendimentos.

De acordo com a pesquisa feita na SOP do 17º GBM os atendimentos ao PTM referentes aos últimos 12 meses são:

2015

Agosto: 21

Setembro: 28

Outubro: 23

Novembro: 31

Dezembro: 30

2016

Janeiro: 29

Fevereiro: 19

Março: 16

Abril: 21

Maior: 18

Junho: 19

Julho: 21

Agosto (até dia 22): 06

Foi entrevistado o Oficial comandante de socorro e, na opinião dele é uma excelente ideia utilizar uma “arma de choque” no APTM, o ideal seria um modelo que não lance dardos e não possua o formato de uma pistola, pois num atendimento que seja realizado em comunidades, evitaria conflitos com indivíduos criminosos, por haver uma associação com atividades policiais. O problema dos dardos, de acordo com a instrução que recebeu com a Guarda Municipal do município do Rio de Janeiro na disciplina de armamento, munição e tiro (AMT) do 1º ano do Curso de Formação de Oficiais (CFO) do CBMERJ, é que eles devem ser retirados do paciente por um médico e com possibilidade de sutura.

O entrevistado comentou ainda que pode haver resistência à ideia de choques elétricos pelas famílias por associarem a tratamentos arcaicos que eram realizados nos hospitais.

Foi sugerido pelo entrevistado que os oficiais comandantes de socorro realizassem curso de duas semanas na Guarda Municipal do Rio de Janeiro antes de começar a utilizar o armamento não-letal. E que estes treinamentos sejam inseridos na disciplina de AMT do CFO.

Durante o questionário em grupo, ao serem questionados sobre qual seria a arma não letal mais apropriada, um dos integrantes da guarnição sugeriu o “Taser de contato” pois já presenciou criminosos confundindo uma “bomba costal” com um “fuzil”, e este referido “Taser” não possui formato de arma de fogo

Os militares foram questionados ainda sobre a possibilidade de prejuízos junto à opinião pública por um bombeiro usar armamento não letal, e quatro de cinco não acreditam que isso venha a ocorrer.

Quanto a ser perigoso para os bombeiros portar armamento não letal em um atendimento localizado em uma área de comunidade carente, três de cinco não acreditam que seja perigoso pois não seria transportado na cintura.

Em relação a oito bombeiros imobilizando um PTM, fato previsto no POP atual ou este sendo imobilizado por armamento não letal, foram questionados sobre o que seria mais agressivo e chocante, quatro de cinco responderam que o procedimento de imobilização com oito militares é pior.

Ao serem questionados se a utilização de armamento não letal do tipo que aplique choque elétrico aumentaria a segurança da guarnição, todos responderam que sim, foram citados exemplos de PTM's que praticam artes marciais e de outros que possuíam facas ou "gilettes" para ameaçar a guarnição ou a si mesmo, demonstrando a insegurança a que estão expostos.

8 ENTREVISTA A MÉDICO

Como toda tentativa de mudança, a implementação do uso de armas não letais no APTM traz consigo alguns questionamentos e dúvidas no que tange a seus efeitos e como essa nova ferramenta poderá ser utilizada dentro da corporação.

Nesse sentido, durante as pesquisas de campo realizadas em 3 GBMs da capital e região metropolitana, os militares levantaram duas dúvidas principais. A primeira foi se o uso de armas não letais do tipo Taser poderia trazer alguma complicação a vítimas que utilizam o marca-passo cardíaco. A outra foi a possibilidade de presença médica nesse tipo de atendimento, com o objetivo de melhorar o socorro.

Em entrevista realizada com o 1º TEN QOS/MÉDICO Rafael Sueth que por diversas vezes convive com esse tipo de ocorrência, o mesmo foi enfático em apoiar a idéia do uso de armas não letais, no entanto ressaltou que, de fato, a corrente gerada pelo Taser poderia queimar o marca-passo, aparelho que tem por função controlar o ritmo cardíaco, prejudicando seriamente a vítima. Todavia esse problema seria facilmente resolvido com uma troca de informações com a família ou amigos da vítima, por exemplo.

Dando continuidade a entrevista, Ten Sueth afirmou que não vê complicações com o uso do Taser no que tange a outras anomalias médicas ou doenças crônicas e ainda que não enxerga uma real necessidade de um acompanhamento médico nesse tipo de atendimento.

Segundo o mesmo oficial, basta que haja profissionais bem treinados e dispostos a realizar a operação com o menor dano possível para si e para a vítima, tendo em vista que tal armamento já é utilizado em larga escala em outras forças, sem a presença do profissional de saúde.

9 PESQUISA DE CAMPO EM OUTROS ÓRGÃOS DE SEGURANÇA

O CBMERJ é um dos órgãos de segurança pública, de acordo com o art. 144 da CRFB.

Culturalmente o CBMERJ atua totalmente independente dos outros órgãos, principalmente por estar subordinado a secretaria de Defesa Civil.

Fez-se necessário entender como outras instituições utilizam o armamento não letal para podermos pensar em aplicá-lo ao serviço de APTM.

9.1 GUARDA MUNICIPAL DE BELFORD ROXO

No dia 09 de agosto DE 2016 foi realizada uma entrevista com o Sub-inspetor da Guarda Municipal de Belford Roxo e instrutor do curso de armas não letais "tactical life, operações não letais", Leonardo Araujo Marques.

Nesse contexto foi pedido para que o mesmo fizesse uma comparação entre a imobilização do PTM antes e depois da utilização do armamento não letal. O agente respondeu que antes do armamento, por muitas vezes era travada luta corporal com a vítima no intuito de conte-la, colocando em perigo a segurança da guarnição e do paciente, outrossim era a imagem da GM que ficava manchada no local onde ocorria o evento, pois os meios utilizados pelos agentes para imobilizar o PTM desagradava a população, entretanto não repercutiam tanto, pois a tecnologia não era tão avançada como a de hoje.

A utilização do armamento não letal foi embasada pela Matriz curricular Nacional das Guardas Municipais, desenvolvida entre os anos de 2004 e 2005, com o apoio do Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento PNUD/ Brasil, além da Lei Federal 13.022 de 08 de agosto de 2014 (estatuto geral dos guardas municipais). Esses arcabouços legais se fazem necessários para que os profissionais possam manipular os recursos disponíveis de forma segura, em caso de legítima defesa (ou de outrem) e no estrito cumprimento do dever.

Nesse sentido, é nítida a melhora no atendimento ao portador de transtorno mental, por vezes realizado por guardas municipais, pois os agentes não necessitam se expor tanto para conter o paciente, além de não se fazer mais necessária a luta

corporal, com isso a segurança do GM e do PTM se eleva. Concomitante a isso a imagem da GM fica preservada, pois a utilização do armamento não letal já é bem aceita pela sociedade.

Dando continuidade a entrevista, foi lido o POP de APTM (Anexo A) para o agente e o mesmo comentou sobre dois pontos que pra ele, são falhos:

1)A maneira como a vítima é imobilizada: Caso a vítima possua alguma doença contagiosa o BM pode facilmente se contaminar.

2)O acionamento da PM caso a vítima esteja armada: Nem sempre a PM está equipada com treinamento e armamento não letal específico para esses casos, estando muitas vezes apenas com a arma de fogo, contrariando o uso progressivo da força.

