

MEDIDAS DE SEGURANÇA DO DOENTE PSIQUIÁTRICO INTERNADO

2012

Sandra Carla Leal da Fonseca

Licenciatura em Enfermagem. Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saude Mental e Psiquiatria (Universidade de Évora). Pós graduação Forense pelo INML - Coimbra (Portugal)

E-mail:

carlafonseca38@gmail.com

RESUMO

Este trabalho surge no desenvolvimento do Processo de Acreditação pela ACSA a decorrer no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Santarém, tendo em vista a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e das boas práticas. O presente documento pretende ser o ponto de partida para o trabalho de reflexão e construção de um protocolo do serviço sobre o risco e a eventual fuga de doentes. Este protocolo servirá para normalizar os procedimentos, as intervenções de enfermagem e os registos realizados ao nível da ocorrência de uma situação acidental que exige coordenação e direcção de operações de emergência, contempladas no Plano de Emergência Interno. O documento de trabalho foi assim dividido em duas grandes áreas, o risco e a fuga de doentes. Além disso procurou-se ainda dar um contributo para a parametrização CIPE a realizar no serviço de Psiquiatria do HDS no que se refere à fuga, como forma de uniformizar e registar os procedimentos. Foram ainda elaboradas duas checklist, uma checklist de procedimentos preventivos e uma outra de ocorrência de fuga, que pretendem ser documentos de apoio à operacionalização do protocolo.

Palavras-chave: Agressão, violência dirigida a outrem, hostilidade, fuga, checklist

ALGUNS CONCEITOS

Agressão- 1.A.1.1.2.2.2.1.10

É um tipo de interação social com as características específicas auto-assertiva enérgica ou atitude que se manifesta física, verbal ou simbolicamente, emergindo de impulsos naturais ou

ocorrendo como mecanismo de defesa, e que se traduz em actos construtivos ou destrutivos dirigidos ao próprio ou contra os outros.

Violência dirigida a outrem- 1.A.1.1.2.2.2.1.11

È um tipo de interação social com as características específicas, demonstração enérgica de ações ou uso injusto do poder com o objectivo de agredir ou lesar, maltratar ou atacar ações contra terceiros, violentas, atacantes, prejudiciais, ilegais ou culturalmente proibidas, estado de conflito ou luta de poderes.

Hostilidade- 1.A- 1.1.2.2.1.1.9.1.1.1

É um tipo de violência dirigida a outrem com as características específicas, demonstração de amargura, aversão, ameaça activa ou lesiva dos outros.

PRECAUÇÃO SEGURANÇA- 1.A- 1.1.2.2.1.1.9.1.1.1

É um tipo de precaução com as características específicas: desempenhar atividades diretamente orientadas para prevenir e evitar acidentes ou perigos que são especificamente conhecidos por provocarem lesões e prejuízo, executar atividades orientadas para a manutenção da segurança ambiente (CIPE, B2).

FUGA DE DOENTES (PEI)

Situação acidental que exige a coordenação e direção de operações de emergência, no âmbito do Plano de Emergência Interno.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO/ LEGAL

Os cidadãos internados num estabelecimento de saúde são pessoas com direitos e deveres, não sendo por isso considerados apenas no ponto de vista clínico da sua patologia, deficiência ou idade, mas sim com todo o respeito devido pela dignidade humana, inerente ao ser humano, pois cada pessoa é um ser único e singular, protagonista de uma história e de uma entidade, que lhe é própria.

Os estabelecimentos de saúde, devem respeitar os direitos universais do homem e cidadão (a não discriminação, o respeito da pessoa, a sua liberdade relativamente à sua vida privada, e à

sua autonomia). No que diz respeito aos utentes dos serviços de psiquiatria e saúde mental estes direitos são discriminados na Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, Lei de Saúde Mental.

Qualquer que seja a situação experienciada, a pessoa tem o direito de ser respeitada na sua dignidade. Deve ser dado um maior ênfase em situações em que resulta internamento, pois a pessoa fica exposta a um meio que lhe é estranho e encontra-se fragilizada pela doença, necessitando de todo o apoio e atenção por parte de quem a cuida.

No entanto os episódios de agressividade ou disruptivos podem surgir de forma inesperada e são frequentes em contexto de internamento de psiquiatria, sendo motivo de preocupação para as equipas multidisciplinares das instituições onde se prestam cuidados de saúde a doentes do foro mental.

