



CRM-PR

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

PARECER Nº 2474/2014 CRM-PR

PROCESSO CONSULTA N.º 31/2014 - PROTOCOLO N.º 11576/2014

ASSUNTO: CONTENÇÕES FÍSICAS DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO X

PARECERISTA: CONS. MARCO ANTONIO DO SOCORRO MARQUES RIBEIRO BESSA

EMENTA: Contenção física é ato médico - Deve seguir a regulamentação - Duração e liberação do paciente são atos exclusivos de profissional da Medicina.

CONSULTA

Consulta formulada pelo Ministério Público do Paraná, pelo Ofício nº XXX/XX-XXXXX - PA 00XX.13.00XXXX-2(v), nos seguintes termos: *“A Promotoria de Justiça que adiante subscreve em exercício na Promotoria de Justiça de Proteção à Saúde Pública de Curitiba, tendo em vista as cópias anexas, solicita os préstimos de Vossa Senhoria de ser submetido o protocolo de contenções físicas do Hospital Psiquiátrico X à análise de sua Câmara Técnica de Psiquiatria, no sentido de apurar se apresenta fundamentação científica consistente para exercício do desempenho técnico e moral medicina no que tange aos critérios para contenção de pacientes como medida terapêutica ou punitiva, ou adoção das providências que eventualmente sejam consideradas necessárias.”*

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Este parecer foi elaborado pelos membros da Câmara Técnica de Psiquiatria deste CRM-PR, cujo teor acolho em sua integralidade.

Considerando as Resoluções CFM n.º 2057/2013 e n.º 1952/2010, os Pareceres CFM n.º 01/2011 e n.º 1317/2001 e as Portarias n.º 224/1992, Portaria MS/GM n.º 336/2002, Portaria MS/GM n.º 3088/2011 e Portaria MS/GM n.º 121/2012.

Contenção física

A contenção física pode ser entendida como um procedimento indicado por médico que consiste na privação ou restrição da liberdade de ação corporal com o intuito de preservar a integridade física e moral do paciente e dos outros.

A contenção física está indicada quando, em virtude de agitação psicomotora ou agressividade, existe uma situação de risco ao paciente ou a outras pessoas. Recomenda-se que a contenção deva ser realizada por equipe composta por pelo menos cinco pessoas. O paciente deve ser contido pelo menor tempo possível, com faixas confeccionadas para que não acarretem lesões. É imperativo evitar contenções que possam promover estrangulamento, obstrução de vias aéreas, que prejudiquem a perfusão dos membros ou restrições por tempo prolongado.

A contenção física não deve ter o caráter punitivo e, mesmo que o paciente esteja psicótico, ele deve ser constantemente orientado sobre o procedimento. A contenção física deve ser seguida de contenção química.

O paciente sob contenção física deve ser continuamente reavaliado para que se previnam complicações da contenção.

A equipe de atendimento deve ser composta pela equipe médica, enfermagem treinada e por profissionais de segurança.

Contenção física e isolamento em ambiente apropriado, como um quarto vazio, são intervenções usadas na Psiquiatria para lidar e controlar comportamentos violentos, inadequados e que possam por em risco a integridade física ou emocional do paciente ou de outras pessoas. A contenção envolve técnicas desenhadas para confinar os movimentos do corpo do paciente, ou seja, restringir a habilidade do paciente de se mover usando dispositivos diferentes, como algemas ou amarras de algodão ou couro. O uso de contenção, para alguns autores, geralmente tem um efeito desejado imediato: a situação ameaçadora é resolvida e não se repete com a liberação do paciente.

Portanto, a contenção física seria a resposta final ao comportamento violento iminente, quando medidas menos restritivas falharam ou não são apropriadas.

O manual da American Psychiatric Association, baseado em um consenso de especialistas, sugere as seguintes intervenções, nesta ordem:

(i) tentar acalmar o paciente verbalmente;

(ii) fazer um diagnostico obtendo o histórico, medindo sinais vitais, exame físico e laboratorial, incluindo uma análise de urina. Quando a tentativa de acalmar verbalmente uma pessoa agressiva falha, existe um numero limitado de maneiras para controlar a situação e garantir que todos estejam a salvo: (i) tratar o paciente com benzodiazepínico via oral, a não ser que o paciente esteja visivelmente psicótico; (ii) usar um antipsicótico via oral ou IM e;

(iii) amarrar ou isolar o paciente. Segundo esse manual, maiores riscos de dano ao paciente estão associados às seguintes intervenções, em ordem crescente: (i) medicação voluntaria; (ii) medicação de emergência; (iii) combinação de medicação mais contenção física, isolamento;

(iv) observação sem intervenção;

(v) contenção física e;

(vi) nenhuma intervenção. No entanto, esse manual também afirma que a contenção, quando usada apropriadamente, pode ser uma medida capaz de proteger a vida, evitar lesões e diminuir a agitação do paciente, opinião essa compartilhada por outros autores.