Concluindo a sua argumentação, o especialista consultado se mostrou totalmente a favor da implementação do armamento não letal no POP de APTM, pois dessa forma o CBMRJ estaria se adequando as novas maneiras de atuação, essencialmente no que tange a utilização do uso progressivo da força.

O curso de instrutor de operações com armas não letais "tactical life, operações não letais" possui duração de 60 horas, sendo realizado na Escola de Formação de Segurança Grande Rio, situada na Rodovia Presidente Dutra, em São João de Meriti.

O Conteúdo Programático do curso é dividido em quatro módulos:

Módulo I

- 1-Didática;
- 2-Oratória;
- 3-Relações Humanas
- 4-Teorias Cognitivas de Aprendizagem;
- 5-Interdisciplinariedade;
- 6-Processo de Ensino Aprendizagem;
- 7-Inteligências Múltiplas;
- 8-Instrução Expositiva/Prática.

Módulo II

- 1-Uso Diferenciado da Força;

- 2-Legislação Aplicada;
- 3-Definições de Agentes Químicos;
- 4-Histórico Tipos e Formas de Agentes Químicos.

Módulo III

- 1-Dispositivo Eletrônico de Controle;
- 2-Sistema Nervoso Central;
- 3-Incapacitação Neuro-Muscular;
- 4-Diferença entre INM e Contato;
- 5-Arma de Choque Elétrico
- 6-Registro de Segurança Ambidestro
- 7-Indicador de Energia;
- 8-Operação de Gatilho e Teste de Centelha;
- 9-Cartuchos, Sondas e Segurança;
- 10-Considerações Táticas e Precauções.

Módulo IV

- 1-Maneabilidade Técnica;
- 2-Distância Técnica e Tática para Disparo;
- 3-Tempo de Incapacitação para Imobilização;
- 4-Procedimentos Pós Disparo.

É relevante apresentar também o curso de Operador de Choque Elétrico e Spray Incapacitante, ambos da Escola de Formação de Segurança Grande Rio, que possui carga horária de 20 horas.

O conteúdo programático deste curso é dividido também em quatro módulos:

Módulo I

- 1-Uso Diferenciado da Força;
- 2-Legislação Aplicada;
- 3-Definições de Agentes Químicos;
- 4-Histórico, Tipos e Formas de Agentes Químicos.

Módulo II

- 1-Agente de Pimenta;
- 2- Partes do Spray Incapacitante;
- 3- Operação do Spray Incapacitante;
- 4-Contaminação e seus Níveis;
- 5-Descontaminação;
- 6-Primeiros Socorros;
- 7-Recomendações e Precauções.

Módulo III

- 1-Dispositivo Eletrônico de Controle;
- 2-Sistema Nervoso Central;
- 3-Incaciação Neuro Muscular;
- 4-Diferença entre INM e Contato;
- 5-Arma de Choque Elétrico
- 6-Registro de Segurança Ambidestro
- 7-Indicador de Energia;
- 8-Operação de Gatilho e Teste de Centelha;
- 9-Cartuchos,Sondas e Segurança;
- 10-Considerações Táticas e Precauções.

Módulo IV

- 1-Prática.

9.2 BATALHÃO DE POLICIAMENTO EM ÁREAS TURÍSTICAS DA PMERJ

Visitamos o Batalhão de Policiamento em Áreas Turísticas (BpTur) da PMERJ no dia 06 de setembro de 2016 em Copacabana, onde foi entrevistada uma tenente policial militar especializada em armamento não-letal, e foi realizada uma demonstração de choque elétrico por contato de arma taser no CAD BM Scheffer.

De acordo com a entrevistada o correto é dizer: “armamento pouco (ou menos) letal”, visto que há risco de morte na utilização do taser quando em pessoas

portadores de marca passo e em outras situações anunciadas, como após sofrer a descarga e até mesmo o afogamento caso ocorra próximo a meios líquidos.

O APTM para ela poderia ser enquadrado como atividade de “resolução de conflito”. O taser é o mais indicado por ser de uso tópico (alvo específico) e contra uma posição de agressão não armada.

A arma taser de uso policial tem um formato de pistola, com gatilho e trava de segurança mas é amarela, para distinguir fácil de uma arma de fogo. Existe uma “máquina de choque” que pode até ser parecida com uma lanterna mas não é legalizada, sendo proibido o uso. Pode ser utilizada por contato direto (5000v) ou com acoplamento de cartucho(até 50000v) para disparos a distância, sendo lançados dois ganchos presos à pistola por fios de cobre bem finos e desencapados.

Após receber o disparo com o cartucho, ficam presos à pele os dois ganchos, semelhantes à anzóis de pesca. Os policiais do BPTur encaminham a vítima ao UPA para remove-los pois eles não possuem treinamento específico de EPH para a retirada desse objeto.

Ao ser realizada a leitura do POP CBMERJ sobre APTM (Anexo A) para a entrevistada, ela comentou que o procedimento de chamar apoio de uma viatura da PMERJ pode não ser útil, visto que nem sempre possuem treinamento e armamento não letal.

Para os bombeiros formados a entrevistada indica o “Estágio de Armamento não letal” que dura 2 semanas no centro de instrução especializada (CIESP) do Batalhão de Choque (BPCHOQUE).

Na demonstração de choque elétrico o CAD BM Scheffer foi submetido por 2 vezes à 5000 volts pelo contato direto com o taser. A dor da contração muscular lembrava uma vacina “Benzetacil”, mas todo o corpo tremia, após o choque a musculatura não continuou dolorida, houve uma reação de vermelhidão semelhante a uma alergia, no local de contato. Em algumas horas a vermelhidão deu lugar a pequenas marcas de hematoma escuros, típico de eletricidade, que duraram uma semana.

Numa situação de mais agressividade os 5.000 volts podem não ser suficientes, sendo indicado o uso do disparo com o cartucho.

10 CONCEITO DE ARMAMENTO NÃO LETAL

Segundo Moura¹², Define-se armamento não letal como sistemas de armas especificamente projetadas e empregadas para incapacitar pessoal ou material, ao mesmo tempo em que minimizam mortes, ferimentos permanentes nos indivíduos, invalidez e danos indesejáveis a propriedade e ao meio ambiente.

O armamento não letal é caracterizado essencialmente por dois fatores: possuir efeitos relativamente reversíveis sobre pessoal e material; e afetar objetos em seu raio de ação de maneira diferenciada.

Segundo o Instituto Brasileiro de Ciências Criminais¹³:

São consideradas armas não-letais: canhões de água, cassetetes, balas de borracha, sprays de pimenta, gás lacrimogêneo, as chamadas bombas de "efeito moral" e até o "taser", um equipamento que emite uma espécie de choque que interrompe a comunicação do cérebro com o resto do corpo.

Dentre os diversos tipos de armas não letais este estudo busca pesquisar e avaliar o tipo Arma Eletrônica de Atordoamento, que tem como seu principal representante as armas Taser, para sua utilização pelo CBMERJ.

