

PROTOCOLO DE CONTENÇÃO FÍSICA/QUÍMICA HSVP/SES/DF

ELABORADO PELO NQSP ,COMISSÃO DE INVESTIGAÇÃO E GERENCIAMENTO DE RISCO E
EVENTOS ADVERSOS E COLABORADORES. REVISADO EM 2017.

INTRODUÇÃO

A Contenção física se refere a mecanismos mecânicos para restringir a movimentação do paciente quando este oferece riscos para si ou para terceiros. É um procedimento largamente usado nessa instituição.

A decisão do uso ou não da contenção física no paciente psiquiátrico é realizada com avaliação rigorosa da situação deste, baseada em julgamento clínico, nas consequências dos riscos para o paciente e equipe assistencial. Em alguns casos com envolvimento de equipe multidisciplinar, do paciente e quando possível da família. O procedimento não é realizado como punição, disciplina, intimidação do paciente, conveniência da instituição ou da equipe de saúde.

AMPARO LEGAL

Lei nº10.216, de 06 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, menciona o direito do portador de transtorno mental de ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis.

TIPOS DE CONTENÇÃO

Contenção Física - Termo mais utilizado na área de saúde. Ato de conter alguém, alguma coisa e envolve o uso de dispositivos para limitar a mobilidade física do cliente (Envolve a Contenção manual, mecânica ou química).

Imobilização – Tornar imóvel alguém ou alguma coisa. Este termo é mais usual. Sendo utilizados em cursos de defesa pessoal e/ou academias de Artes Marciais.

OBJETIVOS

- Prevenir eventos como quedas, ferimentos e contaminação e/ou deslocamento de punção venosa, colheita de material para exame, etc;
- Proteger o paciente e a equipe assistencial contra lesões e traumas garantindo a manutenção do tratamento do paciente;
- Preservar a integralidade física, psíquica e moral dos pacientes e da equipe assistencial;
- Preservar o patrimônio da instituição;
- Proteger outros pacientes e equipe de possíveis agressões, lesões e traumas.

AÇÕES PARA CONTENÇÃO MECÂNICA

A contenção física é realizada após discussão e avaliação da equipe presente quando da situação de urgência, com solicitação de prescrição médica no prontuário do paciente.

Em situações de urgência, é realizada pela equipe de enfermagem acompanhados pelo enfermeiro plantonista e em seguida comunicado ao médico para avaliação e prescrição.

ABORDAGEM

É avaliado e diagnosticado o comportamento agressivo e a situação de crise antes da abordagem ao paciente com técnicas de comunicação firmes, claras, transmitindo o desejo de ajuda-lo, tentando acalmá-lo. Nesse momento é necessário manter distância adequada para proteção de ambos, se necessária a contenção, mantém-se uma intervenção verbal durante e após o processo de contenção, explicando o que está sendo feito, o motivo e objetivos de tal procedimento. Desse modo, é estimulado e estabelecido sentimentos de confiança, segurança e apoio entre paciente e equipe.

A privacidade do paciente é preservada durante o procedimento e tempo de contenção. De 30 em 30 minutos ele é novamente avaliado: sinais vitais, perfusão sanguínea, presença de comorbidades clínicas, se a atadura está garroteando as partes contidas, eficácia da restrição, para evitar e prevenir eventos adversos e que lhe seja proporcionado conforto e proteção. A retirada da Contenção se dá após avaliação de um membro da equipe após conversa e orientações para o paciente. Todos os procedimentos realizados antes, durante e depois da Contenção, são registrados no prontuário.

INDICAÇÃO

- Pacientes com agitação psicomotora, confusão mental, agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a terceiro e que não respondam às intervenções verbais e medicamentosas (menos restritivas);

- Pacientes com risco de fuga e auto-extermínio;
- Imobilização para prevenção de quedas após sedações ou quadros de confusão mental;
- Alto risco de degradação do ambiente como janela, mobiliário, equipamentos, dentre outros;
- Por solicitação do próprio paciente e/ou família para garantir diagnóstico de tratamento;
- Para evitar quedas de pacientes drogados, demenciados, agitados, semiconscientes, inconscientes ou em síndrome de abstinência;
- Para alguns tipos de exames ou tratamentos;
- Nos casos de pacientes não colaborativos na manutenção de punção venosa, curativos, etc.