Prevê o n.º 1 do art. 12.º do aludido diploma que o portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento médico adequado.

Requisito essencial do internamento compulsivo é a recusa de submissão do portador de anomalia psíquica ao necessário tratamento médico.

Preceitua, por outro, o n.º 2 do art. 8.º do referido diploma que o internamento compulsivo só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento e finda logo que cessarem os fundamentos que lhe deram causa.

Desta norma resulta que o internamento compulsivo, enquanto restrição a direitos, liberdades e garantias fundamentais, se encontra submetido a um estrito princípio de necessidade, - art. 18.º da Constituição da República Portuguesa.

A consagração deste princípio fundamental está previsto no n.º 1 do art. 8.º. Por outro lado, o internamento compulsivo deve obedecer também ao princípio da proporcionalidade, nos termos do n.º 2 do mesmo preceito legal.

Em termos práticos, temos que em situações concretas de perigo podem requerer o tratamento compulsivo de pessoa com anomalia psíquica, as autoridades de saúde pública e o Ministério Público, nos termos do art. 13.º do mesmo diploma. A legitimidade para requerer o internamento nestas condições não se restringe apenas as entidades anteriormente indicadas. Todos os indivíduos com a qualidade de representantes legais do portador de anomalia, os que têm o poder jurídico de interditar. Em determinadas situações (no caso de se verificarem os pressupostos contidos no n.º 1 do art. 12.º no decurso de um internamento voluntário) tem legitimidade o Director Clínico do Estabelecimento de Saúde.

Assim, a título de exemplo, um elemento afecto às autoridades de saúde pública – delegado de saúde, face a solicitação de um membro da família ou mesmo um vizinho do indivíduo com

perturbações, emite um mandado de condução para avaliação da necessidade de tratamento compulsivo.

Na sequência dos direitos do internado, nomeadamente o de estar presente aos actos processuais que lhe digam directamente respeito e ser assistido por defensor, as decisões sobre a privação de liberdade, por parte do juiz obriga que o internado seja informado/notificado dos seus direitos e deveres.

Tais medidas representam, concomitantemente objetivos terapêuticos, de proteção da vida e da integridade física dos doentes. Estas medidas devem intersectar-se com os direitos e liberdade do doente.

Assim é fundamental que as instituições estejam dotadas de pessoal suficiente com competências técnicas específicas, e preparados para ajudar a prevenir episódios de agressividade através de atividades ocupacionais e de medidas de reabilitação psicossocial quando aplicável, com a participação e envolvimento do doente de forma a garantir a qualidade dos cuidados.

MEDIDAS DE SEGURANÇA

As medidas de segurança devem ser aplicadas de forma sistemática e continua a todos os utentes com risco de fuga, e fazem parte das boas práticas de enfermagem.

Preocupações a ter em consideração com a segurança em geral:

As medidas de segurança são aplicadas de forma sistemática e continua a todos os doentes, dada a especificidade dos utentes com patologia psiquiátrica existem algumas especificidades:

- ✓ Verificar e registar os pertences no momento da admissão, e após as visitas.
- ✓ Validar o cumprimento das recomendações com o doente (Consentimento Informado-Acordo Terapêutico escrito).
- ✓ Identificar as necessidades de informação/formação da família ou pessoa significativa/cuidador do doente.
- ✓ Entrevista de admissão os familiares sobre as normas e recomendações específicas do serviço. (dinheiro, comida, tabaco e produtos de uso pessoal).
- ✓ Restringir o uso de tabaco, isqueiro e fósforos, ficando a sua utilização controlada pelos profissionais do serviço, que têm como cuidado a guarda destes objetos em local seguro.
- ✓ Restringir o uso de telemóveis ou outro equipamento eletrónico, que deve ficar à guarda dos profissionais do serviço em local seguro. Qualquer contato a realizar pelos utentes, deve ser proporcionado pelo Serviço, com adequada supervisão.

- ✓ Restringir o uso de cintos, máquinas de barbear, perfumes, corta unhas, facas, canivetes, tesouras, sprays, etc...
- ✓ Verificar e armazenar em local próprio e seguro a medicação do domicílio (que deve ficar sob a responsabilidade da equipa de profissionais do serviço – equipa de Enfermagem).

