

ORIENTAÇÃO

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



NÚMERO: 021/2011

DATA: 06/06/2011

ASSUNTO:	Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente
PALAVRAS-CHAVE:	Contenção de Doentes
PARA:	Administrações Regionais de Saúde, Hospitais do Serviço Nacional de Saúde e Unidades de Cuidados Continuados Integrados.
CONTACTOS:	Departamento de Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de dezembro, emite-se a seguinte orientação:

1. O recurso a medidas de contenção deve ter lugar após uma avaliação do risco clínico.
2. Os doentes são elegíveis para a colocação de medidas de contenção, quando:
 - 2.1. Manifestem comportamentos que o coloquem a si ou à sua envolvente em risco de sofrer danos.
 - 2.2. Recusem tratamento compulsivo, nos termos legais.
 - 2.3. Recusem tratamento vital, urgente.
3. O profissional de saúde deve desencadear as medidas de contenção necessárias durante a prestação de cuidados e comunica a situação à equipa de saúde.
4. A equipa deve decidir qual a medida mais adequada para a continuidade de cuidados e assegura a sua prescrição e reavaliação.
5. Cada situação em que houve recurso a medidas de contenção deve ser objeto de análise da sua adequação pela equipa de saúde.
6. Cabe à chefia de enfermagem do serviço assegurar que no processo do doente são obrigatoriamente registadas os seguintes elementos:
 - 6.1. Avaliação do estado do doente que determinou a necessidade de contenção.
 - 6.2. Medidas preventivas iniciadas e o seu impacto.
 - 6.3. Descrição das diferentes medidas de contenção analisadas com o doente ou quem por ele decida.
 - 6.4. Profissionais envolvidos na tomada de decisão das medidas de contenção.
 - 6.5. Avaliações subsequentes à colocação da medida de contenção. Incluem a evolução do estado do doente e o rastreio de lesões associadas à colocação das medidas de contenção.
 - 6.6. Revisão do plano de cuidados como consequência da medida de contenção.
7. O doente deve ser informado e tranquilizado quanto à necessidade da medida de contenção.
8. A família ou a pessoa significativa do doente deve ser informada da adoção das medidas de contenção.
9. Cada instituição prestadora de cuidados de saúde deve definir um padrão de atuação interna sobre a aplicação de medidas de contenção, enquadrado na presente Orientação, de acordo com as especificidades dos cuidados que presta.

10. Na aplicação de medidas de contenção, deve-se:
 - 10.1. Esgotar as medidas preventivas.
 - 10.2. Obter, sempre que possível, o consentimento do doente.
 - 10.3. Obter, sempre que possível, o consentimento da família ou pessoa significativa do doente.
 - 10.4. Esclarecer o doente do que vai ser feito e porquê.
 - 10.5. Ajustar a medida de contenção à situação do doente.
 - 10.6. Cumprir as instruções do fabricante na aplicação do mecanismo de contenção.
 - 10.7. Vigiar o doente sujeito a medidas de contenção com a frequência que o seu estado ditar.
 - 10.8. Reavaliar a necessidade da medida de contenção e a possibilidade de a substituir por uma medida menos limitativa.
 - 10.9. Retirar a medida de contenção assim que possível.
 - 10.11. Registrar os procedimentos no processo clínico.

CRITÉRIOS

- a) A utilização de medidas de contenção e confinamento devem ser vistas pelos profissionais de saúde como incidentes para a segurança do doente.
- b) Considerando as alternativas e o impacte que a contenção tem na liberdade, autodeterminação e dignidade do doente, deve ser considerada como último recurso pelos profissionais de saúde, depois de esgotadas as medidas alternativas.
- c) Em todas as circunstâncias deve prevalecer o princípio de cuidar do doente com a menor restrição possível.
- d) A aplicação de medidas de contenção deve ponderar os riscos de lesão associada à sua utilização (físicos, psicológicos, éticos), as alternativas menos restritivas e pelo menor tempo possível.
- e) As medidas de contenção devem, ainda, salvaguardar a especificidade de cuidados dos doentes em concreto (adultos, crianças, grávidas, idosos).
- f) Todos os profissionais devem receber formação sobre:
 - i. Técnicas preventivas à contenção;
 - ii. Técnicas de contenção;
 - iii. Aplicação correta dos instrumentos de contenção;
 - iv. Como cuidar do doente que necessite de contenção.
- g) A formação é ministrada, sempre que possível, na admissão dos profissionais e em sessões de atualização no máximo cada três anos.
- h) Um ambiente terapêutico com menor recurso a medidas de contenção significa que foram esgotadas as medidas alternativas ao seu recurso.
- i) São exemplos de medidas alternativas ou de prevenção, não excluindo outras possíveis, as seguintes:
 - i. Presença e acompanhamento individual por profissionais de saúde que proporcionem ao doente a libertação de tensões e hostilidade, recorrendo à palavra ou outras formas de expressão, consoante o contexto;

