

Tema: contenção mecânica do paciente adulto

Versão Nº 04

Protocolo Nº 072

1ª versão: outubro de 2014

Atualização: agosto de 2023

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
OBJETIVOS.....	3
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	4
FLUXOGRAMA	5
ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.....	6
CONCEITOS.....	8
RECOMENDAÇÕES GERAIS.....	8
AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE SEDAÇÃO.....	11
REGISTROS	12
COMPLICAÇÕES E EVENTOS ADVERSOS	12
CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO	12
MONITORAMENTO	13
REFERÊNCIAS.....	13
ANEXO - REGISTRO E MONITORAMENTO DA CONTENÇÃO MECÂNICA	15
HISTÓRICO DAS VERSÕES.....	17

INTRODUÇÃO

A contenção mecânica consiste em reduzir ou impedir a movimentação do paciente através do uso de dispositivos, limitando o acesso ao seu próprio corpo (IBSP, 2022). Trata-se de uma conduta excepcional que deve ser cercada de todos os cuidados para que a ação sobre o paciente seja pouco nociva e com o mínimo de interferência no tratamento.

Há alta prevalência de contenção mecânica em ambiente hospitalar, sendo maior principalmente em unidades de terapia intensiva (93,3%) quando comparada com a clínica médica (50,9%) e clínica cirúrgica (3,8%) (SOUZA *et al.* 2019). Dentre os motivos apontados para o uso da contenção mecânica, prevaleceram o risco de queda e o uso de dispositivos invasivos, respectivamente.

A literatura retrata a complexidade do uso da contenção mecânica em pacientes no ambiente hospitalar, especialmente por contemplar aspectos físicos, emocionais, legais e éticos, para além da assistência profissional. Alguns dos desafios descritos são em relação aos registros em prontuários (desvalorização ou ausência destes), avaliação da equipe multiprofissional para indicação, manutenção e suspensão do uso da contenção, falta de comunicação entre a equipe e o desconhecimento dos profissionais pela ausência de um protocolo a ser seguido (MORGADO, 2020).

A intervenção da contenção deve garantir a segurança, bem como manter a dignidade do paciente, uma vez que seu uso pode gerar efeitos físicos e psicológicos prejudiciais. Pacientes com contenção mecânica podem apresentar lesões decorrentes do processo de restrição, desidratação, aspiração, depressão respiratória, trombose, acidentes circulatórios, hipertensão arterial, arritmias, incontinência e até mesmo a morte. Em relação aos efeitos psicológicos estão associados ao trauma de sofrer a contenção física, além de reações emocionais traumáticas como medo, raiva e ansiedade, pesadelos recorrentes, comportamento de esquiva, respostas de sobressalto e desconfiança.

⇒ Sendo assim, antes da escolha pela contenção mecânica, devem estar cessadas todas as tentativas de abordagens verbais, psicoterápicas e farmacológicas para a redução da agitação e da agressividade (BRAGA *et al.*, 2016).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (2022), as instituições de saúde devem buscar reduzir o uso de contenção mecânica nos ambientes de cuidado. Entretanto, é necessário que haja gestão de riscos eficiente em relação à segurança do paciente.

É fundamental que o uso da contenção mecânica esteja em consonância com as concepções de segurança e de qualidade na assistência ao paciente, sendo imprescindível seu embasamento teórico e prático em protocolo assistencial próprio (MAXIMO *et al.* 2019). Para que a equipe tenha

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

autonomia e propicie uma assistência de qualidade, é essencial prover a segurança e o compromisso ético (MORGADO, 2020).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 427 de 2012 diz que os profissionais da Enfermagem somente podem empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro e em conformidade com o protocolo institucional, salvo casos de urgência ou emergência. Recomenda-se ainda que a contenção mecânica não seja prolongada, tampouco utilizada com o propósito de disciplinar, punir ou coagir ou mesmo por conveniência da equipe. O Conselho Federal de Medicina (CFM), na Resolução 2056 de 2013, artigo 34, corrobora com o Cofen e admite a contenção física de paciente quando for o meio mais adequado para prevenir dano imediato ou iminente ao próprio paciente ou a terceiros.

É importante enfatizar ainda que faz parte dos direitos garantidos, por meio da Constituição Federal de 1988, no artigo 5º, inciso III, que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”.

Diante do contexto exposto acima, esclarece-se que este protocolo abordará especificamente recomendações para o uso da contenção mecânica em pacientes adultos, sendo a abordagem e o manejo da agitação psicomotora de maneira mais ampla, discutidos no protocolo PR 330 *Abordagem da agitação psicomotora fora das Unidades de Terapia Intensiva* (UFMG, 2022).

