

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CLÁUDIA LÚCIA ANCELMO

**PRÁTICAS ASSISTÊNCIAIS EM SAÚDE MENTAL: AVALIAÇÃO DE UM
INSTRUMENTO DE CONTEÇÃO FÍSICA AO PACIENTE CRITICAMENTE AGUDO**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CLÁUDIA LÚCIA ANCELMO

**PRÁTICAS ASSISTÊNCIAIS EM SAÚDE MENTAL: AVALIAÇÃO DE UM
INSTRUMENTO DE CONTEÇÃO FÍSICA AO PACIENTE CRITICAMENTE AGUDO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção 3: Tecnologia de Cuidado e/ou de Conduta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Daniele D. Lazzari

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PRÁTICAS ASSISTÊNCIAIS EM SAÚDE MENTAL: AVALIAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE CONTEÇÃO FÍSICA AO PACIENTE CRITICAMENTE AGUDO** de autoria do aluno **CLÁUDIA LÚCIA ANCELMO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área: Tecnologia de Cuidado e/ou de Conduta.

Profa. Me. Daniele D. Lazzari
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	01
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	03
3. MÉTODO.....	05
3.1 CENÁRIO DE ESTUDO.....	05
3.2 FERRAMENTA UTILIZADA.....	06
4. RESULTADO E ANÁLISE.....	07
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	12
REFERENCIAS.....	13
APENDICES E ANEXOS.....	14

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1. Número de Contensões Mensais 2013/2014.....	07
Gráfico 1. Número de Contensões Mensais 2013/2014.....	08
Tabela 2. Campos de Preenchimento Obrigatório da Ferramenta de Contenção 2013/2014.	08
Tabela 3. Escala de Coma de Glasgow.....	10
Tabela 4. Escala de Ramsay.....	11

RESUMO

A contenção física é ainda utilizada nas unidades psiquiátricas, mesmo com todos os efeitos deletérios que possam vir a acometer o paciente com agitação psicomotora. Sua discussão ainda é tabu sendo evitada no que se refere a assistência de saúde. Na busca de um atendimento de enfermagem de qualidade, foi criado no Cersam-Pampulha uma ferramenta onde são registrados os cuidados de enfermagem prestados ao paciente em contenção, uma vez que antes da criação deste impresso não havia nenhum tipo de documentação deste procedimento na instituição. Através de uma análise retrospectiva deste impresso e o relato de experiência dos profissionais do serviço, escolheu-se abordar o preenchimento da Escala de Coma de Glasgow (ECGL) por ser um dos elementos que auxilia na avaliação do nível de consciência no momento da indicação da contenção mecânica. No entanto, fazendo uma análise do conceito da ECGL e sua utilização, percebe-se que ela não é a forma mais eficiente de avaliar o nível de agitação psicomotora, pois não contempla parâmetros capazes de analisar tais manifestações. Levando em consideração que comumente o paciente agitado deve ser contido quimicamente, percebe-se ainda que a ECGL também não é a indicação mais adequada, pois existem escalas mais adequadas para estas situações - a escala de Ramsay. A utilização dessa escala é rápida, de fácil compreensão e mais adequada quando há a necessidade de contenção química associada. Diante do problema apresentado acima se percebe a importância de criar uma estratégia de orientação e treinamento sobre a utilização desta nova ferramenta.

1 INTRODUÇÃO

As atuais políticas de saúde mental no Brasil foram conquistadas a partir de um longo processo de reforma de paradigma, cujos primórdios eram focados na Assistência Médico-Legal aos Alienados, de caráter predominantemente asilar. Em 1890 a assistência psiquiátrica brasileira surgiu da função saneadora dos primeiros hospícios, assumindo um papel excludente, focado na hospitalização, na medicalização e na doença sem fazer-se acompanhar com o indivíduo inserido em seu meio social (BORGES, 2008).

