

Protocolos *CLÍNICOS*

33

Manejo do paciente adulto com agitação e agressividade

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS
DIRETORIA ASSISTENCIAL
COMISSÃO CENTRAL DE PROTOCOLOS CLÍNICOS

© Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens acrescentadas a esta obra é dos autores/revisores. A responsabilidade pelos direitos autorais das versões anteriores permanece dos autores dessas versões. O conteúdo desta e de outras obras Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais pode ser acessada na página <www.fhemig.mg.gov.br>.

3ª Edição - 2022.

MANEJO DO PACIENTE ADULTO COM AGITAÇÃO E AGRESSIVIDADE

1ª Versão estabelecida em 19 de janeiro de 2012

REVISÃO TÉCNICA

Lucas Machado Mantovani¹

COLABORADORES

Guilherme Donini Armiato²

Camila de Andrade Oliveira²

Desirée Mainart Braga²

Deise Campos Cardoso²

Érika Cristina Fernandes Chamon³

Isabella Manetta de Moraes³

Shara de Brito Faria Campos³

VALIDADORES

Marco Antônio de Rezende Andrade⁴

Ana Carolina Amaral de Castro Hadad⁵

Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos⁶

EDITORES RESPONSÁVEIS - NUTIS | ADC

AUTORES DAS VERSÕES ANTERIORES

Eliane Mussel, Vanuza Fortes Ribeiro, Lília Freitas Leite, Jôwi Dimas Virgolino Malta Cardoso e colaboradores (2012); Eliane Mussel da Silva, Lília Freitas Leite, Vanuza Fortes Ribeiro e

¹Preceptor da Residência Médica em Psiquiatria do IRS

²Membros da Comissão Central de Protocolos Clínicos/DIRASS

³Membros da Coordenação de Segurança Assistencial/DIRAS

⁴Diretor Hospitalar do IRS

⁵Gerente de Diretrizes Assistenciais/DIRASS

⁶Diretora Assistencial/DIRASS

colaboradores (2013); Alexandre Aguiar, Fernanda Carneiro Guimarães, Fernanda Figueiredo, Suzana de Miranda, Guilherme Freire Garcia, Deise Campos Cardoso e colaboradores (2019).

APRESENTAÇÃO

O cuidado centrado no paciente e a promoção da gestão hospitalar baseada em evidências científicas são algumas premissas que norteiam o trabalho da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), desde a sua inauguração em 03 de outubro de 1977.

É considerada uma das maiores gestoras de serviços públicos do país, atuando sempre em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e, também, com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG).

A Fundação oferece serviços de alta e média complexidade e exerce papel de relevância e impacto macrorregional e estadual. É composta por 19 Unidades Assistenciais - organizadas por complexos - e o Sistema Estadual de Transplantes.

Nesse cenário desafiador, possui, também, papel de destaque em ensino e pesquisa, sendo um dos grandes centros formadores de profissionais de saúde com vivência em saúde pública do país.

Nosso interesse genuíno pelo fortalecimento da saúde pública, por meio da formulação e implementação de diretrizes clínicas assistenciais, faz com que esteja em foco a nossa responsabilidade social, com a produção e divulgação de Linhas de Cuidado e Protocolos Clínicos, que têm sido amplamente utilizados para consulta e apoio em serviços de saúde de todo país.

Entendemos que a aplicabilidade desse protocolo, em particular, poderá contribuir para melhor avaliação e tomada de decisão pelos gestores de saúde no que se refere ao manejo de pacientes adultos agitados ou agressivos, sintoma que pode estar associado a questões clínicas e ou psíquicas.

Este protocolo poderá ser adaptado à realidade de todas as Unidades Assistenciais da FHEMIG, sendo de extrema relevância para àquelas inseridas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo estas o Centro Mineiro de Toxicologia (CMT), Centro Psíquico de Adolescência e de Infância (CEPAI) – ambos CAPS inseridos na RAPS do município de Belo Horizonte; o Instituto Raul Soares (IRS) e o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB) – componentes hospitalares da RAPS; os leitos de saúde mental em hospital presentes no Hospital João XXIII (HJXXIII), Hospital Júlia Kubistchek (HJK) e Hospital Regional João Penido (HRJP), além das portas de urgência da rede, que também são pontos de atenção da RAPS.

Dra. Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos

Diretora Assistencial da FHEMIG

EXPEDIENTE FHEMIG

Presidência

Renata Ferreira Leles Dias

Chefe de Gabinete

Carolina Santos Lages

Diretoria Assistencial

Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos

Diretoria de Contratualização e Gestão da Informação

Diana Martins Barbosa

Diretoria de Gestão de Pessoas

Ana Costa Rego

Diretoria de Planejamento, Gestão e Finanças

Lucas Salles de Amorim Pereira

Controladoria Seccional

Ana Carolina de Aguiar Vicente

Procuradoria

João Viana da Costa

Assessoria de Gestão Estratégica e Projetos

Bárbara Campos de Andrade

Assessoria de Parcerias

Flávia Moreira Fernandes

Assessoria de Comunicação Social

Michèlle de Toledo Guirlanda

UNIDADES ASSISTENCIAIS DA FHEMIG

Complexo Hospitalar de Urgência e Emergência

Hospital Infantil João Paulo II | Hospital João XXIII | Hospital Maria Amélia Lins - **Fabício GiarolaOliveira**

Complexo Hospitalar de Especialidades

Hospital Alberto Cavalcanti | Hospital Júlia Kubitschek - **Samar Musse Dib**

Unidades Assistenciais de Saúde Mental

Centro Mineiro de Toxicomania - **Roberta Pádua Moraes**
Centro Psíquico da Adolescência e Infância - **Virgínia Salles de Resende M. de Barros**
Instituto Raul Soares - **Marco Antônio de Rezende Andrade**

Complexo Hospitalar de Barbacena

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena | Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo - **Claudinei Emídio Campos**

Unidades Assistenciais de Referência

Hospital Regional Antônio Dias - **Valéria Costa Queiroz**
Hospital Regional João Penido - **Daniel Ortiz Miotto**
Maternidade Odete Valadares - **José Luiz de Almeida Cruz**

Hospital Eduardo de Menezes - **Virgínia Antunes de Andrade Zambelli**

Unidades Assistenciais de Reabilitação e Cuidados Integrados

Casa de Saúde Padre Damião - **Adelton Andrade Barbosa**
Casa de Saúde Santa Fé - **Roberto Rodrigues Corrêa**
Casa de Saúde Santa Izabel - **Eliane Daniele Teixeira Magalhães**
Casa de Saúde São Francisco de Assis - **Vanessa Cristina Leite da Silveira**
Hospital Cristiano Machado - **Andreza Conceição Lopes Vieira Sete**

Sistema Estadual de Transplantes

MG Transplantes - **Omar Lopes Cançado Júnior**

LISTA DE SIGLAS

CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental

CMF - Conselho Federal de Medicina

CMT - Centro Mineiro de Toxicomania

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

PTS - Plano Terapêutico Singular

RAPS - Rede Atenção Psicossocial

TAB - Transtorno Afetivo Bipolar

PTS - Plano Terapêutico Singular

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 PALAVRAS CHAVE	12
3 OBJETIVOS.....	13
4 POPULAÇÃO ALVO.....	13
5 UTILIZADORES POTENCIAIS	13
6 METODOLOGIA	13
7 RECOMENDAÇÕES E PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS	13
8 MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO	15
9 ATIVIDADES ESSENCIAIS	16
9.2 Diagnóstico: agitação e agressividade.....	19
9.3 Prevenção: recursos frente ao risco de passagem ao ato	20
9.4 Indicações para Contenção de Pacientes	23
9.4.1 Indicações psiquiátricas e clínicas para contenção física/mecânica	23
9.5 Manejo de Pacientes com Agitação ou Agressividade	23
9.5.2 Contenção Física.....	24
9.5.3 Contenção Química.....	24
9.5.4 Contenção Mecânica.....	27
9.6 Eventos Adversos	30
9.8 Registro	33
14 BENEFÍCIOS POTENCIAIS	36
15 RISCOS POTENCIAIS	36
16 ITENS DE CONTROLE.....	36
REFERÊNCIAS	37
Conflito de Interesses dos Autores.....	38

1 INTRODUÇÃO

Agitação psicomotora e agressividade devem ser tratadas como emergência psiquiátrica, cuja intervenção terapêutica imediata é imperativa para proteção do paciente, demais pacientes e da equipe. A agitação é caracterizada por inquietação, aumento da excitabilidade psíquica, resposta exacerbada aos estímulos, irritabilidade, atividade motora e verbal aumentada, inadequada e repetitiva, podendo cursar com agressividade. Estudos brasileiros apontam que esse comportamento é mais observado em homens jovens e adultos, quando inseridos em ambientes considerados tensos ^{1, 2, 3}