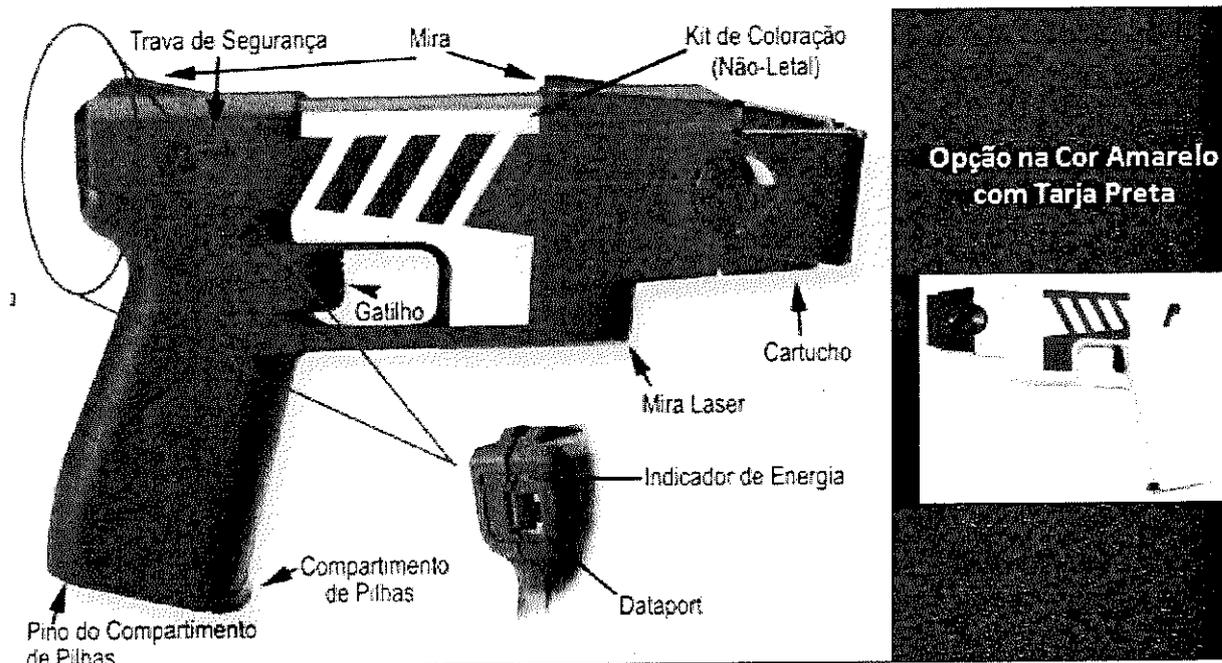
¹² MOURA, Eder Carlos Santos. **Taser e Spark**. Rio de Janeiro: Academia de Polícia Militar Dom João VI, 2016.

¹³ BRASIL. Instituto Brasileiro de Ciências Criminais. **Uso de armas não letais por policiais**. Disponível em <<https://www.ibccrim.org.br/noticia/13844-Uso-de-armas-nao-letais-por-policiais>>. Acesso em 07 maio 2016, 12:30:25.

11 ARMA TASER

Segundo MOURA¹⁴ (2016), o Taser é uma arma não letal que emite Ondas T – as TWaves – que paralisam o agressor, interrompendo a comunicação do cérebro com o corpo. Com ela o militar pode rapidamente e, com segurança, incapacitar um indivíduo agressivo, sem causar queimadura ou machucar seriamente o mesmo.

Figura 1(Taser M26)



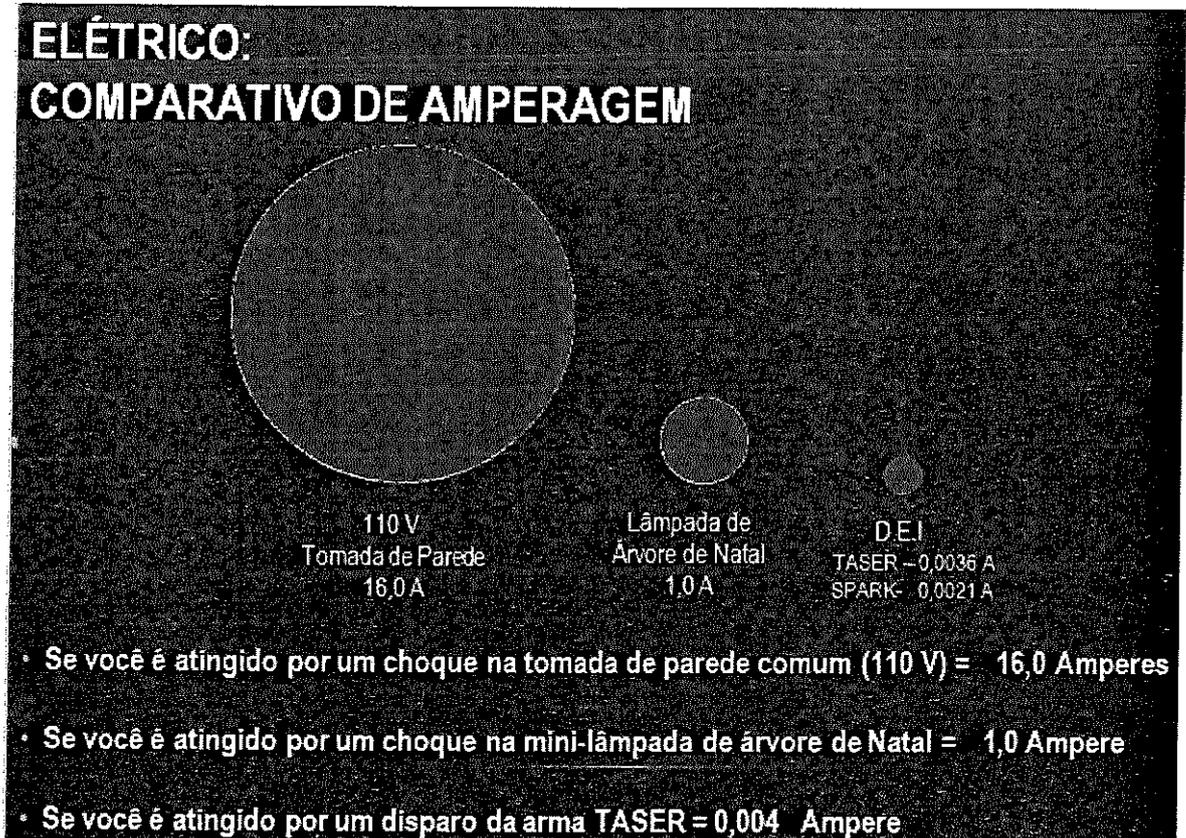
Fonte:(Taser e Spark¹⁴)

Diferentemente do aparelho de choque elétrico convencional, que só age no sistema nervoso sensorial, o Taser age também no sistema nervoso motor. Assim, enquanto os aparelhos de choque elétrico causam uma dor que é transmitida dos nervos espalhados pelo corpo ao cérebro, o Taser também causa a interrupção dos comandos enviados do cérebro aos músculos, causando desordem muscular na pessoa atingida.

¹⁴ MOURA, Eder Carlos Santos. **Taser e Spark**. Rio de Janeiro: Academia de Polícia Militar Dom João VI, 2016.

A arma Taser, a despeito de alguns mitos, tem a carga de amperagem muito menor do que um choque doméstico. Veja segundo o comparativo:

Figura 2 (Comparativo de Amperagem)



Fonte:(Taser e Spark¹⁵)

O Taser é inegavelmente um armamento não letal de extrema eficiência, entretanto fazem-se necessários alguns cuidados no que tange a utilização do mesmo, tais como:

- A arma TASER carregada com um cartucho não deve ser apontada para pessoa alguma, a não ser que você deseje atingi-la com um disparo
- O cartucho TASER deve sempre permanecer fora da arma e, mesmo assim, apontado para um local seguro.
- Mantenha o dedo fora do gatilho da arma TASER, assim como em qualquer outra arma.