- **Implementar anualmente um plano de formação a todos os elementos da equipa onde se analisem e discutam os episódios de risco de fuga e fuga de doentes do Departamento.**
- **FORMAÇÃO ANUAL POR CATEGORIAS PROFISSIONAIS)**

Preocupações a ter em consideração com a segurança nas instalações

- ✓ PORTA PARA O EXTERIOR – deve estar sempre fechada e só é aberta pelos profissionais do serviço através da introdução da impressão digital.
- ✓ PORTAS DAS CASAS DE BANHO – apenas abertas as que dão acesso aos sanitários. As portas das casas de banho do duche só se encontram abertas para a higiene no turno da manhã
- ✓ PORTA DA CASA DE BANHO DOS PROFISSIONAIS- sempre fechada à chave, quando esta não se encontra a ser utilizada.
- ✓ AS RESTANTES SALAS – Sala de sujos, arrecadação, sala de terapêutica e de Enfermagem devem ter as portas fechadas quando estas áreas não se encontram a ser utilizadas.
- ✓ VERIFICAÇÃO PERIÓDICA DAS CONDIÇÕES DE SEGURANÇA DA PORTA DE ACESSO AO INTERNAMENTO; pelas respectivas entidades.

Preocupações a ter em consideração com a segurança do doente:

- ✓ Os doentes só podem ausentar-se do serviço mediante autorização e prescrição médica.
- ✓ Na condição da prescrição escrita os doentes só podem ausentar-se na companhia de familiares, após breve avaliação da equipa de enfermagem e sempre dentro do perímetro hospitalar.

- ✓ Os doentes internados compulsivamente, ou ainda descompensados psiquicamente, não têm autorização para se ausentarem do serviço (Estão privados da sua liberdade por decisão judicial).
- ✓ Durante o horário da visita 17.00h-18.30h deve-se manter sempre um Assistente Operacional Junto da porta de saída /Recinto das Visitas.
- ✓ Não existe base legal para Licenças de Ensaio com posterior abandono, mesmo com responsabilidade imputada aos familiares ou Representante Legal, não está previsto na Constituição da Republica Portuguesa.

PARAMETRIZAÇÃO CIPE Risco de Fuga - PSQUIATRIA HDS

O presente quadro pretende responder a uma solicitação de ter um ponto de partida, um contributo para a parametrização CIPE.

Solicitação: Não serem levantados Focos/Intervenções	
Estabelecer as Intervenções de Enfermagem tendo como base “Fuga/Risco de Episódios de Fuga	
Exercício: Tendo por base Lei de Saúde Mental e as medidas de Intervenção possíveis estabelecer em Linguagem CIPE as intervenções de enfermagem mais adequadas à “Atitude Terapêutica”	
Tipo de Intervenção preconizado	Proposta Parametrização CIPE
Lei de Saúde Mental	<u>Atitude Terapêutica</u>
Medidas Preventivas (Risco de Fuga)	Intervenções CIPE: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gerir Comunicação ✓ Vigiar sinais de ansiedade ✓ Vigiar Sinais de desconfiança ✓ Vigiar planos de fuga ✓ Estimular o doente a gerir os seus sentimentos ✓ Dar tempo que o doente expresse os seus sentimentos ✓ Providenciar atividades na enfermaria ✓ Providenciar atividades seguras ✓ Vigiar todas as ameaças verbalizadas de fuga ✓ Gerir terapêutica SOS ✓ Verificar se os medicamentos são efetivamente ingeridos; ✓ Explicar todas as medidas de segurança para o doente ✓ (Outras Ações Possíveis)
Medidas Preventivas em relação ao equipamento	Intervenções CIPE: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gerir ambiente ✓ Reduzir estímulos ambientais ✓ Remover objetos potencialmente perigosos ✓ Manter condições de segurança

EPISÓDIO DE FUGA

Quando um doente foge do serviço (Internamento):

PROCEDIMENTOS:

- ✓ Comunicar (comunicação feita pelo enfermeiro responsável do doente) a ocorrência para a Linha de emergência da Telefonista /Seguranças (1302), fornecendo toda a informação disponível; (Verificação de todos os acessos ao hospital e perímetro hospitalar).
 1. Nome
 2. Idade
 3. Sexo
 4. Aspecto físico/Vestuário
 5. Eventual perigosidade
- ✓ Verificar as condições de segurança da unidade e equipamento (toda a equipa).
- ✓ Informar a Policia de Segurança no caso de internamento compulsivo (sempre), e ou no caso de doentes susceptíveis de causar danos patrimoniais.
- ✓ Informar a família do doente, solicitando que procurem por ele em locais de alguma probabilidade e que comuniquem ao serviço assim que o encontrarem.
- ✓ Informar superior hierárquico ou médico assistente ou de banco.
- ✓ Aguardar 24h para se fazer a alta hospitalar por fuga e libertação da cama.

