



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**PROTOCOLO DE ABORDAGEM ÀS SITUAÇÕES DE CRISE E URGÊNCIA  
PSIQUIÁTRICAS NAS UNIDADES PRISIONAIS E NO HOSPITAL DE CUSTODIA  
E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

**VITÓRIA/ES  
2017**



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**GOVERNO DO ESTADO DO ESPIRITO SANTO**

**PAULO HARTUNG**  
Governador do Estado

**SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA**

**WALACE TARCÍSIO PONTES**  
Secretário de Estado da Justiça

**ALESSANDRO FERREIRA DE SOUZA**  
Subsecretário de Estado da Justiça para Assuntos do Sistema Penal

**LUCIANA VANELI GAMA**  
Gerente de Saúde do Sistema Penal

**WAGNER FISHER SARMENTO**  
Diretoria de Administração Geral dos Estabelecimentos Penais

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**RICARDO DE OLIVEIRA**  
Secretário Estadual de Saúde do Espírito Santo

**ENGRE BEILKE TENÓRIO**  
Subsecretária de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da  
Atenção à Saúde

**JOANNA BARROS DE JAEGER**  
Gerente de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde

**MARISTELA DE AMORIM COELHO**  
Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

**ANDRÊSSA BOREL ENCARNAÇÃO**  
Referência Técnica do Sistema Penal



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**EQUIPE DE ELABORAÇÃO:**

**ALEXANDRE CONCEIÇÃO FAGUNDES**

Enfermeiro do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

**ANA CLAUDIA SCHULZ DA SILVA**

Coordenadora de Psicologia do Sistema Penal

**BRUNNA NUNES PASCOAL**

Subgerente de Enfermagem do Sistema Penal

**NATÁLIA MARIA DE SOUZA POZZATTO**

Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da SESA

**NATHALIA BORBA RAPOSO PEREIRA**

Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da SESA



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## SUMÁRIO

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO .....                                      | 5  |
| 2. OBJETIVO .....                                        | 7  |
| 3. ABORDAGEM INICIAL .....                               | 7  |
| 4. TIPOS DE CONTENÇÃO .....                              | 13 |
| 5. SOBRE O ISOLAMENTO .....                              | 13 |
| 6. INDICAÇÕES PARA CONTENÇÃO FÍSICA/MECÂNICA .....       | 14 |
| 7. PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS .....                      | 14 |
| 8. DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: ABORDAGEM FÍSICA/MECÂNICA ..... | 15 |
| 9. CONTENÇÃO NO LEITO .....                              | 15 |
| 9.1. Contenção de Membros Superiores .....               | 16 |
| 9.2. Contenção de Membros Inferiores .....               | 16 |
| 9.3. Contenção de Tórax .....                            | 16 |
| 9.4. Contenção de Abdome .....                           | 16 |
| 9.5. Contenção de Joelhos .....                          | 17 |
| 9.6. Elevação de Cabeceira .....                         | 17 |
| 10. ILUSTRAÇÕES .....                                    | 18 |
| 11. ESCOLTA .....                                        | 20 |
| 12. REFERÊNCIAS DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE .....         | 20 |
| 13. DAS COMPETÊNCIAS DAS EQUIPES .....                   | 22 |
| 13.1. Atribuições da SEJUS .....                         | 22 |
| 13.2. Atribuições da SESA .....                          | 24 |
| 14. REFERÊNCIAS .....                                    | 25 |



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

## **1. INTRODUÇÃO**

Entende-se como protocolo, um conjunto de normas regulatórias a ser seguido quando for implementada uma intervenção. No que tange a assistência dos internos/pacientes com transtornos mentais que se encontrem em momentos de crise, algumas intervenções podem ser adotadas.

Em Saúde Mental, a manifestação conhecida por crise é complexa e se refere a diferentes fenômenos. As situações de crise e/ou urgência psiquiátrica possuem em comum o fato de se referirem a sujeitos vivenciando um momento de intenso sofrimento psíquico, seja ele acompanhado ou não por comorbidades clínicas. É comum ainda a associação da Crise à “necessidade de cuidado imediato, evocando a realização de ações, também imediatas, por parte dos profissionais” (Ferigato; Campos; Ballarin, 2007 apud Zeferino, 2014a).

O contato e a realização de intervenções com o sujeito em Crise são dificultados, mas algumas medidas podem ser empreendidas no sentido de garantir abordagem humanizada e consoante com as necessidades de saúde do sujeito em sofrimento. Inicialmente, é fundamental destacar que a abordagem a uma situação de Crise não deve limitar-se à manutenção da ordem e segurança pública, ou à redução e aplacamento de sintomas a serem silenciados (Quintas, Amarante, 2008; Jardim, Dimenstein, 2008; apud Zeferino, 2014a). O momento de crise é um momento complexo e delicado e o que o sujeito mais necessita é empatia, diálogo, corresponsabilização, humanização, subjetividade e criatividade (Zeferino, 2014a).

Em situações de Crise equipes de saúde devem proceder à avaliação clínica do estado geral físico e mental do sujeito.