Em meados de 1960, inicia-se debates sobre a necessidade de mudanças na proposta de assistência, levando em consideração o que estava sendo produzido na Europa com a psiquiatria preventiva e comunitária, focados na a humanização dos hospitais. Só em 1978 começa a ser constituído de fato o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro, com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) em aliança com o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). Ambos criticavam o modelo hospitalocêntrico, às más condições de trabalho e de tratamento ao paciente e à privatização da assistência psiquiátrica (BORGES, 2008).

No final da década de 1980 a associação de vários movimentos no país como a I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987 e a rediscussão do papel do Estado na saúde com a redemocratização e desenvolvimento dos ideais da reforma sanitária, culminaram na Constituição Federal de 1988, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS) com seus princípios de universalização, integralidade, descentralização e participação popular a partir das Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. Isto permitiu condições para a instituição no Ministério da Saúde e da Coordenação Nacional de Saúde Mental em 1991. Agora um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, pautadas na desinstitucionalização e na reabilitação psicossocial modificou finalmente o modelo assistencial em saúde mental no país (MIELKE, 2011).

A reabilitação psicossocial é entendida como um conjunto de ações que visa o aumento das habilidades da pessoa, utilizando diferentes recursos e serviços do sistema oferecido, diminuindo o dano causado pelo transtorno mental, e valorizando, as potencialidades e capacidades do indivíduo, envolvendo todos aqueles que fazem parte do processo saúde-doença, ou seja, usuários, familiares, profissionais e comunidade em geral (MIELKE, 2011). E para que esse processo seja efetivo, é imprescindível que o indivíduo em sofrimento psíquico seja reinserido na vida em sociedade, retomando a autonomia e a cidadania, quando a pessoa conquista a sua liberdade e exercita a subjetividade, circulando

nos espaços da cidade e promovendo novas relações sociais. Neste momento o indivíduo é compreendido como protagonista do seu tratamento e inserido em um grupo familiar grupo que também é atendido pelos serviços de saúde (MIELKE, 2011).

Visando auxiliar neste processo foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), definidos e regulamentados pela portaria ministerial n. 336, de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002), que passam a oferecer atendimento individual, grupal, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias visando o cuidado à família, com o acolhimento responsável e com a inserção social dos usuários. Os CAPSs são classificados como I, II ou III, de acordo com sua estrutura e serviços oferecidos, abrangendo serviços de todos os níveis de atenção, desde a atenção básica até os serviços especializados: centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios de saúde mental, hospitais dia, leitos/unidades em hospitais gerais, serviços de urgência/emergência psiquiátrica, geração de renda e trabalho, centros de convivência, pensão protegida, entre outros, trabalhando com a lógica do território e do tratamento por uma equipe multiprofissional (KANTORSKI, 2008; MIELKE, 2011).

Desde então, gradativamente os grandes hospitais psiquiátricos de Minas Gerais, como as Santas Casas de Misericórdias e o grande Hospital Psiquiátrico de Barbacena foram dando lugar para lugares que trabalhavam a desinstitucionalização da Psiquiatria a partir das várias experiências locais e serviços como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) e os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental). Para avaliar a eficiência e a eficácia dos CAPSs, é necessário conhecer as práticas desenvolvidas pelos profissionais desse serviço e compará-las aos preceitos teóricos que as permeiam e que se baseiam no modo psicossocial para o cuidado em saúde mental.

