



PARECER CREMEB Nº 16/20

(Aprovado em Sessão Plenária de 19/11/2020)

PROCESSO CONSULTA N.º 12/2020

ASSUNTO: Contenção de pacientes com agitação psicomotora

RELATOR DE VISTAS: Cons. José Abelardo Garcia de Meneses

EMENTA - Contenção de paciente com agitação psicomotora. Tratamento odontológico sob anestesia. A contenção mecânica não é medida terapêutica nem diagnóstica, constituindo-se em ato violento, devendo ser utilizada excepcionalmente para impedir que o paciente prejudique a si mesmo ou a outrem. Tratamento odontológico, quando indicado, deve ser feito sob sedação ou anestesia geral aos cuidados do anesthesiologista, quando necessário no centro cirúrgico.

DA CONSULTA

Consulente encaminha ofício com os seguintes questionamentos:

- a) *A forma de contenção de pacientes com agitação psicomotora pelo Centro (...), conforme descrição da ata de audiência anexa, contraria algum Protocolo ou Resolução deste Conselho?*
- b) *Haveria a possibilidade de esses pacientes serem acalmados através do uso de medicação psicoativa, de forma a serem preservados do trauma decorrente da contenção física?*
- c) *Além da possibilidade de o paciente com agitação psicomotora vir a receber atendimento odontológico em centro cirúrgicos, existiriam outros meios alternativos para a promoção de atendimento mais humanizado e menos traumático aos mesmos?*
- d) *A prestação de assistência odontológica a pacientes com agitação psicomotora em centros cirúrgicos resultaria, efetivamente, em maior risco de vida aos mesmos?*
- e) *Seria possível estimar o custo do uso de centros cirúrgicos para a prestação de assistência odontológica a pacientes com agitação psicomotora?*
- f) *Como a questão em referência vem sendo resolvida em países desenvolvidos, bem como nas regiões mais desenvolvidas do Brasil?*

DO PARECER



Passemos a análise dos fundamentos para a devida resposta iniciando pela leitura do texto da Dra. Amanda Antunes Guimarães Leal, TÉCNICAS DE CONTENÇÃO FÍSICA/MECÂNICA EM ODONTOPEDIATRIA: implicações ético jurídicas que o cirurgião dentista precisa saber, artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do Título de Cirurgião-Dentista pela autora na turma 2019.1 “... buscando enfrentar as dificuldades impostas pelas próprias crianças, quando elas se opõem ou resistem fisicamente ao tratamento odontológico, a Odontopediatria desenvolveu uma série de técnicas de imobilização ou contenção dos movimentos do paciente no âmbito odontológico. São as conhecidas técnicas de controle comportamental. Dentre estas, as mais utilizadas pela Odontologia ainda são: controle de voz, reforço positivo, dizer-mostrar-fazer, mão sobre a boca e a contenção física/mecânica. A contenção química (sedação e anestesia geral) é geralmente, a última escolha nesta escala de técnicas.”
<http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/3448/1/TCC%20-%20FINAL%20AMANDA.pdf>, acessado em 23 de outubro de 2020)

Em seguida são transcritos trechos da **RESOLUÇÃO CFM nº 2.057/13** trazida no bojo do parecer original que gerou o pedido de vistas. Este ato normativo do CFM consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo anamnese e roteiro pericial em psiquiatria.

ANEXO I. CAPÍTULO I - DOS DEVERES DOS MÉDICOS

Art. 1º. Os médicos que integram o Corpo Clínico de uma instituição devem colaborar para que se façam presentes as condições mínimas para a segurança do ato médico, conforme definido nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil, lançado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 1º É dever dos médicos defender o direito de cada paciente de usufruir dos melhores meios diagnósticos cientificamente reconhecidos e dos recursos profiláticos, terapêuticos e de reabilitação mais adequados à sua situação clínica ou cirúrgica.