¹⁵ MOURA, Eder Carlos Santos. **Taser e Spark**. Rio de Janeiro: Academia de Polícia Militar Dom João VI, 2016.

Trazendo o assunto para o âmbito do CBMERJ, a grande vantagem da escolha desse armamento é o fato do Taser ser de fácil transporte, não irritar e nem produzir odor, sendo portanto totalmente aplicável em nossas operações de socorro do tipo APTM.

11.1 AQUISIÇÃO

Após estabelecer a doutrina de emprego das armas não letais no POP, cabe aos gestores da corporação definir exatamente quais equipamentos precisam ser adquiridos, em que quantidade e onde poderão ser adquiridos.

É importante buscar todas as informações sobre o produto e o fabricante, antes de realizar a aquisição. Devem ser levados em consideração durante a análise do produto: prazo de validade, aprovação do Ministério da Defesa, garantia oferecida pelo fabricante, confiabilidade do fabricante, representante ou exportador.

Além disso, é muito importante exigir, antes da aquisição, uma demonstração do produto que está sendo apresentado, com a participação de especialistas da área e de representantes da tropa que irão usar o produto. A maioria dos fabricantes e representantes tem grande satisfação em demonstrar o produto. Mas não basta assistir a demonstração, é preciso sanar todas as dúvidas de utilização do equipamento e verificar se realmente atende à demanda da corporação.

Para aquisição do armamento não letal o CBMERJ, enquanto Força Auxiliar deve solicitar autorização de compra ao Exército Brasileiro.

De acordo com a regulamentação da fiscalização de produtos controlados¹⁵:

Art 145

§ 9º A aquisição de armas, munições, viaturas blindadas, coletes a prova de balas e demais produtos controlados, pelas Forças Auxiliares, obedecerá às disposições do Anexo XXVI a este Regulamento.

ANEXO XXVI

Art. 1º A aquisição de armas, munições, viaturas blindadas e coletes de uso restrito, por parte das Forças Auxiliares, depende de autorização do Exército. Esta autorização é concedida tomando por base o parecer conclusivo:

I - do Departamento Logístico – D Log

II - do Estado-Maior do Exército - EME:

§ 1º Nos casos previstos nos incisos I e II acima, o órgão interessado deverá dirigir seu pedido ao COTER, solicitando autorização para compra.

É importante destacar na licitação que a empresa deve fornecer uma ou duas unidades a mais do equipamento a ser adquirido para serem usadas em testes. Essas unidades não devem ser fornecidas separadamente, devem ser fornecidas no lote e escolhidas aleatoriamente pelo militar encarregado do teste. Dessa forma, quaisquer problemas de fabricação serão detectados imediatamente, possibilitando a devolução do equipamento de pronto para que sejam sanadas as falhas.

¹⁵ BRASIL. Decreto 3.665, 2000.

12 APLICAÇÃO PRÁTICA DESTE ESTUDO

O presente estudo tem como objetivo despertar nos gestores da corporação um olhar mais incisivo quanto à viabilidade da inserção do armamento não letal no APTM da corporação.

Nesse sentido propõe-se que aconteça um período de testes para que a funcionalidade do armamento seja observada, e para isso o 17º GBM (Copacabana) foi o quartel escolhido. Isso acontece em função do GBM citado possuir um alto índice de ocorrências desse tipo de socorro e ter como sub-comandante o Ten-cel BM Jorge Almeida, que foi instrutor da disciplina de “armamento, munição e tiro” na ABMDPII e trabalhou na secretaria de segurança pública, tendo, portanto, afinidade com o assunto.

O 17º GBM tem como característica sua localização na zona sul da cidade, sendo um quartel que serve de vitrine para a opinião pública, é, portanto, onde há maior urgência de que seja melhorado o Atendimento ao PTM, aplicando-se uma versão menos agressiva.

Outro ponto importante a se definir é a capacitação dos militares antes de começar a utilizar o armamento. Para que ocorra de maneira eficaz, os oficiais que concorrem a escala de comandante de socorro do 17º GBM devem realizar capacitação junto ao centro de instrução do BPCHOQUE (Batalhão de choque) da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. A instrução abrangerá o armamento Taser, e a princípio deverá ser restrita aos oficiais, em virtude da função de comando que ocupam, o que lhes confere maior confiabilidade.

Após adquirirem o conhecimento, a idéia é que haja uma arma Taser à disposição do ABS 027 para ser utilizada em atendimentos em que o diálogo não consiga ser estabelecido. Após 2 meses de avaliação de resultados, se esses forem positivos, o intuito é que o POP sofra alterações e inclua o armamento não letal em seu texto.

Em um segundo momento, a idéia é difundir o aprendizado do 17º GBM para toda a corporação. Ainda nesse sentido entende-se como ideal que esse conhecimento seja introduzido na disciplina de AMT do CFO, para ser adquirido ainda na formação do oficial.

É compreensível que toda e qualquer mudança no CBMERJ gere dúvidas e encontre resistência dentro da corporação, entretanto diante do apresentado entende-se que há uma plena aplicação prática desse estudo e que é possível atingir um nível mais elevado de atendimento, para a vítima e para os bombeiros militares.

13 CONCLUSÃO

O transtorno mental já foi encarado como “trágica experiência vivida” e como adjetivo para indivíduos que não pensavam com a razão, até finalmente ser classificado como doença mental após o surgimento da ciência da psiquiatria. O CBMERJ chamava esse serviço de Recolhimento de Doente Mental (RDM).

O Brasil só passou a assumir atribuições de saúde pública em 1920 e utilizou um esquema arcaico de manicômios até a década de 1970. A partir desse momento é iniciada a reforma psiquiátrica, que traz organização ao setor, culminando na Lei Federal 10.216 de 2001 que atualmente detalha os direitos dos PTM.

O POP CBMERJ de APTM (Anexo A) descreve o procedimento de contenção mecânica, utilizado para restringir os movimentos de pacientes agressivos. Nela um grupo de 8 militares deve utilizar a força para realizar uma abordagem “suave”, que na prática é muito violenta. Três falhas foram levantadas por este estudo: insegurança da equipe de serviço, prejuízos à integridade física do PTM e péssima repercussão na opinião pública.

O CBMERJ é constitucionalmente um órgão da Segurança Pública. A Secretaria Nacional de Direitos Humanos determina, através da diretriz 8 da portaria interministerial 4226 de 2010, que todo agente de segurança pública, independente de portar ou não arma de fogo, deve portar no mínimo 2 (dois) instrumentos de menor potencial ofensivo, caso possa vir a se envolver em situações de uso da força.

As forças de segurança do Estado do Rio de Janeiro, de acordo com a lei 5396, devem utilizar preferencialmente equipamentos não letais, para possibilitar o uso gradual da força.

Foi realizada pesquisa de campo em 3 GBMs, localizados na zona sul, zona norte da capital e na baixada fluminense, retratando realidades distintas. Em todos os lugares há consenso de que o APTM envolve muito risco para si, outros e principalmente para a guarnição. Todos os GBMs pesquisados demonstraram preocupação com o porte do taser em comunidades carentes, ou seja, deve ser guardado na viatura e não na cintura. A questão de um possível risco médico também foi comum.