O manejo do paciente que se apresenta agitado ou agressivo está bem descrito na literatura utilizando as seguintes modalidades: contenção física ou mecânica, contenção pessoa a pessoa (verbal, uso da força física, psicológica), contenção química e contenção ambiental (restrição de acesso a locais específico). ⁴

A contenção química, realizada pelo uso de medicamentos, pode evitar o uso da contenção física. Seu objetivo é acalmar o paciente sem uma sedação excessiva, isto é, uma tranquilização rápida. ³

A contenção física é uma prática realizada em Instituições de Saúde de diversos países e, embora não existam evidências científicas sobre seus benefícios e riscos, a sua ocorrência variou entre 0,25% a 59% em estudos realizados em pacientes psiquiátricos com agitação psicomotora no setor de emergência. ²

A contenção mecânica/física do paciente deve ser compreendida como uma medida terapêutica transitória de proteção, até que medidas mais sustentáveis, menos invasivas e mais voluntárias possam ser utilizadas e passem a exercer o efeito terapêutico necessário e desejável. Portanto, é uma intervenção realizada quando o comportamento de algumas pessoas se torna transitoriamente perigoso para si ou para terceiros, necessitando de medidas terapêuticas de proteção.

A Resolução nº 2057, de 20 de setembro de 2013, do Conselho Federal de Medicina (CFM) respalda, em seu Art. 16, § 3º, a prescrição da contenção mecânica no leito pelo profissional médico, pois diz que

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.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por sua vez, reconhece a habilitação dos profissionais de enfermagem para a execução da contenção mecânica no leito ao

dedicar toda a Resolução nº 427/2012 à normatização do procedimento, com a exigência do registro constante das condições clínicas e dados vitais do paciente, além de prescrição médica, mesmo que não seja realizada imediatamente após o procedimento. Estabelece que será indicada após esgotada todas outras alternativas.

A Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, determina em seu Artigo 2º, Inciso I, que é direito dessas pessoas “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”.

Estudos demonstraram que os portadores de sofrimento mental são suscetíveis a episódios de agressividade e agitação e que durante a internação cerca de 18% a 25% apresentam esse comportamento. Entretanto, vale ressaltar que a maioria dos portadores de transtorno mental não são violentos e que a agressividade não aparece de modo súbito².

Os locais onde mais se observam casos de agitação ou agressividade em hospitais são as salas de emergência (até 10%)³, salas de espera, internações psiquiátricas e unidades geriátricas (até 75%).^{5, 6} A exclusão de causas clínicas não associadas ao transtorno mental deve ser rotina nos serviços de saúde.²

Dados sobre 740 contenções mecânicas ocorridas no Hospital Galba Veloso da FHEMIG (2011-2012) foram analisados buscando identificar fatores associados com esta prática. Os pesquisadores observaram maior frequência de contenção mecânica em pacientes do sexo masculino (57,2%), idade entre 18 e 39 anos (69,3%), motivadas por agitação psicomotora ou agressividade (75,5%), com diagnóstico de esquizofrenia, psicose ou abuso de álcool e drogas ilícitas (76,5%). Os procedimentos registrados no

Formulário de Contenção Mecânica foram intervenção verbal ou medicamentosa anterior à contenção mecânica (69,1%) técnica de 4 ou 5 pontos (79,6%) e duração de 61 a 240 minutos de contenção em 30,8% dos casos.¹

Para a decisão do uso ou não da contenção mecânica é imprescindível que seja realizada uma avaliação holística do paciente, baseada no julgamento clínico bem fundamentado, nas consequências e riscos para o paciente e toda equipe assistencial. Busca-se, para a tomada dessa decisão, o envolvimento da equipe multidisciplinar, do paciente e da família, sempre que possível.

Existem várias condições clínicas que podem evoluir para o comportamento agitado, sendo que algumas dessas condições podem ser ameaçadoras à vida do paciente. Diante do quadro de agitação e agressividade psicomotora, é necessário que os

profissionais de saúde sejam capazes de diferenciar as principais causas para implementação de medidas sistemáticas e adequadas de abordagem.²⁷

Nos últimos anos, a discussão e implementação de ações voltadas para a segurança do paciente tem sido cada vez mais intensificadas. Por meio do Decreto nº 529 de 1º de abril de 2013 o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente que tem por objetivo contribuir para a qualidade do cuidado ofertado e, conseqüentemente, para a segurança assistencial.²⁶

A segurança do paciente reduz a um mínimo aceitável o risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde, sendo que na ocorrência desses danos pode haver o comprometimento da estrutura ou função do corpo e ou quaisquer efeitos resultantes, como doença, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção (física, social e ou psicológica).²⁶

A manutenção da segurança do paciente em qualquer ambiente de saúde é responsabilidade atribuída aos profissionais de saúde, assim como dos gestores em oferecer condições de segurança a seus profissionais.³¹

Estudos apontam sobre a importância e necessidade de preconizar a abordagem verbal com o paciente agitado, para maximizar a segurança e minimizar a agitação. Além disso, ações voltadas para a distração do paciente, mudança de ambiente, para a satisfação de suas necessidades básicas, o incentivo da presença de familiares e amigos, são intervenções capazes de reduzir quadros de agitação ³¹. Quando esses recursos não surtirem o efeito esperado, a contenção mecânica poderá ser utilizada, sendo isso um processo que acelera o controle da situação.²⁶

Entendendo, ainda, que todo paciente com comportamento agitado e ou agressivo tem o direito de recusar o tratamento médico, recomenda-se um atendimento ético e individualizado, ofertado por uma equipe capacitada e amparada por protocolo institucional. Toda intervenção e decisão realizadas deverão constar como registro em prontuário.

Apresentamos no quadro abaixo as definições utilizadas neste protocolo:

Quadro 1: Definições relacionadas com o manejo de pacientes agitados.

Abordagem Verbal	Restrição da movimentação por uso da fala ou argumentos psicológicos.
Contenção física ou mecânica	A contenção física é entendida como a imobilização do paciente por vários profissionais da equipe de saúde, utilizando-se, para isso, de força física. Já a contenção mecânica é entendida como o uso de dispositivos para conter o paciente no leito.
Contenção química	Uso de medicamentos para sedação de pacientes com risco grave e imediato de lesões a si mesmo ou a outras pessoas, quando incapaz de se conter argumentos psicológicos.
Contenção ambiental	Restrição de ambientes onde o paciente possa circular.
Comportamento violento/ Agressividade	Pode ser definido como aquele que conduz ou ameaça conduzir a dano físico em pessoas ou objetos.
Agitação	Atividade motora excessiva associada a uma experiência subjetiva de tensão. Níveis de estratificação de quadros de agitação são avaliados segundo escala ACSES validada.
Delirium	Alterações no pensamento e ou comportamento que ocorre num período limitado de tempo, geralmente horas, devendo ser considerado uma doença aguda.
Observação: Agitação psicomotora e agressividade são manifestações psicopatológicas complexas, mas inespecíficas, que podem ser decorrentes de condições clínicas variadas, o que exige o estabelecimento de raciocínio clínico voltado para um diagnóstico diferencial amplo.	

Fonte: Adaptado ^{4, 5, 8}

Este protocolo tem como população alvo os pacientes psiquiátricos ou com agitação psicomotora à esclarecer, estando presentes principalmente em **salas de urgências ou de enfermarias clínicas**. O Manejo de tais casos tem como particularidade a abordagem inicial para causas orgânicas e muitas contenções são realizadas com a finalidade de promover a segurança terapêutica como, por exemplo a manutenção da soroterapia e da ventilação mecânica em paciente agitado. Dessa forma, as diretrizes para contenção química e física serão semelhantes àquelas para pacientes psiquiátricos apresentadas aqui.

2 Palavras Chave

Contenção mecânica, contenção física, paciente psiquiátrico, agressividade.

3 Objetivos

1. Indicar adequadamente os diferentes procedimentos de contenção do paciente.
2. Orientar os profissionais de saúde sobre as opções terapêuticas que devem anteceder a indicação de contenção mecânica.
3. Ressaltar a importância de o procedimento ser realizado de forma ética, individualizada e humanizada.
4. Alertar sobre a prevenção de eventos adversos.

4 População Alvo

Pacientes adultos com comportamento agitado e ou agressivo em instituições psiquiátricas ou clínicas.

5 Utilizadores Potenciais

1. Gestores e profissionais de saúde das Unidades Assistenciais da FHEMIG.
2. Gestores e profissionais de saúde inseridos nos diversos Pontos de Atenção das Redes Atenção à Saúde, em especial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Estado de Minas Gerais.

