

PROTOCOLO DE CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA NAS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Este protocolo visa assegurar uma assistência multidisciplinar eficaz no monitoramento, implementação e estabelecimento de critérios para a aplicação das intervenções em pacientes com agitação psicomotora ou agressividade no ambiente hospitalar.

Justificativa:

A agitação psicomotora é caracterizada por um aumento da atividade psicomotora associado a uma sensação subjetiva de tensão, manifestando-se em comportamento como fala ameaçadora, tensão muscular, hiperatividade, impaciência e desconfiança. Em casos mais graves, o paciente pode apresentar prejuízo no juízo crítico da realidade, dificultando o reconhecimento da necessidade de ajuda (Mantovani et al., 2010; Del-Ben et al., 2017).

É fundamental que os os Hospitais ou Unidades Pré-Hospitalares estejam preparados para lidar com essas situações, não apenas silenciando os sintomas ou isolando o paciente, mas oferecendo um atendimento que considere a integralidade do cuidado e a proteção dos direitos humanos (Zeferino et al., 2016).

Indicação:

A contenção mecânica é uma medida terapêutica que deve ser utilizada de forma segura, eficaz e como último recurso de tratamento, quando forem esgotadas todas as alternativas como abordagem verbal, mudanças no ambiente e eliminação de fatores externos que possam estar influenciando negativamente o comportamento do paciente.

O procedimento jamais deverá ser realizado com o propósito de punição, coerção, intimidação ou por conveniência da instituição ou da equipe de saúde. Trata-se de uma conduta terapêutica excepcional, indicada nas seguintes situações:

- a. Prevenir danos físicos ao paciente em caso de agitação psicomotora, confusão mental, risco de violência auto provocada, auto-extermínio ou quedas;
- b. Prevenir danos físicos iminentes a terceiros em caso de heteroagressividade;

Avaliação e Manejo do Paciente com Agitação ou Comportamento Agressivo

1. Avaliação do Paciente:

- Anamnese:
- Exame Físico e Exames Complementares:
- Exame Psíquico:

2. Abordagem ao paciente Agitado e/ou Agressivo

A comunicação clara sobre a admissão de pacientes agitados e/ou agressivos é crucial. O paciente deve ser removido do ambiente ao primeiro sinal de agitação para evitar a progressão do comportamento violento. O atendimento deve ser realizado em um local reservado, com a equipe presente para garantir a segurança.

A agitação psicomotora geralmente evolui em estágios, muitas vezes iniciando com uma hostilidade podendo evoluir até a violência. A intervenção deve interromper essa progressão, evitando posturas autoritárias e buscando uma abordagem colaborativa. As intervenções devem ser escalonadas e não coercitivas, com a atuação precoce da equipe ajudando a evitar a necessidade de contenção.

3. Manejo Ambiental e Organizacional

A preparação do ambiente físico e organizacional é fundamental para a eficácia do manejo. Medidas a serem adotadas incluem:

- **Organização do Espaço:**
 - Remover objetos perfuro cortantes, como tesouras e facas e qualquer item que possa causar incêndio, como isqueiro e produtos inflamáveis
 - Assegurar fácil acesso às portas, que devem permanecer abertas.
 - Dispor de sistemas de comunicação eficazes.
- **Atendimento Rápido:** Reduzir o tempo de espera e oferecer atendimento precoce.
- **Observação Contínua:** Monitorar constantemente o ambiente e os membros da equipe.
- **Redução de Estímulos:** Minimizar estímulos externos, como sons em alto volume, televisão ligada e luz extrema. Remover pessoas que possam desestabilizar o ambiente.

2.2 Manejo Comportamental e Atitudinal

O objetivo é estabelecer uma relação de acolhimento e confiança com o paciente, facilitando a colaboração no controle da agressividade. A conduta dos profissionais é essencial para minimizar o risco de violência, incluindo:

- **Comportamento calmo:** Evitar movimentos bruscos, manter uma distância segura e olhar diretamente para o paciente.
- **Apresentação da Equipe:** Identificar-se e apresentar os demais membros da equipe.
- **Apoio ao Paciente:** Deixar claro que o objetivo é ajudar o paciente a controlar seus impulsos.
- **Comunicação Clara:** Falar de maneira firme, pausada, com perguntas claras e diretas.
- **Estabelecimento de limites:** Definir e comunicar limites de forma objetiva e acolhedora.
- **Estimular a expressão:** Incentivar o paciente a verbalizar seus desejos e sentimentos.
- **Flexibilidade e escuta:** Demonstrar flexibilidade, ouvir atentamente, oferecer opções e manter uma atitude otimista.
- **Evitar conflito:** Não confrontar, ameaçar, provocar ou humilhar.