A Guarda Municipal de Belford Roxo, devido ao serviço de patrulha ostensiva, costuma ter o primeiro contato com alguns casos de PTM agressivo. O Sub-inspetor Leonardo Araujo Marques, em entrevista afirmou que antes de começarem a utilizar o armamento não letal era travada luta corporal com o paciente. Prejuízos à integridade física do PTM e dos guardas, além da mancha na imagem da instituição eram comuns, por desagradar a população. Ele vê melhor aceitação pela sociedade com o uso da arma Taser.

De acordo com a pesquisa de campo no BPTUR, o atendimento a PTM é comparável às atividades de resolução de conflito da PMERJ. Sendo a arma Taser mais indicada por ser de uso tático (alvo específico) e contra uma posição de agressão não armada.

Este trabalho não propõe um novo POP devido à necessidade de uma fase de testes, a pesquisa de campo aponta que o local mais indicado é o 17º GBM; Devem ser realizadas anotações sobre a utilização diária por 2 meses.

Esta pesquisa científica aponta, em caso de resultados positivos, a necessidade de um trabalho visando alteração do POP CBMERJ de APTM, tomando por base a fase de testes.

14 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAGA, José Carlos e PAULA, Sérgio. **Saúde e Previdência: estudos de política social**. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981.

BRASIL. **Decreto 24.559**, de 3 de julho de 1934.

_____ **Constituição Federal**, de 5 de outubro de 1988.

_____ **Decreto 3.665**, de 20 de novembro de 2000.

_____ **Lei 10.216**, de 6 de abril de 2001.

_____ **Lei Estadual 5396**, de 6 de março de 2009.

_____ **Portaria Interministerial 4226**, de 31 de dezembro de 2010.

_____ Instituto Brasileiro de Ciências Criminais. **Uso de armas não letais por policiais**. Disponível em <<https://www.ibccrim.org.br/noticia/13844-Uso-de-armas-nao-letais-por-policiais>>. Acesso em 07 maio 2016, 12:30:25.

CALISTA, Andréia Abreu, ET AL. **Do Transporte ao Atendimento: Resguardando O Direito do Usuário a Assistência Humanizada**. Disponível em <<http://apps.cofen.gov.br/cocenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/l19882.E8.T3215.D4AP.pdf>>. Acesso em 07 maio 2016, 12:30:25.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura - na idade clássica**. 7º ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

MOURA, Eder Carlos Santos. **Taser e Spark**. Rio de Janeiro: Academia de Polícia Militar Dom João VI, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Código de Conduta das Nações Unidas para os Funcionários Responsáveis pela Aplicação da Lei**, de 17 de dezembro de 1979.

RESENDE, Heitor. **Política de saúde mental no Brasil – Uma visão histórica**. Petrópolis: Vozes, 2000

15 APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO A GRUPAMENTOS DE BOMBEIRO MILITAR

1 - Com que frequência este GBM é acionado para eventos de APTM?

- a- Nunca
- b- Às vezes
- c- Frequentemente
- d- Diariamente

2- Você conhece a legislação pertinente ao APTM?

3- Você tem conhecimento do POP-16(APTM)?

4- Se tem conhecimento do referido pop, na sua opinião:

- a- É inaplicável
- b- Aplicável com dificuldade
- c- Razoavelmente aplicável
- d- Plenamente aplicável

– Nos APTM's em que você participou:

5- Havia o número previsto de militares disponíveis para executar o POP de APTM?

- a- Jamais houve
- b- Raramente
- c- Frequentemente
- d- Sempre

6- A equipe de serviço tinha preparo ou treinamento para intervenção/contenção manual do PTM?

- a- Nunca
- b- Raramente
- c- Frequentemente
- d- Sempre

7– Qual dos armamentos não letais você consideraria útil/adequado para o serviço de APTM?

- a- bala-de-borracha
- b- arma de choque/taser
- c- cassetete
- d- bastão elétrico
- e- arma-tranquilizante

– Na sua opinião, a implementação do armamento não letal contribuiria positiva ou negativamente para:

8- A imagem da corporação frente à população?

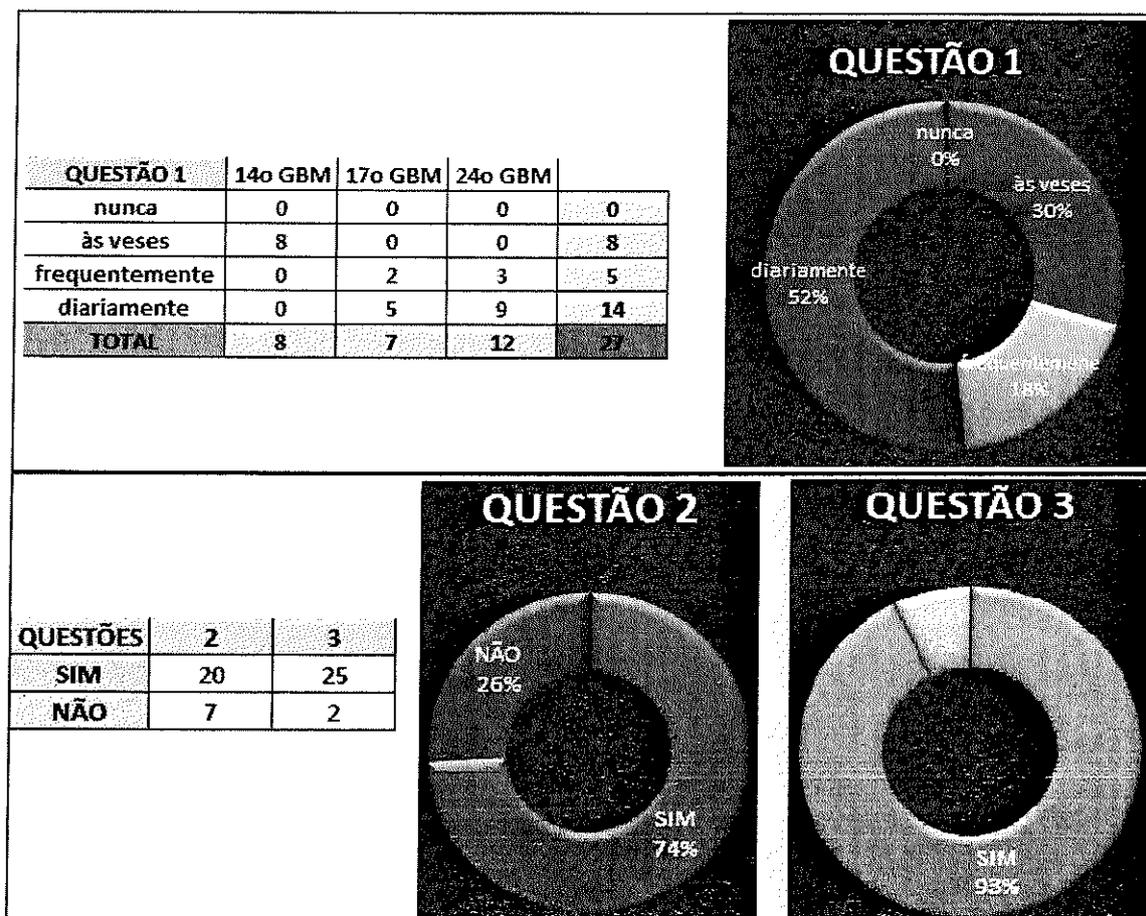
9- A segurança da equipe de intervenção no APTM?