No presente artigo, temos o objetivo de conhecer e avaliar uma ferramenta de gerenciamento de risco utilizada na prática em uma das unidades do CAPS na cidade de Belo Horizonte – MG, o CERSAM Pampulha na abordagem do paciente durante a contenção mecânica em sua fase aguda de perturbação mental, levando em consideração as características que foram elencadas pelos profissionais do referido serviço para identificar características que possibilitem a melhoria da ferramenta na construção dessa nova proposta de assistência ao portador de sofrimento mental, seja na abordagem conceitual ou nos conceitos operacionais que este serviço está adotando na utilização desta ferramenta a partir de dados compilados junto à instituição.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A meta numa emergência de paciente agitado é obter, o mais breve possível, condições para que ele possa colaborar e retomar uma relação que conduza a um diálogo. Se o profissional percebe o paciente agitado como potencialmente perigoso, pode intervir farmacologicamente. Entretanto, há uma distinção entre o que é considerado uma "contenção química" e um tratamento, a depender do medicamento que está sendo empregado como parte de um plano de cuidado para a condição do paciente ou somente como meio de controle de seu comportamento (MANTOVANI, 2010).

Entre 20% e 50% dos internos em unidades de tratamento agudo em psiquiatria demandam doses suplementares de medicação tranquilizante. O emprego de isolamento e restrições físicas ou mecânicas também são práticas ainda comuns, mas extremamente controversas em psiquiatria, tendo-se em vista o uso destas técnicas em caráter coercitivo/punitivo, fato que acompanha a história da especialidade. Além do respeito à dignidade e aos direitos civis do paciente, a prática não encontra clara sustentação em evidências científicas e está associada à ocorrência de efeitos colaterais graves e mesmo óbito. 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, 2010).

Dependendo do grau de agitação e agressividade, alguns pacientes podem representar um risco para a própria integridade física, bem como para os demais pacientes, seus acompanhantes e os profissionais de saúde envolvidos nos seus cuidados. Quando as intervenções verbais, não verbais e medicamentosas não são suficientes para o controle da situação, pode ser necessário o uso de isolamento, contenção física ou contenção mecânica.

Entende-se por isolamento a manutenção do paciente em um quarto fechado, onde ele pode se movimentar livremente, mas sem a possibilidade de deixar o ambiente, devido à porta trancada (ARAÚJO, 2008; MANTOVANI, 2010).

A contenção física se caracteriza pela imobilização do paciente por várias pessoas da equipe que o seguram firmemente no solo. Já a contenção mecânica se caracteriza pelo uso de faixas de couro ou tecido, em quatro ou cinco pontos, que fixam o paciente ao leito. No Brasil, não temos conhecimento de resoluções de conselhos médicos, ou normatizações legais sobre práticas de isolamento e contenção física ou mecânica, inclusive sobre a determinação se tal procedimento se constitui ou não em ato médico. A contenção mecânica parece ser o meio mais comumente utilizado para Agitação e agressividade. Em 1994, a Comissão do Estado de Nova Iorque para Qualidade de Cuidados reportou 111 óbitos relacionados à contenção mecânica durante os dez anos anteriores, o que levou a uma ampla revisão das práticas de contenção física ou mecânica e de isolamento. Esses e outros distúrbios são passíveis de serem evitados se houver observação contínua do paciente contido fisicamente. Em nosso meio, o uso da contenção mecânica de pacientes psiquiátricos é uma prática muito contestada, mas nem por isso pouco utilizada. Diferente de outras práticas que ainda são alvo de questionamentos, como a eletroconvulsoterapia, o uso da contenção mecânica nem sempre dispõe de um protocolo específico e estudos voltados para a avaliação da eficácia (ARAÚJO, 2008; MANTOVANI, 2010).

Na busca de um atendimento de enfermagem de qualidade, foi criado no CERSAM Pampulha uma ferramenta onde são registrados os cuidados de enfermagem prestados ao paciente em contenção, uma vez que antes da criação deste impresso não havia nenhum tipo de documentação deste procedimento na instituição. Gerenciar tais eventos promove seu uso racional na medida que investiga a qualidade de parâmetros que influenciam sua ocorrência, induz mudanças na conduta dos profissionais de saúde estimulando uma atitude mais cuidadosa e amplia evidências a cerca da segurança na utilização dos mesmos.

3 MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência de caráter analítico-teórico, constituído através de artigos indexados no bancos de dados on-line por meio de consulta no sistema BVS e acervo do centro Universitário UNA para revisão literária sobre a temática. Além disso tivemos acesso a documentos institucionais do CERSAM Pampulha para análise retrospectiva desde quando foi implantada a ferramenta, objeto do estudo, em março de 2013.

Para iniciar a busca das referências, foi acessado o site www.bvs.br nas bases de dados LILACS e SCIELO nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2014 e após consulta aos descritores em ciência da saúde (DeCS), selecionou-se dos seguintes descritores para a pesquisa: saúde mental; gerenciamento de segurança; educação em saúde. Os artigos foram selecionados a partir de seu período de publicação (entre os anos 2008 e 2014) e pertinência do tema após leitura de seus resumos. Devido sua relevância, apenas um livro do ano de 2002 foi utilizado na pesquisa devido sua relevância. Contudo, foram selecionados 6 artigos no total. O material bibliográfico foi submetido a leitura criteriosa, fichamento e comparação quanto ao seu contributo para o objetivo do estudo. Para a análise da ferramenta utilizada na avaliação da contenção do paciente criticamente agudizado foram levantados todos os itens obrigatórios de preenchimento. Foi considerado o índice de 60% de corte para análise da adesão/ segurança na utilização da ferramenta. Posteriormente foi realizado uma reunião de equipe, no qual foi discutido os itens mais relevantes apontados pela análise retrospectiva dos documentos analisados no intuito de avaliar o grau de conhecimento de cada funcionário a cerca de como preencher cada item da ferramenta utilizada na contenção dos pacientes criticamente agudos. Ao todo foram avaliados 15 técnicos de enfermagem, 2 assistentes sociais, 3 terapeutas ocupacionais, 4 médicos, 5 psicólogos e 4 enfermeiros, totalizando 100% dos profissionais que prestam assistência a saúde diretamente aos usuários no mês de fevereiro de 2014. Para tanto, os participantes do estudo foram esclarecidos dos objetivos da reunião e sobre a posterior compilação dos dados para a elaboração de um relato de experiência. Vale lembrar que uma das autoras faz parte do corpo clínico da instituição avaliada. Os dados obtidos foram agrupados e analisados buscando-se os eventos significativos extraídos das narrativas dos participantes.

3.1 Cenário de Estudo

O CERSAM Pampulha tem como proposta o atendimento de urgências psíquicas, bem como o acompanhamento de pacientes de saúde mental em crise, ou seja, psicóticos e neuróticos graves, egressos ou não do sistema hospitalar tradicional. É um dos principais dispositivos de atendimento em saúde mental construído segundo a lógica de uma alternativa ao hospital psiquiátrico. É composto por uma equipe multiprofissional formada por médicos psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais e técnicos de enfermagem.

Na instituição os pacientes são acolhidos pelo profissional plantonista, avaliado e inserido em ambulatório crise, permanência dia, pernoite ou encaminhado para unidade básica dependendo do quadro apresentado no momento do acolhimento. Quando se tem a necessidade de acompanhamento deste serviço os pacientes são inscritos para um Técnico de Referência que é um profissional que irá acompanhar a evolução deste paciente e fazer as intervenções necessárias desde a elaboração do plano de tratamento até a sua alta da instituição. Aqueles que já se encontram em permanência dia ou pernoite são avaliados diariamente pelo Técnico de Referência e quando na ausência do mesmo o profissional plantonista irá avaliar o paciente. Por ser um serviço de urgência psiquiátrica ocorrem momentos de agitação e agressividade que exigem do profissional plantonista uma tomada de decisão que pode incluir a contenção física do paciente, que envolve técnicas para restringir à habilidade do paciente de se movimentar usando dispositivos diferentes como amarras de algodão ou ataduras, a contenção física seria a resposta final quando medidas menos restritivas falharem. Para oferecer um cuidado de enfermagem mais qualificado foi criado em março de 2013 um impresso de contenção física que tem o objetivo de registrar e avaliar a condição do paciente no momento e durante o período da contenção, no intuito de gerenciar melhor este cuidado.

3.2 A Ferramenta Utilizada

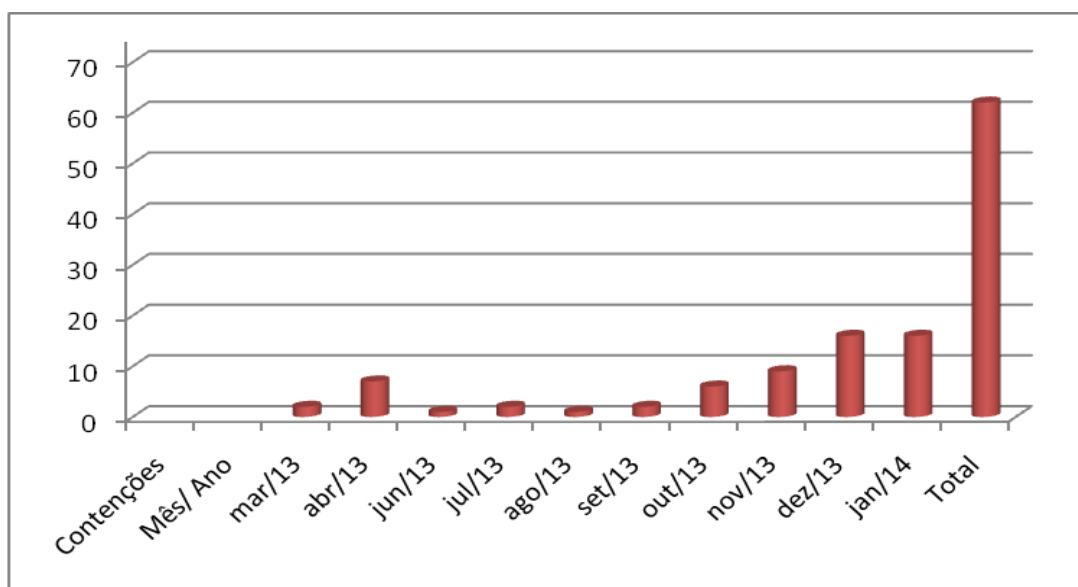
Trata-se de um impresso desenvolvido no período de março de 2013 a janeiro de 2014 pelo gerente da instituição (Anexo 1) a partir de uma fragilidade observada durante os procedimentos de contenção mecânica dos pacientes da instituição, já que antes deste período não havia nenhuma forma de documentação deste procedimento na instituição.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Após a análise retrospectiva dos documentos, os dados evidenciaram que o registro em formulário específico das contenções físicas no CERSAM Pampulha começou em março de 2013. O levantamento abaixo foi baseado nas contenções do dia 14 de março de 2013 a 22 de janeiro de 2014. Foram analisados 100% dos impressos, demonstrados na tabela (Tab. 1) e no gráfico (Graf. 1) abaixo:

TABELA 1: Número de Contenções Mensais – 2013/2014.	
MÊS/ ANO	QUANTIDADE
Março/ 2013	02
Abril/ 2013	07
Junho/ 2013	01
Julho/ 2013	02
Agosto/ 2013	01
Setembro/ 2013	02
Outubro/ 2013	06
Novembro/ 2013	09
Dezembro/ 2013	16
Janeiro/ 2014	16
TOTAL	62

GRÁFICO 1: Número de Contenções Mensais – 2013/2014.



Além no número de contenções mensais, para a avaliação da qualidade do preenchimento das informações básicas do impresso utilizado para a documentação do ato de contenção mecânica, produziu-se a tabela abaixo (Tab. 2) levando em consideração cada item obrigatório. Vale lembrar que foi considerado o índice de relevância de 60%.

TABELA 2: Campos de Preenchimento Obrigatório da Ferramenta de Contenções – 2013/2014.

Campos do formulário de contenção CERSAM Pampulha:	C	I	N	Total
1- Cabeçalho: Nome, prontuário, data, início e término	22	40	00	62
2- Descrição do quadro antes da contenção	59	03	00	62
3- Descrição das estratégias usadas antes da contenção	56	06	00	62
4- Medicação usada	48	01	13	62
5- Motivos da contenção	59	00	03	62
6- Técnica utilizada	38	02	22	62
7- Auxiliar OBS, responsável e demais envolvidos	35	11	16	62
8- Registros dos dados vitais	25	03	03	62

9- Intercorrências durante a contenção	08	00	54	62
10- Ass. do responsável ao conter	26	00	36	62
11- Ass. do responsável ao desconter	30	00	32	62
12 – Escala de Coma de Glasgow	18	44	00	62

Legendas:

C - Preenchimento correto

I- Preenchimento incompleto/ incorreto

N- Sem preenchimento dos dados

Vários problemas foram evidenciados a partir da análise dos documentos, porem apenas os indicadores: Cabeçalho (64,62%); Intercorrências durante o procedimento (87,1%); e o Preenchimento da Escala de Coma de Glasgow - ECGL (70,97%) atingiram o índice de 60% para abordagem posterior. Dentre os problemas evidenciados, escolheu-se abordar o preenchimento da ECGL por ser um dos elementos essenciais para a indicação da contenção mecânica e conseqüentemente o preenchimento correto utilizados neste impresso. No presente momento a ECGL é utilizada na instituição como o instrumento que indica e monitoriza a contenção mecânica do paciente.

A utilização da Escala de Coma de Glasgow ECGL consiste na avaliação clínica do nível de consciência dos pacientes para avaliar possíveis comprometimentos cerebrais (Tab. 3). O conceito que o nível de consciência "é o grau de alerta comportamental que o indivíduo apresenta", nota-se que há uma grande possibilidade de variação desse parâmetro nos pacientes psiquiátricos, uma vez que o nível de [consciência](#), de alerta, de quão desperto e funcionante encontra-se alterado. Nesta escala são avaliados os seguintes parâmetros: abertura ocular (de 1 a 4 pontos), resposta verbal (de 1 a 5 pontos) e resposta motora (de 1 a 6 pontos). Um escore menor de 14 a 12 indica em estado de confusão mental e um escore menor que 8 é comumente aceito como ponto crítico das alterações do nível de consciência, colocando o paciente em um estagio de risco de vida (MORITA, 2009).

TABELA 3: Escala de Coma de Glasgow - 2014.

Parâmetros	Resposta Observada	Pontuação
Abertura Ocular	Espontânea	4
	Com estímulo verbal	3
	Com estímulo doloroso	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta Verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras impróprias	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta Motora	Obedece aos comandos	6
	Localiza e retira o estímulo	5
	Localiza o estímulo	4
	Responde em flexão	3
	Responde em extensão	2
	Nenhuma	1

Fazendo uma análise do conceito da ECGL e sua utilização, percebe-se que ela não é a forma mais eficiente de avaliar o nível de agitação psicomotora, pois não contempla parâmetros capazes de analisar tais manifestações. A avaliação clínica, feita por um profissional qualificado e a mais indicada para uma indicação consciente e segura da contenção.

Levando em consideração que comumente o paciente agitado deve ser contido quimicamente, percebe-se ainda que a ECGL também não é a indicação mais adequada, pois existem escalas mais adequadas para estas situações. Uma delas é a escala de Ramsay. A Escala de Ramsay é um tipo de escala subjetiva utilizada para avaliar o grau de sedação em pacientes, visando evitar a sedação insuficiente ou demasiadamente excessiva, colocando-o em risco de morte. (DIAS 2002). Ela compreende valores que vão de 1 a 6, atribuídos observando as respostas dadas pelo paciente após estímulos e podem ser:

TABELA 4: Escala de RAMSAY - 2014.