OBJETIVOS

Instruir os profissionais de saúde sobre a avaliação do paciente, os critérios de indicação e as recomendações para realização da contenção mecânica, com os seguintes propósitos:

- Assegurar que a contenção seja realizada de maneira ética, segura e assertiva; tanto para o paciente quanto para a equipe assistencial, minimizando riscos e garantindo qualidade na assistência.
- Proteger o paciente com alterações de comportamento ou consciência contra lesões e traumas provocados por ele próprio, buscando garantir a manutenção de seu tratamento.
- Prevenir eventos como quedas, lesões, contaminações ou deslocamentos de dispositivos como tubos, sondas, cateteres e drenos.
- Preservar a integridade física, psíquica e moral do paciente e da equipe assistencial, bem como o patrimônio da instituição.

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

As situações clínicas que geralmente levam à indicação da contenção mecânica do paciente adulto, e que serão consideradas para este protocolo, estão descritas a seguir (COREN, 2009; UFMG, 2022; FHEMIG, 2022):

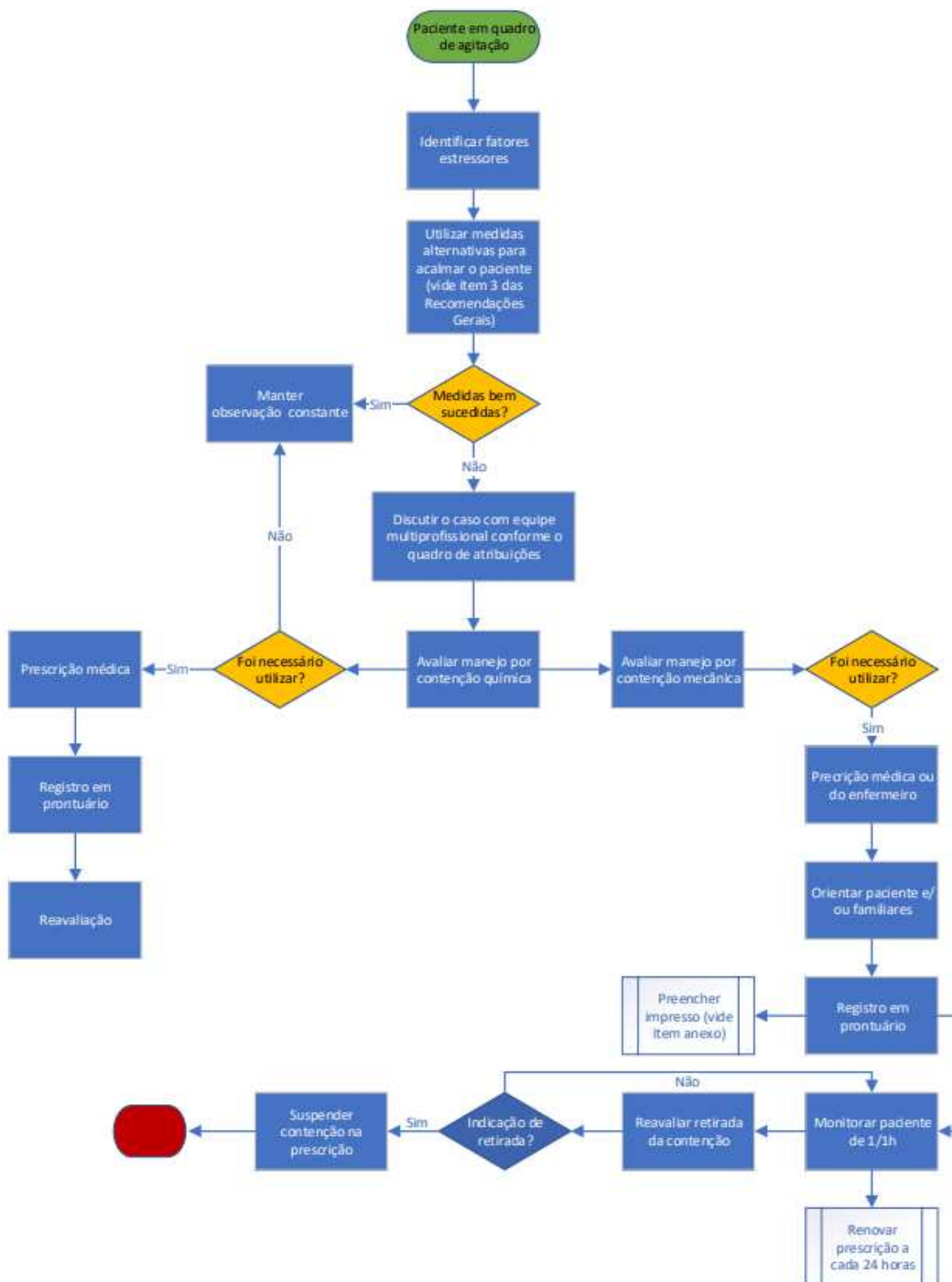
- Agitação psicomotora,
- Confusão mental,
- Comportamento agressivo e violento em relação a si próprio ou a terceiros,
- Ausência de resposta ao manejo verbal, ambiental, comportamental e medicamentoso,
- Risco de queda associado a esses outros critérios,
- Comportamento suicida,
- Risco elevado de fuga,
- Alto risco de degradação do ambiente (mobiliários, equipamentos, dentre outros),
- Por solicitação do próprio paciente ou da família a fim de garantir tratamento adequado, quando há risco de agitação psicomotora,
- Para pacientes não colaborativos na manutenção de dispositivos como sondas, drenos, tubos, cateteres, entre outros.