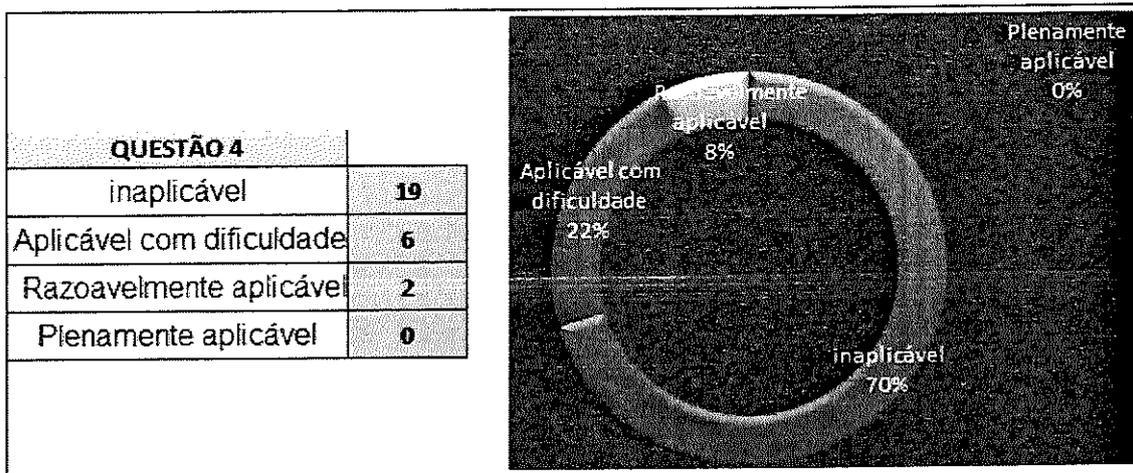
10- A segurança do paciente em surto psicológico?

11- O que seria mais agressivo e chocante de se presenciar?

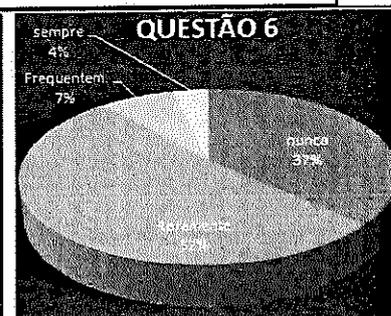
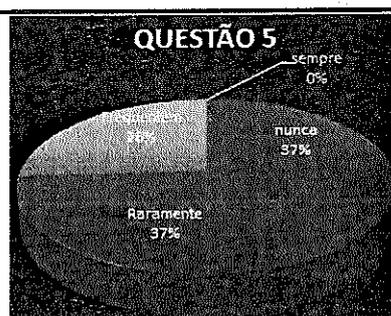
- a- Oito bombeiros immobilizando um PTM, procedimento previsto pelo POP, ou
- b- Sua imobilização através do uso de arma não-letal

ANÁLISE GRÁFICA DA PESQUISA NOS GRUPAMENTOS

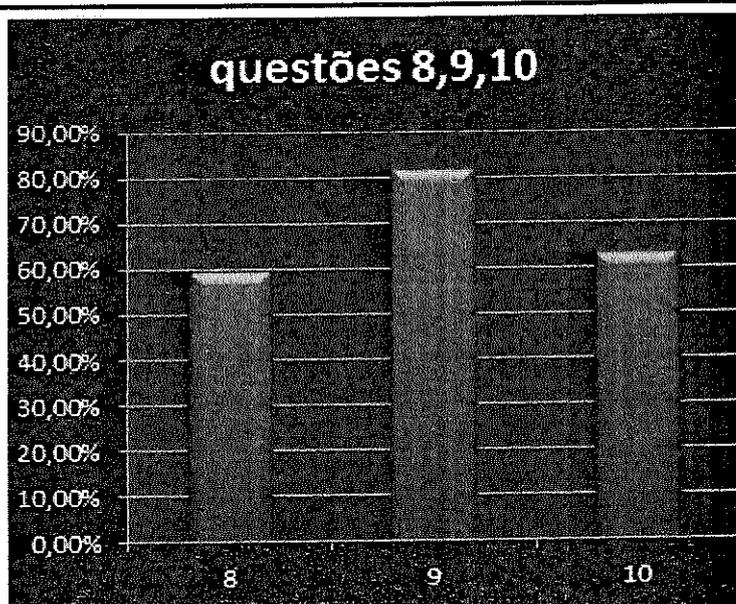


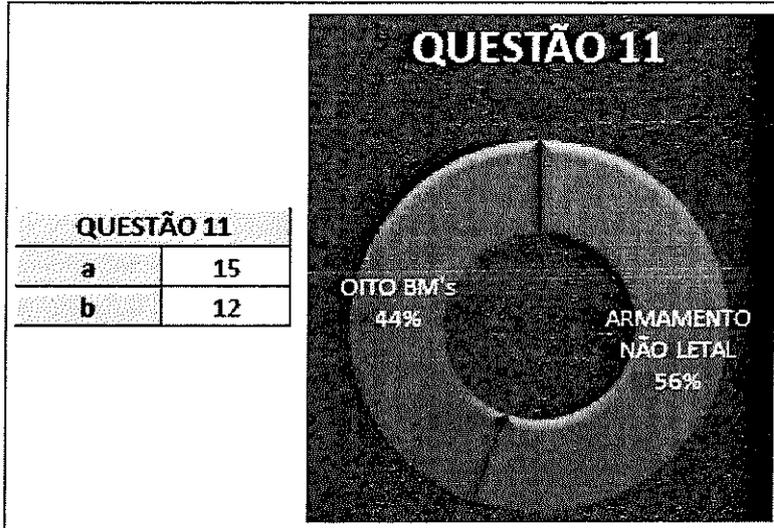


QUESTÕES	5	6
nunca	10	10
Raramente	10	14
Frequentemente	7	2
sempre	0	1



QUESTÕES		
8	16	59,26%
9	22	81,48%
10	17	62,96%





16 APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO APLICADO A GUARDA MUNICIPAL

- 1)Faça uma comparação entre a imobilização do PTM antes e depois da utilização do armamento menos letal.
- 2)Qual o embasamento legal que permite a utilização do armamento menos letal pelos agentes de segurança pública?
- 3)Houve melhoras no APTM após a utilização do armamento menos letal?
- 4)Como a população reage ao ver o guarda municipal usando o armamento menos letal?
- 5)Você tem conhecimento sobre o procedimento adotado pelo CBMERJ no APTM?
- 6)Leia o POP de APTM e comente sobre possíveis falhas no POP utilizado pelo CBMERJ.
- 7)Você acha que o CBMERJ deveria utilizar armamento menos letal no APTM?
- 8)Comente sobre o curso que capacita o GM a utilizar o armamento menos letal.