ANEXOS

ANEXO I

Fatores envolvidos no Internamento Compulsivo

Internamento Compulsivo em Portugal

6.3 Factores envolvidos no internamento compulsivo

Na literatura científica estão descritos múltiplos factores associados ao internamento compulsivo, que se podem englobar em quatro grupos principais: 1) factores sociodemográficos; 2) factores clínicos; 3) factores comportamentais; e 4) factores de ordem pública. Quadro III.

Quadro III - Factores envolvidos no internamento compulsivo.

Factores Sociodemográficos	Factores Clínicos	Factores Comportamentais	Factores de Ordem Pública
Sexo	Psicopatologia	Comportamento violento	Comportamento em espaços públicos
Idade	Consciência da doença	(hetero e auto-agressivo)	Envolvimento da polícia
Estado civil	Diagnóstico	Perigo para o próprio ou terceiros	
Nacionalidade / etnia	Aceitação ou recusa do internamento		
Emprego	Qualidade da interacção entre doente e psiquiatra		
Nível de formação escolar ou profissional	Existência de contacto anterior		
Nível socioeconómico	Duração da doença		
Propriedade da habitação	Adequação do acompanhamento		
Agregado familiar	Internamentos voluntários e compulsivos anteriores		
Ajustamento social e suporte social	Duração de internamento		

7. INTERNAMENTO COMPULSIVO EM PORTUGAL

7.1 A Lei de Saúde Mental

A Constituição da República Portuguesa (CRP) de 1976, contemplava a privação total ou parcial da liberdade individual unicamente “em consequência de sentença judicial condenatória pela prática de acto punido por lei com pena de prisão ou de aplicação judicial de medida de segurança” (artigo 27.º, n.º 2, da CRP). Por esta razão a possibilidade de internamento compulsivo de doentes mentais ao abrigo da anterior regulamentação, Lei n.º 2118, de 3 de Abril de 1963, deixou de poder ser aplicada por ser incompatível com a CRP (Rodrigues, 2000).

Em 1997 a Assembleia da República procedeu à revisão da Constituição e aditou às exceções da privação da liberdade consagradas no artigo 27.º: “o internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente”. Ficou assim aberto o caminho à preparação de uma lei que permitisse no quadro de um Estado de Direito o internamento de doentes portadores de doenças mentais, sem o seu consentimento.

Decorridos 22 anos (e nomeadas três comissões de técnicos) foi finalmente aprovada na Assembleia da República uma lei que enquadrava os internamentos involuntários na legalidade.

A Lei 36/98 de 24 de Julho⁸, designada Lei da Saúde Mental (LSM), entrou em vigor em 1999 e compõe-se de dois capítulos. No primeiro capítulo enuncia os objectivos, a protecção e promoção da saúde mental, os princípios gerais de política, a criação do Conselho Nacional de Saúde Mental, os direitos e deveres do utente. No segundo capítulo regulamenta o internamento compulsivo.

A LSM estabelece como fundamento para o internamento compulsivo que o indivíduo seja portador de anomalia psíquica grave (Art.º 12). Caso isto se verifique, o doente pode ser internado sem dar consentimento se estiver presente um de dois pressupostos (Art.º 12, n.º 1 e 2): 1) existir por força da anomalia psíquica uma situação de perigo para bens jurídicos de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial e recuse submeter-se ao tratamento; 2) o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e o alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado.

De acordo com Andrade (2000), o primeiro pressuposto configura o fundamento do “internamento de perigo, em que, por estarem em causa valores comunitários, se pode ultrapassar a falta de acordo do internando”. O segundo pressuposto configura o “internamento tutelar em que, independentemente da perigosidade, se pretende defender a saúde de quem, estando em risco de ruína, não esteja em condições de se determinar pelo tratamento”.

A LSM além do internamento compulsivo ordinário, contempla o internamento de urgência (Art.º 22). Esta modalidade de internamento aplica-se aos casos em que satisfeitos os pressupostos do art.º 12, o perigo para bens jurídicos próprios ou alheios seja iminente, incluindo a deterioração aguda do estado do portador de anomalia psíquica grave (Mendes, 2000).