É importante ressaltar que a contenção mecânica, quando realizada, deve ser em situação excepcional, em pacientes que estejam oferecendo risco a si mesmos ou a terceiros, geralmente em casos com ausência de resposta às tentativas de contenção verbal e ambiental (SANTOS, *et. al.*, 2022). Deve ser limitada a situações clínicas complexas, e também deve ser criteriosa do ponto de vista técnico e ético, devendo ser dialogada, assistida, monitorada e devidamente registrada em prontuário, sendo suspensa logo que possível (SOUZA; SANTANA; CAPELETTO *et al.*, 2019). Segundo a Resolução Cofen nº 427/2012, “a contenção mecânica de paciente será empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente e aos demais.”

Seu uso somente deve acontecer quando o risco de não a utilizar for maior do que o risco de sua aplicação e ressalta-se que a sua indicação deve ser pautada no julgamento clínico de profissionais qualificados, em colaboração com a equipe multiprofissional, o paciente e sua família, sempre que possível (COREN, 2009). Destaca-se ainda que, sempre que possível, os profissionais de saúde deverão identificar fatores apresentados pelo paciente, os quais podem desencadear a ocorrência de agitação ou agressividade, visando preveni-la e evitando a necessidade do uso da contenção mecânica (SANTOS, *et. al.*, 2022). O risco de o paciente evoluir para um comportamento agressivo e violento será reduzido, quanto mais cedo ele for identificado e abordado (DEL-BEN, *et al.*, 2017).

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

FLUXOGRAMA



Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

Médico	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar as possibilidades terapêuticas anteriores à necessidade de contenção mecânica (CM). – Avaliar a necessidade de CM do paciente, em conjunto com a equipe multidisciplinar. – Comunicar paciente, familiares ou acompanhantes quanto à necessidade da CM e obter o consentimento. – Prescrever e participar da CM junto aos outros profissionais. – Avaliar regularmente a necessidade de manter, reduzir ou retirar a CM. – Monitorar o paciente em CM. – Monitorar complicações, tais como lesões, caso houver. – Avaliar as anotações do impresso de “Registro e Monitoramento da CM” (ANEXO). – Registrar no prontuário do paciente as razões para a CM, o tempo de duração, a ocorrência de eventos adversos e o monitoramento clínico realizado. – Renovar a prescrição da contenção a cada 24 horas, se for necessário mantê-la.
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar o paciente e as possibilidades terapêuticas anteriores à necessidade de CM. – Avaliar a necessidade de CM do paciente, em conjunto com a equipe multidisciplinar. – Comunicar ao paciente, aos familiares ou acompanhantes quanto à necessidade da CM e obter consentimento. – Compartilhar a decisão da prescrição de CM com a equipe médica. – Realizar a contenção mecânica. – Monitorar nível de consciência, dados vitais, condições de pele e circulação nos locais e membros contidos do paciente, no intervalo máximo de 1 em 1 hora. – Monitorar o paciente atentamente, a fim de prevenir a ocorrência de eventos adversos ou em busca de identificá-los precocemente. – Avaliar o material utilizado para a contenção e a necessidade de troca sempre que necessário (se sujidade ou umidade por exemplo). – Avaliar a necessidade de manter, reduzir ou retirar a contenção a cada monitoramento. – Garantir que as necessidades fisiológicas e de higiene do paciente sejam atendidas. – Monitorar complicações, tais como lesões de 1 em 1 hora (caso houver). – Preencher o impresso de “Registro e Monitoramento da Contenção mecânica” (ANEXO). – Avaliar as anotações do impresso de “Registro e Monitoramento da Contenção Mecânica”. – Registrar no prontuário do paciente as razões para a contenção, o tipo da CM o tempo de duração, a ocorrência de eventos adversos (caso houver) e o monitoramento clínico realizado. – Aplicar medidas de prevenção de lesão por pressão, conforme Protocolo PR 007 Prevenção de lesões por pressão. – Supervisionar a atividade dos técnicos de enfermagem durante a realização e monitoramento. – Renovar a prescrição da contenção a cada 24 horas, se necessário manter a contenção. – Comunicar intercorrências ao médico plantonista.
Psicólogo	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar o paciente e as possibilidades terapêuticas anteriores à necessidade de CM. – Avaliar a necessidade de CM do paciente, em conjunto com a equipe multidisciplinar. – Fornecer apoio psicológico ao paciente e a sua família. – Avaliar regularmente a necessidade de manter, reduzir ou retirar a contenção.