ABORDAGEM INICIAL AO PACIENTE AGITADO

Para ser mais eficiente e seguro no atendimento tanto para a equipe, quanto para o paciente:

- Colhemos o máximo de informações a respeito antes de abordá-lo;
- Ficamos alerta a riscos de violência eminente;
- Não realizamos abordagens /entrevista com o paciente desacompanhado (exceto quando vem sozinho). Nesse caso é feito contato com familiar);
- Procuramos criar um vínculo terapêutico com o paciente.

AVALIAÇÃO INICIAL

A avaliação inicial deve fornecer subsídios para eventuais episódios de agitação que requeiram contenção física/química: anamnese, exame físico e estado mental. É obtido o histórico de alergias, reações adversas a medicamentos ou produtos de limpeza, doenças de base e uso de substâncias (lícitas e ilícitas) além de pesquisar o histórico pessoal e familiar para transtornos mentais. Esses dados poderão ajudar na investigação da causa da agitação. Alguns sinais são indicativos e reforçam a hipótese de causa orgânica para a agitação, como ausência de transtornos psiquiátricos prévios, início agudo do quadro, flutuação do nível de consciência, desorientação temporal ou espacial e doença clínica subjacente conhecida;

- Avaliação psiquiátrica inicial com pelo menos diagnóstico diferencial dos grandes grupos nosológicos (orgânico, sintomático, álcool e drogas, distúrbio psiquiátrico primário);
- História Progressiva, exame físico, prontuário, familiares, outros informantes;
- Sinais Vitais.

INTERVENÇÃO INICIAL

- Certificar se a quantidade de servidores é suficiente para uma contenção;
- Escuta e acolhimento do paciente (quando possível);
- Tentativa de contornar a situação pela palavra (abordagem verbal) e por outros recursos como mudança de ambiente, privacidade, retirar do ambiente agentes estressores, como familiares, na tentativa de criar um ambiente terapêutico, menos ameaçador;
- Cuidados específicos nos casos de contenção;
- Oferecer assistência e cuidados geral;
- Atitude acolhedora e compreensiva, porém firme;
- Avaliar se o paciente está em risco de passagem ao ato, agressividade e agitação intensa;
- Observação rigorosa em casos de tentativa de auto-extermínio.
- Retirar calçados, anéis, pulseiras, correntes e outros adornos, explicando o motivo ao cliente. (entrega para família ou guarda em cofre até a alta do paciente).
- Verificação de bolsa ou carteira com pertences que são relatados no prontuário e entregues à família ou guardados até a alta.
- Verificar assim que possível, lesões corporais, antes da Contenção Mecânica e em caso negativo, verificar após a Contenção mecânica.

TÉCNICAS DE CONTENÇÃO FÍSICA

a. A contenção física é um procedimento limite utilizado unicamente para a segurança do paciente, da equipe e dos outros pacientes além do patrimônio da instituição. Considerado um evento sentinela será monitorado na unidade pelo preenchimento do Registro de Contenção Física. Tal procedimento deve ser realizado dentro de uma lógica clínica com responsabilização coletiva, respeito pelos pacientes e familiares. Sua utilização implicará na discussão pelas equipes assistenciais e dos serviços de urgência/emergência da necessidade de tal procedimento

para cada paciente numa dada circunstância e suas consequências no tratamento/Projeto Terapêutico Individual do mesmo;

b. Compete ao médico, enfermeiro, auxiliares/técnicos de enfermagem comunicar o paciente, os familiares ou acompanhantes quanto à necessidade da contenção física;

c. A contenção será realizada por tempo determinado não ultrapassando 2 horas; devendo ter avaliação médica o mais rápido possível.