É importante explicar claramente as condições para a colaboração, destacando que comportamentos que causam danos a si mesmo ou aos outros não serão aceitos, e que danos ao patrimônio podem ter consequências legais. Se, após a abordagem verbal, a

agitação persistir, e for necessário usar medicamentos ou contenção, a equipe deve deixar isso claro para o paciente.

4. Manejo Físico

Quando todas as estratégias não coercitivas — como manejo ambiental e organizacional, comportamental e atitudinal, e farmacológico — se mostram insuficientes para controlar a agitação, o manejo físico pode ser considerado como último recurso. A contenção física envolve a imobilização do paciente por vários profissionais que o seguram firmemente no solo. A contenção mecânica é realizada utilizando faixas de couro ou tecido, em quatro ou cinco pontos, que fixam o paciente ao leito.

ATENÇÃO: Proibido REALIZAR chave de braço (torção do braço atrás do tórax), imobilização do pescoço (forçando para baixo), esganadura (envolver o pescoço com o braço), torção de membros, pisões, uso de força além do necessário.

Diretrizes para Realização das Contenções Físicas e Mecânicas

a) Diretrizes Gerais e Prescrição

- A contenção física deve ser empregada somente quando não houver outro meio disponível para prevenir danos iminentes ao paciente ou a outros. A decisão de utilizar a contenção deve ser discutida e avaliada pela equipe, levando em conta as condições que justificam sua necessidade. É proibido utilizar a contenção para fins de disciplina, punição ou conveniência institucional.
- A prescrição da contenção é responsabilidade do médico, conforme a Resolução CFM nº 2.057/2013. Em situações de urgência, o enfermeiro pode conduzir a contenção conforme a Resolução COFEN Nº 746 de março de 2024. A equipe de enfermagem pode iniciar a contenção seguindo o Processo de Enfermagem, devendo o médico ser acionado para avaliação e prescrição imediata.
- Se não for possível realizar uma avaliação completa do paciente antes da prescrição, deve-se rapidamente avaliar seu estado mental e sinais indicativos de condições orgânicas.

b) Preparo da Equipe e do Ambiente

- A contenção deve ser realizada por vários membros da equipe, preferencialmente cinco. Podem participar do procedimento médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, além de outros membros capacitados da equipe (Não é permitido que pacientes ou terceiros - inclusive familiares - realizem a contenção).
- Manter kits de faixas de contenção disponíveis na unidade. Após o início do procedimento, a contenção não deve ser interrompida por qualquer motivo.

c) Técnicas para Contenção Física

Escolher um coordenador da ação e disponibilizar outros quatro profissionais da equipe que deverão se posicionar ao redor do paciente, cada um segurando um membro. Para

contenções menos complexas, podem ser necessários três profissionais; para situações mais difíceis, o número deve ser ajustado conforme necessário. O posicionamento dos profissionais deve garantir distância segura e restringir o espaço de fuga, evitando ficar atrás do paciente até a ordem de contenção.

O coordenador lidera o processo, determina as etapas e comunica as ações à equipe usando códigos verbais, e inicia o manejo verbal com o paciente, informando sobre o procedimento, enquanto os demais preparam o leito e as faixas.

O líder envolve o tórax, segura a cabeça e inclina o paciente para trás, enquanto cada profissional segura um membro com ambas as mãos, com cuidado. Para segurar os membros superiores, os profissionais devem usar ambas as mãos, segurando o punho e posicionando o cotovelo sob a axila do paciente. Para segurar os membros inferiores, os profissionais ficam agachados, abraçam o joelho com uma mão e seguram o tornozelo com o outro braço estendido. Para segurar o tórax, o profissional passa um braço por baixo da axila, fixando o paciente ao longo do tórax e garantindo que todas as áreas das costas e glúteos estejam apoiadas pelo tórax, abdome e pelve do profissional.

A equipe transporta o paciente ao leito, coloca-o em decúbito dorsal e realiza a contenção mecânica. As faixas devem ser aplicadas em ordem, começando pelos membros com maior risco de escape (Em caso de agitação psicomotora severa, pode ser necessário o uso de cinto na região pélvica, que deve ser posicionado somente após a imobilização dos membros - A imobilização tipo “para-quedas” (por baixo das axilas) não deve ser utilizada, bem como qualquer restrição à expansão do tórax. O paciente deve ser contido em decúbito dorsal e com a cabeceira elevada em todas as situações, objetivando evitar a broncoaspiração. A cada hora deve-se realizar relaxamento das faixas. Deve-se cobrir o paciente com lençol, deixando as partes que devem ser observadas descobertas (pulsos e tornozelos).

e) Cuidados Pós-Contenção:

O paciente deve ser acompanhado, durante todo o tempo em que permanecer contido, por um membro da equipe de enfermagem que prestará assistência integral: hidratação, alimentação, higiene, mudança de decúbito, aquecimento e interação.