Técnico de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> – Sinalizar para o enfermeiro ou médico a necessidade de avaliação do paciente para CM. – Executar CM do paciente conforme prescrição médica ou do enfermeiro e sob supervisão direta do enfermeiro, em conformidade com o protocolo clínico da instituição. – Monitorar nível de consciência, dados vitais, condições de pele e circulação nos locais e membros contidos do paciente, no intervalo máximo de 1 em 1 hora, conforme prescrição do enfermeiro. – Monitorar o paciente atentamente, a fim de prevenir a ocorrência de eventos adversos ou em busca de identificá-los precocemente e comunicar ao enfermeiro. – Avaliar o material utilizado para a contenção e a necessidade de troca sempre que necessário (se sujidade ou umidade, por exemplo) e comunicar ao enfermeiro. – Avaliar a necessidade de manter, reduzir ou retirar a contenção a cada monitoramento e comunicar ao enfermeiro. – Garantir que as necessidades fisiológicas e de higiene do paciente sejam atendidas. – Preencher o “Registro e Monitoramento da CM” em tempo não superior a uma hora (ANEXO). – Registrar no prontuário do paciente as razões para a contenção, o tipo da CM, o tempo de duração, a ocorrência de eventos adversos e o monitoramento clínico realizado. – Aplicar medidas de prevenção de lesão por pressão, conforme Protocolo PR 007 Prevenção de lesões por pressão. – Checar a prescrição médica e do enfermeiro. – Orientar e acolher os familiares. – Comunicar intercorrências ao enfermeiro ou ao médico plantonista.
Terapeuta ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar as possibilidades terapêuticas anteriores à necessidade de CM, nos pacientes que já estão sob seu acompanhamento. – Avaliar a necessidade de CM dos pacientes que já estão sob seu acompanhamento, em conjunto com a equipe multidisciplinar. – Avaliar regularmente a necessidade de manter, reduzir ou retirar a contenção, nos pacientes que já estão sob seu acompanhamento.
Setor de Segurança do Paciente	<ul style="list-style-type: none"> – Incentivar a notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde. – Analisar os incidentes notificados relacionados a contenção física. – Monitorar as ações relacionadas a contenção física. – Apoiar as medidas educativas sobre o tema, aprovar e registrar atividades educativas e de treinamento realizadas. – Aprovar e registrar atividades de intervenção realizadas nas unidades.
Divisão de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> – Garantir o gerenciamento dos protocolos e aplicação de medidas cabíveis diante das não-conformidades.
CCQM	<ul style="list-style-type: none"> – Providenciar aquisição de suprimentos.
Diretoria	<ul style="list-style-type: none"> – Garantir infraestrutura adequada. – Garantir cumprimento das atribuições deste protocolo. – Garantir a provisão e gerenciamento de recursos humanos adequados.

CONCEITOS

- Contenção física: caracterizada pela imobilização do paciente pelos profissionais de saúde, sem utilizar de dispositivos. No mínimo cinco profissionais, sendo um responsável por cada membro e um responsável pela proteção da cabeça e tórax. (FHEMIG, 2022; UFMG, 2022).
- Contenção mecânica: refere-se à utilização de dispositivos que restringem ou impedem a capacidade de movimentação do paciente. Considera-se como contenção mecânica: conter os membros utilizando-se de faixas ataduras ou dispositivos industrializados próprios (punhos e tornozelos); contenção tipo luvas; uso de lençóis; grades bilaterais no leito; cinturões para tronco ou pelve; coletes que impeçam o paciente de se levantar do leito ou cadeira (SOUZA; SANTANA; CAPELETTO et al., 2019; COREN, 2009).

Reitera-se que **não são considerados contenção mecânica**: procedimentos utilizados durante manobras de mobilização e deslocamento em urgência e emergência; procedimentos necessários para realizar exames complementares ou cirurgias; aparelhos de imobilização prescritos para fins ortopédicos ou órteses para correção postural; segurar fisicamente um paciente temporariamente para viabilizar exames ou procedimentos (SOUZA; SANTANA; CAPELETTO et al., 2019; POTTER; PERRY, 2017).

RECOMENDAÇÕES GERAIS

O ambiente deve ser o mais seguro possível e o mínimo restritivo, mantendo a dignidade e o conforto do paciente.

A contenção mecânica deve ser utilizada apenas em situações justificadas clinicamente e não como um componente da rotina. Os riscos de uma restrição não devem superar os riscos de uma interrupção no tratamento.