CAPÍTULO II - DO DIRETOR TÉCNICO MÉDICO

Art. 2º É responsabilidade do diretor técnico médico de serviços que prestem assistência psiquiátrica garantir que todos sejam tratados com respeito e dignidade.

b. A garantia a que se refere o caput **diz respeito a todas as pessoas sob seu comando, incluindo médicos e componentes das equipes**



assistenciais e de apoio, bem como aos pacientes assistidos sob regime de internação ou não. (Grifado)

CAPÍTULO VI - DO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Art. 14. Nenhum tratamento será administrado à pessoa com doença mental sem consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem sua obtenção ou em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a terceiro.

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 a 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. (Grifado).

§ 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.

Por outro lado, o [Parecer CFM 40/2003](#) nos traz, *in verbis*: “A contenção mecânica não é medida terapêutica nem diagnóstica. **No entanto, constitui ato violento, pois impede uma pessoa de desfrutar a liberdade constitucional de ir e vir, só devendo ser praticada na atividade sanitária por motivo de força maior, de justa causa. Esta medida deve ser tomada unicamente para impedir que alguém prejudique a si mesmo ou a outrem em razão de padecer de uma patologia - e que tal patologia, desde que não haja outra medida, tenha diagnóstico médico prévio que a justifique. E um prognóstico. Só isto lhe dá fundamento.**

Por esta razão, a indicação da contenção física de uma pessoa deve ser considerada como ato médico, executado sob prescrição médica e, portanto, submetido às normas das resoluções do



CFM, principalmente da [Resolução CFM nº 1.598/2000](#), desde que exercida no âmbito da assistência médica.” (Grifado).

Observemos o que dispõem três legislações afins ao tema em discussão.

[Lei Nº 8.069/1990](#). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.

Art. 18. **É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.** (Grifado).

[Lei Nº 10.741/2003](#). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso.

Art. 19 - § 1º Para os efeitos desta Lei, considera-se violência contra o idoso qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico. (Grifado).

[Lei Nº 13.146/2015](#). Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

CAPÍTULO III

DO DIREITO À SAÚDE

Art. 26. Os casos de suspeita ou de confirmação de violência praticada contra a pessoa com deficiência serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade policial e ao Ministério Público, além dos Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

Parágrafo único. **Para os efeitos desta Lei, considera-se violência contra a pessoa com deficiência qualquer ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que lhe cause morte ou dano ou sofrimento físico ou psicológico.** (Grifado).

Fica a mensagem, não fazer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor e não causar sofrimento físico ou psicológico a quaisquer pacientes, especialmente os referidos nas normas acima.

Nos ensinamentos de Maria Helena Diniz, é inaplicável o brocardo "*in claris cessat interpretatio*" (uma interpretação clara dos lapsos), uma vez que tanto as leis reputadas claras quanto as dúbias comportam interpretação. Retornemos então à leitura e interpretação do § 3º, do artigo 16, da [Resolução CFM nº 2.057/13](#):



§ 3º - É admissível a 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.

É indispensável neste contexto compreender o espírito da norma, haja vista que a [Resolução CFM 2.057/13](#) trata do atendimento aos pacientes com doença mental e a questão trazida pela representante do Parquet cinge-se ao tratamento odontológico por meio da *contenção de pacientes com agitação psicomotora*.

De plano não devemos confundir agitação psicomotora com qualquer tipo de deficiência. A agitação psicomotora pode ocorrer em qualquer pessoa sob intenso stress diante de procedimentos que lhe são desconhecidos, como por exemplo, o tratamento odontológico, momento no qual é indispensável que o paciente possa colaborar com o profissional permitindo que tenha acesso à cavidade oral durante todo o procedimento.

Quanto à quesitação formulada pelo consulente:

a) *A forma de contenção de pacientes com agitação psicomotora pelo Centro (...), conforme descrição da ata de audiência anexa, contraria algum Protocolo ou Resolução deste Conselho?*