O leito utilizado para a realização da contenção mecânica deve estar em local apropriado para que a equipe obtenha visualização direta e constante do paciente, objetivando garantir a segurança e o monitoramento do mesmo;

Monitoramento:

Observar a perfusão sanguínea, efeitos dos fármacos e realizar cuidados gerais como hidratação e higiene. A equipe deve registrar detalhadamente no prontuário do paciente as informações referentes à indicação, técnica utilizada, horário de início e término da contenção, monitoramento e evolução do paciente e intercorrências durante o procedimento;

A equipe de enfermagem deve realizar monitoramento contínuo do paciente e os itens que se seguem devem ser avaliados e anotados na prescrição a cada 15 minutos (COFEN, 2024):

Nível de consciência;

Sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura);

Local da contenção – dor, calor, edema e ferimento (com atenção especial à possibilidade de garroteamento e hiperextensão);

Necessidade de mudança de decúbito;

Evolução do paciente; e

Necessidade de manutenção da contenção.

O monitoramento deve ser rigoroso em pacientes sob sedação, crianças, adolescentes, idosos, gestantes, pacientes com patologia respiratória, epilepsia e/ou obesidade;

Reavaliação:

A contenção mecânica deve durar o menor tempo possível e, caso seja necessária sua prorrogação, após 2 horas deverá ser realizada nova prescrição médica e o paciente contido deverá ser avaliado de hora em hora pelo médico plantonista;

A equipe deve determinar o momento adequado para o término da contenção cuja retirada é indicada quando houver melhora do comportamento que gerou a contenção, ou do estado de consciência, ou do estado psíquico, e quando for possível fazer um contrato de liberação.

Informar o paciente, solicitar que permaneça calmo e determinar condutas posteriores. Esclarecer que o processo poderá ser interrompido caso retorne comportamentos de risco.

A retirada da contenção deve ser realizada uma a uma, com vários membros presentes. Orientar o paciente a movimentar os membros e se levantar devagar, pelo risco de queda. A equipe deve buscar resgatar a aliança terapêutica e tentar aliviar o trauma da medida, conversando com o paciente sobre a situação, permitindo que ele se expresse.

Referências:

BRASIL. Lei N. 10.216, de 6 de abril de 2001. Política Nacional da Saúde Mental. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.057/2013. Disponível: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2013/2057>.

COFEN. Resolução nº 746/24. Normatiza os procedimentos de enfermagem na contenção mecânica de pacientes.. Conselho Federal de Enfermagem. [Internet]. 2004. [acesso 14 agosto 2024]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-746-de-20-de-marco-de-2024/>

DALGALARRONDO, P. Síndromes psicomotoras. In: DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2019.

DEL-BEN C. M. et al. Emergências Psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. Medicina (Ribeirão Preto, Online.), v. 50, supl. 1, p. 98-112, jan.fev. 2017.

JACINTHO, A. C. A., STELLA, F., LAURITO JR., J. B. Agitação Psicomotora. In: BOTEGA, N. J. (Org.). Prática psiquiátrica no hospital geral. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 219-235.

MANTOVANI, C. et al. Manejo de paciente agitado ou agressivo. Revista Brasileira de Psiquiatria, v.32, p. 96-103, out. 2010.

PINTO, J. P. et. al. Agressividade e agitação psicomotora. In: QUEVEDO, J., CARVALHO, A. F. (Org.). Emergências psiquiátricas. Porto Alegre: Artmed, 2014.

RICHMOND, J. S. et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry project BETA de-escalation workgroup. The Western Journal of Emergency Medicine, Milwaukee, v. 13, n. 1, p. 17-25, fev. 2012.

STEFANELLO, S.; CAMPOS, P. J. Cuidado/Manejo da pessoa em crise em situações específicas. In: ZEFERINO, M. T.; RODRIGUES, J.; ASSIS, J. T. (orgs.). O cuidado às pessoas em situação de crise e urgência na perspectiva da atenção psicossocial. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014, p. 51-70.

ZEFERINO, M., et al. "Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial." Escola Anna Nery 20.3 (2016): e20160059.