d. Nos casos de agitação/agressividade, risco de fuga ou de auto-extermínio, queda da própria altura determina-se entre a equipe e o profissional apto para fazer a abordagem, de preferência o profissional de referência para o paciente ou alguém experiente. Este é o único profissional que se dirige ao paciente, explicando-lhe o que está ocorrendo, o porquê de tal medida, sempre abordando verbalmente o paciente e com equipe de apoio para auxiliar em caso de agressividade;

e. É um procedimento realizado pela equipe assistencial, de preferência cada profissional se responsabilizando por um membro. O condutor do processo de contenção é responsável por proteger a cabeça do paciente, monitorar vias aéreas e dados vitais, durante todo o procedimento;

f. A Contenção Mecânica é realizada em 4 a 5 pontos do corpo da seguinte forma:

Contenção de tórax:

- Dobrar o lençol em diagonal e redobrá-lo até formar uma faixa;
- Colocar a faixa sob as costas do paciente passando-a pelas axilas;
- Cruzar as pontas e amarrá-las no estrado da cabeceira da cama (cuidado para evitar lesões de estiramento do braço e não restringir movimentos respiratórios).

Contenção do abdome:

- Pegar dois lençóis, dobrar em diagonal, enrolando-os até formar duas faixas;
- Colocar um dos lençóis sobre o abdome e o outro sob a região lombar;
- Unir as pontas dos lençóis e torcê-las;
- Amarrar as pontas dos lençóis no estrado da cama. Cuidado para não comprimir vísceras.

Contenção dos joelhos:

- Passar a ponta do lençol em diagonal do lado direito sobre o joelho direito e por baixo do esquerdo;
- Passar a ponta do lado esquerdo sobre o joelho esquerdo e por baixo do joelho direito;
- Amarrar as pontas nos estrados, nas laterais da cama. Cuidado com garroteamento.

Contenção de punhos e tornozelos - MMSS E MMII:

- Utilizar atadura para conter pacientes;
 - Pegar as pontas pelos dois centros;
 - Formar com as mesmas um laço com nó;
- Fixar as pontas da faixa no estrado da cama. Cuidado com garroteamento.

Contenção das mãos - Luva ou Mitene:

- Colocar o algodão na parte interna das mãos;
- Fechar a mão do paciente;
- Proceder o enfaixamento com crepom;
- Deixar o cliente confortável e o ambiente em ordem.

Manter elevação da cabeceira da cama em todas as situações a fim de evitar aspiração de vômitos e em especial:

- Pacientes em quadro de confusão mental;
- Pacientes sedados com sobrepeso, apresentando roncos ou com dificuldades respiratórias.

Avaliar nesses casos a possibilidade de conter o paciente na posição de decúbito lateral direito ou esquerdo para evitar a aspiração e a asfixia (contenção de apenas um MS e um MI).

Em nossa unidade quase não se usa a técnica de Contenção de joelhos, abdomem. e decúbito lateral.

MONITORAMENTO

- Monitoramento dos dados vitais, perfusão sanguínea, avaliação do local da contenção (dor, calor, edema e ferimento) no ato da contenção, a cada 30 minutos e no ato da retirada da contenção, registrando os dados no Registro de Contenção Física.
- A Contenção é realizada em UPE (Unidade de Procedimentos Especiais) no Posto de Enfermagem sendo de fácil acesso aos pacientes, facilitando o monitoramento.
- A Liberação da contenção é realizada sempre que possível no momento da refeição e na impossibilidade, é mantido decúbito elevado para administração de dieta e líquidos.
- A equipe de enfermagem permanece avaliando ao paciente e dá assistência integral durante todo o tempo em que ele permanecer contido: hidratação, alimentação, higiene, mudança de decúbito, aquecimento e proteção com roupas, banho no leito (se necessário), interação, oferecimento de informações e apoio como medida terapêutica
- A Enfermagem deverá registrar todos os dados no prontuário, relatando os fatos com clareza e objetividade (hora da contenção, dados vitais, ocorrência de eventos adversos, cuidados prestados e hora da retirada da contenção).