1	Ansioso, agitado ou inquieto.
2	Cooperativo, orientado e tranquilo.
3	Sedado, porém responde às ordens verbais.
4	Sedado, com resposta rápida ao leve estímulo glabellar ou forte estímulo auditivo.
5	Sedado, com resposta lenta ao leve estímulo glabellar ou forte estímulo auditivo.
6	Não responsivo.

A utilização dessa escala é rápida, de fácil compreensão e permite concordância entre os profissionais avaliadores, o que favorece a padronização da linguagem utilizada para facilitar a comunicação oral e escrita dessas informações, bem como, estabelecer um sólido sistema que seja capaz de acompanhar a evolução do nível de consciência do paciente durante o período de contenção física, gerenciando melhor a assistência prestada.

Diante do problema apresentado acima vê-se a necessidade de criar estratégias de educação e treinamento de equipe sobre a utilização da ECGL e a escala de Ramsay. Já que os funcionários antes utilizavam da ECGL mesmo quando o paciente estava sob efeito de medicações. Ambas são distintas e auxiliarão na avaliação precisa do nível de consciência do portador de sofrimento mental, cada uma indicada e utilizada em uma etapa do processo de atendimento ao paciente que haja a necessidade de contenção física. Tais propostas objetiva padronizar e melhorar a qualidade do serviço mais treinamentos para o correto preenchimento dos outros itens.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A contenção física, pratica antiga foi por muito tempo ao longo dos anos realizada de forma equivocada e muitas vezes sem critério algum. No entanto com o advento da humanização das praticas em cuidar em saúde mental, alavancadas pelas transformações da reforma psiquiátrica instiga os profissionais a prestar uma assistência mais qualificada aos portadores de sofrimento mental .Com este intuito, foi criado um instrumento no intuito de normatizar a conduta de contenção física do paciente para gerenciar este ato assistência.

Porem após análise retrospectiva dos documentos, percebeu-se dentre outras falhas que a Escala de Coma de Glasgow (ECCGL), um dos tópicos de preenchimento obrigatório deste instrumento, não estava sendo preenchida corretamente. Observado então a deficiência em orientação e treinamento sobre a correta utilização da ECCGL na equipe para que posteriormente haja a capacitação da equipe do serviço. Além disso, com o estudo, percebeu-se também que muito frequentemente, os pacientes em contenção física requerem também a contenção química e para avaliação destes pacientes a escala mais adequada é a Escala de Ramsay e não a ECGL, já que o paciente seria avaliado sob efeito de medicamentos.

Contudo é valido a tentativa de normatização das praticas do cuidado, porem conclui-se que há a necessidade de revisão do instrumento e o treinamento e avaliação da equipe para que se consiga efetivamente a padronização da linguagem utilizada para facilitar a comunicação oral e escrita dessas informações, bem como, estabelecer um sólido sistema que seja capaz de acompanhar a evolução do nível de consciência do paciente durante o período de contenção física.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Emeli Moura de et al . Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 59, n. 2, 2010 . Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 25 fev. 2014.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 2, Feb. 2008 . Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 Fev 2014.

DIAS, Fernando Suparregui. Choque, Editora EDIPUCRS, 2002, ISBN 8574303062, 9788574303062, Pág 555.

KANTORSKI, Luciane Prado; MIELKE, Fernanda Barreto; TEIXEIRA JUNIOR, Sidnei. O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 6, n. 1, jun. 2008 . Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 25 fev. 2014.

MANTOVANI, Célia et al . Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 32, supl. 2, Oct. 2010 . Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 02 Mar 2014.

MIELKE, Fernanda Barreto et al . Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 2, out. 2011 . Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 25 fev. 2014.

MORITA, Ana Beatriz Pinto da Silva; KOIZUMI, Maria Sumie. Estratégias de ensino-aprendizagem na enfermagem: análise pela Escala de Coma de Glasgow. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 43, n. 3, set. 2009 . Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 25 fev. 2014.