17 APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO APLICADO A POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

- 1) Por que armamento pouco ou menos letal e não armamento não letal?
- 2) Então há a possibilidade do paciente vir a óbito se o armamento menos letal for utilizado de maneira errônea ?
- 3) Qual o tipo de medidas deveríamos tomar para evitar que o paciente venha a óbito?
- 4) Que tipo de armamento menos letal seria o mais indicado para ser usado pelo CBMERJ?
- 5) Há como confundir o armamento menos letal com uma arma de fogo?
- 6) Qual a intensidade do choque do taser ?
- 7) Comente sobre o procedimento adotado pelo agente após a utilização do armamento menos letal na vítima.
- 8) Após a leitura do POP de APTM, comente sobre possíveis falhas no mesmo.
- 9) Qual tipo de treinamento você indica para capacitar o BM a utilizar o armamento menos letal?

18 APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO APLICADO A MÉDICO

1)O senhor entende o uso da arma taser perigoso a saúde de um PTM portador de um marca passo?

2)Em caso afirmativo da pergunta anterior, há alguma outra contra indicação para o uso deste armamento?

3)O senhor entende como necessária a presença médica nesse tipo de operação?

19 ANEXO A - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ATENDIMENTO A PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS

 SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA CIVIL CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO ESTADO MAIOR GERAL	POP	Seção	
	Página	Versão	Modelo
Assunto: ATENDIMENTO AO PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS	1/6	1ª	ANALITICO
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			

11

Atendimento ao Portador de Transtornos Mentais

1. FINALIDADE

Regular os procedimentos de emergências envolvendo o ATENDIMENTO A PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS por parte dos socorros do CBMERJ.

2. CONSIDERANDO

2.1. A Lei Federal nº 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais; a Lei Estadual nº 2.920 autoriza o Poder Executivo a criar uma central de atendimento emergencial de remoções de docentes mentais sob a coordenação do CBMERJ; a Política Nacional de Saúde Mental atribui ao Estado a responsabilidade de promover a assistência integral aos portadores de transtornos mentais, com a participação de todas as suas instituições e das famílias e o dever do Estado de salvaguardar a ordem pública, a segurança coletiva e individual, bem como a saúde, a integridade e a dignidade dos cidadãos. A segurança global da população é um dever dos Estados democráticos e também direito e responsabilidade da cidadania.

2.2. Compete ao COGS (Centro de Operações GSE/SAMU) regular o atendimento médico pré-hospitalar de urgência e emergência em domicílios, vias públicas e em locais de trabalho, nos casos de trauma, situações clínicas, transtornos mentais no município do Rio de Janeiro, com viaturas do CBMERJ e do SAMU e, fora do município do Rio de Janeiro, nos casos de emergência, com as viaturas do CBMERJ.

2.3. Cabe ao CBMERJ, no Estado do Rio de Janeiro, apoiar as equipes do SAMU ou órgãos similares no atendimento a pacientes com emergências psiquiátricas nos seguintes casos:

- Distúrbio de comportamento associado a lesões corporais graves ou quadros de agitação;
- Risco de suicídio;
- Local de difícil acesso, com necessidade de manobras de resgate ou salvamento;
- Comportamento agressivo com ameaça iminente à própria integridade física ou de terceiros;
- Dificuldade de contenção do paciente pela guarnição de saúde.

2.4. Nas Unidades de Bombeiro Militar do Interior, os atendimentos a portador de transtornos mentais são realizados pelas ambulâncias da prefeitura local; quando necessário, é solicitado o apoio do CBMERJ.

3. PROCEDIMENTOS

3.1. A ambulância (ASE/SAMU/Prefeitura) deverá chegar ao local da ocorrência de forma discreta, com sirenes e giroscópios desligados e sem criar tumulto.

3.2. Estudar inicialmente o local, ao aproximar-se, observar o paciente e aqueles que estiverem com ele. Alguns sinais (linguagem corporal, por exemplo) esclarecem certos fatos. Observar também o ambiente e certificar-se de que a vítima e curtos presentes estejam protegidos, assim como a equipe de socorro.

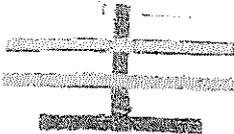
Este Procedimento é fruto de um trabalho em conjunto e classificado em nível específico o qual deverá ficar permanentemente no SECO

 SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA CIVIL CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO ESTADO MAIOR GERAL	POP	Seção	
	Página	Versão	Modelo
Assunto: ATENDIMENTO AO PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS	2/6	1A	ANALÍTICO
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
<p>verificando riscos potenciais para a guarnição e para a vítima, neutralizando-os ou minimizando-os. Exemplo: objeto ao alcance da vítima que possa ser utilizado como arma. Em nenhum momento a equipe de socorro deve colocar-se em perigo; a SsCO do GBM/COCBMERJ deverá solicitar o apoio da Polícia Militar.</p> <p>Obs.: No caso das UBM do interior, esse primeiro contato com a vítima será realizado pela guarnição de ambulância da prefeitura local.</p> <p>3.3. Isolar o local, impedindo a aproximação de curiosos e coletar dados sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O que aconteceu? • É portador de doença mental? • Já apresentou crises anteriores? • Solicitar, aos familiares ou responsáveis, a apresentação de algum documento expedido por uma Instituição ou profissional especializado, comprovando o transtorno mental da vítima, principalmente no caso de ser sua primeira internação e se o mesmo encontrar-se calmo no momento da chegada da Ambulância. <p>3.4. Lembrar sempre que a aproximação deve ser calma, porém firme, com um único socorrista servindo de interlocutor, identificando-se de forma clara, simples e declarando sua intenção de ajuda; esse é o primeiro passo para estabelecer vínculo de confiança com a vítima. Mantenha-se a uma distância confortável e segura durante a abordagem.</p> <p>3.5. Os demais componentes da guarnição deverão permanecer a distância, sem interferir no diálogo, com o objetivo de tranquilizar o ambiente. Muitas vezes a ansiedade dos presentes dificulta a abordagem e o manejo do caso. É indispensável que o interventor tenha atitudes firmes, ordens claras e objetivas, mas não arrogantes.</p> <p>3.6. Permitir que a vítima fale, ouvindo-a com cuidado. Isso é fundamental para consolidar o vínculo. Mantenha contato visual enquanto o paciente fala; preste atenção e mostre-se interessado; cuidado em não emitir opiniões precipitadas; não julgue e não critique qualquer atitude dela; mantenha-se neutro. Comporte-se como um profissional no atendimento, e não em conversa informal. Dessa forma, você reassigura o paciente, fazendo-o ver que está lhe proporcionando ajuda e que, mesmo o problema sendo difícil, poucos são os realmente insolúveis.</p> <p>Obs.: Como não se comunicar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interromper o contato muito frequentemente; • Ficar chocado ou muito emocionado; • Dizer que você está ocupado; • Fazer o problema parecer trivial; • Tratar o paciente de maneira que possa colocá-lo numa posição de inferioridade; • Dizer simplesmente que tudo vai ficar bem; • Fazer perguntas indiscretas; 			
Elaborado por Maj BSM Douglas Souza	Revisão 06-01-99 v.3	Revisão	Aprovação C. B. B. M.

