

Contenção Física de Pacientes

Última revisão: 13/08/2013

Estabelecido em: 19/01/2012

Responsáveis / Unidade

Eliane Mussel da Silva – Médica | HGV

Lília Freitas Leite – Enfermeira | CEPAI

Vanuza Fortes Ribeiro – Médica | CCPC

Colaboradores

Guilherme Freire Garcia – Médico | CCPC

Helian Nunes de Oliveira – Médico | IRS

Henrique Torres Machado Brunelli Izar – Acadêmico de Enfermagem | CCPC

Jôvi Dimas Virgolino Malta Cardoso – Acadêmico de Enfermagem | CCPC

Simone Facuri Lopes – Médica | CEPAI

Valéria Fonseca Pinto – Enfermeira | HGV

Disponível em www.fhemig.mg.gov.br
e intranet

INTRODUÇÃO / RACIONAL

A contenção física se refere ao uso de mecanismos mecânicos ou manuais para restringir a movimentação do paciente quando este oferece riscos para si ou para terceiros. Trata-se de uma conduta excepcional que deve ser cercada de todos os cuidados, para que a ação sobre o paciente seja a menos lesiva possível e com o mínimo de interferência no tratamento/Projeto Terapêutico. É procedimento largamente utilizado em unidades clínicas, cirúrgicas, CTI, urgências.

Trata-se de prática comumente realizada em diversos países, variando a taxa de ocorrência entre 0,25% a 59% em diversos estudos em pacientes psiquiátricos no setor de emergência, apesar de não existirem evidências científicas sobre os benefícios e riscos desta prática.

Para a decisão do uso ou não da contenção física no paciente psiquiátrico é imprescindível que seja realizada uma avaliação rigorosa e global da situação deste, baseada no julgamento clínico bem fundamentado, nas consequências e riscos para o paciente e a equipe assistencial e sob prescrição médica, com o envolvimento da equipe multidisciplinar, do paciente e quando possível, da família. A utilização deste procedimento não deverá ocorrer como punição ou intimidação de pacientes.

OBJETIVOS

- Orientar os profissionais de saúde sobre as opções terapêuticas que devem anteceder a indicação de contenção física;
- Indicações, condições e técnica adequada de procedimento da contenção física;
- Proteger o paciente e a equipe assistencial contra lesões e traumas garantindo a manutenção do tratamento do paciente;
- Prevenir eventos como quedas, ferimentos e contaminação e/ou deslocamento de dispositivos como sondas, cateteres, drenos, etc;
- Preservar a integralidade física, psíquica e moral dos pacientes e da equipe assistencial e o patrimônio da instituição;
- Realizar o procedimento de forma humanizada.
-

SIGLAS

CCPC: Comissão Central de Protocolos Clínicos;
MMSSII: Membros Superiores e Inferiores;
MMII: Membros Inferiores;
MMSS: Membros Superiores;
TAB: Transtorno Afetivo Bipolar.

MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO

- Equipe médica e de enfermagem treinada para abordagem, realização e monitorização do procedimento;
- Lençóis, faixas próprias para contenção confeccionadas no próprio hospital;
- Compressas de algodão ortopédico para proteção da pele;
- Loção ou creme hidratante, se necessário.

1- Macro Processo

- Técnica de contenção física que envolve o uso de dispositivos manuais para limitar as ações do paciente, quando este oferece perigo para si e/ou 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, a 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 e os objetivos de tal procedimento. A comunicação terapêutica contribui para a excelência da prática e cria oportunidade de aprendizagem para o paciente podendo estimular sentimentos de confiança entre ele e a equipe, permitindo-lhe até 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, proporcionando conforto e proteção, avaliação de sinais vitais, avaliação da perfusão sanguínea, avaliação da presença de co-morbidades clínicas, eficácia da restrição, presença e necessidade de manutenção ou associação de outras medidas terapêuticas, de 30 em 30 minutos, antes e após a contenção;
- O espaço físico destinado ao atendimento também deve ser organizado de maneira a aumentar a segurança do paciente e da equipe. Deve 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;
- A retirada da contenção física deve ser realizada na presença de vários membros da equipe após orientações ao paciente e, (se possível, na presença do acompanhante);
- As informações relativas à indicação (ato médico), a técnica de contenção física utilizada, todo o plano assistencial e as ações da equipe multidisciplinar devem ser detalhadamente registradas no prontuário do paciente. Da mesma maneira, registrar os sinais vitais, condições de conforto, segurança e eventuais intercorrências durante todo o procedimento;
- A equipe responsável pela contenção do paciente deverá preencher o Formulário para Monitoramento da Contenção Física (**ANEXO I**) e 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, após prescrição médica no prontuário do paciente;
- Em situações de urgência os técnicos de enfermagem acompanhados pelo Supervisor de Enfermagem podem iniciar o processo de contenção física, devendo, em seguida, ser comunicado ao médico para avaliação e prescrição;
- Reavaliações frequentes (de trinta em trinta minutos) visando identificar lesões e/ou edemas e a necessidade da manutenção da contenção. Se necessário alternar locais de 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 terceiro e que não responderam às intervenções verbais e medicamentosas (menos restritivas) (**ANEXO II**);
- Pacientes em risco de fuga e auto-extermínio;
- 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;
- Para evitar quedas, seja em crianças, pacientes agitados, semiconscientes, inconscientes ou demenciados, drogados ou em síndromes de abstinência;
- Nos casos de agitação pós-operatória;
- Para alguns tipos de exames ou tratamentos;
- Nos casos de 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;
- Não realizar a abordagem/entrevista com o paciente desacompanhado;
- Procurar criar aliança terapêutica com o paciente.

Avaliação inicial:

A avaliação inicial à internação deve fornecer subsídios para eventuais episódios de agitação que requeiram contenção física: 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. Estes dados possibilitarão 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 com pelo menos diagnóstico diferencial dos grandes grupos nosológicos (orgânico, sintomático, álcool e drogas, distúrbio psiquiátrico primário);
- História pregressa, 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, na tentativa de criar um ambiente terapêutico, menos ameaçador;
- Cuidado específico nos casos de contenção em crianças e adolescentes;
- Oferecer assistência e cuidados em geral;
- Atitude acolhedora e compreensiva, porém firme;
- 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 verbal;
- Limitar o espaço físico;
- Tranquilização rápida através de medicamentos;
- E se nenhuma das intervenções for suficiente realizar a contenção física e química (pacientes psiquiátricos).

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 além do patrimônio da instituição. Considerado um evento sentinela será monitorado na unidade pelo preenchimento do Registro 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 assistenciais e dos serviços de urgência/emergência da necessidade de tal procedimento para cada paciente numa dada circunstância e suas conseqüências no tratamento/Projeto Terapêutico Individual do mesmo;
- b. Compete ao médico, enfermeiro, auxiliares/técnicos de enfermagem comunicar o paciente, os 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. Nos casos de agitação/agressividade, risco de fuga ou de auto-extermínio determina-se o condutor do processo, de preferência o profissional de referência para o paciente ou alguém experiente. Este é o único profissional que se dirige ao paciente, explicando-lhe o que está ocorrendo, o porquê de tal medida, sempre abordando verbalmente o paciente;
- e. É um procedimento realizado pela equipe assistencial, 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 do corpo 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(cuidado para evitar lesões de estiramento do braço e não restringir movimentos respiratórios).

Contenção do abdome:

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

Contenção dos joelhos:

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

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. Cuidado com garroteamento.

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.

Manter elevação da cabeceira da cama em todas as situações a fim de evitar aspiração de vômitos e em especial:

- Pacientes em quadro de confusão mental;
- Pacientes sedados com sobrepeso, apresentando roncos ou com dificuldades respiratórias.

Avaliar nesses casos a possibilidade de conter o paciente na posição de decúbito lateral direito ou esquerdo para evitar a aspiração e a asfixia (contenção de apenas um MS e um MI).

6- Monitoramento

- Monitoramento dos dados vitais, perfusão sanguínea, avaliação do local da contenção (dor, calor, edema e ferimento) no ato da contenção, a cada 30 minutos e no ato da retirada da contenção, registrando os dados no Registro de Contenção Física.
- A Enfermagem deverá registrar todos os dados no prontuário, relatando os fatos com clareza e objetividade (hora da contenção, dados vitais, ocorrência de eventos adversos, cuidados prestados e hora da retirada da contenção) (**ANEXO I**).

7- Registros:

- Formulário deve estar disponível em todos os postos de Enfermagem da Unidade;
- Anotação da enfermagem;
- Prescrição médica;
- Preenchimento formulário de Registro de Contenção Física - **ANEXO I**.

ITENS DE CONTROLE

1. Prontuário, CID, local da internação, motivo da contenção física e confirmação de preenchimento do impresso de contenção física para todos os pacientes contidos na unidade, conforme tabela a seguir:

Prontuário	CID	Local da internação	Motivo da contenção*	Preenchimento do impresso de contenção	
				SIM	NÃO

*Indicação: agitação psicomotora, risco de queda, risco de fuga, risco de autoextermínio, risco de agressividade, insucesso da medicação, outro.

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. Dalgalarrodo P. "Síndromes Volitivo-Psicomotoras". Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 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". <i>Jornal Clinic Psychiatry</i> . 2004 65(4):551-6.	A
12. Paes MR. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico psiquiátrica no pronto atendimento de um hospital geral. Curitiba, 2009. 144f.	B
13. Paes MR, Borba, LO, Brusamarello T, Guimarães NA, Maftum, MA. Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem. <i>Rev. enferm. UERJ</i> , Rio de Janeiro, 2009 out/dez; 17(4):479-84.	A
14. Portarias GM/MS nº 3.408 de 05 de agosto de 1998.	D
15. Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtornos Mentais e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental – OMS 1991.	A
16. Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares - Versão Hospitais Psiquiátricos.	A
17. Sáiz RJ. Contención Mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento manual de uso y protocolos de procedimiento. <i>Rev. Brasil. Psiquiatr.</i> São Paulo 1999.; 12(4).	A
18. Santiero K. Proteção no controle de crises comportamentais em pessoas com autismo. <i>Psychiatry on line Brasil</i> . 2004 dez.;9(12).	B
19. Unidade de internação psiquiátrica. Rotinas. Disponível em www.ufrgs.br/psiq . Acesso em maio de 2011.	A
20. Walsh W, Hill KD. Local adaptation and evaluation of a falls risk prevention approach in acute hospitals. <i>Int. J. Qual. Health Care</i> ; Epub. 2010 dec. 23(2): 134-413.	B
21. Campos, CJG; Teixeira, MB, O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. <i>Rev. Esc Enf USP</i> .2001 jun.; 35(2):141-9.	B
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 .	A
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.	D
24. Feldman, L.B. Como alcançar a qualidade em instituições de saúde. São Paulo: Martinari, 2004.	A
25. Silva SC, Siqueira LCP, Santos AE. Boas práticas de enfermagem em adultos: procedimentos básicos. Atheneu. São Paulo;2008.	D
26. Salles CLS, Pedreira M.L.G, Restrição em pacientes. COREN/SP.;São Paulo 2009.	D

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 _____

Tratamento farmacológico administrado e dados vitais

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

Tipo de Contenção

Horário de início: ___:___

							
Horário	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___	___:___
Controle de melhora							

(1)Sem alteração (2)Melhora parcial (3)Piora (4)Melhora completa

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 SURTIDAS 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)

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 idéias de grandeza e desinibição social;
- Agitação paranóide: secundária ao delírio paranóide 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 paranóides, 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 hétero 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 à 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.

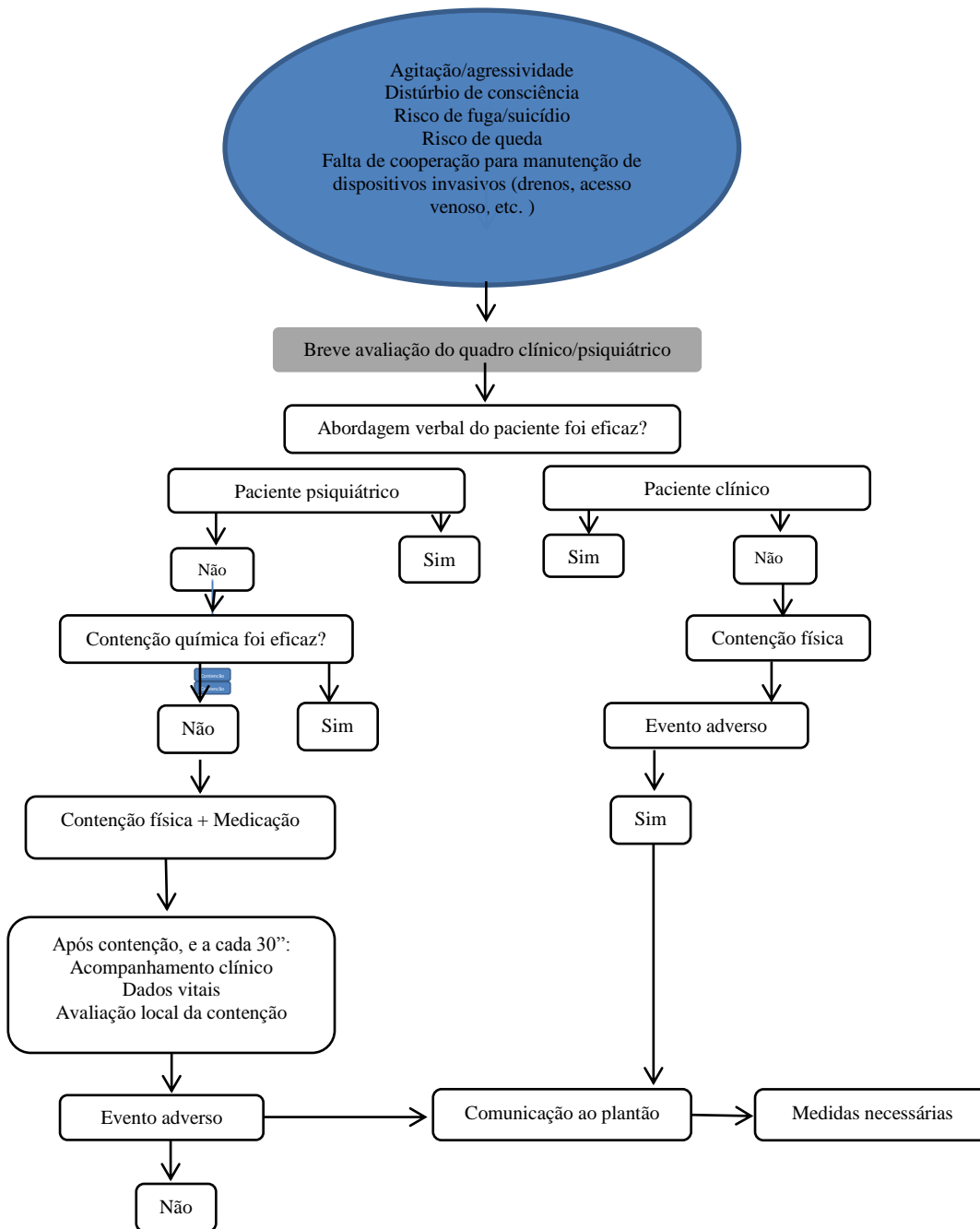
Deve-se considerar como diagnósticos diferenciais às entidades psiquiátricas primárias, condições médicas gerais e neurológicas conforme indicado abaixo:

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 psicoativas e álcool	Encefalopatias	Doenças infecciosas
Transtorno de personalidade antissocial	Doença de Wilson	Deficiências vitamínicas (B12, tiamina)
Transtorno de personalidade instável	Infecções do SNC (sífilis, HIV, herpes simples)	Distúrbios endócrinos (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 se 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: esmurre a parede, gesticula muito. Quebrou objetos em casa.	Agitado: tem algo nas mãos para se defender ou para agredir alguém. Está quebrando objetos no ambiente.
Humor	Estado raivoso: demonstra estar com ódio de todos, inclusive do entrevistador.	Está furioso: demonstra a decidida intenção de agir violentamente contra alguém.
Riscos	Muito alto	Iminente

Fluxograma de Contenção



Sedação química

A sedação química pode/deve ser utilizada em pacientes agitados com ou sem contenção. Antecipando a utilização de medicação e manejando-a correta e precocemente na evolução clínica algumas vezes é possível evitar a contenção física. A medicação ideal para o paciente agitado ou violento deve apresentar início rápido de efeito, eficácia independente da via de administração e poucos efeitos colaterais.

As principais classes de medicamentos comumente usados para controlar o paciente violento ou agitado são os benzodiazepínicos e anti-psicóticos.

Em resumo, sugerimos a seguinte abordagem:

Para pacientes severamente violentos que requerem sedação imediata, utilizar antipsicótico (principalmente os típicos ou de primeira geração- na classificação anterior) ou benzodiazepínico (por exemplo, midazolam) ou uma combinação de um anti-psicótico e um benzodiazepínico (por exemplo, haloperidol e lorazepam). O uso de combinação de um antipsicóticos com um benzodiazepínico pode causar menos efeitos colaterais. Em idosos preconiza-se redução das doses pela metade.

_Para os pacientes com agitação causada por intoxicação ou abstinência secundária ao uso de drogas, prescrever um benzodiazepínico. (conforme orientações nos **PC 027, PC 034, PC 041**)

_Para os pacientes com agitação indiferenciado, preferimos benzodiazepínicos, mas antipsicóticos de primeira geração(classificação antiga) são uma escolha razoável.

_Para paciente sabidamente psicóticos sugerimos a utilização preferencial de anti –psicóticos de primeira geração. Para alguns pacientes o uso de medicação injetável pode ser visto como punição ou tortura, tendo isto em mente, se o paciente não estiver violento pode ser conveniente utilizar via oral.

- Haloperidol - doses entre 2,5 e 10mg início de ação em 20 a 30 minutos e pode ser repetido até sedação. Associação com a Prometazina pode ser substituída pelo Midazolam IM que apresenta resultados em 20 minutos. O uso de haloperidol IV deve ser evitado.

Ainda são limitados os estudos sobre a utilização dos anti-psicóticos de segunda geração (classificação anterior) nos quadros de agitação severa:

- Olanzapina -10mg IM início de ação entre 15-45 minutos, meia-vida de 2 a 4 horas. Pode fornecer sedação excessiva.
- Risperidona - é mais utilizado em idosos por apresentar menores efeitos extrapiramidais que o haloperidol. Controle rápido da agitação por via oral.
- Ziprasidona - 10 a 20 mg IM início de ação em 15 a 20 minutos e meia vida de 2 a 4 horas.Também pode causar prolongamento de QT.

Todos os antipsicóticos antes classificados como típicos ou de primeira geração podem provocar prolongamento do intervalo QT causando arritmias e devem ser utilizados com cautela e acompanhamento adequado (atenção aos pacientes que utilizam outras drogas que causam prolongamento de QT, cardiopatas, distúrbios hidro-eletrolíticos, pacientes com convulsões.

Evitar utilização da neurolépticos em pacientes grávidas ou em lactação.