Na avaliação dos pacientes para determinar a necessidade do uso da contenção mecânica, deve-se sempre considerar medidas alternativas, a fim de reduzir a necessidade do uso de contenção mecânica (COREN, 2009; SANTOS; OLIVEIRA; SOUZA, 2021), tais como:

- Utilizar estratégias de distração: jogos, televisão, música, revistas e lápis;
- Fornecer orientação sobre todos os procedimentos realizados, bem como sobre todos os equipamentos utilizados;
- Garantir que o paciente esteja posicionado confortavelmente;
- Atender as necessidades de hidratação, alimentação e eliminação;

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

- Incentivar a presença de familiares e amigos;
- Estimular a deambulação e a prática de atividades físicas se possível e supervisionada;
- Realizar observação frequente;
- Priorizar que os pacientes de risco sejam posicionados em leitos de fácil acesso e monitoramento pela equipe de enfermagem sempre que possível;
- Promover bom padrão de sono e repouso;
- Diminuir os ruídos sonoros;
- Monitorar a dor e o padrão respiratório;
- Iniciar dieta oral e retirar cateteres sempre que possível;
- Avaliar a indicação de medicações sedativas e analgésicas;
- Envolver o paciente e a família no planejamento dos cuidados, se possível;
- Utilizar técnicas para a redução da ansiedade.

A escolha pelo uso da contenção mecânica deve ser minimamente capaz de otimizar a segurança, o conforto e a dignidade do paciente.

As razões para o uso da contenção mecânica devem ser documentadas e a duração de sua prescrição limitada a 24 horas. Caso tenha indicação de permanecer, nova prescrição deve ser realizada. A avaliação quanto à permanência da contenção deve ser feita a cada avaliação de monitoramento do paciente, ou seja, de 1 em 1 hora. Se não houver mais indicação de contenção, a prescrição deverá ser suspensa pelo profissional responsável.

Os pacientes devem ser monitorados no mínimo a cada 1 hora. No caso de agitação intensa, reduzir o intervalo para 30 minutos. Devem ser avaliadas características como cor da pele, perfusão capilar, pulso e sensibilidade das extremidades contidas. Também devem ser avaliados a cada hora os sinais vitais, as necessidades de hidratação, alimentação e eliminação, bem como os medicamentos usados para controlar a dor, a ansiedade, a agitação e o delírio. Cada avaliação deve ser documentada no prontuário.

A manutenção da contenção deve ser criteriosa e, portanto, a reavaliação clínica e do nível de consciência do paciente auxilia na orientação dos profissionais em relação ao quadro e na decisão de manter ou suspender a contenção, visando garantir a segurança do paciente, uma vez que o procedimento da contenção deve ser utilizado por um curto período de tempo (MORGADO, 2020).

Conforme o artigo 4º da Resolução 427/2012 do Conselho Federal de Enfermagem, a equipe de enfermagem deve monitorar atentamente o paciente em contenção mecânica em busca de prevenir a ocorrência de eventos adversos ou tratá-los precocemente.

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

O CFM também dispõe, em seu artigo 35 da Resolução nº 2056/2013, que “o paciente que estiver 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”.

Algumas situações demandam cuidados especiais e monitoramento frequente e mais rigoroso, como por exemplo: pacientes sedados, sonolentos ou com algum problema clínico, pacientes com quadro de confusão mental, idosos, gestantes, pacientes com lesões de pele anteriores à contenção (COFEN, 2012; FHEMIG, 2022).

Deve-se atentar para a avaliação do material utilizado para a contenção, e da necessidade de trocá-lo sempre que necessário, especialmente na presença de sujidade ou umidade (MORGADO, 2020).

Em caso de ocorrências de eventos adversos ocasionados pela contenção mecânica, esses deverão ser notificados em sistema Vigihosp e monitorados pelo Núcleo de Segurança do Paciente.

PROCEDIMENTO DE CONTENÇÃO FÍSICA – INSTRUÇÕES

A equipe deve ser composta por, no mínimo, cinco pessoas que deverão estar em posicionamentos estratégicos: um profissional para o membro superior direito, um para o membro superior esquerdo, outro para o membro inferior direito, um para o membro inferior esquerdo e um profissional para segurar o paciente na região posterior do tórax e com mão a direita sobre a frente para restringir movimentos bruscos com a cabeça. É necessário que haja um líder e que todos os profissionais já estejam em comum acordo e com o devido cálculo sobre a ação de cada um.

1 - Posicionamento da equipe

Um único profissional deve manter diálogo com o paciente, preferencialmente aquele com quem o paciente demonstre um nível maior de atenção (várias pessoas falando ao mesmo tempo poderão deixá-lo sob forte tensão emocional). Desse modo, aquele que assumir essa função será o líder e irá coordenar ação de contenção física, sinalizando aos demais profissionais o momento em que deverão segurar o paciente, conforme seus posicionamentos.