Outras ações podem ser agrupadas no conceito de Continência, e consistem em intervenções que,

“desde a entrada em cena visam modular, atenuar e reduzir o risco, a tensão, o conflito e o sofrimento ali presentes. O manejo de aspectos verbais e não verbais da comunicação, a



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

atenção e o manejo da delicada dimensão espaço-temporal da Crise e a utilização de táticas de resolução e gerenciamento de conflitos e problemas são os elementos básicos da Continência. As suas ações operam na contracorrente das ações de força e contenção, prevenindo intervenções de risco para o usuário e para a equipe. É necessário ressaltar que as medidas de contenção, na medida em que restringem espaço, movimento e liberdade, não importa se utilizados os meios físicos, mecânicos ou medicamentosos, são procedimentos de último recurso”. (Zeferino, 2014a)

Assim, quando necessário o recurso da contenção física, para aplicação do procedimento devem ser seguidos os critérios que justifiquem a aplicação e a interrupção da mesma, conforme o presente protocolo, fundamentado nas normas vigentes, destacando a Resolução CFM nº 1952/2010 que trata das diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil e a Resolução COFEN Nº 427/2012 que normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes.

A contenção é o conjunto de procedimentos manuais, utilizados para restringir a movimentação do interno/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 interno/paciente seja a menos lesiva possível e com o mínimo de interferência no tratamento Terapêutico.

Insta frisar que para a decisão do uso ou não da contenção é imprescindível que seja realizada uma avaliação pela equipe de saúde da situação do interno/paciente, não devendo ocorrer como forma de punição ou intimidação.



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

## **2. OBJETIVO**

Orientar os profissionais de saúde e a equipe de segurança sobre abordagens possíveis e procedimentos necessários ao manejo de situações de Crise, que assegurem a integridade física e psíquica dos internos/pacientes e dos profissionais que prestam assistência a esses, prevenindo eventos como traumas, lesões, contaminações, entre outros, de forma humanizada, sem o prejuízo do acionamento de ações específicas de saúde, sempre que indicado.

## **3. ABORDAGEM INICIAL**

As situações de urgência e emergência, ou situações de crise em saúde mental, contemplam várias manifestações, tais como: agitação psicomotora, agressividade (auto ou hetero), ideação suicida, síndrome de abstinência, quadros agudos de ansiedade, síndromes conversivas, apatia extrema, entre outros.

Não é raro que diante de situações extremas, como crises em saúde mental, os sujeitos vivenciem sentimentos como medo, insegurança, e até preconceito. Estar atento a esses sentimentos é fundamental para que sejam traçadas estratégias para lidar com eles. Assim, ao iniciar a abordagem a uma situação de urgência e emergência em saúde mental, o profissional deve se sentir seguro para a aproximação. Comportamentos de insegurança e despreparo por parte dos profissionais que realizam intervenções podem agravar a situação de crise.

É imprescindível lembrar que em uma emergência psiquiátrica o paciente pode apresentar dados vitais alterados como hipertensão, hipotensão, sudorese, hipertemia, vômito entre outros, que devem ser estabilizados por equipe de saúde, que realizará os encaminhamentos pertinentes.

Os comportamentos de agressividade usualmente são acompanhados de inquietação, atitude tensa, volume de voz aumentado, pensamento e fala



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

acelerados, gestos exagerados, recusa à abordagem. Deve-se observar a postura do paciente e, caso estejam presentes sinais de agressividade, a abordagem deve ser protegida e não é indicado que o profissional a realize sozinho, devendo contar com a presença de outros membros de sua equipe. Objetos que possam ser utilizados como armas em caso de agressão devem ser afastados.

A ideação suicida também pode consistir numa grave manifestação de emergência psiquiátrica. Ao contrário do que muitos pensam, perguntar e falar sobre suicídio não induz ao suicídio. Manifestações tais como pensamento, intenção e planos de auto-extermínio não devem ser menosprezadas e, caso identificadas, deve-se redobrar a atenção e acionar imediatamente a equipe de saúde para intervenção. Nesses casos, objetos que possam ser utilizados como armas também devem ser afastados. Pacientes com tentativas prévias e/ou histórico familiar de suicídio são considerados mais vulneráveis. As lesões autoinfligidas, mesmo sem explícita ideação suicida, particularmente, as de repetição, as quais são objeto de negligência e até descaso nas urgências, devem ser tomadas a sério, na avaliação da cena e no seguimento, pois a consumação posterior de suicídio nesses sujeitos é bastante alta (ZAHL; HAWTON, 2004 apud Zeferino, 2014a).

As síndromes ansiosas possuem muitas vezes sintomas físicos similares aos de condições orgânicas, como taquicardia, cefaléia, tontura, dores musculares, dores gástricas, formigamentos, suor frio, tremores, falta de ar, náuseas, sem, no entanto, apresentar causalidade compatível com algum quadro orgânico. Esses sintomas geralmente vêm acompanhados por angústia, irritabilidade e/ou labilidade, tensão, insônia, medo de morrer etc. Novamente, esses quadros não podem ser menosprezados. Um estudo realizado (LYNCH; GALBRAITH, 2003 apud Zeferino, 2014c) em um serviço de urgência hospitalar observou que parte dos sujeitos (30%) que chegaram à urgência com queixa de dor no peito tem histórico de transtorno de pânico e desses, 74% não tinham doença coronária. Todavia, dos indivíduos que chegaram com a queixa dor no peito e, também tinham histórico de pânico, 105 deles confirmaram uma doença coronariana, perfazendo 7,7% amostra total de





**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

peças que chegaram com a queixa, se fizermos a relação percentual dentro do grupo transtorno de pânico (411), 105 pessoas, ou seja, 25% acabaram confirmando um diagnóstico de doença coronária, a qual poderia explicar a dor no peito. Assim, além da atenção ao sofrimento psíquico dos sujeitos, atenção deve-se cuidar para que uma possível causa orgânica para a dor no peito – sintoma característico tanto de crise de pânico como de doença coronária – não seja negligenciada.

O objetivo inicial da abordagem a uma situação de crise é evitar o risco vital. Uma vez contornada a situação crítica inicial é imprescindível que todos os encaminhamentos de saúde sejam adotados, com vistas a garantir o cuidado integral ao paciente, minimizando o sofrimento e prevenindo a repetição do episódio.

A primeira e melhor escolha diante de uma situação de crise em saúde mental é o manejo verbal da situação. O profissional que realiza a abordagem deve manter uma atitude calma, respeitosa e direta, mostrando-se capaz e disposto a auxiliar o paciente. A intenção é reduzir o risco, a tensão, o conflito e o sofrimento ali presentes.

Os sujeitos em crise podem estar vivenciando experiências psicopatológicas extremas de invasão do seu espaço, da sua mente e do seu corpo, o que exige cuidado, sensibilidade e delicadeza para não sermos mais um “invasor”. (Zeferino, 2014a)

Algumas recomendações são importantes de serem observadas, tais como:

- Manter o local tranquilo;
- Atentar para a segurança do espaço físico à sua volta, identificando elementos de risco ambientais e materiais (por exemplo, acesso a portas, janelas e alturas, objetos da sala, por exemplo);
- Avaliar o ambiente social e humano da situação, solicitando o afastamento de pessoas que possam vir a agravar a situação de conflito e/ou hostilidade;
- Identificar ao paciente todos os profissionais responsáveis pela abordagem;



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

- Garanta a presença de outras pessoas nas imediações e tenha outras pessoas presentes durante a abordagem, se necessário;
- Atuar como equipe;
- Não confrontar ou ameaçar o paciente;
- Não enganar ou prometer algo que não pretende cumprir;
- Atentar para sinais de agressividade (incluindo autoagressividade) e violências sofridas e/ou cometidas, seja no momento atual da abordagem ou na história de vida do paciente;
- Manter-se calmo, ser objetivo, evitar declarações longas, manter o foco, identificar as necessidades, demandas, prioridades e contextos (Zeferino, 2014b);
- Singularizar ao máximo o diálogo: cada intervenção é única;
- Valorizar a escuta e evitar conselhos e orientações prontas;
- Procurar as soluções para os conflitos na fala dos atores envolvidos e, caso alguma solução possa ser colhida na fala da pessoa em sofrimento mental, apresentá-la a ele e confirmar ou não a sua leitura;
- Sempre buscar o consentimento do usuário;

Além disso, o Zeferino, 2014c nos recomenda atenção especial aos seguintes pontos:

- ✓ grande parte da agressividade e violência no ambiente psiquiátrico, principalmente no regime de internação, ocorre na interação usuário-equipe;
- ✓ a taxa no uso de medidas como a contenção não está relacionada à gravidade dos casos, mas à cultura da instituição e ao perfil de relações equipe–usuário;
- ✓ a violência e a agressividade ocorrem geralmente na implantação de medidas que não contam com o consentimento do usuário;
- ✓ medidas coercitivas são frequentemente implantadas com objetivos de retaliação ou comodidade da equipe.

Nesse sentido, recomenda que as intervenções sejam orientadas pelos seguintes princípios:



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

- ✓ estar atento à postura e à missão, mantendo-se sempre focado no objetivo. Procurar ser claro, usar frases curtas e objetivas. Escutar, permitir tempo e espaço para a fala do usuário e dos familiares, procurando delimitar o problema e conflito central a partir dos enunciados;
- ✓ não ser reativo. Se houver algum tipo de provocação a si ou à equipe, manter-se concentrado, rememorando a sua função ao interlocutor;
- ✓ nunca enveredar por situações nas quais o usuário, já ameaçado, sinta-se mais acuado. Não colocar alternativas do tipo tudo ou nada, ganhar ou perder. Tentar alinhar os seus objetivos com o do usuário (DIX; PAGE, 2008).
- ✓ não se esquecer de que estaremos abordando pessoas atordoadas por delírios e alucinações, cujos conteúdos, aparentemente absurdos, jamais devem ser depreciados ou sequer confrontados. Deveremos aprender a lidar com essas situações de forma sensível e inteligente, sendo que para cada caso haverá uma resposta singular.

Reforça ainda que os elementos não verbais da comunicação humana, as posturas, gestos, olhar, expressão facial são tão importantes quanto os verbais (Dix; Page: 2008; Tardiff, 2006; National Institute for Clinical Excellence, 2005 apud Zeferino, 2014c). Portanto:

- ✓ evitar posturas que possam ser defensivas ou confrontadoras. Não se posicionar de frente, encarando;
- ✓ não colocar as mãos na cintura ou cruzar os braços no tórax, por exemplo. Posicionar-se no mesmo nível. Se o paciente estiver sentado, sentar-se, mas estar atento;
- ✓ tentar assegurar-se de que sua expressão facial, seu olhar não seja de intimidação ou reprovação;
- ✓ o tom de voz, a altura e o ritmo da fala devem estar articulados ao conteúdo e ao problema em foco;
- ✓ manter uma distância segura (para o contato humano em geral, sem a intimidade do dia a dia, recomenda-se cerca de 1 metro). Se houver agressividade, ou a situação estiver se encaminhando nesse sentido, dobrar a distância;
- ✓ não tocar na pessoa em crise: toques e manifestações de “compreensão” física somente são possíveis em situações muito particulares, quando o profissional conhece bem o usuário ou depois de a situação tensa se desfazer;
- ✓ estar atento à adequação entre os aspectos verbais e os afetivos e não verbais da comunicação.

As medidas involuntárias, tais como contenção física e medicamentosa devem ser absoluta exceção. Considerando que a principal normativa legal em saúde mental, a



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

Lei 10.216/2001, dispõe em seu Art.2º que é direito do paciente “ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis” deduz-se que a aplicação de contenção deve ser excepcional, pontual e cercada de todos os cuidados.

Segundo a Resolução nº 1.598/2000, do Conselho Federal de Medicina, em seu Artigo 11:

“Um paciente em tratamento em estabelecimento psiquiátrico só deve ser submetido à contenção física por prescrição médica, devendo ser diretamente acompanhado, por um auxiliar do corpo de enfermagem durante todo o tempo que estiver contido”.

Sob hipótese alguma, a contenção pode ser usada como punição e coerção. Deve-se recorrer a essa medida apenas quando todas as outras abordagens estiverem esgotadas e a situação envolver riscos para o paciente e/ou para terceiros.

A contenção física ou mecânica pode desencadear complicações clínicas graves, como desidratação, redução da perfusão em extremidades, fraturas, depressão respiratória e até mesmo morte súbita, portanto, os pacientes contidos devem ser observados atentamente e seus sinais vitais verificados constantemente.

Uma vez contido, um membro da equipe deve conversar com o paciente e explicar-lhe os motivos de sua contenção, argumentando que se trata de medida de segurança e não de punição. É possível que o paciente mostre-se resistente a escutar esses argumentos, mas eles devem ser retomados quando o mesmo estiver mais tranquilo.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

#### **4. TIPOS DE CONTENÇÃO**

As contenções podem ser categorizadas em 02 tipos: Contenção Física/Mecânica, Contenção Química.

**Todos os procedimentos realizados devem estar devidamente registrados no prontuário do interno/paciente, com clareza e objetividade. É importante ressaltar que os tipos de contenção devem ser obrigatoriamente prescritos por profissional médico.**

##### **4.1. Contenção Física/Mecânica**

É uma medida terapêutica que envolve o uso de dispositivos manuais para limitar as ações do interno/paciente, quando esse oferece perigo para si e para terceiros, com o intuito de preservar a integridade física e moral do paciente e dos outros. Tal procedimento deve ser realizado dentro de uma lógica clínica com responsabilização coletiva. Contudo ela deve ser o último recurso a ser utilizado para controlar condutas violentas.

##### **4.2. Contenção Química**

Medida terapêutica na qual são usados medicamentos para controlar o comportamento ou restringir a liberdade de movimento do interno/paciente. Esse tipo de técnica só é utilizado por prescrição médica.

#### **5. SOBRE O ISOLAMENTO**

Alguns protocolos existentes consideram ainda o uso do isolamento como estratégia de contenção. No entanto, em 2012 o Ministério Público Federal e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão manifestaram-se através da Cartilha de Saúde Mental da seguinte forma: ([http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/direito\\_saude\\_mental\\_2012/](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/direito_saude_mental_2012/)):



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**“O paciente internado em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP) pode ficar em cela de isolamento sob a alegação de que é perigoso?**

Entende-se que o paciente não pode ficar em cela ou espaço restritivo. Em caso de crises agudas, o paciente deve ficar restrito ao leito e acompanhado por pessoal de enfermagem ou técnico, que lhe deverá orientar e informar sobre os procedimentos que estão sendo adotados e seus objetivos.”

## **6. INDICAÇÕES PARA CONTENÇÃO FÍSICA/MECÂNICA**

- A contenção física/mecânica está indicada quando, em virtude de agitação psicomotora, confusão mental, agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a outros;
- Imobilização para prevenção de quedas após sedações;
- Alto risco de degradação do ambiente;
- Por solicitação do próprio interno/paciente quando houver risco de agitação psicomotora;
- Em procedimentos como exames ou tratamentos essenciais, nos casos em que o interno/paciente não colaborar.

## **7. PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS**

Deve ser realizada por equipes treinadas (saúde e segurança), e com técnica adequada. É importante atribuir o mesmo valor à contenção tal como as demais técnicas que são utilizadas no trabalho em saúde.

A Resolução nº 1952/2010 do Conselho Federal de Medicina – que trata das diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil - sinaliza que a indicação e a prescrição de contenção física ao paciente psiquiátrico competem ao médico.



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

Em situações de urgência, a equipe de enfermagem em conjunto com a equipe de segurança pode iniciar uma contenção física/mecânica, devendo ser comunicado ao médico para avaliação e prescrição.