(ANEXO I). Estamos tentando para que seja colocado no prontuário eletrônico. Aguardando resposta do NIT.

REGISTROS

- Formulário deve estar disponível em todos os postos de Enfermagem da Unidade;
- Anotação da enfermagem;
- Prescrição médica;
- Preenchimento formulário de Registro de Contenção Física (ANEXO I).

QUEM PRESCREVE A CONTENÇÃO?

A Resolução nº 1952/2010 do Conselho Federal de Medicina – que trata das diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil - sinaliza que a **indicação** e a **prescrição de contenção física** ao paciente psiquiátrico competem ao **médico**.

IMPORTANTE

RESOLUÇÃO COFEN Nº 427/2012

Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de paciente.

Sendo assim, aqui no HSVP tanto médico quanto enfermeiro podem indicar o procedimento mas ambos tem que fazer o seguimento durante o tempo que o paciente permanecer contido.

ITENS DE CONTROLE

1. Prontuário, CID, local da internação, motivo da contenção física e confirmação de preenchimento do impresso de contenção física para todos os pacientes contidos na unidade, conforme tabela a seguir:

Prontuário	CID	Local da Internação	Motivo da contenção	Preenchimento do impresso	
				SIM	NÃO

ANEXO I

Registro de Contenção Física		
Paciente:		Prontuário:
Data: ____ / ____ / ____	Hora início da contenção: ____ : ____	Hora término da contenção: ____ : ____
_____ Ass./Carimbo Médico	_____ Ass./Carimbo Enfermeiro	

Motivo da Contenção

1- Risco de auto lesão	5- Risco de queda
2- Risco de lesão a terceiros	6- Abstinência com agitação
3- Risco de fuga	7- Outros: _____
4- Fissura	_____

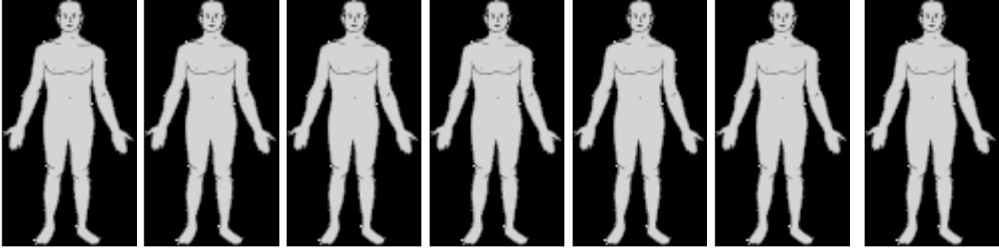
Atuação para prevenir a contenção mecânica

1-Contenção Verbal	
2- Contenção química	oral_____ parenteral_____

Tratamento farmacológico administrado e dados vitais

Ver folha de prescrição de medicação do paciente e folhas de dados vitais da enfermagem.
--

Tipo de Contenção

Horário de Início : __:__							
							
Horário	__:__	__:__	__:__	__:__	__:__	__:__	__:__
Controle de melhora							
(1)Sem alteração (2)Melhora parcial (3)Piora (4)Melhora completa							

Avaliação de Enfermagem (técnicos de enfermagem)

Tempo	0'	30'	Ato da retirada da contenção
Pulso			
P.A.			
F.R.			
Observações			
Assinatura/carimbo			

Horário da contenção: ____:____ Horário da retirada da contenção: ____:____

EVENTOS ADVERSOS/COMPLICAÇÕES SURTIDAS NO PERÍODO DA CONTENÇÃO FÍSICA:

- ☐ Sem eventos
- ☐ Com eventos. Especifique: _____
- ☐ Desidratação
- ☐ Depressão respiratória
- ☐ Sintomas extra-piramidais
- ☐ Convulsões
- ☐ Alteração da Consciência
- ☐ Acidente cardiocirculatório
- ☐ Outros. Especifique: _____
- _____

