

033

Contenção Física dos Pacientes em Quadro de Agitação Psicomotora

Responsáveis/Unidade:

Eliane Mussel (HGV), Vanuza Fortes Ribeiro, Lília Freitas Leite (CEPAI), Jôvvi Dimas Virgolino Malta Cardoso (CCPC),

Colaboradores:

Helian Nunes de Oliveira(IRS) Guilherme Freire Garcia (CCPC), Valéria Fonseca Pinto (HGV), Henrique Torres Machado Brunelli Izar (CCPC) Simone F. Lopes(CEPAI)

Validadores:

Última revisão: 19/01/2012
Estabelecido em: 19/01/2012

Acesso online:

Protocolos aprovados

www.fhemig.mg.gov.br/pt/protocolos-clinicos |Internet|
<http://intranet.fhemig.mg.gov.br/protocoloclinicos/index.php> |Intranet|

Protocolos em elaboração / consulta

http://intranet.fhemig.mg.gov.br/protocoloclinicos/protocolos_em_consulta.php |Intranet|

INTRODUÇÃO / RACIONAL

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.

Sendo uma prática clínica comumente realizada em diversos países, variando a taxa de prevalência 0,25% a 59% em diversos estudos em pacientes psiquiátricos no setor de emergência (1), apesar de não existirem evidências científicas sobre os benefícios e riscos dessa prática (6).

Para a decisão do uso ou não da contenção física é imprescindível se fazer uma avaliação rigorosa e global da situação do paciente, baseada no julgamento clínico, sendo necessária a prescrição médica. Deve haver envolvimento da equipe multidisciplinar, com paciente e quando possível, com a família. A utilização dessa técnica não deverá ocorrer de forma punitiva ou de intimidação de pacientes.

OBJETIVOS

Orientar os profissionais de saúde sobre as necessidades de utilização da contenção física a qual deve ser utilizada somente quando todas as opções terapêuticas de abordagem se mostrar insuficientes a esse paciente, bem como a utilização de técnica adequada e sempre que possível em ambiente terapêutico, fazendo necessário assim uma avaliação criteriosa e global da situação em que o paciente se encontra.

Proteger o paciente com alterações de comportamento ou consciência contra lesões e traumas (quedas, contaminação de cateteres, dispositivos, feridas, dentre outros; deslocamento de dispositivos usados no

tratamento, como sondas, drenos, cateteres, etc.) provocados por ele mesmo ou a outros e que gera a interrupção do tratamento a que vem sendo submetido.

Visar à integralidade física, psíquica e moral dos pacientes e dos profissionais de saúde, que prestam assistência a esse paciente. E que o procedimento seja realizado de forma humanizada.

SIGLAS

- **CCPC:** Comissão Central de Protocolos Clínicos;
- **MMSSII:** Membros Superiores e Inferiores;
- **MMII:** Membros Inferiores;
- **MMSS:** Membros Superiores.

MATERIAL/PESSOAL NECESSÁRIO

- Avaliação criteriosa pela equipe multidisciplinar e posterior prescrição médica em prontuário eletrônico ou físico;
- Equipe médica e de enfermagem treinada para abordagem e realização e monitorização do procedimento;
- Ataduras de crepom;
- Lençol;
- Fita adesiva/esparadrapo/fita hipoalergênica. (s/n);
- Compressas de algodão ortopédico para proteção da pele ou,
- Faixas próprias confeccionadas pela unidade;
- Loção ou creme hidratante (idosos) s/n.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

1- Macro Processo

- Técnica de contenção física que envolve o uso de dispositivos manuais para limitar as ações do paciente, quando esse oferece perigo para si e para terceiros.