2 - Segurando os membros superiores

A equipe deverá estar atenta ao comando do líder e demonstrar sincronia de modo que todos consigam realizar a contenção física ao mesmo tempo, prevenindo que os outros, ou o paciente, se machuquem.

3 - Segurando os membros inferiores

O profissional interlocutor deverá estar atento com os demais no ato de contenção, sendo ele o quinto componente que irá segurar o paciente pela região posterior do tórax e fará a imobilização da cabeça pela frente (essa posição somente deverá ser assumida no momento da contenção, pois é desaconselhável posicionar-se por detrás do paciente no momento da abordagem).

4 - Segurando a cabeça e tórax

O profissional que estiver segurando o tórax e a cabeça do paciente deverá ter muita cautela, evitando que o paciente faça movimentos bruscos com a cabeça, e deverá estar pronto a impedir qualquer tentativa de mordidas. Dependendo do grau de agitação o paciente tem potencial para sofrer algum tipo de torção se cada membro não estiver bem imobilizado pelos profissionais, portanto, garantir que as articulações fiquem totalmente restritas garante não somente a segurança do paciente, mas também a de todos os profissionais envolvidos no cuidado.

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

5 - Posicionamentos da equipe

No instante em que todos os profissionais estiverem posicionados e segurando o paciente, deverão retirá-lo do solo e conduzi-lo ao leito, o qual deverá estar preparado para recebê-lo com segurança e conforto.

6 - Posicionamento em frente ao leito

A contenção mecânica acontece quando o paciente é submetido a situações de restrição de movimentos diretamente no leito, conforme mencionado anteriormente. Atualmente as técnicas mais utilizadas são modalidades em:

- 2 pontos (somente os membros superiores),
- 2 pontos (somente mãos enluvadas),
- 4 pontos (membros superiores e membros inferiores) e,
- 5 pontos (onde o quinto ponto é a restrição torácica).

AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE SEDAÇÃO

Para a avaliação clínica do paciente sedado e decisão quanto à necessidade de sedação, sugere-se a utilização da escala *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) (UFMG, 2022):

Tabela 1 – Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS):

Pontuação	Descrição	Significado
+ 4	Combativo	Claramente combativo, violento, representando risco para a equipe.
+ 3	Muito agitado	Puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente.
+ 2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com o ventilador.
+ 1	Inquieto	Apresenta movimentos, mas não são agressivos ou vigorosos.
0	Alerta e calmo	
- 1	Sonolento	Adormecido, mas acorda ao ser chamado (estímulo verbal) e mantém os olhos abertos por mais de 10 segundos.
- 2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos.
- 3	Sedação moderada	Movimentação ou abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual.
- 4	Sedação intensa	Sem resposta ao ser chamado pelo nome, mas apresenta movimentação ou abertura ocular ao toque (estímulo físico).
- 5	Não desperta	Sem resposta ao estímulo verbal ou físico.

De acordo com o protocolo [PR 330 - Abordagem da Agitação Psicomotora Fora das Unidades de Terapia Intensiva](#), os pacientes com escore +3/+4 serão, provavelmente, aqueles que, após falha das medidas não invasivas, receberão indicação de medicação parenteral para agitação psicomotora.

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

REGISTROS

- Preenchimento do Formulário de Registro e Monitoramento da Contenção mecânica, disponível na intranet, pela equipe multiprofissional (técnico de enfermagem, enfermeiro e médico).
- Registro adequado em prontuário do paciente, constando indicação da contenção, tipo de contenção realizada, tempo de permanência, ocorrência de eventos adversos e detalhamento do monitoramento clínico realizado (COFEN, 2012).
- Evolução e prescrição médica.
- Evolução e prescrição do enfermeiro.
- Anotações de enfermagem.
- Checagem da prescrição do enfermeiro ou do médico.
- Suspensão da prescrição no momento oportuno.

COMPLICAÇÕES E EVENTOS ADVERSOS

Complicações comuns à imobilização como, por exemplo, lesões por pressão, pneumonia, e trombose venosa profunda podem estar associadas à realização da contenção mecânica. Entretanto, existe o risco de eventos graves associados diretamente à sua prática, dentre eles óbito por trauma grave ou sufocamento. Também são descritos estresse psicológico e impacto negativo nas habilidades cognitivas do paciente. (BERZLANOVICH; SCHÖPFER; KEIL, 2012).

Quando aplicada de maneira inadequada e empírica, sem avaliação clínica, a contenção mecânica pode ocasionar: debilitação do estado cognitivo, agitação motora, lesões por pressão, agressividade, e aumento do tempo de internação do paciente (SOUZA; SANTANA; CAPELETTO et al., 2019).