Data: ____/____/____

AGITAÇÕES PSICOMOTORAS PODEM SER DIVIDIDAS EM NOVE SUB-TIPOS

- Agitação maníaca: secundária a um intenso taquipsiquismo. O indivíduo se apresenta logorreico, inquieto, com idéias de grandeza e desinibição social;
- Agitação paranóide: secundária ao delírio paranóide e alucinações. O paciente se mostra desconfiado, hipervigilante, potencialmente agressivo e hostil, pronto para defender-se das possíveis ameaças que supostamente o cercam;
- Agitação catatônica: agitação impulsiva e intensa com movimentos repentinos e explosões agressivas;
- Agitação no Delirium: com origem orgânica. Além da agitação e irritabilidade, o paciente se encontra obnubilado, não apreendendo o ambiente, desorientado no tempo e espaço, com fluxo confuso de pensamento;
- Agitação nas demências: secundária ao quadro demencial, podendo estar associado a episódios paranóides, obnubilação e piora das capacidades cognitivas;
- Agitação oligofrênica: devido à dificuldade em compreender o ambiente, o paciente com deficiência mental se constrange e desespera-se, entrando em estado de agitação podendo ficar hétero ou auto-agressivo;
- Agitação explosiva: associada a transtornos de personalidade do tipo explosivo, borderline e sociopático. Os pacientes, quando minimamente frustrados, reagem de maneira agressiva e explosiva, voltando à calma quando atendidas suas necessidades;
- Agitação histérica: agitação mais teatral (dramática) e escandalosa (com muita verbalização), geralmente para obter ganho primário ou secundário;
- Agitação ansiosa: secundária a ansiedade e angústia extrema, o paciente se mostra irritado, tenso, andando rapidamente de um lado para o outro, sudoreico, trêmulo. Neste caso o risco de suicídio deve ser sempre considerado e as medidas de segurança rapidamente tomadas.

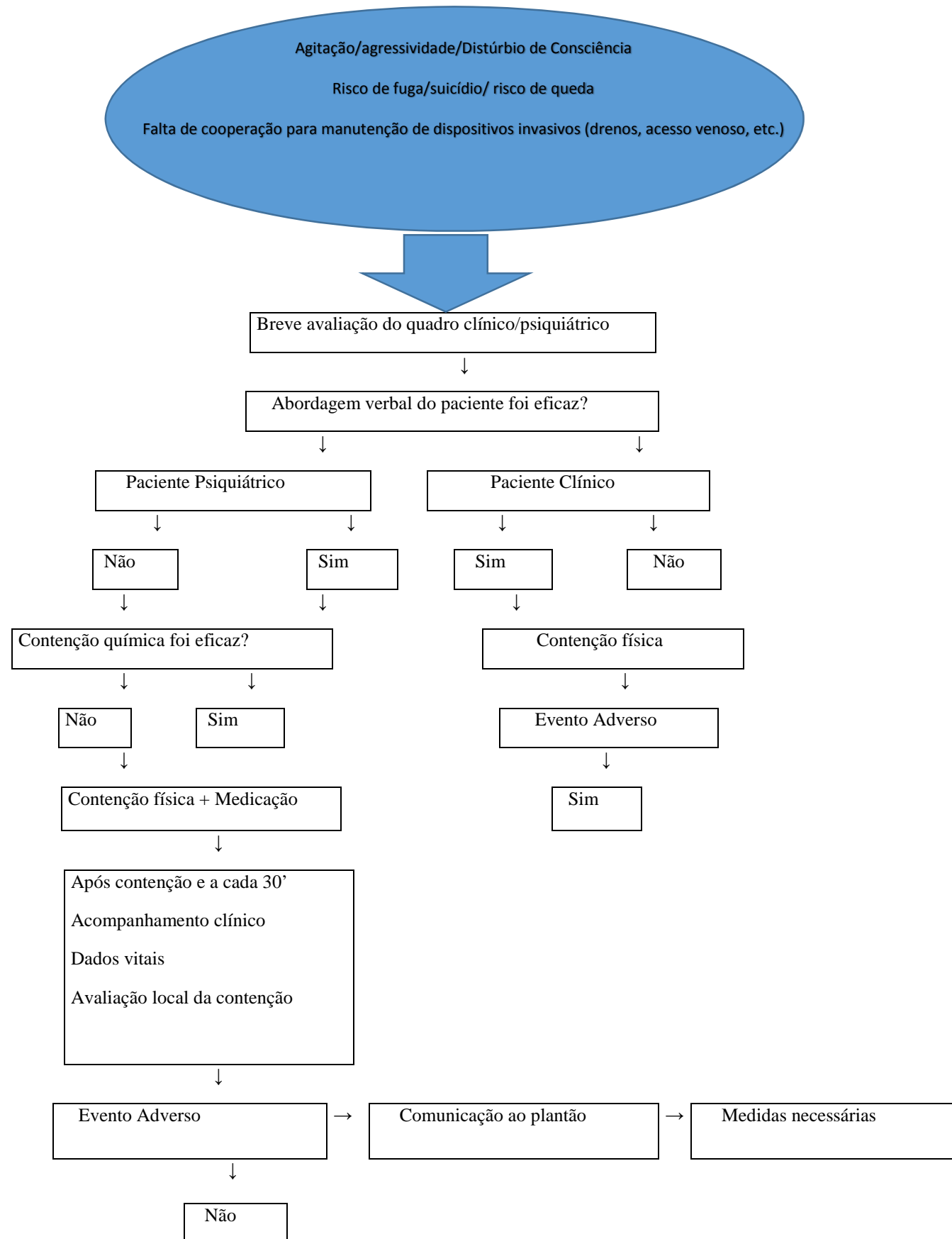
Deve-se considerar como diagnósticos diferenciais às entidades psiquiátricas primárias, condições médicas gerais e neurológicas conforme indicado abaixo:

Transtornos psiquiátricos	Transtornos neurológicos	Doenças clínicas gerais
primários		
Esquizofrenia	Demências (Alzheimer, Pick)	Doença Metabólica (hipoglicemia, distúrbios hidro-eletrolíticos)
Episódio maníaco do TAB	Acidentes Vasculares Encefálicos	Agentes tóxicos (metais pesados, drogas, venenos)
Abuso de substâncias psicoativas e álcool	Encefalopatias	Doenças infecciosas
Transtorno de personalidade antissocial	Doença de Wilson	Deficiências vitamínicas (B12, tiamina)
Transtorno de personalidade instável	Infecções do SNC (sífilis, HIV, herpes simples)	Distúrbios endócrinos (tireóide, Cushing)
Retardo mental	Estados ictais, pós-ictais	Encefalopatia hepática e urêmica
Transtornos orgânicos gerais (demência, delirium)	Esclerose Múltipla Doença de Huntington Traumatismo craniano Doença de Parkinson	Lúpus eritematoso sistêmico

Buscando explicitar os sinais de comportamento violento e agressivo, Botega 2006 estabeleceu o seguinte quadro diferencial

Sinais	Agressivo	Violento
Postura	Não se senta: age de forma claramente intimidadora. Faz ameaças verbais, fala palavrões, fala alto o tempo todo.	Anda de um lado para outro. Diz que vai agredir alguém presente naquele ambiente. Acabou de agredir alguém.
Psicomotricidade	Quase agitado: esmurra a parede, gesticula muito. Quebrou objetos em casa.	Agitado: tem algo nas mãos para se defender ou para agredir alguém. Está quebrando objetos no ambiente.
Humor	Estado raivoso: demonstra estar com ódio de todos, inclusive do entrevistador.	Está furioso: demonstra a decidida intenção de agir violentamente contra alguém.
Riscos	Muito alto	Iminente

ANEXO II
Fluxograma de Contenção



ANEXO III

DIRETRIZES GERAIS PARA O USO DE CONTENÇÃO QUÍMICA

Alexandre de Araújo Pereira

O uso da contenção química deve obedecer às seguintes orientações gerais:

1. É desnecessária a utilização da via endovenosa para os procedimentos de sedação em psiquiatria. A utilização da via oral deve ser utilizada sempre que houver cooperação do paciente. A via intramuscular deve ser utilizada sempre que for necessário ação farmacológica rápida em pacientes não cooperativos. Os seguintes esquemas de medicação (VO e IM) são usualmente utilizados para pacientes adultos e poderão ser repetidos, após 30 minutos da primeira aplicação, caso não tenha havido sedação adequada do paciente:

Medicação VO

Clonazepam – gotas: 2,5 mg / ml (01 gota = 0,1 mg) Fazer 40 a 60 gotas VO + Haloperidol – gotas: 2,0 mg / ml (01 gota = 0,1 mg) Fazer 50 a 100 gotas VO
--

Medicação IM

Haloperidol 01 ampola IM (1ml; 5mg) + Prometazina 01 ampola IM (2ml; 50mg) ou Haloperidol 01 ampola IM (1ml; 5mg) + Midazolam 01 ampola IM (3ml; 15mg)

2. Em pacientes com quadro de intoxicação alcoólica há maior risco de depressão respiratória, já que o álcool exerce ação depressiva sobre o Sistema de Nervoso Central. Nestes casos a utilização de benzodiazepínicos, como o Midazolam, e outros agentes com grande perfil de sedação devem ser evitados. Um esquema seguro para estes casos seria:

Haloperidol 01 ampola IM (1ml; 5mg) com repetição da dose em 30 minutos se necessário
--

3. São Necessários cuidados redobrados ao medicar pacientes idosos, pois são mais vulneráveis aos efeitos adversos dos antipsicóticos tradicionais. Nestes casos, metade da dose utilizada em adultos jovens é geralmente suficiente.

4. Em crianças com quadro de agitação psicomotora grave apenas a contenção física é geralmente suficiente. O haloperidol deve ser evitado em pacientes com epilepsia, depressão de medula e lesões subcorticais, pelo risco aumentado de síndrome neuroléptica maligna. Se houver necessidade de contenção química em crianças e adolescentes (06 a 12 anos):

Haloperidol 0,1 a 0,5 mg/kg/dia (máximo de 1,0 mg/kg/dia) VO ou IM

REFERÊNCIAS

- 1- Araújo EM. et.al. Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. J Bras Psiquiatr. 2010; 59 (2):94-98.
- 2- Bernik W, Gouvea FS, Lopes, K.V. Agitação psicomotora: Revista Brasileira de medicina. 2010 agosto; 67 (8):289-295.
- 3- Botega NJ.et al.Prevenção do comportamento suicida. Psico.2006; 37 (3).
- 4- Conselho Federal de Medicina. Resolução nº1.598, de 09 de agosto de 2000. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1598_2000.htm>, acesso em: 13/06/2011.
- 5- Freitas PF. Et al. Contenção física para unidade de pronto atendimento em saúde mental; revisão teórica ao modelo de protocolo XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação Universidade do Vale do Paraíba.
- 6- Paes MR, Borba, LO Brusamarello T, Guimarães NA, Maftum, MA. Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem. Ver.enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009out/dez; 17(4):479-84.
- 7- Princípios para a proteção de Pessoas Acometidas de Transtornos Mentais e para a melhoria da Assistência à Saúde Mental – OMS 1991.
- 8- Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – Versão Hospitais Psiquiátricos.
- 9- BOTEGA, Neury José (Org). Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta emergência. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- 10- CORDIOLI, Aristides Volpato (Org). Psicofármacos – Consulta Rápida. Porto Alegre: Artmed, 2000.