2- Tarefas Críticas

- 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 da 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;
- A retirada da contenção física deve ser realizada na presença de vários membros da equipe (após orientações ao paciente e na presença do acompanhante, se possível);
- As informações relativas à indicação (ato médico) e a técnica de contenção física, utilizada e todo plano assistencial e as ações da equipe multidisciplinar, devem ser detalhadamente registradas no prontuário do paciente, como sinais vitais, condições de conforto, segurança e eventuais intercorrências durante todo o procedimento (em impresso próprio);
- A equipe responsável pela contenção do paciente deverá preencher o Formulário para Monitoramento da Contenção Física (Anexo I) anexá-lo ao prontuário. A contenção física é um evento Sentinela.

3- Ações de contingência:

- A contenção física deverá ser realizada após discussão e avaliação da equipe presente quando da situação de urgência sendo prescrita por um médico no prontuário do paciente;
- Em situações de urgência os técnicos de enfermagem acompanhados pelo Supervisor de Enfermagem podem iniciar uma contenção física, devendo, em seguida, ser comunicado ao médico para avaliação e prescrição;
- Identificar lesões e/ou edemas e reavaliar necessidade da manutenção da contenção, caso necessário, modificar local da contenção;
- Comunicar intercorrências ao médico plantonista.

4- Procedimentos e Indicações Psiquiátricas e Clínicas

- Pacientes com agitação psicomotora, confusão mental, agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a outros (membros da equipe, familiares, e outros pacientes e que não responderam as intervenções menos restritivas) (Anexo II);
- Imobilização para prevenção de quedas após sedações ou quadros de confusão mental;
- Alto risco de degradação do ambiente como janela, mobiliários, equipamentos, dentre outros;
- Por solicitação do próprio paciente e ou família para garantir diagnóstico e tratamento adequados, quando há risco de agitação psicomotora;
- Para evitar quedas, seja em crianças, pacientes agitados, semiconscientes, inconscientes ou com convulsões;
- Nos casos de agitação pós-operatória, como em craniotomia;
- Para alguns tipos de exames ou tratamentos; para pacientes não colaborativos na manutenção de sondas, cateteres, drenos, curativos, etc.

5- Abordagem inicial ao paciente agitado:

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

- Colher o máximo de informações a respeito do paciente antes de abordá-lo;
- Estar alerta a riscos de violência iminente;
- Manter outra pessoa presente durante a entrevista com o paciente;
- Procurar criar aliança terapêutica com o paciente.

Avaliação inicial:

A avaliação inicial inclui anamnese, exame físico e do estado mental. Deve-se pesquisar o histórico de alergias, reações adversas a medicamentos, doenças de base e uso de substâncias (lícitas e ilícitas), além de pesquisar o histórico pessoal e familiar para transtornos mentais. Deve-se desta forma investigar a causa da agitação. Alguns sinais são indicativos e reforçam a hipótese de causa orgânica para a agitação, como ausência de transtornos psiquiátricos prévios, início agudo do quadro, flutuação do nível de consciência, desorientação temporal ou espacial e doença clínica subjacente conhecida (Lindenmayer e cols., 2004).

- Anamnese;
- Avaliação Psiquiátrica inicial: pelo menos diagnóstico diferencial dos grandes grupos nosológicos;
- (Orgânico, sintomático, álcool e drogas, distúrbio psiquiátrico primário) Sinais vitais;
- História progressiva, exame físico, prontuário, familiares, outros informantes;
- Sinais vitais.

Intervenção inicial:

- Escuta e acolhimento do paciente;
- Tentativa de continência pela palavra e por outros recursos como mudança de ambiente, privacidade, retirar do ambiente agentes estressores como familiares a fim de manter um ambiente terapêutico, ter um cuidado específico nos casos de contenção em crianças e adolescentes;
- Oferecer assistência e cuidados em geral;
- Acolhimento, hospitalidade;
- Avaliar se o paciente está em risco de passagem ao ato, agressividade e agitação intensa.

Considerar os seguintes recursos frente ao risco de passagem ao ato:

- Abordagem pela palavra;
- Limitar o espaço físico;
- Tranquilização rápida preferencialmente medicamentos;
- Contenção física.

Técnica para a contenção física:

a.A contenção física é um procedimento limite utilizado unicamente para a segurança do paciente, da equipe e dos outros pacientes. Considerado um evento sentinela será monitorado na unidade pelo preenchimento do Formulário de Contenção Física. Tal procedimento deve ser realizado dentro de uma lógica clínica com responsabilização coletiva, respeito pelos pacientes e familiares. Sua utilização implicará na discussão pelas equipes das enfermarias e do Centro de Acolhimento de Crise do sentido de tal procedimento para cada paciente, suas conseqüências no Projeto Terapêutico do mesmo e seus efeitos;

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

c.A contenção apenas será realizada a partir de prescrição médica e por tempo determinado não ultrapassando 2 horas;

- d.** Nomear o condutor do processo de preferência um profissional de referência para o paciente ou alguém experiente. É o único profissional que se dirige ao paciente, explicando-lhe o que está ocorrendo, o porquê de tal medida, sempre abordando verbalmente o paciente;
- e.** Necessário a presença de outros profissionais para a realização da contenção, de preferência cada profissional se responsabilizando por um membro. O condutor do processo de contenção é responsável por proteger a cabeça do paciente, monitorar vias aéreas e dados vitais, durante todo o procedimento.
- f.** Realização da contenção em 4 a 5 pontos da seguinte forma

Contenção de tórax:

- Dobrar o lençol em diagonal e redobrá-lo até formar uma faixa;
- Colocar a faixa sob as costas do paciente passando-a pelas axilas;
- Cruzar as pontas sob o travesseiro e amarrá-las no estrado da cabeceira da cama.

Contenção do abdome:

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

Contenção dos joelhos:

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

Contenção de punhos e tornozelos - MMSS E MMII:

- Utilizar faixa própria para conter pacientes, confeccionada no Hospital;
- Pegar as pontas pelos dois centros;
- Formar com as mesmas um laço com nó;
- Fixar as pontas da faixa no estrado da cama.

Contenção das mãos - Luva ou Mitene:

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

6- Avaliar a necessidade de elevação da cabeceira da cama nas seguintes condições

- Pacientes em quadro de confusão mental;
- Pacientes sedados com sobrepeso, apresentando roncos ou com dificuldades respiratórias;
- Avaliar nesses casos a possibilidade de também conter o paciente na posição de decúbito lateral direito ou esquerdo para evitar a aspiração e a asfixia (contenção de apenas um MS e um MI).

7- Monitoramento dos dados vitais, perfusão sanguínea, observação do local da restrição (dor, calor, edema e ferimento) do paciente contido no ato da contenção, 30 minutos após e no ato da retirada da contenção, preenchendo o Formulário de Contenção Física.

8- A Enfermagem deverá registrar todos os dados no prontuário, relatando os fatos com clareza e objetividade (quadro apresentado, medidas tomadas, hora de contenção, cuidados prestados e hora da retirada da contenção). (ANEXO IV);

9- Registros:

- Formulário deve permanecer junto a cada posto de Enfermagem da unidade, na Sala dos Supervisores de Enfermagem;

- Anotação da enfermagem;
- Prescrição médica;
- Preenchimento formulário de Monitoramento da Contenção - **Anexo III**.

ITENS DE CONTROLE

Avaliação quantitativa e qualitativa das contenções físicas realizadas nos diversos dispositivos institucionais no período de 3 meses a partir dos dados do Formulário de Monitoramento de Contenção Física, com o objetivo de discussão com a equipe, do compartilhamento das medidas para a redução e prevenção das contenções físicas. O monitoramento das contenções deverá ser feito até a abolição das mesmas na instituição.

1. Número total de contenções / Número de pacientes atendidos na unidade no período.
2. Número de pacientes contidos no serviço de urgência/total de pacientes atendidos.
3. Número de pacientes contidos nas enfermarias/ total de pacientes atendidos.
4. Diagnósticos prevalente dos pacientes contidos em relação aos demais diagnósticos.