Este Procedimento Operacional deverá ser utilizado e atualizado em arquivo separado e qual deverá ficar permanentemente no SsCO

 SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA CIVIL CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO ESTADO MAIOR GERAL	POP	Seq#n DIVERSOS	
	Página 3/6	Versão 1ª	Modelo ANALÍTICO
Assunto: ATENDIMENTO AO PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS		PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
<p>• Emitir julgamentos (certo x errado), tentar doutrinar.</p> <p>3.7. Informe claramente a vítima sobre o que será realizado para ajudá-la a sair da crise, assim ela se torna mais cooperativa; mantenha o contato verbal continuamente; a boa receptividade por parte do socorrista irá proporcionar à vítima uma sensação de segurança e bem-estar.</p> <p>3.7. Não se deve discutir com esse tipo de vítima, principalmente quando apresentar agitação, insônia e/ou ansiedade; jamais assuma qualquer atitude hostil para com a vítima, caso tenha que se afastar por algum momento, solicite a outro militar que permaneça junto a ela. Como regra geral, não a deixe sozinha nem por um instante; a observação deverá ser constante.</p> <p>3.8. Não concordar com suas alucinações e delírios, porém, não as censurar.</p> <p>3.9. Controle a vítima, de maneira que acredite que está fazendo a sua própria vontade.</p> <p>3.10. Procure obter informações sobre os antecedentes criminais da vítima.</p> <p>3.11. Se o comportamento da vítima evoluir para uma tentativa de suicídio, no caso de o indivíduo querer se jogar pela janela da edificação a uma altura considerável ou de outros locais, a SsCO/COCBMERJ deverá ser informada. (Vide POP específico de salvamento de suicida).</p> <p>3.12. No caso em que não obtiver o controle da situação pela intervenção verbal, pode ser necessária a contenção mecânica. Para isso, deverá solicitar a SsCO do GBM/COCBMERJ o apoio da guarnição de salvamento, onde deverá realizar o descrito nos itens anteriores.</p> <p>Obs.: Nas UBMs do interior, a guarnição da ambulância da prefeitura local entrará em contato com o Corpo de Bombeiros, via SsCO ou pela própria linha de emergência – 193, solicitando o apoio da guarnição de salvamento para que a vítima possa ser contida.</p> <p>3.13. Se possível, promova a contenção conhecida por "grupo de oito", isto é, oito pessoas imobilizam suavemente o paciente, contendo-o dois a dois em nível de cabeça, ombro, quadril e pernas. Nesse momento poderão ser utilizados espectadores externos ao cenário que demonstram preparo para colaborar, lembrando-se de manter o contato verbal contínuo com a vítima durante a contenção, tentando acalmá-la, informando que a medida tomada se destina a protegê-la.</p> <p>A contenção mecânica é indicada nas seguintes situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenir danos físicos ao próprio paciente; • Prevenir danos físicos iminentes a terceiros, especialmente à equipe e aos outros pacientes; • Prevenir a descontinuidade do tratamento ou um dano significativo ao meio ambiente; • Atender à solicitação do paciente. 			
Descrição: May 2011 Origem: Estre	Classificação:	Data:	Aprovação:

Este Procedimento Operacional deverá ser criado e classificado em fichário específico o qual deverá ficar permanentemente na SsCO

 SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA CIVIL CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO ESTADO MAIOR GERAL	POP	Seção	
	Página	Versão	Medida
Assunto: ATENDIMENTO AO PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS	4/5	1ª	ANALÍTICO
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
<p>São onze os procedimentos que viabilizam a contenção do paciente sem o uso de medicamentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Utilizar quatro faixas, uma em cada membro (superiores e inferiores) fixados em prancha longa com cintos e imobilizador de cabeça. Se o paciente estiver muito agitado, pode ser necessário o uso do cinto aranha, que deve ser posicionado somente após a imobilização dos membros; <div style="text-align: center;">  <p>CINTO TIPO ARANHA Fonte: Site da empresa SOS - Sui</p> </div> <ol style="list-style-type: none"> 2) Não utilizar imobilização tipo paraquedas (por baixo das axilas) ou qualquer restrição à expansão do tórax; 3) Utilizar faixas acolchoadas com algodão e de material resistente; 4) Informar sempre ao paciente o que está acontecendo durante o processo de contenção; 5) Conter preferencialmente o paciente em decúbito dorsal e com a cabeça levemente elevada. Deve-se manter uma posição dos braços que possibilite acesso intravenoso fácil; 6) Revistar o paciente em busca de drogas, armas ou objetos que representem algum risco como, por exemplo, isqueiro; 7) Monitorar o paciente constantemente. É de fundamental importância que síndromes orgânico-mentais sejam afastadas. Nesse caso, os pacientes devem ser encaminhados para hospital geral, e não para hospital psiquiátrico. Os itens que devem ser avaliados a cada 30 minutos são: (a) nível de consciência; (b) sinais vitais; (c) estado dos membros contidos (atenção especial à possibilidade de garroteamento); (d) necessidade de mudança de decúbito; e (e) impressões do paciente; 8) Realizar a cada hora relaxamento das faixas, com massagem nos locais de contenção; 9) Registrar, no quesito de ocorrência, os motivos e as particularidades do paciente; 10) Fazer com que, em todos os casos, a contenção mecânica dure o menor tempo possível; 11) Retirar as faixas assim que o sintoma alvo estiver sobre controle. <p>3.14. Se por algum motivo a guarnição de salvamento não conseguir conter a vítima, deverá solicitar apoio à Polícia Militar, se for o caso.</p>			
Elaborado por: Maj. Bde Douglas Basso	Emissão: 20/02/2012	Revisão: 1ª	Aprovado por: Cb Em3

Este Procedimento Operacional deverá ser elaborado e classificado em Manual específico o qual deverá ficar permanentemente no SACTO.

 SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA CIVIL CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO ESTADO MAIOR GERAL	POP	Seção DIVERSOS	
	Página 6/6	Versão 1ª	Módulo ANALÍTICO
Assunto: ATENDIMENTO AO PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS		PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	

DUTRA, Fábio Siqueira, Cap BM QOC/RJ; JÚNIOR, Marcos Reynaldo Moreira, Cap BM QOC/RJ. Aspectos legais acerca do serviço de atendimento ao portador de transtornos mentais. Monografia. Escola Superior de Comando de Bombeiro Militar. Curso Superior de Aperfeiçoamento, 2009. CBMERJ.

ARAÚJO, Sérgio, Ten Cel BM. *Princípios Gerais do Manejo de Crises de portador de transtorno mental (para suicídio)*. Cenários CI 25.

Diretriz provisória para operação do SAMU em OBM. Nota EMG/CH 047/2007. *Boletim da SUBSEDEC/CBMERJ*, nº 10, de 15/01/2007.

Normatização do atendimento a pacientes psiquiátricos pelo CBMERJ na área da capital. Complementação da Nota de Diretrizes SAMU - Nota EMG/CH 052/2007. *Boletim da SUBSEDEC/CBMERJ*, nº 16, de 23/01/2007.

Central integrada GSE/SAMU - Procedimentos operacionais - Determinação - Divulgação - Nota CBA X/GAB-CMDO 012/2010, *Boletim do 1º Grupamento de Socorro de Emergência*, nº 53, de 23/03/2010.

Esta Procedimento Operacional deverá ser colocado e classificado em fichário específico o qual deverá ficar permanentemente na Ss-CC

Elaborado por Maj BM Douglas Sônia	Emissão 20/02/2010	Revisão 1	Aprovação Ch. EHR
---------------------------------------	-----------------------	--------------	----------------------