É importante considerar o impacto causado pela contenção no estado emocional do paciente, podendo este evoluir com apatia, distímia e atonia, gerando uma postura de resignação ou desistência (SOUZA; SANTANA; CAPELETTO et al., 2019).

CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO

- Considerar, para a suspensão da contenção, a melhora clínica e do nível de consciência do paciente, de modo que ele passe a não mais preencher os critérios de admissão (MORGADO, 2020).
- A contenção deve ser retirada após orientação do paciente, na presença de outros membros da equipe e, se possível, na presença do acompanhante ou familiar do paciente (FHEMIG, 2022).
- É imprescindível que, diante da indicação de retirada da contenção mecânica, a prescrição médica ou do enfermeiro seja suspensa.

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

MONITORAMENTO

- Registro adequado das indicações da contenção mecânica no prontuário.
- Registro diário das reavaliações dessa indicação.
- Prescrição de manutenção da contenção mecânica com intervalo máximo de 24 horas.

REFERÊNCIAS

BERZLANOVICH, A.M; SHÖPFER, J; KEIL, W. Deaths due to physical restraint. *Deutsch Arztebl Int.* 2012 [cited 2017 Oct 28];109(3):27-32. Em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3272587/>.

BRAGA *et al.* Contenção física no hospital psiquiátrico: estudo transversal das práticas e fatores de risco. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 65(1):53-9, 2016.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 jul. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Resolução Nº 427*. Brasília, DF, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Resolução Nº 2.056*. Brasília, DF, 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Restrição de pacientes*. São Paulo, 2009.

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

FHEMIG. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. *Protocolo Clínico: manejo do paciente adulto com agitação e agressividade*. 3. ed. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (IBSP). *Contenção física e segurança do paciente – Como agir?* 2022. Em: <https://ibsp.net.br/materiais-cientificos/contencao-fisica-e-seguranca-do-paciente-como-agir/>. Acesso em: 10/07/2023.

MAXIMO, P.A; SANTOS, T.S; SANTOS, G.S; SILVA, M.A.X.M. A importância da contenção mecânica e a avaliação permanente da equipe de enfermagem. *Braz. J. Hea. Rev., Curitiba*, v. 2, n. 2, p. 6, 1172-1212, mar./apr. 2019.

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

MORGADO, L.B. Boas práticas para contenção mecânica: protocolo para a sistematização do cuidado. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Prática do Cuidado em Saúde. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2020.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

SANTOS, *et. al.* Enfermagem na contenção mecânica/ física. In: Cofen. Conselho Federal de Enfermagem. Diretrizes Nacionais de Atenção à Enfermagem em Saúde Mental. Brasília. 2022.

SANTOS, G.F; OLIVEIRA, E.G; SOUZA, R.C.S. Boas práticas para restrição física em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 2021; 74(3): e20201166.

SOUZA, L.M.S; SANTANA, R.F; CAPELETTO, C.S.G; MENEZES, A.K; DELVALLE, R. Factors associated with mechanical restraint in the hospital environment: a cross-sectional study. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03473. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018007303473>.


UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais. PR 330: abordagem da agitação psicomotora fora das unidades de terapia intensiva. Hospital das Clínicas. Belo Horizonte. 2022.

<http://protocolosassistenciais.hc.ufmg.br/protocolos-assistenciais>

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Protocolo de contenção física e mecânica. 2018. Em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/protocolo-003.pdf>