6 Metodologia

Revisão não sistemática da literatura nas bases de dados Up To Date, Medline e NICE, nos Conselhos de Enfermagem e Medicina, diretrizes nacionais e internacionais. O nível de evidência, quando disponível na literatura, é apresentado junto às recomendações.

7 Recomendações e Principais Evidências

São poucas as evidências científicas que comprovam a eficácia da contenção física/mecânica ou algum benefício para a saúde do paciente em decorrência da sua utilização, o que eleva a responsabilidade da equipe no uso deste método.⁹

Sugere-se:

- Agitação e agressividade podem ocorrer associadas a diferentes diagnósticos clínicos e ou psiquiátricos, não sendo específico de nenhuma psicopatologia. Os

quadros clínicos devem sempre ser investigados, mesmo em emergência psiquiátrica.^{8, 10}

- Sempre que possível, identificar quadros clínicos ou atitudes que permitam prevenir a ocorrência de agitação ou agressividade nos pacientes atendidos nas Instituições de Saúde. É possível que o paciente chegue em agitação ou agressividade ao serviço de saúde.^{6, 10, 11}
- Diante de um paciente agitado ou eventualmente agressivo, o objetivo é a sua tranquilização que pode ser definida como a redução significativa dos sintomas sem, no entanto, levar à sedação prolongada, mantendo o paciente calmo e parcialmente responsivo com o mínimo de efeitos colaterais.¹¹
- Pelo menos um membro da equipe de contenção seja uma mulher quando envolver paciente do sexo feminino.⁶
- A abordagem verbal deva anteceder as contenções química e física/mecânica.⁶
- A contenção mecânica requer uma atuação multidisciplinar com uma intervenção articulada^{8, 9}. Sugere-se que a equipe deva ser composta por pelo menos cinco membros sob a supervisão direta do Enfermeiro, líder do grupo⁶.
- Ficar atento para os fatores associados aos eventos adversos nos casos de contenção mecânica. Risco de morte, maior risco de queda, maior risco futuro de ser contido novamente, lesões de pele, desidratação, alteração da circulação sanguínea, estase, consequências osteomusculares da redução de atividade física, problemas psicológicos, declínio cognitivo, confusão.⁹
- Atentar-se para que durante a intervenção, não haja prejuízo na evolução do paciente, como retirada de cateteres, drenos e curativos.²⁸
- Ao término da contenção, observar se as extremidades dos membros superiores (MMSS) e membros inferiores (MMII) estão livres para circulação sanguínea. Elevar a cabeceira e as grades da cama.²⁶
- Fazer avaliação do risco de queda na admissão do paciente, quando houver mudança do quadro clínico e na presença de queda.³⁰
- Atentar-se para possíveis interações medicamentosas que podem potencializar a confusão mental e algum evento adverso respectivamente.²⁹

Além disso:

- A prescrição da contenção mecânica é ato médico e deverá ser registrado em prontuário como qualquer outra prescrição.¹²
- A atenção ao paciente deve ocorrer pelo menos a cada intervalo de 60 minutos pela equipe multiprofissional, com registro em prontuário do quadro clínico e dados vitais do paciente a cada avaliação.
- A educação permanente sobre o manejo do paciente agitado/agressivo pode diminuir a necessidade de medidas restritivas e tornar o procedimento mais eficiente e menos traumático para o paciente, a equipe assistencial e a família.⁹
- Registrar em prontuário do paciente todos os atos profissionais requeridos para o atendimento é atividade inerente ao trabalho e serve para respaldar a equipe, sempre em conformidade com protocolo estabelecido e validado pelo gestor do hospital.^{6, 13, 14}
- É necessário que as equipes de saúde que ali atuam, discutam e elaborem planos de ação que os direcionem para as melhores e mais seguras práticas de manejo desse quadro, uma vez que a agitação psicomotora e a agressividade trazem riscos para o paciente e para a equipe que o atende.²⁶
- A contenção, seja ela física ou mecânica, será realizada por tempo mínimo necessário, de acordo com a necessidade e gravidade de cada caso (Resolução CFM nº 2057/2013).

8 Material / Pessoal Necessário

- Equipe multidisciplinar capacitada;
- Medicamentos padronizados para contenção química;
- Material para contenção mecânica;
- Compressas de algodão ortopédico, gazes, ataduras de crepom para proteção da pele;
- Loção ou creme hidratante, se necessário.

9 Atividades Essenciais

9.1 Estratégias a nível institucional

Estratégias institucionais que possam minimizar a violência em hospitais são fundamentais como suporte aos profissionais próximos aos atendimentos. A participação da Alta Gestão se inicia antes mesmo dos eventos, propiciando este suporte. São estratégias sugeridas na literatura: ^{6, 8, 9, 10}

- Implantação e monitoramento de protocolos e rotinas com apoio da Alta Gestões
- Educação permanente para todos os profissionais que se envolvem com este atendimento:
 - A capacitação em hospital psiquiátrico ou clínico deverá garantir a indicação correta da contenção do paciente. Pode ser trimestral ou semestral, levando em consideração a frequência do número de casos, a multidisciplinaridade, a rotatividade dos profissionais e os horários de trabalho das equipes. Capacitações únicas ou esporádicas não surtem o mesmo efeito que uma capacitação com periodicidade estabelecida. ^{6, 9}
 - Uma boa capacitação deve preparar profissionais para serem capazes de compreender e lidar com provocações, xingamentos, ofensas e tentativas de agressão como uma forma a mais de apresentação sintomática de doenças mentais, certamente tão desagradáveis quanto ser atingido por vômito de pacientes nauseados ou tosse de pacientes com doenças infecciosas.
- Garantia da segurança da equipe, inclusive por meio da organização do local de atendimento: remoção de objetos que possam ser utilizados pelo agressor, rota de fuga e sistemas de alarme e redução de pessoas que possam perturbar o paciente.
- Aumentar o limiar de tolerância para a contenção mecânica no leito é fundamental para a equipe assistencial, dando preferência sempre que possível a outras formas menos invasivas e mais voluntárias de intervenção terapêutica de proteção ao paciente.
- Locais previamente reservados para a contenção e para atendimento aos familiares.

- Sala de espera, emergência, internação psiquiátrica, corredores, dentre outros, podem estar preparados para prevenir ou reduzir riscos e fatores estressantes aos pacientes.
- Divulgar pesquisas e relatórios visando a identificação precoce de ocorrência de agitação ou agressividade no hospital, de acordo com os atendimentos prestados e registrados.
- A diretoria deve ser informada e deve monitorar os casos de pacientes em contenção física por mais que **48 horas**.

O tema deste protocolo é assunto bem discutido pelo Ministério da Saúde e pelos Conselhos Profissionais. No texto a seguir, identificamos alguns marcos legais sobre a boa prática do ponto de vista do gestor que merecem destaque:

- A contenção mecânica está fundamentada no Código de Ética Médica, nas Resoluções e Pareceres do CFM e nas Portarias do Ministério da Saúde que normatizam os CAPS: Resolução CFM 2.057/2013, Resolução CFM 1.952/2010, Processo Consulta nº 8.589/10 - CFM (01/11), Parecer nº 1.317/01- CRM/PR, Portaria 224/1992, Portaria MS/GM 336/2002, Portaria MS/GM 3088/2011 e Portaria MS/GM 121/2012.

Sendo assim, conclui-se que é **obrigação dos gestores e dos responsáveis por essas instituições oferecer as condições de segurança aos pacientes e aos seus profissionais de saúde e condições físicas adequadas ao atendimento dos pacientes**, que vão desde boas instalações e equipe multiprofissional, bem como **capacitação técnica a todos os profissionais de saúde** para exercerem todas as suas funções terapêuticas necessárias à correta assistência aos doentes, inclusive contenção quando necessária. ¹⁵ Grifo nosso.

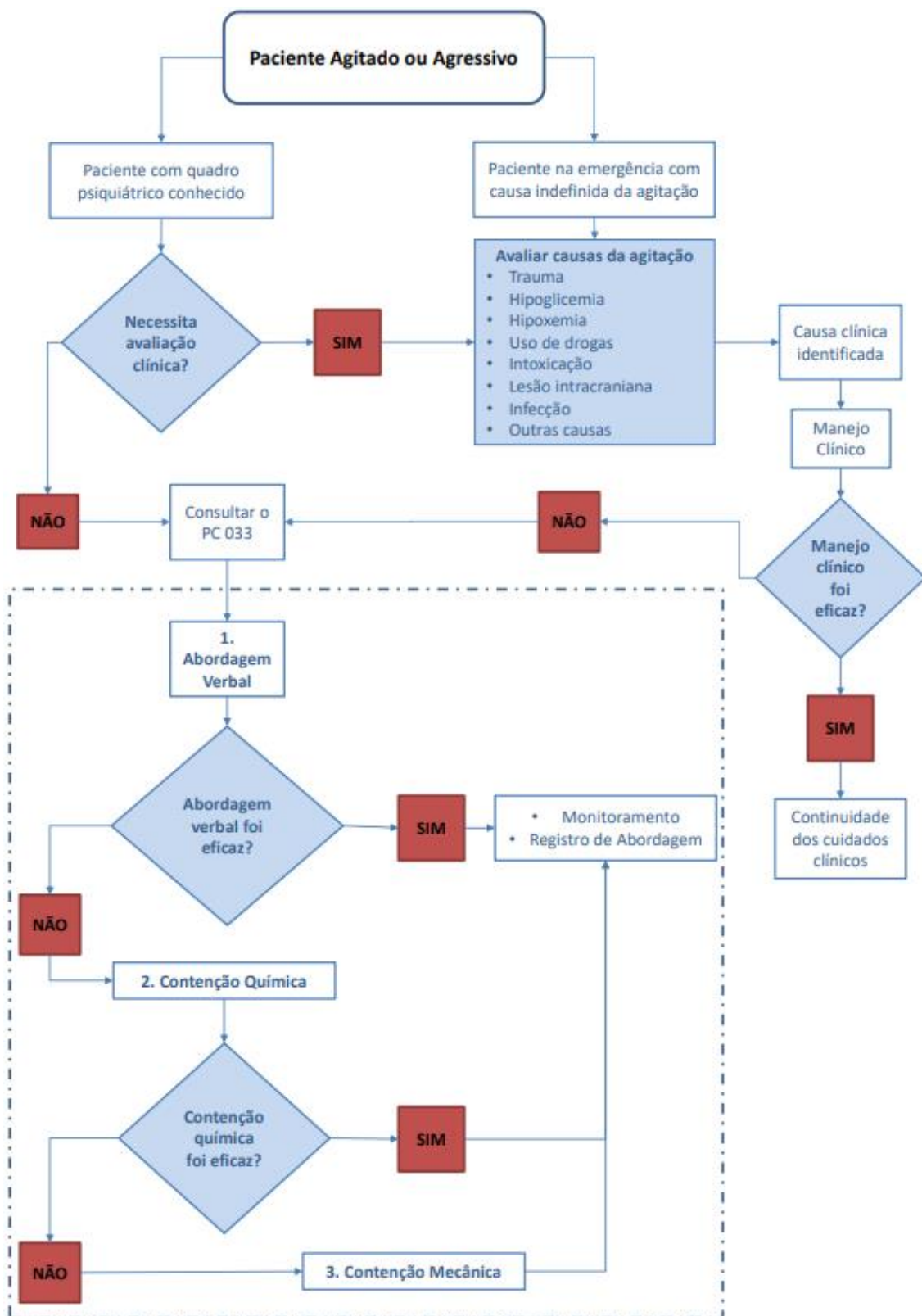


Figura 1 Fluxo de Atendimento do Paciente Agitado ou Agressivo

9.2 Diagnóstico: agitação e agressividade

Agitação ou agressividade não são manifestações específicas de quadros psiquiátricos e, por isso, necessitam da identificação de possíveis causas para a correta e segura abordagem dos pacientes⁸.

A avaliação inicial do paciente - anamnese, exame físico e estado mental - deve fornecer subsídios para alerta de eventuais episódios de agitação que requeiram contenção mecânica durante sua internação.

Nas emergências, esses quadros são mais comumente encontrados em pacientes portadores de intoxicação, uso de drogas lícitas ou ilícitas, esquizofrenia, episódios maníacos e transtorno de personalidade.

A avaliação psiquiátrica inicial buscará, ao menos, associar o quadro de agitação do paciente a um dos grupos nosológicos que seguem: orgânico, sintomático, álcool e drogas, distúrbio psiquiátrico primário.

Pacientes podem apresentar agitação por causas não psiquiátricas ou por se encontrarem em ambiente desconfortável (superlotados, ruidosos, demora no atendimento, dentre outros.).

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.

Deve-se pesquisar rotineiramente outra condição clínica como o histórico de alergias, reações adversas a medicamentos, doenças de base, intoxicação, medicamentos prescritos para diagnósticos clínicos, uso de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas), além de pesquisar o histórico pessoal e familiar para transtornos mentais. Devem ser investigados: hipoglicemia, hipóxia, trauma craniano, hipertermia ou hipotermia, meningites, sepses, acidente cerebrovascular, tumor cerebral ou estado epilético. A Unidade Assistencial pode estabelecer exames complementares de triagem como rotina para estes pacientes.⁸

10, 16

Algumas horas de permanência do paciente na instituição poderão contribuir para uma melhor avaliação e obtenção de um diagnóstico mais assertivo.¹⁰

Quadro 2 Causas prováveis de agitação ou agressividade

Transtornos psiquiátricos primários	Transtornos neurológicos	Doenças clínicas gerais
Esquizofrenia	Demências (Alzheimer, Pick)	Doença Metabólica (hipoglicemia, distúrbios hidroeletrolíticos)
Episódio maníaco do TAB (Transtorno Afetivo Bipolar)	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 (tireoide, 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

9.3 Prevenção: recursos frente ao risco de passagem ao ato

É recomendável a observação rotineira do paciente que está em risco de passagem ao ato, agressividade e agitação intensa – recomenda-se o uso a Escala de Avaliação de Agitação-Tranquilização (Quadro 3). Os fatores de risco para este comportamento devem ser identificados e registrados o mais brevemente possível no prontuário do paciente, mesmo no caso de pacientes psiquiátricos que não apresentam agitação, como forma de prevenir esta possibilidade.

Diante de um paciente agitado ou eventualmente agressivo, o profissional deve promover a sua tranquilização que pode ser definida como uma redução significativa dos sintomas sem, no entanto, levar à sedação prolongada, mantendo o paciente calmo e parcialmente responsivo com o mínimo de efeitos colaterais.¹¹ Isto significa que uma instituição preparada, com uma equipe capacitada e atenta poderá evitar a contenção mecânica nos pacientes com risco de passagem ao ato.

Para tornar o atendimento mais eficiente e seguro, tanto para a equipe quanto para o paciente, recomenda-se:

- Abordagem verbal com a adoção de uma atitude acolhedora e compreensiva, porém firme;
- Sempre que possível, não realizar a abordagem ou entrevista com o paciente desacompanhado;
- Limitar o espaço físico, mudar de ambiente, preservar a privacidade;
- Retirar do ambiente agentes estressores, como familiares, na tentativa de criar um ambiente terapêutico, menos ameaçador
- Identificar os fatores preditores de agitação e agressividade e instituir medidas terapêuticas para evitar medidas restritivas;
- Colher o máximo de informações a respeito do paciente antes de abordá-lo;
- Oferecer assistência e cuidados em geral;
- Procurar criar aliança terapêutica com o paciente;
- Realizar a contenção química rápida.

Para evitar a progressão do comportamento agressivo na primeira fase (ansiedade), os profissionais devem abordar o paciente com empatia, garantindo-lhes que estão em local seguro. Na segunda fase, o paciente se comporta de forma irracional, com linguagem inadequada, mas a equipe, ao contrário, deve manter seus sentimentos controlados e, de forma consistente e firme, deve levá-lo a entender os limites do comportamento. Por fim, no ponto em que o paciente esteja sem controle e a abordagem verbal é inefetiva, a contenção química e mecânica são indicadas. ⁶

Prevenir também envolve identificar a origem do comportamento agressivo avaliando de forma rigorosa e global a situação da crise atual para usar este conhecimento no futuro.

Quadro 3 - Escala de Avaliação de Agitação-Tranquilização (ACES) *

NÍVEL DE AGITAÇÃO	CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE
1. Agitação acentuada	Nível elevado de atividade motora; pode demonstrar níveis acentuados de expressão verbal, pode estar fisicamente violento, não consegue controlar os sinais de agitação se solicitado , pode requerer cuidado de enfermagem contínuo/supervisão e/ou contenção física .
2. Agitação moderada	Aumento moderado dos níveis de atividade motora; demonstra aumento nos níveis de expressão verbal e pode estar verbalmente ameaçador, não é violento fisicamente, pode controlar parcialmente os sinais de agitação se solicitado , necessita de cuidado de enfermagem/supervisão de rotina.
3. Agitação branda	Discreto aumento dos níveis de atividade física; pode demonstrar discreto aumento dos níveis de expressão verbal (por ex.: pode aumentar o tom da voz), não é ameaçador ou violento, pode controlar os sinais de agitação se solicitado , necessita de cuidado de enfermagem/supervisão de rotina.
4. Normal	Níveis normais de atividade física e de expressão verbal, acordado com os olhos continuamente abertos.
5. Tranquilização branda	Moderada redução dos níveis de atividade verbal e física, olhos continuamente abertos, permanece alerta e responsivo ao ambiente.
6. Tranquilização moderada	Níveis moderadamente reduzidos de atividade verbal e física, olhos podem estar abertos intermitentemente, facilmente despertado ou responsivo a estímulos leves verbais (p.ex.: chamando o seu nome) ou físicos (p.ex.: um toque suave), permanece acordado quando o estímulo cessa.
7. Tranquilização acentuada	Redução importante da atividade verbal ou física, dormindo superficialmente, acordado por estímulos leves a moderados verbais (p.ex.: chamando o seu nome) ou físicos (p.ex.: um toque).
8. Sono profundo	Sem atividade verbal ou física, dormindo profundamente, acordado somente com grande dificuldade por estímulos vigorosos verbais (p.ex.: o chamado alto e repetido do seu nome) e/ou físicos (p.ex.: sacudir repetidamente e vigorosamente os ombros do paciente), volta a dormir imediatamente quando o estímulo cessa.
9. Torpor	Dormindo profundamente, não pode ser acordado por meio de estímulo verbal ou físico (p.ex.: sacudir repetidamente e vigorosamente os ombros do paciente).

*Agitation-Calmness Evalution Scale – ACES validada⁵ traduzida e adaptada.^{10, 11}

9.4 Indicações para Contenção de Pacientes

9.4.1 Indicações psiquiátricas e clínicas para contenção física/mecânica

- Pacientes com agitação psicomotora, confusão mental, agressividade ou violência em relação a si próprio e ou a terceiros e que não responderam às intervenções verbais e medicamentosas (menos restritivas);
- Pacientes em risco de fuga ou com tentativa de autoextermínio;
- Imobilização para prevenção de quedas em pacientes agitados, semi-inconscientes, inconscientes ou após sedações e quadros de confusão mental;
- Alto risco de degradação do ambiente como janela, mobiliários, equipamentos, dentre outros;
- Nos casos de pacientes não colaborativos na manutenção de sondas, cateteres, drenos, curativos, realização de exames, transporte, dentre outros.

9.5 Manejo de Pacientes com Agitação ou Agressividade

9.5.1 Abordagem Verbal

- Abordar o paciente com manifestação de comportamento agressivo com técnicas de comunicação clara, firme, transmitindo o desejo de ajudá-lo, estimulando-o a falar sobre seus sentimentos, tentando acalmá-lo;
- Procurar manter distância adequada para proteção de ambos, pois independente do diagnóstico, a violência pode representar um movimento defensivo do paciente contra sentimentos de medo, fragilidade, desproteção, desamparo, violação ou abuso físico;
- A comunicação terapêutica contribui para a excelência dessa prática e cria oportunidade de aprendizagem para o paciente, podendo estimular os sentimentos de confiança entre ele e a equipe, permitindo-lhe até experimentar a sensação de segurança e apoio.

9.5.2 Contenção Física

A contenção física se caracteriza pela imobilização do paciente sem a utilização de dispositivo mecânico. É um procedimento realizado pela equipe da instituição com, no mínimo, cinco profissionais. Esta equipe se posiciona em torno do paciente, fechando um círculo, oferecendo ajuda, limite e proteção.

Quatro membros dessa equipe deverão se responsabilizar pelos membros e o quinto pela cabeça e tórax. Dois profissionais posicionados atrás do paciente se responsabilizam pela contenção dos membros superiores.

O condutor do processo de contenção ou líder será responsável por proteger a cabeça do paciente e apoiar o tórax, além de monitorar as vias aéreas e os dados vitais durante todo o procedimento. Dois profissionais posicionados à frente do paciente se responsabilizam pela contenção dos membros inferiores.

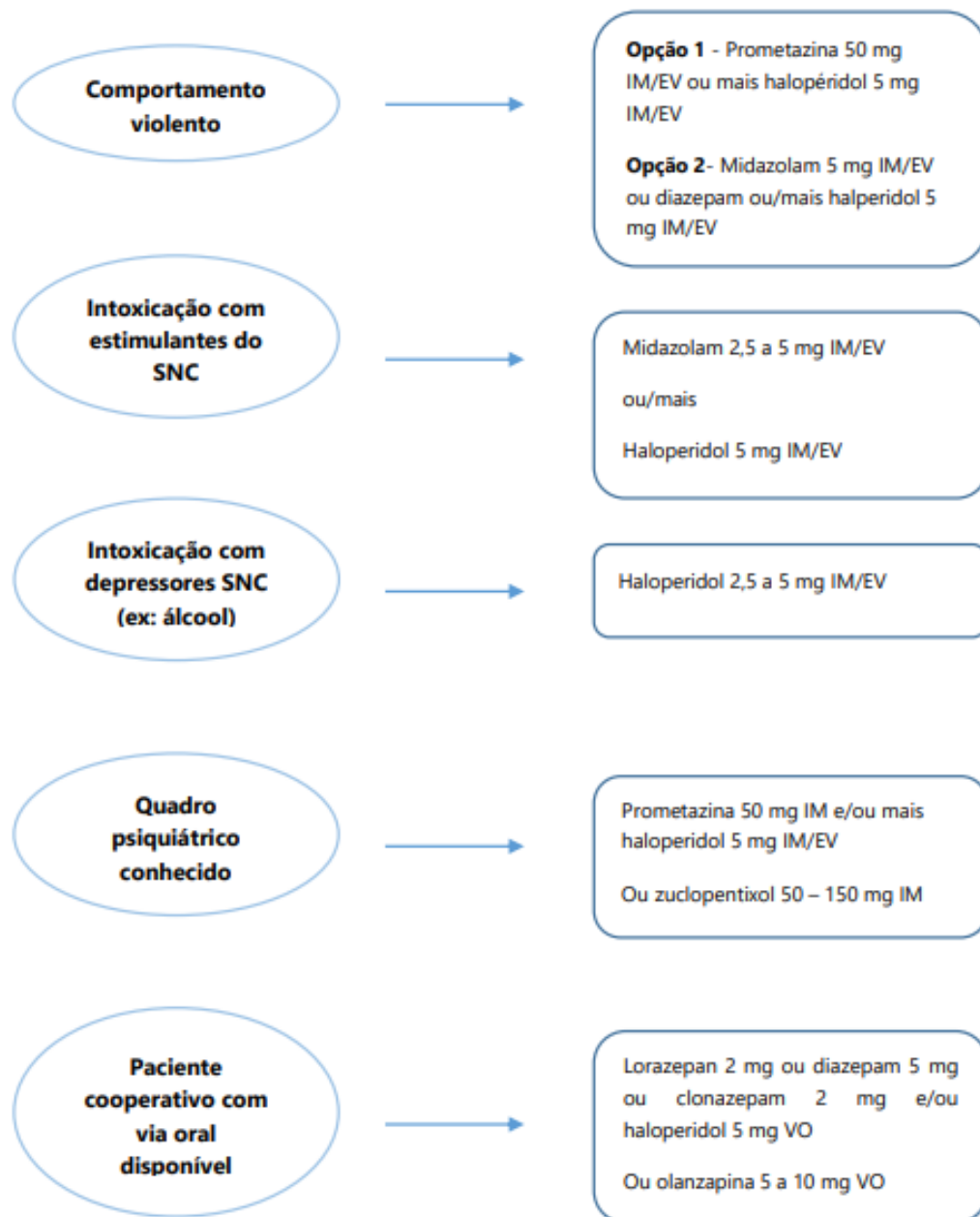
Qualquer profissional da instituição capacitado poderá iniciar a contenção de um paciente que se apresenta agitado ou abertamente agressivo. Porém, a partir do momento em que a equipe assistencial identifica a necessidade de proceder com a contenção mecânica no leito, o supervisor de enfermagem e o médico de plantão devem ser imediatamente convocados ao setor.

9.5.3 Contenção Química

O objetivo da contenção química é a tranquilização do paciente e não a sua sedação excessiva. Medicamentos antipsicóticos e benzodiazepínicos constituem a base da intervenção farmacológica em situações de agitação psicomotora.

Recomenda-se a realização da contenção química conforme descrito na figura abaixo, levando-se em consideração as medicações já prescritas, o uso de drogas e a avaliação do paciente pelo médico. A justificativa da contenção química deverá ser registrada no prontuário.

Figura 2 Algoritmo para escolha da medicação em pacientes com agitação psicomotora na urgência



Fonte: adaptação do capítulo *Assessment and emergency management of the acutely agitated or violent patient* (Up To Date)

Quadro 4 Medicações indicadas na sedação de pacientes agitados

MEDICAÇÃO	INDICAÇÃO	RISCOS
Haloperidol + Prometazina (HP)	Combinação consistentemente utilizada IM no Brasil, sendo segura e efetiva em agressividade aguda com poucos eventos adversos. Esta combinação tem um custo baixo. A combinação HP resulta em tranquilização de 67-95% das pessoas agitadas em 30 minutos.	Eventos adversos de sedação excessiva, risco de hipotensão e síndrome neuroléptica maligna.
Haloperidol + Diazepínico	Associação de Haloperidol com diazepínicos (Midazolam IM no Brasil) IM é uma opção eficiente de sedação que requer doses mais baixas com um mínimo de eventos adversos.	Os benzodiazepínicos são capazes de causar depressão respiratória, provavelmente o Midazolam em maior grau, risco em serviços com dificuldade de avaliar e lidar com a depressão respiratória.
Diazepínicos	Midazolam IM age mais rapidamente que HP, porém tem meia vida curta (90 a 150 minutos). A via oral pode ser utilizada na urgência (diazepam, lorazepam, clonazepam) devido ao rápido início de ação. Evita-se o uso intramuscular do diazepam por absorção errática.	Os benzodiazepínicos são capazes de causar depressão respiratória, provavelmente o midazolam em maior grau, com risco em serviços com dificuldade de lidar com a depressão respiratória. Podem causar sedação excessiva, ataxia e desinibição paradoxal. Evitar em pacientes intoxicados por outros depressores como álcool, barbitúricos ou opióides. Evitar se função respiratória for prejudicada ou em suspeita de traumatismo crânio-encefálico.
Haloperidol	Dose habitual de 2,5 a 10 mg Início de ação de 15 a 30 minutos Evitar em casos de abstinência alcoólica, convulsões e toxicidade colinérgica. Dar metade da dose em idosos, evitar na gravidez e lactação.	Mais efetivo se usado com prometazina diminuindo a falha de sedação com HP com NNT = 6. Uma em cada 100 pessoas que fazem uso de haloperidol, mesmo com prometazina, tem risco de convulsão. Risco de distonia aguda, porém melhora com uso de prometazina. Risco de prolongamento do intervalo QT.
Olanzapina	Os antipsicóticos de segunda geração podem reduzir agitação sem causar sedação excessiva ou efeitos extrapiramidais.	Maior custo.
Zuclopentixol*	Início de ação de 15 a 30 minutos, com pico sérico entre 24 e 48 horas e efeito em até 3 dias. Dose de 50-150 mg IM.	Uso em doenças psicóticas crônicas, aconselhável termo de consentimento.

Referências 3, 5, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25

9.5.4 *Contenção Mecânica*

- A contenção mecânica é um procedimento que contribui para determinar o limite de comportamento do paciente, sendo utilizada unicamente para promover a segurança do paciente, da equipe, dos outros pacientes e dos acompanhantes.
- A contenção mecânica refere-se a qualquer dispositivo ou ação que interfere na habilidade do paciente, restringindo sua capacidade de se movimentar. São consideradas como contenções mecânicas: a contenção de membros através de faixas ataduras ou dispositivos industrializados específicos; o uso de grades bilaterais no leito; os cinturões para imobilizar tronco ou pelve; os coletes utilizados para que um indivíduo permaneça atado ao leito ou cadeira.³¹
- Uma vez que essa técnica é considerada um Evento Sentinela, torna-se fundamental o seu monitoramento, que se dará por meio do preenchimento do Registro de Contenção (Figura 3), com a finalidade de prevenir a ocorrência de Eventos Adversos. Tal procedimento deverá ser realizado dentro de uma lógica clínica com responsabilização coletiva, respeito aos pacientes e familiares. Sua utilização subsidiará, portanto, a discussão de casos clínicos pelas equipes assistenciais, e a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- A prescrição da contenção mecânica é um ato médico e deverá conter a duração da contenção a ser realizada. Caso seja necessário à sua prorrogação, o médico deverá fazer nova prescrição;
- Compete ao médico e aos profissionais de enfermagem comunicar ao paciente, aos familiares e ou acompanhantes quanto à necessidade da contenção mecânica;
- A contenção apenas será realizada a partir de prescrição médica e por tempo determinado não devendo se prolongar além do período necessário a seu propósito;
- Nos casos de agitação/agressividade, risco de fuga ou de autoextermínio o condutor do processo deverá ser prioritariamente, o profissional de referência para o paciente ou outro profissional com experiência nessa prática. 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;
- Em situações de urgência uma equipe capacitada e acompanhada pelo Supervisor de Enfermagem poderá iniciar o processo de contenção mecânica, devendo, em seguida, comunicar ao profissional médico para avaliação e prescrição;

- Preservar a privacidade do paciente durante todo o procedimento de contenção física, sempre que possível;
- Manter o paciente contido em ambiente tranquilo, em companhia permanente do acompanhante (quando possível) e sob supervisão da equipe de enfermagem para minimizar sua agressividade e tranquilizá-lo;
- Prestar cuidados de enfermagem como: vigilância constante, proporcionando conforto e proteção, avaliação de sinais vitais, eficácia da restrição, necessidade de alimentação, hidratação e higiene;
- A duração da contenção mecânica e o monitoramento do paciente dependem do perfil clínico e do motivo da contenção. Deverá ter o tempo mínimo necessário para a pessoa assumir o autocontrole e que seu comportamento não seja de risco para si ou para outras pessoas;
- O espaço físico destinado ao atendimento deve ser organizado de maneira a aumentar a segurança do paciente e da equipe, bem como ajudar o paciente a controlar seus impulsos violentos e evitar a progressão do comportamento violento. Deve-se atentar, por exemplo, para as características de móveis, objetos ou aparelhos que possam ser quebrados ou mesmo utilizados como armas;
- A retirada da contenção mecânica deve ser realizada na presença de vários membros da equipe após orientar o paciente e, se possível, na presença do acompanhante;
- A equipe multidisciplinar poderá contribuir na abordagem à família, acompanhantes e a outros pacientes que estiverem presentes no momento da contenção física;
- Comunicar intercorrências ao médico plantonista.

9.5.4.1 Técnica de contenção mecânica no leito - 4 a 5 pontos do corpo

➤ 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 a possibilidade de ocorrência de garroteamento (estrangulamento).

➤ **Contenção de punhos e tornozelos - MMSS E MMII**

- Utilizar faixa 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 a possibilidade de ocorrência de garroteamento (estrangulamento).

➤ **Contenção das mãos - Luva ou Mitene:**

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

Manobras de maior risco de eventos adversos graves e de uso excepcional:

➤ **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 sob o travesseiro 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, redobrando-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;**
- Manter elevação da cabeceira da cama em todas as situações a fim de evitar aspiração de vômitos.

9.5.5 Cuidados especiais e monitoramentos frequentes:

- Pacientes com 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)
- Gestantes
- Pacientes com lesões de pele anteriores à contenção
- Alimentação e hidratação por via oral para evitar aspiração
- Higiene e necessidades fisiológicas atendidas
- Aplicar a Escala de Braden para prevenção de Lesão por Pressão

9.6 Eventos Adversos

O monitoramento mais frequente do paciente contido é procedimento bem regulamentado no Brasil, especialmente devido aos riscos da ocorrência de eventos adversos graves, quais sejam: risco de morte, maior risco de queda, maior risco futuro de ser contido novamente, lesões de pele, desidratação, alteração da circulação sanguínea, estase, consequências osteomusculares da redução de atividade física, problemas psicológicos, declínio cognitivo, confusão.⁹

Pacientes com agitação e agressividade e que apresentam instabilidade clínica estão mais suscetíveis à ocorrência de eventos adversos.³¹

Estudos relacionam eventos adversos associados à contenção: trombose venosa profunda, pneumonia, óbito por trauma grave ou sufocamento. Além disso, é evidenciado que a chance de um paciente contido desenvolver lesão por pressão é treze vezes maior do que em pacientes não contidos - paciente ao tentar sair da contenção pode se estrangular ou ficar mais aprisionado.³¹

A imobilização forçada da paciente causa estresse psicológico e tem um impacto negativo nas habilidades cognitivas, podendo levar a um maior tempo de permanência no hospital.³¹

Dentre os eventos adversos mais frequentes no ambiente hospitalar estão as quedas, mais propensas em pacientes psiquiátricos e contidos.³²

O paciente agitado geralmente apresenta confusão mental e essa alteração é fator que predispõe ao risco de queda.²⁹

Todo evento adverso deve ser, obrigatoriamente, notificado ao Núcleo de Segurança do Paciente da Instituição.