Na opinião de Dantas (2001), a preocupação principal do diploma “é a necessidade de tratamento médico de quem dele careça”; aos psiquiatras cabe tomar a decisão de internar ou não, após indispensável avaliação clínico-psiquiátrica, de dar alta ou de promover a substituição pelo tratamento ambulatorio compulsivo. A avaliação clínico-psiquiátrica deve responder aos pressupostos para o internamento compulsivo,

designadamente, se o internando é portador de uma anomalia psíquica grave, qual a natureza do perigo e a necessidade de internamento. Para este jurista: “A Lei relega (...) a intervenção judiciária para uma função de garantia e de legitimação social das restrições de direitos que o internamento (compulsivo) encerra”.

A respeito do principal fundamento para o internamento compulsivo, os legisladores optaram por não designar as perturbações psiquiátricas específicas capazes de justificar esta intervenção. O texto da LSM recorre ao termo “anomalia psíquica” quando pretende caracterizar o estado patológico do sujeito que fundamenta o internamento compulsivo.

O termo “anomalia psíquica” tem uma aplicação alargada no ordenamento jurídico português, estando presente na Constituição, no Código Penal, no Código de Processo Penal e no Código Civil. Para Santos e Leal-Henriques (1999) e Albergaria (2003) “o conceito de anomalia psíquica ultrapassa os casos de doença mental, abrangendo, as neuroses, perturbações de consciência, as oligofrenias, as psicopatias, as pulsões, etc.”. Esta opinião segue a de outros reputados juristas como Eduardo Correia e Mezger (Rodrigues, 2000).

No articulado da LSM é determinado que a “anomalia psíquica” deve ser “grave”, possivelmente, segundo Santos e Leal-Henriques (1999), como uma forma de excluir as perturbações que não são casos de doença mental. Sobre este ponto Rodrigues (2000) salienta: “Se a anomalia psíquica não for grave, não há lugar a internamento compulsivo, ainda que gere situações de perigo”.

A LSM, segundo Andrade (2000), adoptou um modelo misto de decisão médica e judicial no sentido de encontrar um consenso entre dois saberes: o saber técnico-científico do psiquiatra e o saber jurídico do juiz. O equilíbrio destes saberes (e poderes) é traduzido nas normas que obrigam a uma avaliação clínico-psiquiátrica prévia ao internamento, de forma a que não pode haver internamento compulsivo sem que dois psiquiatras dos serviços oficiais de assistência o considerem adequado. Por outro lado, o juiz após a avaliação clínico-psiquiátrica favorável, ouvidos os interessados e o Ministério Público decretará o internamento compulsivo se considerar que se verificam os restantes pressupostos legais. Deste modo procura-se salvaguardar o direito ao tratamento das perturbações mentais e a aplicação correcta da lei. Na opinião de Albergaria (2003), o legislador ao configurar o internamento compulsivo como um internamento por decisão judicial, optou por um modelo judicial, como os casos das leis belga, holandesa e alemã dos distritos de Berlim e Bremen.

As vulnerabilidades da LSM, segundo Andrade (2000), situam-se na formulação dos pressupostos. Este autor salienta a indefinição do conceito de “bens jurídicos de relevante valor” próprios, em especial os de natureza patrimonial (Art.º 12, n.º 1) e em relação ao segundo pressuposto (Art.º 12, n.º 2), refere que embora esteja condicionada à falta de discernimento, pode incubar uma prática salutista ofensiva do direito à liberdade e à diferença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ CARTA DOS DIREITOS DO DOENTE INTERNADO - Direção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde - Ministério da Saúde Direcção-Geral da Saúde.
- ✓ CIPE B2- Ordem do Enfermeiros.(WWW.ordemdosenfermeiros.pt). Acedido em 20/05/2012.
- ✓ Lei n.º 36/98,de 24 de Julho, Lei de Saúde Mental.
- ✓ Machado *et tal.* - MANUAL DE ROTINAS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. BRASIL. 2008.
- ✓ PREVENÇÃO DE SEGURANÇA OU A SUA ENVOLVENTE, Nº: 021/2011: 06/06/2011- Ministério da Saúde- Direcção-Geral da Saúde.
- ✓ Talina, A. - INTERNAMENTO COMPULSIVO EM PSIQUIATRIA (ESTUDO COMPARATIVO) - II Mestrado em Saúde Mental, da Faculdade Nova de Lisboa. 2004.