ANEXO - REGISTRO E MONITORAMENTO DA CONTENÇÃO MECÂNICA

Frete do impresso

REGISTRO E MONITORAMENTO DA CONTENÇÃO MECÂNICA			DATA:		
IDENTIFICAÇÃO	Leito:		Nome completo:		
	D.N.:		IDADE		
MOTIVOS DA CONTENÇÃO					
<input type="checkbox"/> Risco de Queda <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Tentativa de retirada de dispositivos <input type="checkbox"/> Comportamento violento <input type="checkbox"/> Outros: _____					
MEDIDAS ALTERNATIVAS ANTES DA CONTENÇÃO FÍSICA					
<input type="checkbox"/> Abordagem verbal <input type="checkbox"/> Retirada de estressores <input type="checkbox"/> Presença de familiares <input type="checkbox"/> Atividades <input type="checkbox"/> Medicamentos					
AValiação DO PACIENTE CONTIDO					
<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso					
<input type="checkbox"/> Escala de Sedação Ramsay: M _____ T _____ N _____			<input type="checkbox"/> Escala de Coma de Glasgow: M _____ T _____ N _____		
ALTERNATIVAS FARMACOLÓGICAS					
Justificativa:			Fármaco utilizado: _____		
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Delírio <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Dor			<input type="checkbox"/> Analgésico <input type="checkbox"/> Sedativo <input type="checkbox"/> Neurolépticos		
LOCAL E TIPO DE CONTENÇÃO MECÂNICA					
Local	Data/Hora de início	Monitoramento		Data/Hora da retirada	Material utilizado
 <p>Local: _____</p>	____/____/____ ____:____	<input type="checkbox"/> Paciente contido 1/1h <input type="checkbox"/> Paciente contido e com agitação intensa 30/30min		____/____/____ ____:____	
	Prescrição de contenção () Médico () Enfermeiro	*O monitoramento do paciente não deve ultrapassar 1 hora, conforme Resolução COFEN 427/2012.		Prescrição Suspensa () Médico () Enfermeiro	
	TEMPO	Início da contenção	Término da contenção	Observação	
	Nível de consciência (1) Agitado (2) Alerta (3) Sonolento (4) Sedado			O monitoramento de 1/1h deverá ser registrado em prontuário enquanto o paciente permanecer com a contenção mecânica.	
	FC				
	FR				
PA					
Avaliação do local da contenção (1) Sem alteração (2) Dor (3) Calor (4) Edema (5) Hiperemia (6) Lesão					
CRITÉRIOS DE RETIRADA DA CONTENÇÃO					
<input type="checkbox"/> Redução da agitação/ansiedade <input type="checkbox"/> Cooperação nos procedimentos invasivos					
<input type="checkbox"/> Ausência de comportamento violento <input type="checkbox"/> Melhora do nível de consciência					
EVENTOS ADVERSOS OCASIONADOS PELA CONTENÇÃO					
<input type="checkbox"/> Queda do leito <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> Estresse Psicológico <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Outros (especifique): _____					
<i>*Notificar os eventos adversos em Sistema Vigihosp</i>					
Manhã					
Tarde					
Noite					
Assinatura e carimbo	Enfermeiro	Médico	Técnico de Enfermagem		

Verso do impresso

Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

Pontuação	Descrição	Significado
+ 4	Combativo	Claramente combativo, violento, representando risco para a equipe.
+ 3	Muito agitado	Puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente.
+ 2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com o ventilador.
+ 1	Inquieto	Apresenta movimentos, mas não são agressivos ou vigorosos.
0	Alerta e calmo	
- 1	Sonolento	Adormecido, mas acorda ao ser chamado (estímulo verbal) e mantém os olhos abertos por mais de 10 segundos.
- 2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos.
- 3	Sedação moderada	Movimentação ou abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual.
- 4	Sedação intensa	Sem resposta ao ser chamado pelo nome, mas apresenta movimentação ou abertura ocular ao toque (estímulo físico).
- 5	Não desperta	Sem resposta ao estímulo verbal ou físico.

Escala de coma de Glasgow

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
Melhor Resposta Motora	Nenhuma	1
	Obedece aos comandos	6
	Localiza e retira o estímulo	5
	Localiza o estímulo	4
	Responde em flexão	3
Responde em extensão	2	
Nenhuma	1	

Fonte: Koizumi e Araújo (2005, p. 142) ⁵

HISTÓRICO DAS VERSÕES

1ª versão

- Elaborada em julho de 2014 por: Mônica Ribeiro Canhestro, Priscila de Faria Pereira, Laura Lopes Nogueira Pinto.
- Avaliada em julho de 2014 por: Anna Alessandra Nestor de Melo, Carolina B. Resende, Juliana Araújo Rocha, Jussarah Santos Garcia Leão, Lídia Miranda Barreto, Luiz Guilherme Passaglia, Sarah Silva Abrahão, Valéria Cândida Cardoso, Vandack Alencar Nobre Junior.
- Colocada em consulta pública em julho de 2014.
- Responsável técnico: Mônica Ribeiro Canhestro.
- Aprovada em outubro de 2014 por: Luciana de Gouvêa Viana, Superintendente.

2ª versão

- Elaborada em maio de 2018 por: Danielle Minelli Dias.
- Avaliada em maio de 2018 por: Andreza Werli-Alvarenga.
- Responsável técnico: Márcia dos Santos Pereira.
- Aprovada em maio de 2018 por: Andréa Maria Silveira, gerente de Atenção à Saúde e diretora técnica.

3ª versão

- Elaborada em outubro de 2018 por: Danielle Minelli Dias.
- Avaliada em outubro de 2018 por: Andreza Werli-Alvarenga.
- Responsável técnico: Márcia dos Santos Pereira.
- Aprovada em outubro de 2018 por: Alexandre Rodrigues Ferreira, gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico.

4ª versão

- Elaborada em julho de 2023 por: Débora Lara Couto Schettini e Luiza Rosa Werneck.
- Avaliada em julho de 2023 por: Camila Ferreira Correa e Isadora Virgínia Leopoldino Cardoso.
- Responsável técnico: Paula Cristina Barcelos Vasconcelos.
- Aprovada em agosto de 2023 por: Luciana Cristina dos Santos Silva, gerente de Atenção à Saúde e diretora técnica.

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).