- ii. Contenção verbal, com sinceridade, calma e firmeza;
 - iii. Modificar o contexto, procurando oferecer ao doente um ambiente calmo e seguro;
 - iv. Recorrer à inclusão ou exclusão de alguma pessoa significativa para o doente;
 - v. Convidar e organizar atividades e tarefas minimamente compatíveis com a condição do doente;
 - vi. Tratamento farmacológico.
- j) As situações em que pode resultar dano para o doente, devido a falhas de aplicação de medidas de contenção mais descritas, são:
- i. Seleção do doente: Para alguns doentes a aplicação de uma medida de contenção pode desencadear maior agitação;
 - ii. Abuso na utilização: As medidas de contenção são um último recurso e depois de ponderada a relação risco/benefício. A utilização destas medidas deve ter como resultado o melhor interesse do doente.
 - iii. Acompanhamento inadequado: O recurso a estas medidas é abusivo se visa a redução da vigilância do doente. A contenção por um longo período pode resultar em vários problemas de saúde, dependendo do mecanismo adotado e do doente.
 - iv. Tipo ou utilização incorreta de dispositivo de contenção: A escolha do dispositivo inadequado para o caso concreto, no tamanho errado ou de forma inadequada aumenta a possibilidade de ocorrência de incidentes com dano para o doente.
- k) Considera-se:
- i. Contenção terapêutica: medida utilizada para controlar a atividade física ou comportamental de uma pessoa ou parte do seu corpo durante a prestação de cuidados de saúde, visando melhorar a condição de saúde e a prevenção de complicações. O objetivo da contenção terapêutica é otimizar a segurança do doente e de quem o rodeia, mantendo simultaneamente e dentro do possível, o seu conforto e dignidade.
 - ii. Contenção ambiental: recurso a alterações que controlam a mobilidade do doente. Pode ser uma sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado onde o doente pode deambular em segurança, com supervisão clínica.
 - iii. Contenção física: situação em que uma ou mais pessoas da equipa terapêutica seguram um doente, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco.
 - iv. Contenção mecânica: utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente.
 - v. Contenção química ou farmacológica: medicação psicoativa que visa inibir um movimento ou comportamento em especial.

FUNDAMENTAÇÃO

Existe evidência de que o recurso à contenção é uma das práticas mais frequentes a nível internacional para cuidar dos doentes com comportamento de risco em relação a si próprio ou aos que o rodeiam. Dos diversos estudos realizados sobre esta temática sobressai a necessidade de prevenir incidentes e eventos adversos associados às medidas de contenção. Paralelamente, estão documentados os benefícios que podem resultar da formação em contexto de trabalho para a promoção da segurança no recurso a este tipo de medidas.

APOIO CIENTÍFICO

Ana Cristina Costa, Álvaro de Carvalho, António Nabais, Carlos Henriques, Júlio Bilhota Xavier, Olga Cordeiro, Pedro Monteiro, Ricardo Matos, Sérgio Gomes.

A presente Orientação revoga a Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde N.º 8/DSPSM/DSPCS de 25/05/2007 sobre medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes – contenção física.

BIBLIOGRAFIA

- Canadian Agency for Drugs and Technology in Care, Chair Alarms in Residential Care and Acute Care: A Review of the Clinical Effectiveness and Safety, 2010.
- College of Nurses of Ontario, Clinical Practice Guidelines – Practice Standard, Restraints, 2005.
- Gerald A. Maccioli, Todd Dorman, Brent R. Brown, John E. Mazuski, Barbara A. McLean, Joanne M. Kuszaj, Stanley H. Rosenbaum, Lorry R. Frankel, John W. Devlin, Joseph A. Govert, Brian Smith, William T. Peruzzi, Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: Use of restraining therapies, American College of Critical Care Medicine Task Force 2002.
- Gregory M. Smith, M.S.; Robert H. Davis, M.D.; Edward O. Bixler, Ph.D.; Hung-Mo Lin, Ph.D.; Aidan Altenor, Ph.D.; Roberta J. Altenor, M.S.N.; Bonnie D. Hardentstine, B.S.; George A. Kopchick, M.S. ; Pennsylvania State Hospital System's Seclusion and Restraint Reduction Program.
- Hôpitaux Universitaires de Genève, Recensement de pratiques cliniques liées à contention physique et environnemental dans les unités de soins – Rapport de Synthèse.
- Lai CKY, Yeung JHM, Mok V, Chi I. Special care units for dementia individuals with behavioural problems. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4.
- Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 2.
- Nottingham University Hospitals, Restraint policy, 2009.
- Royal College of Nurses, Lets talk about restraint - Rights, risks and responsibilities, 2008.
- The Joanna Briggs Institute, Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals – Physical Restraint – Part 1, Volume 6, Issue 3, Page 1, 2002.
- The Joanna Briggs Institute, Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals – Physical Restraint – Part 2, Volume 6, Issue 4, Page 1, 2002.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde