

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARCO ANTONIO PINTO DE SOUZA

CONTENÇÃO MECÂNICA: QUESTÕES PARA REFLEXÃO E AÇÃO

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARCO ANTONIO PINTO DE SOUZA

CONTENÇÃO MECÂNICA: QUESTÕES PARA REFLEXÃO E AÇÃO

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial - do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Dra. Laura Cavalcanti de Farias Brehmer

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **CONTENÇÃO MECÂNICA: QUESTÕES PARA REFLEXÃO E AÇÃO** de autoria do aluno **MARCO ANTONIO PINTO DE SOUZA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Dra. Laura Cavalcanti de Farias Brehmer
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

A Gilberto de Paula Mendes, por tudo, sempre.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
3 MÉTODO.....	14
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	16
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	22

RESUMO

A contenção mecânica em pacientes em agitação psicomotora tem por objetivo básico a proteção dos mesmos, bem como de familiares e profissionais envolvidos no tratamento. O presente trabalho propõe a criação de um material informativo para divulgação dos procedimentos recomendados e para reflexão acerca desta prática. O estudo foi motivado por observações no cotidiano profissional na atenção a pacientes psiquiátricos em um município do Rio de Janeiro, referência para o recebimento de usuários moradores da zona sul dessa cidade. O percurso de seleção da fundamentação teórica que compôs o material informativo iniciou com a busca na literatura científica. A partir da seleção de uma amostra de referência o material reúne as seguintes informações: Contenção Mecânica: O que é? Como avaliar a necessidade de contenção? Quem prescreve a contenção mecânica? Quem participa do procedimento da contenção? Como realizar a contenção? Após a realização da contenção, o que fazer? Quais os riscos o paciente pode sofrer? Quando encerrar a contenção? A realização deste trabalho possibilitou reflexão acerca do papel do Enfermeiro na abordagem de um tema ainda bastante controverso. Apesar das recomendações legais, no caso da enfermagem, acerca de como avaliar e proceder em situações de agitação psicomotora que justificam a utilização de contenção mecânica, as mesmas parecem não estarem incorporadas no cotidiano de muitas instituições. Além de um material com o propósito de informar este estudo visa contribuir para a discussão entre os profissionais de saúde que assistem pacientes psiquiátricos, sobre a necessidade de realizar ações assertivas e embasadas em critérios científicos, respeitando-se os aspectos legais e éticos, possibilitando resultados eficientes e minimamente traumáticos.

1 INTRODUÇÃO

A contenção mecânica em pacientes em surto psicótico é uma das formas de se garantir a integridade física não só do mesmo como também de toda a equipe. Essa prática traz em si questões delicadas, que carecem de uma profunda discussão sobre os critérios que devem ser estabelecidos para que não se torne uma forma de intervenção de caráter coercitivo, além das implicações físicas, que incluem risco de danos, inclusive permanentes.

A realização da contenção física deve ser uma conduta excepcional e cercada de todos os cuidados, para que a ação sobre o paciente seja a menos lesiva possível, devendo constar em um projeto terapêutico (MUSSEL, et. al, 2012). Como medida terapêutica, a contenção física se mostra segura e efetiva, evita danos aos pacientes com manifestação de agressividade e aos profissionais envolvidos no cuidado àqueles. Contudo, ele deve ser o último recurso a ser utilizado, pois a prevenção do comportamento que exige contenções é a ação da enfermagem mais importante (PAES, et. al, 2009).

Vale salientar que a restrição de pacientes refere-se a qualquer dispositivo ou ação que interfere na habilidade do paciente de tomar decisões ou que restringe sua capacidade de movimentar-se, alterando sua capacidade de raciocínio, a liberdade de movimentos, a atividade física ou o acesso normal ao seu corpo. Quando o paciente tem o corpo amarrado, atado, preso, classifica-se esta forma de contenção mecânica, e quando o paciente é imobilizado pelos membros da equipe sem o uso de dispositivos é classificada como contenção física, embora alguns autores afirmem que contenção física e mecânica são sinônimos. (COREN – SP, 2009).

O trabalho da equipe de enfermagem, nestes casos, norteia-se pelo parecer técnico do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 427/2012. O Artigo 1º atribui como privativo do enfermeiro, salvo em situações de urgência e emergência, o emprego de contenção mecânica, ou em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas. O Artigo 2º salienta que tal prática só deverá ser usada quando forem esgotados todos os outros meios disponíveis para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais.

Outro ponto extremamente importante desse parecer trata da necessidade de se manter a contenção mecânica pelo menor tempo possível, e que tal prática não poderá ser utilizada com o propósito de disciplina, punição e coerção, ou por conveniência da instituição ou da equipe de saúde (COFEN, 2012).

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo - Coren-SP (2009) afirma que a restrição é um procedimento terapêutico controverso e de eficácia duvidosa, já que relatos sobre o aumento da agitação ou agressividade do paciente são frequentes em estudos na prática clínica. A decisão de uso deve ser baseada no julgamento clínico de profissionais qualificados em colaboração com a equipe multidisciplinar, com o cliente e a família. Corroborando com essa afirmação Mussel et. al (2012), afirmando ser necessária uma avaliação rigorosa e global da situação do paciente, baseada no julgamento clínico. Deve haver envolvimento da equipe multidisciplinar com o paciente, e quando possível, com a família. É importante atribuir o mesmo valor à contenção tal como as demais técnicas que são utilizadas no trabalho em saúde. (PAES, et. al, 2009).

Segundos dados informados por Mussel et. al (2012), a contenção é uma prática realizada por diversos países, variando a taxa de prevalência entre 0,25% a 59%, em diversos estudos em pacientes psiquiátricos no setor de emergência, apesar de não existirem evidências científicas sobre os benefícios e riscos dessa prática.

A contenção física tem ficado a cargo da enfermagem, como herança da prática em hospícios dos séculos XIX e XX, onde cabia aos ‘enfermeiros’ as atividades restritivas e coercitivas (PAES, et. al, 2009). Entretanto, segundo os mesmos autores, a realidade desse procedimento não é concebida como específica da Enfermagem, pois é preconizado que todo o trabalho em saúde mental seja desenvolvido por equipe multidisciplinar, devendo constar em um projeto terapêutico previamente existente na unidade hospitalar.

Portanto, surge a questão de quando avaliar a necessidade de efetuar a contenção mecânica. Segundo Martinelli e Caetano (2014) há um grande número de definições de emergências em psiquiatria, muitas contraditórias entre si, principalmente quando os sintomas apresentados têm aspectos subjetivos. Sua definição geral implica num fato clínico onde uma abordagem e uma intervenção médica se tornem imediatas. Segundo os autores, a emergência pode ser considerada quando o paciente corre risco de vida e /ou está colocando a vida de outros em risco.

Bernick et. al (2010) afirmam que a agitação psicomotora é uma emergência psiquiátrica, cuja intervenção terapêutica imediata é imperativa. Ela 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. Para esses autores, os principais fatores associados a este quadro são uso ou dependência de álcool e outras drogas, pacientes com transtornos psiquiátricos, com presença de psicose ou transtornos de personalidade.

Para Kondo et al (2011), o que caracteriza uma emergência em saúde mental é a manifestação de comportamento em decorrência de uma situação em que a pessoa se encontra e para a qual o seu funcionamento geral está gravemente prejudicado e o indivíduo torna-se incapaz de assumir responsabilidades pessoais.

O interesse pelo tema surgiu da minha experiência profissional como enfermeiro em um hospital de emergência psiquiátrica no município do Rio de Janeiro, onde são atendidos pacientes em franco surto psicótico. Este fato exige uma tomada de decisões ativa, no sentido de garantir a integridade física do próprio paciente, bem como de todos os profissionais envolvidos.

Desta forma, para este estudo minha opção foi elaborar um material informativo acerca da temática da contenção mecânica no atendimento a pacientes com quadro de agitação psicomotora.

Percebo na minha prática diária uma diferença até mesmo entre profissionais do mesmo plantão quanto à condução dos processos de contenção. Por isso, entendo como extremamente necessário discutir essa prática para que seja conduzida de forma segura, humanizada e o menos traumática possível para o paciente.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A restrição ou contenção de pacientes refere-se a qualquer dispositivo ou ação que interfere na habilidade do paciente de tomar decisões ou restringe sua capacidade de movimentar-se, alterando sua capacidade de raciocínio, a liberdade de movimentos, a atividade física ou o acesso normal ao seu corpo. Quando o paciente tem o corpo amarrado, atado, preso, classifica-se esta forma de contenção mecânica, e quando o paciente é imobilizado pelos membros da equipe sem o uso de dispositivos é classificada como contenção física, embora alguns autores afirmem que contenção física e mecânica são sinônimos (COREN/ SP 2009).

Esta prática requer cuidados, como a observação da cor, da temperatura da área contida, proteger a pele evitando pressão em saliências ósseas e a compressão de vasos, evitar contato direto com as grades, observar sinais de cianose e aparecimento de lesões, avaliar as condições de circulação, respiração, nutrição, hidratação, eliminações e amplitude dos movimentos. Esses cuidados visam prevenir problemas circulatórios, evitar as contraturas, as úlceras de pressão e lesões corporais, e devem ser monitoradas e documentadas regularmente no prontuário do paciente (TIMBY, 2007 apud FILLIPI et. al 2011).

De acordo com Mantovani et. al (2010) a contenção mecânica é um procedimento cuja aplicação inadequada, sem critérios bem definidos e cuidados, pode desencadear complicações que vão muito além da discussão do trauma psicológico envolvido em uma abordagem agressiva e sem consentimento. São complicações clínicas graves, como desidratação, redução da perfusão em extremidades, fraturas, depressão respiratória e até mesmo morte súbita.

Os resultados dos poucos estudos sobre frequência, duração, tipo e indicadores de contenção são heterogêneos e essa variabilidade parece ser decorrente muito mais de diferenças culturais e legislativas do que de critérios clínicos propriamente ditos. De qualquer maneira, nota-se um esforço mundial no sentido da instituição de diretrizes para normatização de métodos de isolamento e de contenção física ou mecânica, visando à restrição da prática para aquelas situações nas quais a restrição se faz realmente necessária para a proteção do paciente (MANTOVANI et al, 2010).

Durante todo o procedimento de contenção o paciente sempre deve ser esclarecido sobre o que está sendo feito, o motivo e o caráter não punitivo (mesmo que esteja psicótico). O ideal é o envolvimento de cinco pessoas, sendo uma que coordena e fala com o paciente. Recomenda-se a posição de decúbito lateral, com a cabeça levemente elevada é a mais

indicada; o paciente deve ser observado, tanto em relação a segurança e conforto da contenção quanto a outros parâmetros, como sinais vitais e nível de consciência (CUNHA, 2014).

Autores como Nunes et. al (2014) ainda acrescentam os seguintes cuidados: Sempre segurar o paciente por grandes articulações; amparar a cabeça do paciente; conter punhos e tornozelos utilizando as faixas corretamente (os tornozelos devem ser contidos separadamente); cobrir o paciente com lençol, deixando expostas as extremidades contidas; as faixas de contenção devem ser de material resistente, porém não devem provocar lesões no paciente, devem ser armazenadas em local adequado e serem arroladas de forma a se manterem lisas e de fácil manuseio; Os pacientes devem ser contidos com as pernas abertas; a cabeça do paciente deve ser levantada ligeiramente para reduzir a possibilidade de aspiração; certificar-se de que a contenção não está prejudicando a perfusão sanguínea ou causando algum tipo de lesão; as contenções devem ser colocadas de modo que líquidos intravenosos possam ser administrados, quando necessários; durante todo o procedimento o paciente deverá ser esclarecido sobre a intervenção, sempre com ênfase no caráter não punitivo do mesmo; o paciente deverá ser restrito em enfermaria onde possa ser constantemente observado tanto em relação a segurança e conforto da contenção quanto à parâmetros, como sinais vitais e nível de consciência; todas as necessidades básicas do paciente devem ser preservadas na contenção mecânica como: hidratação, alimentação, higiene, suporte psicológico; realizar os registros da contenção e sua avaliação nos impressos legais de cada serviço.

As boas práticas de qualidade e segurança consideram a avaliação clínica como ponto de decisão e a prescrição médica como orientadora dessa decisão. A contenção deve estar baseada em diretrizes ou protocolos clínicos discutidos e definidos em caráter multidisciplinar, sendo a evolução do paciente, anotada em seu prontuário (COSTA JUNIOR, 2011).

Segundo o Coren/SP (2009), entre as principais indicações para o uso de restrições estão o alto risco de agressividade com outras pessoas e a si mesmo, alto risco de degradação do ambiente, por solicitação do próprio paciente ou família para garantir diagnóstico e tratamento adequados, quando há risco de agitação psicomotora. Algumas intervenções seriam capazes de reduzir a necessidade do uso de restrição mecânica, entre as quais estão a distração do paciente, a satisfação de suas necessidades de hidratação, alimentação e eliminação, o incentivo da presença de familiares e amigos, o estímulo para deambulação e prática de atividades físicas e a promoção de um bom padrão de sono e repouso.

A agitação psicomotora é um dos quadros mais variáveis no comportamento de pacientes com transtornos mentais, que podem ser reacionais determinados por circunstâncias familiares, conjugais ou da vida profissional. Frequentemente pensamentos e desejos inconscientes recalçados surgem na forma de sintomas, às vezes como conversão motora, dissociação da consciência na forma de “desmaios” ou automatismos. Os sintomas podem surgir de forma teatral e exagerada, que não devem ser entendidos como simulação, outras vezes manifestando-se como angústia difusa com reações somáticas de taquicardia, dispneia, mãos frias, tremores, insônias, tonteiras (MARTINELLI, CAETANO 2014).

Araújo et al. (2010) corroboram que estudos epidemiológicos demonstraram que os portadores de transtorno mental são suscetíveis a episódios de agressividade e agitação, e na internação 18% a 25% deles apresentam esse comportamento. Entretanto, destaca-se que a maioria dos portadores de transtorno mental não são violentos. (Mussel et. al 2012)

Para Hastings & Hamberger, 1997 e Eronen e cols., 1998 apud Bernick et al (2010), alguns fatores são usualmente associados à agitação psicomotora e merecem ser ressaltados para que se tenha uma melhor compreensão do quadro e para que se possa oferecer uma abordagem e tratamentos adequados. Na avaliação de um paciente potencialmente agressivo, quanto mais jovem o indivíduo, maior o risco de agressividade e violência. Entre as mulheres é observada menor proporção de agitação psicomotora com agressividade, mas nas que apresentam transtornos mentais graves a prevalência repousa próxima àquela observada entre os homens. A presença de quadros de comportamento agressivo ou agitado pregresso, bem como de episódios psicóticos, especialmente aqueles constituídos por alucinações auditivas com vozes de comando, são fatores de risco para novos episódios de agitação psicomotora. O uso ou dependência de álcool e outras drogas constitui um fator de risco para agitação psicomotora e para agressividade, especialmente nos pacientes com comorbidades psiquiátricas. Os pacientes com transtornos psiquiátricos apresentam maior risco de manifestarem quadros de agitação ou agressividade, especialmente quando da presença de psicose ou transtornos de personalidade.

A maneira como os profissionais da equipe de saúde falam e se comportam pode ter um papel fundamental no controle de comportamento potencialmente agressivo e pode minimizar drasticamente o risco de violência. A adequação do comportamento da equipe de profissionais no manejo da situação é um aspecto fundamental para a prevenção de agressão física ou danos materiais (MANTOVANI et. al, 2010).

O comportamento violento e agressivo exteriorizado pelo paciente provoca medo, ansiedade e insegurança naqueles que o cercam, incluindo os profissionais. Contudo, o medo

de algumas pessoas em relação a todos os pacientes psiquiátricos é desproporcional aos poucos que, de fato, constituem risco para os outros (KONDO et. al 2011). O medo excessivo nos profissionais pode, segundo os mesmos autores, prejudicar o julgamento clínico e levar ao uso prematuro e em grandes quantidades de medicamentos sedativos e de restrições físicas, como as contenções no leito.

As formas de contenção devem privilegiar as características e necessidades de cada paciente, para que sejam aplicadas de forma apropriada e segura, sendo, por exemplo, em determinadas condições indicada a contenção dos membros e em outras, a do tronco/dorso, em função do tipo de imobilização que se pretenda alcançar (COSTA JUNIOR 2011). Durante o procedimento de contenção mecânica deve-se evitar alterar o tom de voz e realizar orientações que tenham conotação de ameaça. Nunca se deve realizar contenções subaxilares (ou “em varal”) e contenções em pacientes adormecidos (NUNES et. al 2014)

3 MÉTODO

O resultado final desse trabalho é um material informativo sobre os procedimentos durante o processo de contenção mecânica.

Esse estudo foi realizado a partir de observações e relatos de um hospital psiquiátrico no município do Rio de Janeiro, referência para o recebimento de usuários moradores da zona sul dessa cidade.

Determinados pacientes apresentam quadro de agitação psicomotora, principalmente no momento de internação, mas não são raras essas intercorrências no curso do tratamento.

Nesses momentos, considerados emergências psiquiátricas, o paciente é atendido inicialmente pela equipe de enfermagem, responsável direta pelos cuidados básicos e de manutenção das prescrições e rotinas. São acionados médicos, psicólogos, os familiares quando presentes, em casos extremos, é solicitada a presença da equipe de segurança, para garantir a integridade patrimonial da unidade.

O percurso de seleção da fundamentação teórica que compôs o material informativo iniciou com a busca na literatura científica de estudos acerca dos consensos quanto às formas para a promoção de uma contenção mecânica de forma humanizada e menos traumática possível. Para tanto, realizei uma busca no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados: Bases de Dados da Enfermagem (BDENF), Literatura Científica da América Latina e Caribe (LILACS) e Scietific Library Online (SCIELO).

As palavras chaves utilizadas e combinadas foram: agitação psicomotora, contenção mecânica, urgências psiquiátricas.

Inicialmente, selecionei sete periódicos científicos, dois informativos e dez textos extraídos em bases de dados da Internet que poderiam estar relacionados com a o objeto deste estudo.

Após a seleção preliminar, realizei uma leitura superficial dos mesmos, e identifiquei dentre eles os que realmente poderiam ser utilizados na elaboração do estudo. Desta forma ao final foram utilizados cinco periódicos científicos, dois informativos e sete textos da Internet.

Realizei uma segunda leitura que me possibilitou a identificação das ideias principais de cada texto, de maneira mais aprofundada. Pude então proceder a uma interpretação crítica dos dados que se inseriam no contexto dos objetivos propostos, o que possibilitou a elaboração da síntese e discussão que será apresentada a seguir.

Esta busca e seleção foram realizadas no período de Dezembro/2013 a Março/2014.

Para análise de dados, segui então as fases de leitura propostas por LOBiondo –Wood & Haber (2002), que são;

- Preliminar: Leitura superficial que permite uma familiarização com os textos
- Compreensiva: Leitura cujo objetivo é o entendimento do texto e identificação da ideia principal
- Analítica: Fracionando o conteúdo de todo o material selecionado e começando o processo de crítica, descartando o material que não se adequava ao trabalho proposto.
- Síntese: Reunindo todo o material próprio para o estudo, analisando e construindo um novo conteúdo.

Por não se tratar de um estudo com envolvimento de seres humanos, não foi necessário submeter esse presente estudo ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), tampouco foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Mesmo não tendo a intenção de fazer um protocolo de caráter institucional, considero a afirmação de Neto (2006 apud. Filippi et al 2011), em que afirma que o uso de protocolos assistenciais fundamentados e estruturados cientificamente promove uma qualificação aos processos assistenciais, possibilitando uma análise e aperfeiçoamento contínuo desses processos. Tal protocolo constitui uma ferramenta para o profissional de saúde atuar em favor dos usuários, baseado em evidências mais atualizadas que compõe o bom cuidado em saúde. Entretanto, a existência de um protocolo não garante, por si só, a qualidade do cuidado a ser oferecido ao paciente. Para que isso ocorra, as informações contidas nele devem ser incorporadas num conjunto de atitudes profissionais baseadas em respeito recíproco. (VENETIKIDES et al, 2002 apud FILIPPI et al 2011).

Para Freitas et al (2013) , a padronização da técnica de contenção física em pacientes com transtornos mentais é primordial, pois funciona como instrumento regulamentador em busca de uma assistência humanizada com qualidade e segurança, mas deve ser desenvolvida de acordo com o perfil da Unidade de Saúde.

Ainda de acordo com o parecer nº 56/1993 da Câmara Técnica Assistencial e Parecer nº 5/1997 da Câmara Técnica de ética do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, a contenção física em pacientes com transtornos mentais deve seguir um protocolo que regulamente as técnicas, visando à promoção de uma assistência de Enfermagem humanizada com qualidade e segurança.

Partindo do acima exposto, proponho iniciar o desenvolvimento de um material informativo expondo de forma bem simples e didática os enunciados legais sobre contenção mecânica, com as delimitações de competência de cada profissional. Posteriormente, elaborar o passo a passo desse procedimento, desde a avaliação criteriosa da necessidade dessa intervenção, até a avaliação final sobre a possibilidade da retirada da contenção, discorrendo sobre os riscos e benefícios para o paciente durante todo o procedimento.

Por não se tratar de um protocolo institucional, e sim um informativo que poderá ser seguido pelos profissionais envolvidos, esse documento poderá ser distribuído entre a equipe, como forma de esclarecer os papéis dos atores envolvidos, os métodos utilizados e a responsabilização individual ao cuidado prestado.

O conteúdo do Material Informativo

CONTENÇÃO MECÂNICA

O que é?

A contenção mecânica é uma medida restritiva ao paciente, pois o mesmo é literalmente amarrado à cama. Utilizada de forma criteriosa e responsável, é uma forma de garantir a segurança não só ao usuário em agitação psicomotora, mas também aos profissionais de saúde que estejam lidando com ele.

Como avaliar a necessidade de contenção?

A contenção é realizada no paciente que se encontra em agitação psicomotora, quando coloca em risco a si, seus familiares, os profissionais de saúde ou outros pacientes. A contenção só deve ser utilizada como ultimo recurso, quando outras possibilidades menos restritivas não obtiverem sucesso, como por exemplo, o diálogo, a mudança de ambiente, ou a medicação prescrita pelo médico. Não raro, o próprio paciente pode solicitar essa medida.

Quem prescreve a contenção mecânica?

A contenção mecânica deverá constar da prescrição médica, carimbada e assinada pelo profissional responsável, com hora do início do procedimento. Preferencialmente, o mesmo profissional deverá prescrever a retirada da contenção, no menor tempo possível para tal. É importante lembrar, que, excetuando-se as situações de urgência e emergência, os profissionais de enfermagem somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente, sob supervisão direta do enfermeiro, conforme determina o Conselho Federal de Enfermagem.

Quem participa do procedimento da contenção?

Médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e psicólogos devem participar ativamente do momento da contenção.

Lembre-se: Esse processo é de responsabilização coletiva, ou seja, todos os profissionais envolvidos deverão estar empenhados para garantir todos os benefícios ao paciente.

Como realizar a contenção?

Avisar ao paciente o procedimento, e a sua necessidade naquele momento, deixando bem claro que não se trata de nenhuma ação punitiva ao mesmo. De preferência, somente um profissional deverá ser a referência para conversar com o paciente durante o procedimento.

O paciente deverá ser contido mecanicamente da forma menos traumática possível. Serão utilizados materiais como ataduras, lençóis, fitas de tecido e algodão.

1. Conter primeiramente o tórax, utilizando um lençol dobrado em diagonal, até formar uma faixa, colocando-a sob as costas do paciente passando-a pelas axilas. Cruzar as pontas sob o travesseiro e amarrá-las no estrado da cabeceira da cama.

2. Conter os punhos e tornozelos. Utilizar ataduras acolchoadas com algodão ou fitas de tecido próprias para tal finalidade. Pegar as pontas pelos dois centros, formando com as mesmas um laço com nó, ficando as pontas no estrado da cama.

3. *Contenção dos joelhos, passando as pontas do lençol em diagonal do lado direito sobre o joelho direito e por baixo do esquerdo, e depois passar a ponta do lado esquerdo sobre o joelho esquerdo e por baixo do joelho direito, amarrando as pontas nos estrados, nas laterais da cama.*

Poderão ser utilizados cremes para a hidratação e proteção da pele do paciente.

Se o paciente estiver com quadro de confusão mental, sedado com sobrepeso, apresentar roncos ou estiver com dificuldades respiratórias, a cabeceira da cama deverá ser elevada.

Após a realização da contenção, o que fazer?

O paciente deverá ser monitorado por toda a equipe. À enfermagem caberá verificar os sinais vitais a cada trinta minutos. Deverá ser avaliada também a presença de qualquer sinal de irritação da pele, bem como a perfusão sanguínea, evitando, assim, a possibilidade de garroteamento de algum membro.

Nesse momento, deverá ser proporcionado ao paciente um ambiente o mais seguro e confortável possível, com luminosidade adequada e ausência de estímulos sonoros, entre outros.

Quais os riscos o paciente pode sofrer?

O paciente contido no leito poderá sofrer uma série de riscos, motivos pelos quais a atenção deverá ser feita de forma intensiva por toda a equipe.

Pela sua vulnerabilidade, outros pacientes poderão agredi-lo. Atentar para aproximação que qualquer outro paciente junto ao leito do paciente contido.

Lesões devido ao esforço de retirar a contenção não são raros. Observar a integridade da pele do paciente; Poderão ocorrer lesões graves, inclusive musculares.

Existe a possibilidade de bronco aspiração, caso o paciente tenha ingerido algum alimento imediatamente antes da contenção, ou esteja extremamente sedado.

Quando encerrar a contenção?

A contenção deverá ser retirada no menor tempo possível. Após avaliação da equipe, o médico irá registrar na prescrição a cessação da contenção do paciente. Serão retiradas as contenções de forma cautelosa e com avaliação a cada passo.

Uma dica: Perguntar ao paciente com qual mão ele escreve ou come. Se for a direita, soltar primeiro a mão esquerda, que teoricamente é a menos hábil. Assim poderá ser avaliada a reação do paciente diante desse momento.

Cabe salientar que a proposta apresentada está em fase discussão das possibilidades para a diagramação em formato de Material Informativo cujas características devem seguir orientações como linguagem acessível, formatação atrativa, inclusão de ilustrações, entre outras para facilitar a leitura e torná-lo um tipo de guia de fácil acesso e compreensão.

Após o processo de seleção da amostra, sobretudo, a definição do conteúdo para compor o material informativo foi possível tecer algumas considerações que corroboram com a perspectiva proposta neste estudo.

Segundo Paes et. al (2009), a contenção mecânica deve ser realizada por equipes treinadas, com técnica adequada e em ambiente terapêutico. É importante atribuir o mesmo valor à contenção tal como as demais técnicas que são utilizadas no trabalho em saúde. Ainda segundo esses autores, o uso de medidas restritivas deve ter sempre a finalidade terapêutica e, portanto, serem incluídas no plano de tratamento ou projeto terapêutico do paciente bem como cumprir os seguintes critérios: indicação individualizada e tempo limitado. É imprescindível a integração da equipe multidisciplinar na discussão e descrição dos critérios necessários para utilizar uma técnica de cuidado em saúde mental. Mussel et. al (2012) ainda acrescenta que a contenção deverá ser realizada após discussão e avaliação da equipe presente quando da situação de urgência, sendo prescrita por um médico no prontuário do paciente.

É necessária abordagem terapêutica a partir de uma avaliação humanizada e singular, o que requer dos profissionais habilidade e rapidez para tomadas de conduta, avaliação da situação, bem como apoiar o paciente, ouvir reflexivamente, verbalizar interesse, fazer perguntas, colocar os eventos em sequência lógica, se aproximar do paciente calmamente, informar e transmitir o desejo de ajudá-lo e, se julgar necessário, pedir ajuda a outros profissionais. Ressalta-se que as atitudes culturais influenciam a comunicação e o estilo de resposta do profissional que trabalha com pessoas em crise, o que reforça a importância da educação permanente em saúde mental (KONDO et. al 2011).

Bernick et al (2010) alerta que o paciente deverá ser contido pelo menor tempo possível, com faixas confeccionadas para que não acarretem lesões. Além disso, essas faixas não podem promover o estrangulamento, obstrução de vias aéreas, que prejudiquem a perfusão dos membros ou restrições por tempo prolongado. Esse paciente deverá ser reavaliado seguidamente, para que se evitem complicações da contenção.

Mussel et. al (2012) define como tarefas críticas a serem implementadas para a contenção mecânica ser efetuada da maneira mais segura possível as seguintes:

- Diante de situações de agressividade ou de comportamento de risco, deve-se considerar e particularizar os fatores ambientais, recursos físicos, técnicos e humanos disponíveis em cada unidade para atendimento às situações de urgência;
- Diagnosticar a etiologia do comportamento agressivo avaliando de forma rigorosa e global a situação de crise;
- 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 independentemente do diagnóstico a violência pode representar um movimento defensivo do paciente contra sentimentos como o medo, fragilidade, desproteção, desamparo, violação ou abuso físico;
- Manter a intervenção verbal antes, durante e após todo o processo de contenção, explicando ao paciente o que está sendo feito, o motivo, os objetivos de tal procedimento. A comunicação terapêutica contribui para a excelência da prática e cria oportunidade de aprendizagem para o paciente podendo estimular sentimentos de confiança entre ele e a equipe, permitindo-lhe experimentar a sensação de segurança e apoio;
- Preservar a privacidade do paciente durante todo o procedimento de contenção física;
- Manter o paciente contido em ambiente terapêutico 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 do paciente, proporcionando conforto e proteção, avaliação de sinais vitais, avaliação da perfusão sanguínea, avaliação da presença de comorbidades clínicas, eficácia da restrição, presença e necessidade de manutenção ou associação de outras medidas terapêuticas, de 30 em 30 minutos;

• O espaço físico destinado ao atendimento também deve ser organizado de maneira a aumentar a segurança do paciente e da equipe, 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 usados como armas. Idealmente, o acesso à porta deve ter a mesma distância tanto para a equipe como para o paciente, porque alguns pacientes persecutórios podem sentir-se acuados se não tiverem acesso à saída, o que aumentaria o risco de agressão física.

O cuidar em saúde mental requer do profissional de enfermagem visão diferenciada e que lhe permita vislumbrar o ser humano em sua totalidade, contemplando suas dimensões biológica, psicossocial e espiritual. Isso é imprescindível para realizar o cuidado qualificado (PAES et. al 2009).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho possibilitou minha reflexão acerca do papel do Enfermeiro na abordagem de um tema ainda bastante controverso, a contenção mecânica de pacientes em agitação psicomotora.

Embora seja uma prática utilizada de forma comum em serviços de atenção psicossocial considerei a necessidade de discutir a realização desse procedimento, feita de formas diversas e por vezes sem nenhum critério pré-estabelecido. Especialmente, na minha prática profissional percebo esta lacuna, diferentes profissionais de um mesmo serviço com visões e práticas diversas devido à falta de informação e reflexão sobre o tema.

Apesar das recomendações legais, no caso da enfermagem, acerca de como avaliar e proceder em situações de agitação psicomotora que justificam a utilização de contenção mecânica, as mesmas parecem não estarem incorporadas no cotidiano de muitas instituições.

Motivado por esta realidade defini com estratégia inicial para divulgação de informações e discussão da prática em meu contexto profissional a elaboração de um material informativo que reúne um conjunto aspectos desta ação que aplicada de forma adequada e respeitando as necessidades do paciente trata-se de um cuidado.

Em nenhum momento deste trabalho a contenção mecânica deve ser vista como ato contra os direitos do paciente ou um tratamento arbitrário, mas, a percepção que busquei imprimir é de uma ação justificada por necessidades específicas e aplicada de forma consciente pelos profissionais.

As informações escolhidas para compor o material visaram oferecer aos profissionais uma proposta de como enfrentar de forma cautelosa e segura uma situação comum na prática diária, demonstrando que organização e método podem e devem ser os pilares de toda ação coletiva.

Além de um material com o propósito de informar vislumbro uma discussão entre os profissionais de saúde que assistem pacientes psiquiátricos, sobre a necessidade de realizarmos ações assertivas e embasadas em critérios científicos, respeitando-se os aspectos legais e éticos, possibilitando resultados eficientes e minimamente traumáticos.

REFERÊNCIAS

BERNICK, Vladimir et al. **Agitação psicomotora** Revista Brasileira de Medicina vol. 67 n. 08 Agosto/2010

COFEN Conselho Federal de Enfermagem **Resolução nº 427/2012** **Normatiza os procedimentos de enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes.** Disponível em www.novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4272012_9146.html Acessado em 08 de abril de 2014.

COREN-SP Conselho Regional de Enfermagem SP – **Restrição de Pacientes** Câmara Técnica do Coren-SP, 2009

COSTA JUNIOR, Heleno. **Gestão de Enfermagem – Contenção Segura de Pacientes** Acessado em www.saudeweb.com.br/blogs/gestao-de-enfermagem-contencao-segura-de-pacientes

CUNHA, Vanessa Santos Cunha. **Agitação Psicomotora** Acessada em www.ccs.ufsc.br/psiquiatria/981-15.html

FILIPPI, Joseane et. al. **A Equipe Multiprofissional Frente ao Uso da Contenção Mecânica.** Revista Contexto e Saúde. Editora Unijui v. 10 n. 20 Já/Jun 2011 p. 573-578

FREITAS et. al. **Contenção Física Para Unidade de Ponto Atendimento em Saúde Mental: Da 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, 2013

KONDO et. al. **Abordagem da Equipe de Enfermagem ao Usuário na Emergência em Saúde Mental em um Pronto Atendimento.** Rev. esc. enferm. USP vol.45 no.2 São Paulo Apr. 2011

LOBIONDO-WOOD, Geri, HARBER, Judith. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização** 4. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2002.

MANTOVANI, Célia et al. **Manejo de paciente agitado ou agressivo** Revista Brasileira de Psiquiatria vol. 32 Sup II out/2010

MARTINELLI, Hailton, CAETANO, Gustavo Vieira. **Emergências em Psiquiatria**. Disponível em <http://vieiracaetano.org/emerg.pdf> em 04/01/2014. Acessado em 08 de abril de 2014.

MUSSEL et al. **Contenção Física dos Pacientes em Quadro de Agitação Psicomotora**. Disponível em www.fhemig.mg.gov.br/pt/protocolos-clinicos Acessado em 08 de abril de 2014.

NUNES, Sandra O. Vargas et. al. **Emergências em Agressividade e Agitação Psicomotora**. Disponível em <xa.yimg.com/kq/groups/24694701/1864162472/.../CAPÍTULO+3.doc> Acessado em 08 de abril de 2014.

PAES et al. **Contenção Física em Hospital Psiquiátrico e a Prática da Enfermagem**. Revista da Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro 2009 out.dez. v. 17 p. 479