9.7 Monitoramento

O paciente recebendo tratamento e em contenção mecânica no leito deve ser uma prioridade no setor para a equipe assistencial, já que está naturalmente vulnerável, privado de movimentação espontânea volitiva ou defensiva, e precisa ser cuidado em todas as suas necessidades durante o período indicado para o procedimento.

A Resolução 2057/2013 do Conselho Federal de Medicina, em seu Artigo 16, parágrafo quarto, estabelece que *“o paciente 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.”*

De forma análoga, a Resolução 427/2012 do Conselho Federal de Enfermagem, em seu Artigo 4º determina que *“todo paciente em contenção mecânica deve ser monitorado atentamente pela equipe de enfermagem, para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou para identificá-los precocemente.”*

Ainda, no parágrafo primeiro do mesmo Artigo, a Resolução do COFEN indica que *“há necessidade de monitoramento clínico do nível de consciência, de dados vitais e de condições de pele e circulação nos locais e membros contidos do paciente, verificados com regularidade nunca superior a 1 (uma) hora.”* Casos graves poderão necessitar de monitoramento em intervalo menor.

A avaliação e o registro em prontuário devem ser realizados no ato da contenção e a cada monitoramento. As reavaliações frequentes (não devendo ultrapassar 1 hora) visam identificar eventos adversos e a necessidade ou não da manutenção da contenção mecânica.

A equipe de Enfermagem deverá registrar todos os dados no prontuário e no Registro de Contenção do Paciente Agitado relatando os fatos com clareza e objetividade (tipo e hora da contenção, dados vitais, ocorrência de eventos adversos, cuidados prestados e hora da retirada da contenção). Durante a prescrição da contenção mecânica no prontuário do paciente o médico deverá relatar a justificativa de sua indicação, bem como o tempo de indicação.

A discussão de caso deverá ocorrer, de forma rotineira, com toda a equipe multiprofissional, garantindo, assim, maior segurança para o paciente, para equipe e acompanhantes.

Quadro 4 Monitoramento da Contenção Mecânica

Monitoramento	Paciente agitado ou agressivo (pressupõe avaliação das possíveis causas de agitação)
Pela enfermagem*	<p>Iniciar na urgência os procedimentos de contenção e avisar o médico. Preferencialmente, um técnico de enfermagem deve acompanhar o paciente durante a contenção.</p> <p>Todo paciente em contenção mecânica deve ser monitorado atentamente pela equipe de enfermagem, para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou para identificá-los precocemente.</p> <p>O monitoramento clínico do nível de consciência, dos dados vitais e das condições de pele e circulação nos locais e membros contidos do paciente, não deverá ser superior a 1 (uma) hora.</p> <p>Maior rigor no monitoramento deve ser observado em pacientes sob sedação, sonolentos e com algum problema clínico.</p> <p>Comunicar imediatamente ao médico plantonista sempre que observado alterações importantes que sinalizam algum risco.</p> <p>Registrar todas as intervenções no prontuário do paciente.</p>
Pelo médico(a)**	<p>Avaliar o paciente imediatamente após ter sido comunicado. Prescrever a contenção no prontuário.</p> <p>As reavaliações devem ser realizadas, pelo menos, a cada 2 horas e imediatamente após ser acionado pela equipe de enfermagem.</p> <p>Registrar todas as intervenções no prontuário do paciente.</p>
Cuidados com dados vitais	<p>Quando o paciente se apresentar com quadro de agitação ou outras alterações clínicas importantes, o monitoramento dos sinais vitais deverá ocorrer de 15 em 15 minutos, com registro em prontuário.</p>

Higiene, hidratação e alimentação	Avaliar de 2 em 2 horas.
Tempo de contenção	<p>Avaliar a retirada da contenção assim que possível. Cada avaliação diagnóstica, prescrição de contenção mecânica no leito, discussão com a equipe assistencial, registro em prontuário médico (“Registro de Contenção Física”) possuem um período máximo de validade de 2 horas.</p> <p>Se porventura outras medidas mais sustentáveis, menos invasivas e mais voluntárias não puderam ser instituídas, ou não passaram a exercer o efeito terapêutico desejável ao final de 2 horas de contenção mecânica no leito, é função do médico uma nova avaliação diagnóstica e uma nova prescrição da intervenção terapêutica necessária para a proteção ao paciente em agitação psicomotora.</p> <p>Se uma nova contenção mecânica no leito for indicada, todo o procedimento protocolar deve ser reiniciado. A Diretoria da unidade deve ser comunicada em contenção com tempo maior que 48 horas.</p>
<p>*O acompanhamento do paciente contido pode ser feito por um profissional de referência da equipe multiprofissional (CMT).</p> <p>**No Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), por ser um CERSAM-AD, a avaliação médica pode ser feita pela retaguarda psiquiátrica do Município de Belo Horizonte.</p>	

Fonte: adaptado ^{12, 13, 21}

9.8 Registro

Quanto ao registro da contenção química e física, deve-se atender à legislação e aos Conselhos de classe. Procedimentos necessários:

- Registro adequado do prontuário do paciente pelos profissionais, com Evolução e Prescrição Médica e de Enfermagem;
- Registro da Notificação de Eventos Adversos;
- Preenchimento do formulário de Registro de Contenção Física.

Dada a importância ou impacto social de uma contenção de paciente, o monitoramento de alguns indicadores deve ser estimulado. No entanto, estudos demonstram falhas nos registros sobre contenção física de pacientes em hospitais no Brasil. ^{1, 2}

Essa omissão dificulta o estudo epidemiológico dos casos, a gestão da clínica e a pesquisa na instituição e que poderiam ser mais bem esclarecidas com um bom registro de dados:

- Diagnóstico mais prevalente na instituição;

- Reinternações com história de agitação ou agressividade;
- Medicações utilizadas na contenção química em internações anteriores;
- Tempo de contenção;
- Média de permanência;
- Eventos adversos notificados;
- Evolução temporal dos dados.





Por outro lado, sobrecarregar a equipe assistencial com duplicação de registros (prontuário do paciente e formulários à parte) desestimula o registro. Considerando que a contenção (química ou mecânica) e sua retirada fazem parte da prescrição médica comum, que a anotação dos dados vitais faz parte da rotina da enfermagem e que os atendimentos dos profissionais também ficam anotados no prontuário do paciente (pontos de contenção, plano assistencial, contenção verbal, eventos adversos, dentre outros), é possível estimar indicadores e propor melhorias no atendimento a partir do preenchimento de campos no prontuário.

Assim, realizar busca ativa de casos de contenção nas enfermarias e pronto-atendimento será o primeiro passo da pesquisa sobre contenção química e física na instituição. Após a identificação dos casos, outros dados relevantes para pesquisa podem ser obtidos do prontuário.

Sabe-se que o uso da informação pela gestão ou pela clínica contribui para estimular registros ainda mais completos e confiáveis. Portanto, apresentações periódicas das informações podem ajudar a melhorar o registro de dados (*feedback*).

Resta lembrar que a Tecnologia da Informação no hospital deve ser utilizada para extrair dados e elaborar relatórios automáticos.

Figura 3 Registro de Contenção

Registro de Contenção		Data: ____ / ____ / ____		
Paciente:		Unidade:	Prontuário:	
Hora de início: ____ : ____ h	_____ Ass./Carimbo Médico	_____ Ass./Carimbo Enfermeiro	_____ Ass./Carimbo Aux/Técnico	
Motivo da Contenção				
1- Risco de autoextermínio () 2- Risco de heteroagressividade () 3- Risco de fuga () 4- Fissura ()		5- Risco de queda () 6- Abstinência com agitação () 7- Risco de autoagressividade () 8- Outros: _____		
Atuação para prevenir a contenção mecânica				
1- Contenção verbal ()		2- Contenção química ()		
Monitoramento - Enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem)				
Tempo	0' (no ato da contenção)	____ : ____ h	____ : ____ h	____ : ____ h
Nível de consciência (1) Agitado (2) Alerta (3) Sonolento (4) Sedado				
F.C				
F.R.				
P.A				
Glicemia Capilar				
Saturação O2				
Avaliação do local da contenção (1) Sem alteração (2) Dor (3) Calor (4) Edema (5) Ferimento				
Controle de melhora (1) Sem alteração (2) Melhora parcial (3) Piora (4) Melhora completa				
Assinatura/carimbo				
Hora de término: ____ : ____ h	_____ Ass./Carimbo Médico	_____ Ass./Carimbo Enfermeiro	_____ Ass./Carimbo Aux/Técnico	

ATENÇÃO: Este impresso não substitui o registro em prontuário do paciente. Deve-se realizar registro adequado em prontuário, com Evolução e Prescrição Médica e de Enfermagem

14 Benefícios Potenciais

1. Garantir a segurança do paciente, dos familiares e das equipe assistenciais.
2. Identificar os fatores associados ou preditivos de agitação e agressividade no hospital e, também, os fatores associados aos eventos adversos.
3. Divulgar pesquisas sobre a identificação precoce da ocorrência de agitação e agressividade no hospital, de acordo com os atendimentos prestados e registrados, úteis para elaboração de política institucional para estes casos.