**8. DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: ABORDAGEM FÍSICA/MECÂNICA**

- a) A equipe deve orientar o mesmo quanto à necessidade da contenção, quando possível;
- b) A técnica deve obedecer ao tempo determinado conforme prescrição médica;
- c) Para desenvolver a técnica com eficácia, é necessário que a ação seja coletiva, envolvendo profissionais de saúde e equipe de segurança.
- d) A equipe se aproxima do interno/paciente e o líder se posiciona a sua frente tentando estabelecer um diálogo, com o objetivo de mostrar a realidade e limitar as atitudes agressivas do mesmo;
- e) Caso o diálogo não tenha sucesso para tranquilizar o interno/paciente, a equipe deve se aproximar, visando a limitação do espaço físico, minimizando os riscos que por ventura possam ocorrer;
- f) Após imobilização do interno/paciente, o mesmo deverá ser encaminhado para o setor de saúde da unidade.

**9. CONTENÇÃO NO LEITO:**

- a) Providenciar material adequado para contenção, sendo indicado o uso de faixas de tecido (algodão cru), com 12 m de comprimento por 40 cm de largura. As faixas têm, em uma das extremidades, tiras finas que servirão para dar o laço após a contenção. A parte onde a tira é fixada é reforçada dobrando-se, como envelope, a ponta da faixa, como mostram as imagens abaixo;
- b) Conferir prescrição médica e iniciar protocolo de contenção;



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

- c) Orientar o interno/paciente quanto ao uso da contenção, as razões de seu uso, duração e possíveis complicações, explicitando que não se trata de um procedimento punitivo;
- d) Inspeccionar o local a ser restrito e retirar todos os objetos que possam causar algum tipo de lesão;
- e) Posicionar o interno/paciente de modo a facilitar o conforto e evitar a asfixia, aspiração, ou ruptura de pele;
- f) Realizar a contenção em 4 a 5 pontos da seguinte forma:

**9.1. Contenção dos Membros Superiores - MMSS:**

- a) Colocar a faixa em volta do punho;
- b) Envolver a atadura de crepom sob a compressa cirúrgica, sendo importante observar as extremidades;
- c) Fixar as pontas da faixa no estrado da cama.

**9.2. Contenção de Membros Inferiores - MMII:**

- a) Colocar a compressa cirúrgica, gazes ou trapo em volta do tornozelo;
- b) Envolver a atadura de crepom sob a compressa cirúrgica, sendo importante observar as extremidades;
- c) Fixar as pontas da faixa no estrado da cama.

**9.3. Contenção de tórax:**

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

**9.4. Contenção de abdome:**

- a) Pegar dois lençóis, dobrar em diagonal, redobrando-os até formar duas faixas;





**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

- b) Colocar um dos lençóis sobre o abdome e o outro sob a região lombar;
- c) Unir as pontas dos lençóis e torcê-las;
- d) Amarrar as pontas dos lençóis no estrado da cama.

**9.5. Contenção de joelhos:**

- a) Passar a ponta do lençol em diagonal do lado direito sobre o joelho e por baixo do esquerdo;
- b) Passar a ponta do lado esquerdo sobre o joelho esquerdo e por baixo do joelho direito;
- c) Amarrar as pontas nos estrados, nas laterais da cama.
- d) Deixar o interno/paciente confortável e o ambiente em ordem;

**9.6. Elevação da cabeceira**

Avaliar a necessidade de elevação da cabeceira da cama nas seguintes condições:

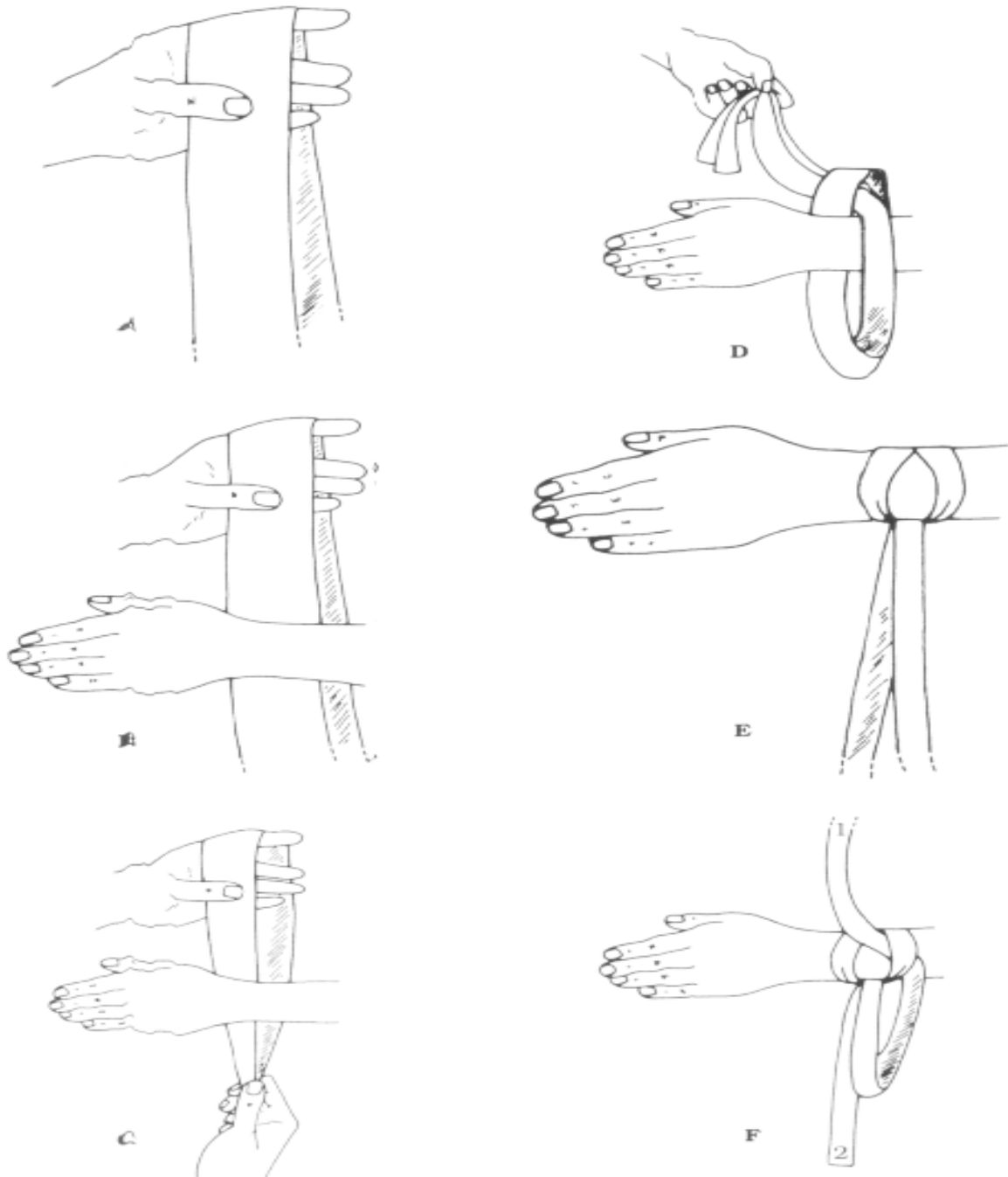
- a) Interno/paciente em quadro de confusão mental;
- b) Interno/paciente sedado com sobrepeso, apresentando roncos ou dificuldades respiratórias;



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

10. ILUSTRAÇÕES

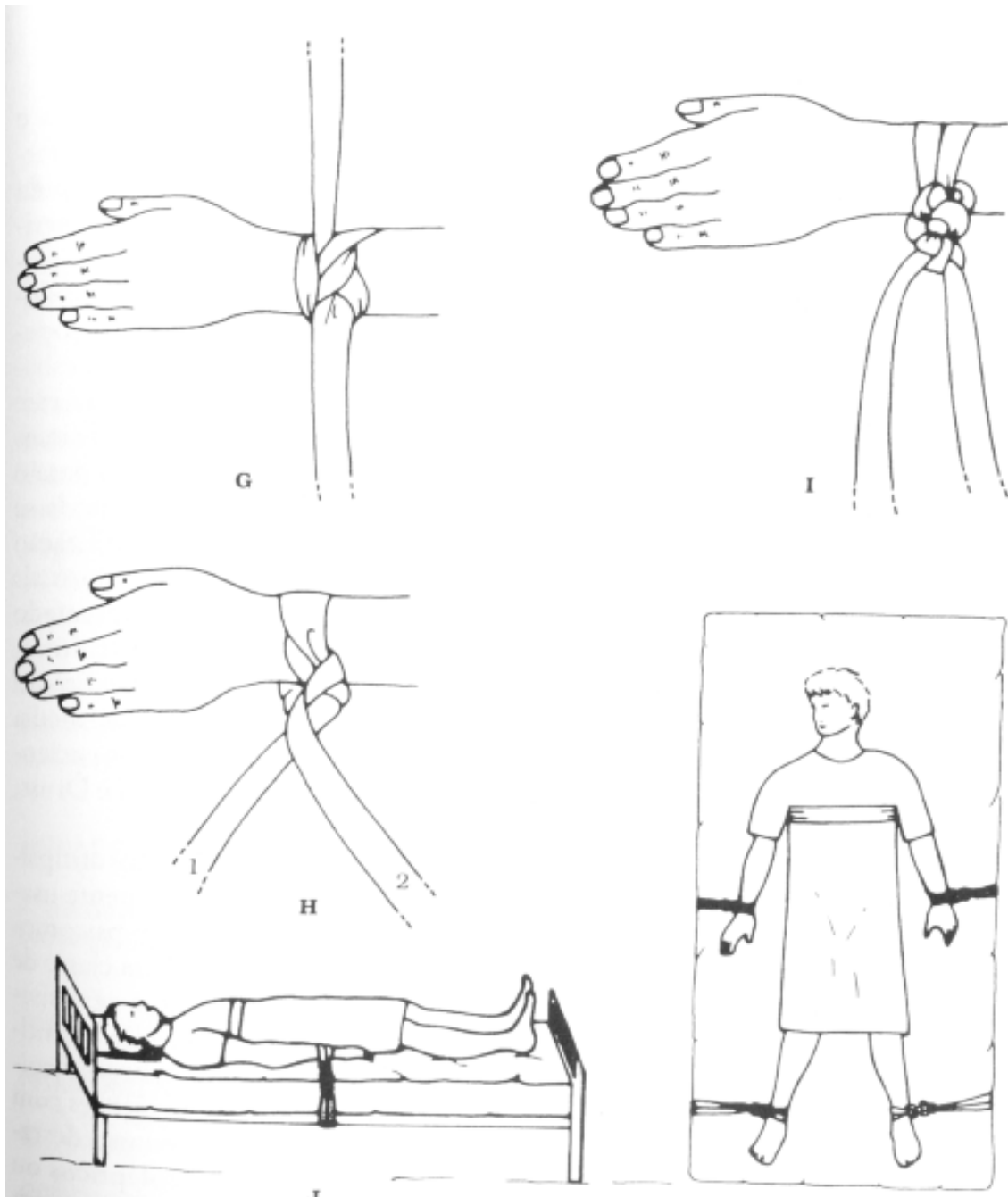
Figura 1. Contenção Física/Mecânica dos Membros Superiores.





GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Figura 2. Contenção Física/Mecânica dos Membros Superiores, Inferiores e Tórax.





**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

## **11. ESCOLTA**

As intervenções devem acontecer preferencialmente no local em que o interno/paciente se encontra, e nos casos de necessidade da escolta, transportar os internos/pacientes em crise até o ambulatório da Unidade.

Nos casos de urgência, o interno/paciente deverá ser encaminhado para os serviços de referência, considerando os protocolos de segurança estabelecidos pela Secretaria, preferencialmente por meio de ambulância, bem como acompanhado por um profissional de saúde.

## **12. REFERÊNCIAS DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE**

Mediante crise de ordem psiquiátrica, na ausência ou por encaminhamento da equipe multidisciplinar, o paciente que encontra-se no interior da unidade prisional deve ser imediatamente encaminhado ao hospital de referência de urgência e emergência no município. Para a Grande Vitória a referência principal para a saúde mental é o HEAC (Hospital Estadual de Atenção Clínica) localizado em Cariacica. Para as unidades do interior do Estado, segue planilha com as respectivas referências estabelecidas junto a SESA e rede de urgência e emergência.

| <b>ESTABELECIMENTO PRISIONAL</b>                | <b>SIGLA</b> | <b>REFERÊNCIA MUNICIPAL</b> |
|-------------------------------------------------|--------------|-----------------------------|
| Casa de Custódia de Vila Velha                  | CASCUVV      | P.A de Cobilândia           |
| Centro de Detenção Provisória de Vila Velha     | CDPVV        | P.A da Glória               |
| Penitenciária Semiaberta de Vila Velha          | PSVV         | P.A da Glória               |
| Penitenciária Estadual de Vila Velha I          | PEVV I       | P.A da Glória               |
| Penitenciária Estadual de Vila Velha II         | PEVV II      | P.A da Glória               |
| Penitenciária Estadual de Vila Velha III        | PEVV III     | P.A da Glória               |
| Penitenciária Estadual de Vila Velha V          | PEVV V       | P.A da Glória               |
| Centro de Detenção Provisória de Viana II       | CDPV II      | P.A Arlindo Vilasque        |
| Centro de Detenção Provisória Feminina de Viana | CDPFV        | P.A Arlindo Vilasque        |
| Centro de Triagem de Viana                      | CTV          | P.A Arlindo Vilasque        |
| Penitenciária Agrícola do Espírito Santo        | PAES         | P.A Arlindo Vilasque        |
| Penitenciária de Segurança Média I              | PSME I       | P.A Arlindo Vilasque        |



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|                                                          |         |                                              |
|----------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------|
| Penitenciária de Segurança Máxima I                      | PSMA I  | P.A Arlindo Vilasque                         |
| Penitenciária de Segurança Máximo II                     | PSMA II | P.A Arlindo Vilasque                         |
| Penitenciária Feminina de Cariacica                      | PFC     | P.A de Alto Laje                             |
| Penitenciária Semiaberta de Cariacica                    | PSC     | Policlínica de Cariacica                     |
| Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico           | HCTP    | P.A de Alto Laje                             |
| Centro de Detenção Provisória de Guarapari               | CDPG    | UPA de Guarapari                             |
| Centro de Detenção Provisória de Serra                   | CDPS    | UPA de Serra                                 |
| Penitenciária Regional de Cachoeiro de Itapemirim        | PRCI    | P.A Paulo Pereira Gomes                      |
| Centro de Detenção Provisória de Cachoeiro de Itapemirim | CDPCI   | P.A Paulo Pereira Gomes                      |
| Centro Penitenciário Feminino de Cachoeiro de Itapemirim | CPFCI   | P.A Paulo Pereira Gomes                      |
| Centro de Detenção Provisória de Marataízes              | CDPM    | Pronto Atendimento de Marataízes             |
| Penitenciária de Segurança Média de Colatina             | PSMECOL | Hospital Sívio Avidos                        |
| Centro Prisional Feminino de Colatina                    | CPFCOL  | Hospital Sívio Avidos                        |
| Penitenciária Semiaberta Masculina de Colatina           | PSMCOL  | Hospital Sívio Avidos                        |
| Centro de Detenção Provisória de Colatina                | CDPCOL  | Hospital Sívio Avidos                        |
| Penitenciária Regional de Barra de São Francisco         | PRBSF   | Hospital Dra. Rita de Cássia                 |
| Centro de Ressocialização de Linhares                    | CDRL    | Hospital Geral de Linhares                   |
| Penitenciária Regional de Linhares                       | PRL     | Hospital Geral de Linhares                   |
| Centro de Detenção Provisória de Aracruz                 | CDPA    | Hospital e Maternidade São Camilo de Aracruz |
| Centro de Detenção Provisória de São Mateus              | CDPSM   | Hospital Roberto de A. Silves                |
| Penitenciária Regional de São Mateus                     | PRSM    | Hospital Roberto de A. Silves                |

Observação: Os casos de crise nas unidades prisionais da Grande Vitória devem ser preferencialmente encaminhados ao HEAC. Somente na ausência ou impossibilidade desse serviço, ou até mesmo pela distância da unidade prisional, o paciente poderá ser encaminhado aos P.As de referência listado acima, cada qual com seu respectivo município.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

### **13. DAS COMPETÊNCIAS DAS EQUIPES:**

#### **13.1. Atribuições da Secretaria de Justiça**

##### **13.1.1. Por meio da Gerência de Saúde do Sistema Penal**

- a) Realizar as devidas alterações neste Protocolo, conjuntamente com a equipe técnica da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outra Drogas da SESA conforme as diretrizes clínicas e legislações vigentes, visando a atualização e adequação dos processos de trabalho;
- b) Viabilizar junto a Escola Penitenciária do Espírito Santo – EPEN treinamentos para as equipes de saúde prisionais, inspetores de segurança e afins.

##### **13.1.2. Por meio da Direção da Unidade**

- Garantir as escoltas para os Serviços de Referência;
- Possibilitar o cumprimento do Protocolo;
- Garantir o acesso da equipe de saúde ao preso, em conformidade com os padrões de segurança;
- Possibilitar local de permanência apropriado a fim de garantir a assistência continuada ao paciente/interno, devendo retornar com o mesmo ao local de origem, quando sinalizado pela equipe de saúde.
- Garantir e monitorar a execução e a eficácia dos treinamentos para as equipes de saúde e segurança.

##### **13.1.3. Por meio da Equipe de Segurança**

- Encaminhar, casos identificados de pacientes/internos, ao setor de saúde da unidade;
- Dar apoio a equipe de saúde nas técnicas a serem utilizadas, realizando a abordagem inicial;



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

- Executar a escolta do interno para o Hospital Estadual de Atenção Clínica – HEAC (antigo Adalto Botelho) para as unidades da Grande Vitória, e demais unidades para os locais de Referência;
- Registrar os procedimentos em livro diário de ocorrências.

**13.1.4. Por meio da Escola Penitenciária do Espírito Santo - EPEN**

- Garantir e monitorar a execução e a eficácia dos treinamentos para as equipes de saúde e segurança.

**13.1.5. Por meio da Equipe de Saúde Prisional**

**Médico:**

- Prescrever os procedimentos de contenção adequado ao paciente, quando necessário;
- Assistir o paciente no tratamento terapêutico;

**Equipe de Enfermagem:**

- Executar a prescrição médica;
- Monitorar o estado geral do interno/paciente, priorizando o nível de consciência, de dados vitais e de condições de pele e circulação nos locais e membros contidos, verificados com regularidade nunca superior a 1 (uma) hora;
- Comunicar intercorrências ao médico plantonista.

**13.1.6. Demais Profissionais da Equipe Saúde Prisional**

Prestar assistência ao paciente/interno, de acordo com cada competência técnica, de forma a estabilizar e prevenir novos surtos, e dar suporte à equipe de enfermagem, médico, e de segurança, quando necessário.



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**13.2. Atribuições da Secretaria Estadual de Saúde**

- Auxiliar a elaboração dos fluxos necessários ao atendimento dos pacientes no HCTP para toda à Rede de Atenção à Saúde.
- Fornecer apoio técnico à Secretaria de Justiça e ao HCTP nas questões relativas à saúde mental.
- Apoiar as ações educativas e capacitações na temática de saúde mental.





GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## REFERÊNCIAS

MUSSE, E.; RIBEIRO, V. F.; LEITE, L. F.; CARDOSO, J. D. V. M. **Diretrizes Clínicas: Procedimentos Operacionais Padrão – Protocolo Clínico: 033 - Contenção Física dos pacientes em quadro de agitação Psicomotora.** Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Minas Gerais, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 427/2012: Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes.** 2012. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucofen-n-4272012\\_9146.html](http://www.cofen.gov.br/resolucofen-n-4272012_9146.html)>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM Nº 1598/2000: Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental.** 2000. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1598\\_2000.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1598_2000.htm)>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM Nº 1952/2010: Adota as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil e modifica a Resolução CFM nº 1.598, de 9 de agosto de 2000.** 2010. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1952\\_2010.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1952_2010.htm)>.

BRASIL. LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 6 de abril de 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm)>.

SCHWIDERSKI, A. C.; TCHAIKOVSKI JUNIOR, O.; MANZARRA, S. **Protocolo de Procedimentos de Contenção Mecânica.** Hospital Colônia Adauto Botelho (HCAB). Paraná, 2012.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Diretrizes Clínicas da Saúde Mental**. Coleção Uma Nova Saúde. 1ª Edição. Vitória-ES, 2008.

ZEFERINO, M. T. **Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental** / Maria Terezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa, 2014a. 101 p.

ZEFERINO, M. T. **Crise e Urgência em Saúde Mental: organização da atenção psicossocial à crise em rede de cuidado** / Maria Terezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2014b. 97 p.