O desafio nos quadros de agitação e agressividade, ou de comportamento inadequado ou de risco é aplicar uma abordagem que garanta a segurança, mantendo a dignidade individual e evitando o uso inapropriado da contenção, pois também se reconhece que o uso dessas técnicas pode gerar efeitos físicos e psicológicos danosos ao paciente. Em 1994, uma comissão constituída pelo U.S. Department of Health and Human Services¹³, relatou 111 mortes de pacientes em contenção física no período de 10 anos, terminando em 1993. No Reino Unido, um manual elaborado pelo National Institute for Health and Clinical Excellence afirma que a pratica mais frequente é o uso de isolamento e contenção manual dos pacientes e recomenda que a contenção física seja utilizada como ultimo recurso.

No entanto, reconhece que inexistem estudos adequadamente conduzidos nos quais se possam amparar essas recomendações.

Pacientes agitados e/ou agressivos costumam apresentar baixa capacidade de *insight* com relação à sua morbidade e juízo crítico da realidade prejudicado. Portanto, esses pacientes podem ter dificuldades em reconhecer que estão doentes e, conseqüentemente, podem não reconhecer a necessidade de ajuda externa.

Dependendo do grau de agitação, esses pacientes representam um risco para a integridade física, tanto para os profissionais de saúde, como para si mesmos e outros pacientes. Tão importante quanto à premência em diminuir o grau de agitação ou o risco envolvido na situação situa-se a necessidade de coleta de informações para a formulação de hipóteses diagnósticas e diagnóstico diferencial.

Em atendimento de emergência, quer em sala de urgência geral ou em uma unidade de emergência psiquiátrica, as causas de agitação e violência são numerosas e solicitam do médico conhecimento abrangente sobre os possíveis diagnósticos diferenciais, que determinarão o tipo de manejo clínico para cada caso.

A avaliação e o manejo de um paciente agitado, potencialmente agressivo ou francamente violento são tarefas complexas que exigem dos profissionais habilidades diversas, que necessitam ser aplicadas em conjunto e com agilidade. Por questões didáticas, os diferentes aspectos envolvidos nesta tarefa serão tratados aqui de maneira separada, mas a situação real exige um esforço visando integrar todos esses componentes para uma intervenção ágil e articulada.

Nesse sentido, citamos o artigo 16 da Resolução CFM n.º 2057/2013:

Art. 16. Médicos assistentes e plantonistas, bem como aqueles envolvidos nos processos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação de doentes mentais, devem contribuir para assegurar a cada paciente o direito de acesso à informação, comunicação, expressão, locomoção e convívio social.

§ 1º O tratamento e os cuidados a cada paciente devem basear-se em plano prescrito individualmente, discutido com o interessado e/ou seu responsável, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por profissional qualificado.

§ 2º Qualquer tratamento administrado a paciente deve ser justificado pela observação clínica e registrado no prontuário, inclusive os casos de contenção física.

§ 3º É admissível à contenção física de paciente, à semelhança da contenção efetuada em leitos de UTI, nos serviços que prestem assistência psiquiátrica, desde que prescrita por médico, registrada em prontuário e quando for o meio mais adequado para prevenir dano imediato ou iminente ao próprio paciente ou a terceiro.

§ 4º O paciente que estiver contido deve permanecer sob cuidado e supervisão imediata e regular de membro da equipe, não devendo a contenção se prolongar além do período necessário a seu propósito.

§ 5º Quando da contenção física, o representante legal ou a família do paciente devem ser informados tão logo possível.

CONCLUSÃO

A contenção física é um ato com finalidades terapêuticas e por isso deve ser prescrito pelo médico. A equipe multidisciplinar de atendimento deve participar de sua execução e um profissional deve fazer observações constantes do paciente, a cada 15 minutos no máximo e

avaliar e registrar seus dados vitais e estado geral. A contenção deve ser anotada em prontuário e sua evolução em uma ficha registro de específica.

Quanto ao protocolo de contenções físicas do Hospital X ratificamos a resposta apresentada pela Associação Paranaense de Psiquiatria ao Ministério Público e ressaltamos que os transtornos psiquiátricos são múltiplos e complexos e envolvem o comportamento humano em condições emocionais, cognitivas e de saúde bastante alteradas, tornando impossível de se prever todas as situações em que poderá haver a indicação de uma contenção física em um protocolo de condutas médicas.

No entanto, é importante ressaltar que sempre a contenção física é um ato médico e que deve obedecer todas as condições acima expostas. O protocolo do Hospital X assinado pelo Dr. XXX afirma:

“Salienta-se que todas as contenções serão registradas minuciosamente no prontuário médico do paciente; terão autorização escrita e assinada pelo Psiquiatra (também no prontuário médico). A determinação da duração da contenção e a liberação do paciente também serão feitas mediante avaliação e autorização do médico responsável ou Equipe Técnica”.

Fundamentados pelo que foi exposto, indicamos que nessa última afirmação: “A determinação da duração da contenção e a liberação do paciente também serão feitas mediante avaliação e autorização do médico responsável ou Equipe Técnica” encontra-se em conflito com o determinado pelas determinações do Conselho Federal de Medicina, pois a Equipe Técnica não pode determinar duração da contenção e a liberação do paciente, pois essas são atribuições exclusivas do profissional da Medicina.

É o parecer, s. m. j.

Curitiba, 21 de julho de 2014.

CONS. MARCO ANTONIO DO SOCORRO MARQUES RIBEIRO BESSA
Parecerista

Aprovado e Homologado na Sessão Plenária n.º 3553.ª de 21/07/2014.