REFERÊNCIAS

Referências	Grau de Recomendação / Nível de Evidência
1. Araujo EM. et al. Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. J Bras Psiquiatr. 2010; 59(2):94-98.	A
2. Bernik W, Gouvea FS, Lopes,K.V. Agitação psicomotora. Revisão. Revista Brasileira de Medicina.2010 agosto.;67(8):289-295.	A
3. Botega NJ. et al . Prevenção do comportamento suicida.Psico.2006.;37(3).	A
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.598, de 09 de agosto de 2000. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental. Disponível em < http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1598_2000.htm >, acesso em: 13/06/2011.	B
5. Dalgalarondo P. "Síndromes Volitivo-Psicomotoras". Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais:Dalgalarondo Artes Médicas. 2000.	A
6. Freitas PF. et al. Contenção física para unidade de pronto atendimento em saúde mental: revisão teórica ao modelo de protocolo XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação Universidade do Vale do Paraíba.	A
7. GM/MS nº 251 de 31 de janeiro de 2002.	D
8. LEI 10.216 DE 2001.	D
9.Lei estadual 11.802/95.	D
10.Lei estadual 12.684/97.	D
11.Lindenmayer JP. et al "Effects of atypical antipsychotics on the syndromal profile in treatment-resistant schizophrenia". Jornal Clinic Psychiatry. 2004 65(4):551-6.	A

<p>12.Paes MR. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico psiquiátrica no pronto atendimento de um hospital geral / Marcio Roberto Paes – Curitiba, 2009. 144f.</p>	B
<p>13.Paes MR, Borba, LO, Brusamarello T, Guimarães NA, Maftum, MA. Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 out/dez; 17(4):479-84.</p>	A
<p>14.Portarias GM/MS nº 3.408 de 05 de agosto de 1998.</p>	D
<p>15.Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtornos Mentais e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental – OMS 1991.</p>	A
<p>16.Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares - Versão Hospitais Psiquiátricos.</p>	A
<p>17.Sáiz RJ. Contención Mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento manual de uso y protocolos de procedimiento. Rev. Brasil. Psiquiatr. São Paulo 1999.; 12(4).</p>	A
<p>18.Santiero K. Proteção no controle de crises comportamentais em pessoas com autismo. Psychiatry on line Brasil. 2004 dez.;9(12),.</p>	B
<p>19.Unidade de internação psiquiátrica. Rotinas. Disponível em www.ufrgs.br/psiq. Acesso em maio de 2011.</p>	A
<p>20.Walsh W, Hill KD. Local adaptation and evaluation of a falls risk prevention approach in acute hospitals. Int, J. Qual. Health Care; Epub. 2010 dec. 23(2): 134-413.</p>	B
<p>21.Campos, CJG; Teixeira, MB, O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. Rev. Esc Enf USP.2001 jun.; 35(2):141-9.</p>	B
<p>22.Claudino AM.; et al, O paciente violento:intervenções e tratamento.Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal do Estado de São Paulo.2009. Disponível em www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu2_03.htm.</p>	A
<p>23.Machado AF, Kusahara DM.A documentação da assistência de enfermagem e a segurança do paciente.In: Harad Mjcs, Pedreira Mlg, Peterlini Mas, Pereira Sr(Orgs).O erro humano e a segurança do paciente. Atheneu. 2007. São Paulo:195 – 199.</p>	D
<p>24.Feldlman,L.B. Como alcançar a qualidade em instituições de saúde.São Paulo:Martinari, 2004.</p>	A
<p>25.Silva SC, Siqueira LCP, Santos AE. Boas práticas de enfermagem em adultos:procedimentos básicos. Atheneu. São Paulo;2008.</p>	D
<p>26.Salles CLS, Pedreira M.L.G, Restrição em pacientes. COREN/SP.;São Paulo 2009.</p>	D

ANEXO I

Formulário para o Monitoramento de Contenção Física

Nome do Paciente:		
Nº Prontuário:	Idade:	Local da Internação:
Leito:	Data: ____ / ____ / ____	Hora: :
Supervisor de Enfermagem:		
Equipe de Contenção:		
Descrição do Comportamento do Paciente:		
Descrever Alternativas Utilizadas antes da Contenção:		
Medicações prescritas na urgência:		

Motivos da Contenção Física:

- Risco de queda, após insucesso de outras medidas de proteção
- Agitação psicomotora, após insucesso de outras medidas
- Insucesso da medicação
- Agressividade
- Outros. Especifique: _____

Técnica Utilizada: _____

Avaliação Médica: _____

Assinatura e Carimbo

Avaliação de Enfermagem (Técnicos de enfermagem)

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

Horário da contenção: _____:_____ **Horário da retirada da contenção:** _____:_____

EVENTOS ADVERSOS / COMPLICAÇÕES SURGIDAS NO PERÍODO DA CONTENÇÃO FÍSICA:

- Sem eventos
 - Com eventos. Especifique: _____
 - Desidratação
 - Depressão respiratória
 - Sintomas extra piramidais
 - Convulsões
 - Alterações da consciência
 - Acidente cardiocirculatório
 - Outros. Especifique: _____
- _____

Data: ____ / ____ / _____

Assinatura Supervisor de Enfermagem (nome legível com carimbo)

ANEXO II

Avaliação do paciente com quadro de agitação psicomotora

Araujo *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.

Agitação psicomotora é uma emergência psiquiátrica, cuja intervenção terapêutica imediata é imperativa. Caracterizada por inquietação, aumento da excitabilidade psíquica, resposta exacerbada aos estímulos, irritabilidade, atividade motora e verbal aumentada, inadequada e repetitiva, podendo cursar com agressividade. A agitação pode ter um curso flutuante, podendo modificar-se rapidamente ao longo do tempo.

Pode ser dividida, segundo Dalgalarondo (2000), em nove subtipos:

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

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

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

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

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

ANEXO III

Registro de Contenção Física

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

Motivo da Contenção

<ul style="list-style-type: none"> 1- Risco de Auto Lesão 2- Risco de lesão a terceiros 3- Risco de Fuga 4- Fissura 	<ul style="list-style-type: none"> 5- Risco de queda 6- Abstinência com agitação 7- Outros: _____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Atuação para prevenir a contenção mecânica

<ul style="list-style-type: none"> 1- Contenção verbal 2- Contenção química oral _____ parenteral _____

Atuação para prevenir a contenção mecânica

<ul style="list-style-type: none"> 1- Contenção verbal 2- Contenção química oral _____ parenteral _____