15 Riscos Potenciais

1. Risco de asfixia: posição prona, obesidade, doenças respiratórias como asma e DPOC, doenças cardíacas, esforço extremo durante ou após a contenção física/mecânica, uso de álcool e outras drogas.
2. Risco de agressão e abuso durante a contenção.

16 Itens de Controle

1. Proporção de pacientes em Contenção Mecânica

$$\frac{\text{número de pacientes dia em contenção mecânica no período avaliado}}{\text{número de pacientes dia internados no período avaliado}} \times 100$$

2. Proporção de pacientes em Contenção Mecânica por período ≥ 24 horas

$$\frac{\text{número de pacientes em contenção mecânica } \geq 24 \text{ horas no período}}{\text{número de pacientes em contenção mecânica no período}} \times 100$$

3. Número total de eventos adversos relacionados à contenção mecânica.

REFERÊNCIAS

- 1 Braga IP, Souza JC, Leite MB, Fonseca V, Silva EM, Volpe FM. Contenção física no hospital psiquiátrico: estudo transversal das práticas e fatores de risco. *J Bras Psiquiatr.* 2016; 65(1):53-59.
- 2 Araújo EM, Martins ES, Adams CE, Coutinho ESF, Huf G. 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.
- 3 Baldaçara L, Sanches M, Cordeiro DC, Jackowski AP. Tranquilização rápida para pacientes agitados nos serviços de emergência psiquiátrica: um ensaio clínico randomizado de olanzapina, ziprasidona, haloperidol mais prometazina, haloperidol mais midazolam e haloperidol em monoterapia. *Rev Bras Psiquiatria*, 2011; 33(1):30-39.
- 4 Australian Government. Department of Health and Ageing. Decision-Making Tool: Supporting a restraint free environment in residential aged care. Commonwealth of Australia: Canberra, 2012.
- 5 Meeham KM, Wang H, David SR, Nisivoccia JR, Jones B, Beasley CM et al. Comparison of rapidly acting intramuscular olanzapine, lorazepam, and placebo: a double-blind, randomized study in acutely agitated patients with dementia. *Neuropsychopharmacology*, 2002;26(4):494-504.
- 6 Coburn VA, Mycyk MB. Physical and Chemical Restraints. *Emerg Med Clin N Am*, 2009; 27:655-667.
- 7 American College of Emergency Physicians - ACEP Board of Directors. Use of Patient Restraints. Disponível em <https://www.acep.org/globalassets/new-pdfs/policy-statements/use.of.patient.restraints.pdf>
- 8 Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Ben CM. Managing agitated or aggressive patients. *Rev Bras Psiquiatria*, 2010; 32(Sup II):S96-S103.
- 9 Lan S-H, Lu L-C, Lan S-j, Chen J-C, Wu W-J, Chang S-P, Lin L-Y. Educational intervention on physical restraint use in long-term care facilities – Systematic review and meta-analysis. *Kaohsiung Journal of Medical Science*, 2017; 33:411-421.
- 10 Del-Ben CM, Sponholz-Junior A, Mantovani C, Faleiros MCM, Oliveira GEC, Guapo VG, Marques JMA. Emergências psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. *Medicina (Ribeirão Preto)*, online. 2017; 50(Supl 1):98-112.
- 11 Mantovani C, Labate CM, Sponholz A, Marques JMA, Guapo VG, Santos MESB et al. Are low doses of antipsychotics effective in the management of psychomotor agitation? A randomized, double-blind trial of 4 intramuscular interventions. *J of Clinical Psychopharmacology*, 2013; 33(3) 306-312.
- 12 Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 1552 / 2010. Adota as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil e modifica a Resolução CFM nº 1.598, de 9 de agosto de 2000. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1952_2010.htm
- 13 Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 427, de 2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-4272012_9146.html.
- 14 Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. Parecer COREN/GO Nº 039/CTAp/2015. Esclarecimento de dúvida sobre a prescrição de contenção mecânica como ato privativo de qual profissional.
- 15 Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Consulta Nº 175.956/2014. Sobre quais profissionais são habilitados para a contenção psiquiátrica e composição das equipes para atendimento de urgência ou emergência psiquiátrica. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmsp/pareceres/2014/175956_2014.pdf
- 16 Lindenmayer JP, Czobor P, Volavka J, Lieberman JÁ, Citrome L, Shetman S et al. Effects of atypical antipsychotics on the syndromal profile in treatment – resistant schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2004; 65(4):551-556
- 17 Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross RW, Docherty JP. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *J Psychiatr Pract.* 2005;11 Suppl 1:5-112.
- 18 Battaglia J. Pharmacological management of acute agitation. *Drugs*. 2005;65(9):1207-22.
- 19 Huf G, Coutinho ESF, Adams CE. Haloperidol mais prometazina para pacientes agitados - uma revisão sistemática. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(3):265:70
- 20 Kousgaard SJ, Licht RW, Nielsen RE. Effects of Intramuscular Midazolam and Lorazepam on Acute Agitation in Non-Elderly Subjects - A Systematic Review. *Pharmacopsychiatry*. 2017 ;Jul;50(4):129-135. doi: 10.1055/s-0043-100766. Epub 2017 Mar 14.
- 21 Maccioli GA, Dorman T, Brown BR, Mazuski JE, McLean BA, Kuszaj JM, et al. 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 2001–2002. *Crit Care Med* 2003; 31(11):2665-2676.

22 McAllister-Williams RH, Ferrier IN. Rapid tranquillisation: time for a reappraisal of options for parenteral therapy. <i>Br J Psychiatry</i> . 2002;180:485-9.
23 Moore G. Assessment and emergency management of the acutely agitated or violent adult. . Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. Disponível em https://www.uptodate.com (Acesso em 25 de junho de 2019).
24 Petit JR. Management of the acutely violent patient. <i>Psychiatr Clin North Am</i> 2005; 28:701.
25 TREC Collaborative Group. Rapid tranquillisation for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomised trial of midazolam versus haloperidol plus promethazine. <i>BMJ</i> 2003; 327(27):1-6
26 ADRIANA, Castro; Cuidado de enfermagem a pacientes com comportamento agitado e/ou agressivo. 2013. Disponível em: < https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/34687/R%20-%20D%20-%20ADRIANA%20RIBEIRO%20SILVA%20DE%20CASTRO.pdf?sequence=1&isAllowed=y >. Acesso em 04 de maio de 2022.
27 Mantovani, Célia et al. Manejo de paciente agitado ou agressivo. 2010, v. 32. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600006 >. Acesso em 04 de maio de 2022.
28 UNIVASF. Contenção mecânica do paciente no leito. 2020. Disponível em: < https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-univasf/acesso-a-informacao/normas/protocolos-institucionais/Contenomecnicadopacientenoleito.pdf >. Acesso em 04 de maio de 2022.
29 SOUZA, Marcia. Lesões de pele em pacientes hospitalizados em contenção mecânica: estudo de coorte. 2019. Disponível em: < https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/9737/Marcia%20Ver%C3%ADssimo%20de%20Souza.pdf?sequence=1&isAllowed=y >. Acesso em 17 de maio de 2022.
30 EBSEH. Quedas: prevenção e atendimento imediato. 2020. Disponível em: < https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/quedas-versao-2-final.pdf >. Acesso em 17 de maio de 2022.
31 MORGADO, Laís. Boas práticas para a contenção mecânica: protocolo para a sistematização do cuidado. Disponível em: < file:///C:/Users/x17835730/Downloads/R%20-%20D%20-%20LAIS%20BALHESTERO%20MORGADO.pdf >. Acesso em 18 de maio de 2022.
32 CASSOLA, Thalita. Quedas em pacientes psiquiátricos: uma revisão integrativa. 2017. Disponível em: < https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/159509/001024061.pdf?sequence=1&isAllowed=y >. Acesso em 18 de maio de 2022.
Leituras adicionais recomendadas
American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with delirium. <i>Am J Psychiatry</i> 1999; 156:1.
Cabral AS, Macedo A, Vieira DN. Da doença mental à violência. <i>Saúde Mental</i> . 2008; 10(6):13-20.
Hospital Colônia Adauto Botelho. Protocolo de procedimentos de contenção mecânica. 2013. Disponível em (http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0caps/contencao_mecanica.pdf)

Conflito de Interesses dos Autores

Os autores afirmam que não há conflito de interesses.