R – Inexiste norma do Conselho Federal de Medicina ou deste Regional que responda diretamente esta questão. No entanto, o [Parecer CFM 40/2003](#), embora seja de caráter opinativo e não normativo, contribui sobremaneira para a nossa resposta. ***“A contenção mecânica não é medida terapêutica nem diagnóstica. No entanto, constitui ato violento, pois impede uma pessoa de desfrutar a liberdade constitucional de ir e vir, só devendo ser praticada na atividade sanitária por motivo de força maior, de justa causa. Esta medida deve ser tomada unicamente para impedir que alguém prejudique a si mesmo ou a outrem em razão de padecer de uma patologia - e que tal patologia, desde que não haja outra medida, tenha diagnóstico médico prévio que a justifique.”***

b) *Haveria a possibilidade de esses pacientes serem acalmados através do uso de medicação psicoativa, de forma a serem preservados do trauma decorrente da contenção física?*



R – Existem técnicas e estratégias utilizando as opções para sedação nestes pacientes disponíveis no mercado. Os protocolos e diretrizes anestesiológicas aplicados por especialistas com experiência contribuem para o aumento do número de procedimentos em unidades ambulatoriais, sendo empregadas tanto a anestesia geral quanto a sedação.

c) Além da possibilidade de o paciente com agitação psicomotora vir a receber atendimento odontológico em centro cirúrgicos, existiriam outros meios alternativos para a promoção de atendimento mais humanizado e menos traumático aos mesmos?

R – A aplicação de sedativos por via oral mostra-se eficaz em casos bem selecionados. Entretanto, a forma mais humanizada e segura para tais procedimentos deve envolver o serviço de Anestesia e realizar o procedimento em ambiente cirúrgico. Luciano de Andrade Silva, em “Procedimentos Odontológicos”, na obra Anestesia Ambulatorial do Dr. Luiz Marciano Cangiani (Ed. Atheneu, 2001) nos informa: “Em 1984, a American Dental Association propôs definições relativas em nível de sedação para pacientes submetidos a procedimentos odontológicos sob analgesia ou anestesia.” Portanto, não estamos a discutir algo novo no cenário da assistência segura para esta população de pacientes.

d) A prestação de assistência odontológica a pacientes com agitação psicomotora em centros cirúrgicos resultaria, efetivamente, em maior risco de vida aos mesmos?

R – Os riscos são os habituais para quaisquer procedimentos invasivos, no entanto, há de se considerar os benefícios para o paciente e para o próprio profissional da odontologia que terá mais segurança, posto que, o controle dos sinais vitais do paciente ficará a cargo do anestesiológico. Para isto, é indispensável que o paciente seja convenientemente avaliado pelo anestesiológico antes do procedimento, verificando a existência de comorbidades associadas, alergias, permeabilidade das vias aéreas, condições clínicas satisfatórias, etc. Esses pacientes devem ser assistidos preferencialmente no regime de internamento de curta duração nos chamados Hospitais Dia. A assistência neste caso é multiprofissional com a equipe composta por médico anestesiológico e cirurgião-dentista. Convém destacar os termos da [Resolução CFM 1.670/03](#) que trata dos três tipos de sedação, leve, moderada/analgesia (“sedação consciente”) e profunda/analgesia.

e) Seria possível estimar o custo do uso de centros cirúrgicos para a prestação de assistência odontológica a pacientes com agitação psicomotora?



R – São muitas variáveis envolvidas nesta questão, diárias de hotelaria, taxas hospitalares, tipos de medicamentos a serem utilizados, profundidade da sedação, necessidade de material de suporte para a manutenção dos sinais vitais do paciente, etc. É necessário avaliar a relação custo-efetividade.

f) *Como a questão em referência vem sendo resolvida em países desenvolvidos, bem como nas regiões mais desenvolvidas do Brasil?*

R – Traçando paralelo entre o tratamento odontológico e os procedimentos de endoscopia digestiva alta (EDA) não é demais afirmar que a Bahia está à frente de outros centros quando o quesito segurança e conforto para os pacientes está em jogo, posto que, em nosso meio as EDAs são realizadas em clínicas, hospitais dia, e/ou hospitais gerais com assistência do anestesiológico em sedação profunda, em ambiente cirúrgico no qual há mais segurança e onde é mais eficiente a abordagem em procedimentos invasivos.

É o PARECER. SMJ

Salvador (Ba), 19 de novembro de 2020.

Cons. José Abelardo Garcia de Meneses

RELATOR DE VISTAS