Tratamento farmacológico administrado e dados vitais

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

Tipo de Contenção

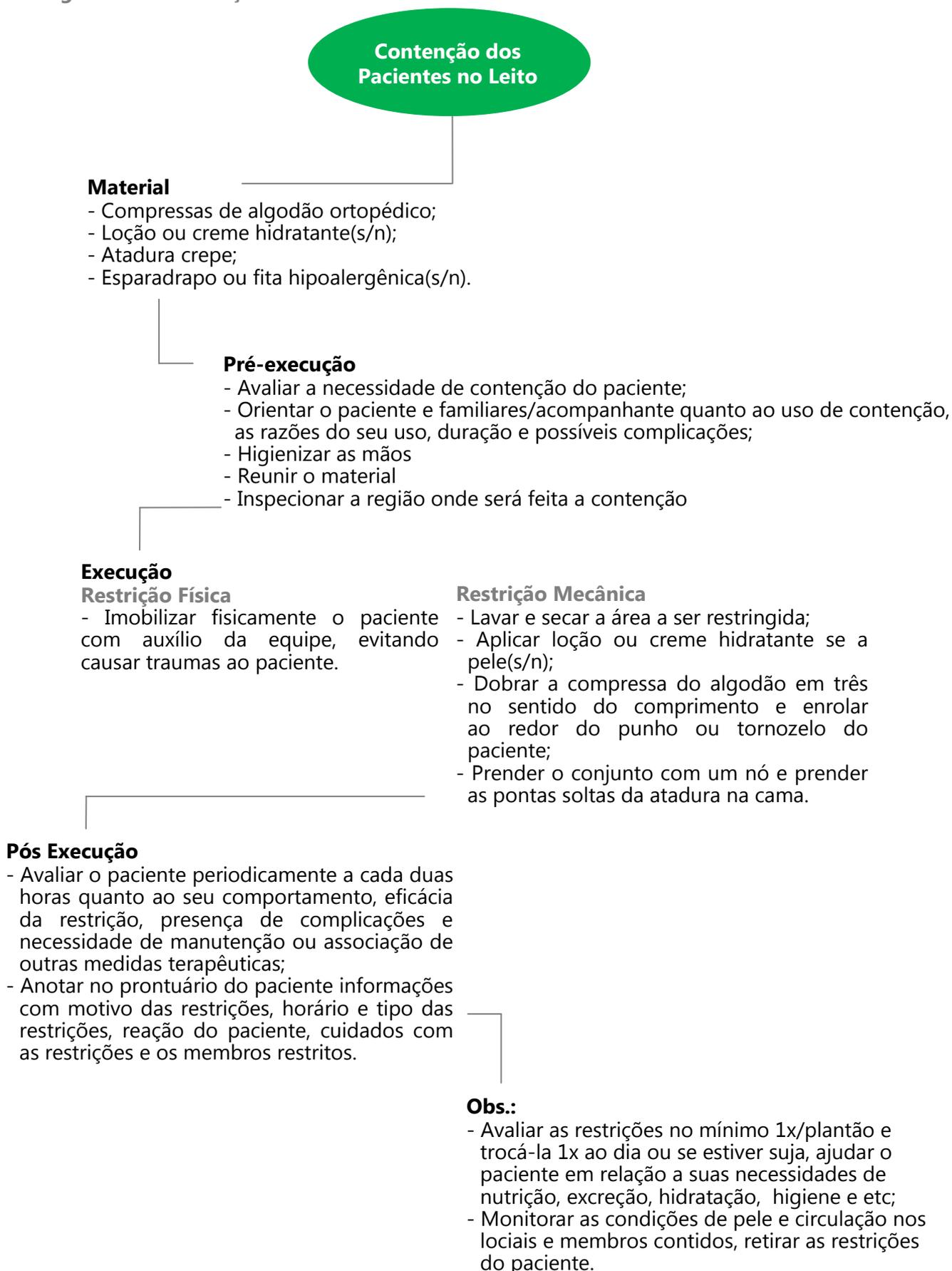
<ul style="list-style-type: none"> 1) Sem alteração 2) Melhora parcial 3) Piora 4) Melhora completa 								
	Controle de Horário	□	□	□	□	□	□	□
	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
	Controle de melhora	□	□	□	□	□	□	□

Relato de Efeitos Adversos

Medidas Tomadas

ANEXO IV

Fluxograma de Contenção



Governador do Estado de Minas Gerais
Antônio Augusto Anastasia

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais
Antônio Jorge de Souza Marques

Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde
Maurício Rodrigues Botelho

Presidente da FHEMIG
Antônio Carlos de Barros Martins

Vice-Presidente
Ronaldo João da Silva

Gabinete
Fernando Eduardo Guimarães de Carvalho

Procuradoria
Júlio César Pinto

Auditoria Seccional
Alexandre Gorgulho Cunningham

Assessoria de Comunicação Social
Christina Guimarães Marândola

Diretoria de Planejamento, Gestão e Finanças
Mércia Fátima Cardoso de Andrade

Diretoria Assistencial
Lívia Mara Ferreira

Diretoria de Gestão de Pessoas
Flávia de Queiroz Lima

Diretoria de Desenvolvimento Estratégico e Pesquisa
Hilda Maria Silveira Mesquita Zschaber

Comissão Central de Protocolos Clínicos da FHEMIG

