

A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL FRENTE AO USO DA CONTENÇÃO MECÂNICA

Josane Filippi¹
Anderson Flores²
Luiz Antonio Bettinelli³
Dalva Maria Pomatti⁴

Resumo

Contenção mecânica pode ser considerada uma das formas mais restritivas e impactantes de tratamento, pois o paciente é imobilizado com ataduras, compressas, entre outros dispositivos. Estudo descritivo de abordagem qualitativa e exploratória, realizado em dois hospitais gerais e um hospital psiquiátrico de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Objetivou-se conhecer a percepção da equipe multiprofissional sobre o uso da restrição mecânica em pacientes hospitalizados, através de entrevista semiestruturada. Participaram três enfermeiros, seis técnicos de enfermagem, três médicos e dois fisioterapeutas. Evidenciou-se a existência de dificuldades da equipe multiprofissional com relação ao procedimento, demonstrando uma visão limitada, desconhecimento dos princípios bioéticos e da aplicabilidade da técnica. Concluiu-se que há necessidade de implantação de protocolos específicos para a contenção, juntamente com ações educativas para equipe e contínua reflexão a respeito da humanização do cuidado, objetivando a qualificação da assistência e preservando a individualidade do paciente.

Palavras-chave: Restrição Física. Hospitalização. Ética em Enfermagem.

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo (UPF). E-mail: 97978@upf.br, Passo Fundo, Brasil.

² Acadêmico de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo (UPF). E-mail: 100399@upf.br, Passo Fundo, Brasil.

³ Doutor em Enfermagem. Enfermeiro. Orientador. Professor do curso de Enfermagem da UPF. E-mail: bettinelli@upf.br, Passo Fundo, Brasil.

⁴ Mestre em Enfermagem. Enfermeira. Orientadora. Professora do curso de Enfermagem da UPF. E-mail: dalva@upf.br, Passo Fundo, Brasil.

INTRODUÇÃO

O uso de meios que impossibilitem e restrinjam a movimentação dos pacientes deve ser evitado, porém, quando detectada a sua necessidade e visando à melhoria do quadro clínico do paciente, poderão ser utilizados. Existem vários métodos para se manter o paciente contido e seus objetivos e indicações consistem, basicamente, em assegurar a integridade do paciente, a continuidade de seu tratamento e a segurança dos demais indivíduos e do próprio ambiente em que está inserido (COREN-SP, 2009).

Ainda, observa-se que a restrição é muito utilizada nas unidades de internação e na condução da crise em outros serviços, bem como em outras especialidades, mesmo com todos os efeitos controversos decorrentes dessa prática, em especial na psiquiatria, que revela contradições presentes no interior de instituições ditas de tratamento.

A restrição de pacientes refere-se a qualquer dispositivo ou ação que interfere na habilidade do paciente em tomar decisões ou que restringe sua capacidade de movimentar-se, alterando sua capacidade de raciocínio, a liberdade de movimentos, a atividade física ou o acesso normal ao seu corpo. Quando o paciente tem o seu corpo amarrado, atado, preso, classifica-se esta forma de contenção como mecânica e quando o paciente é imobilizado pelos membros da equipe sem o uso de dispositivos é classificada como contenção física. Alguns autores entendem que contenção física e contenção mecânica são sinônimos (COREN – SP, 2009; PAES et al, 2009).

Em nossa vivência acadêmica evidenciamos situações de banalização e descaso no uso dessa modalidade terapêutica, e por vezes circunstâncias que denotam a não observação dos princípios da bioética, o que despertou nosso interesse sobre o tema, em especial sobre a repercussão no cuidado e na recuperação do paciente foi o questionamento de que tal procedimento seria apropriado para que ocasião? Que condição clínica requer tal procedimento?

Nessa perspectiva, o estudo objetivou conhecer a percepção da equipe multiprofissional sobre o uso da restrição física em pacientes hospitalizados; in-

vestigar se existe negligência no processo de restrição física dos pacientes hospitalizados na visão da equipe; relacionar as questões bioéticas inerentes a esse procedimento; investigar a existência e necessidades de protocolos para seu uso e refletir sobre a aplicação do procedimento de restrição de paciente hospitalizado.

METODOLOGIA

Estudo descritivo de abordagem qualitativa e exploratória, realizado de agosto de 2010 a julho de 2011, com 14 profissionais em dois hospitais gerais e um hospital psiquiátrico de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Para garantir o sigilo e o anonimato, os sujeitos foram codificados pela letra E (Enfermeiro), M (médico), T (Técnico de Enfermagem) e F (Fisioterapeuta), seguida de um número arábico.

A coleta de dados foi realizada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio de entrevista semi-estruturada, gravada em arquivo de tocador de MP3. Após a transcrição e validação das respostas, as gravações foram destruídas/deletadas pelos pesquisadores.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, Parecer 015/2011, conforme Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 0279.0.398.000-11, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (MS, 1996).

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temático-categorial, mediante as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias temáticas construídas foram: (a) inexistência de protocolo para a contenção do paciente, (b) a contenção mecânica como forma de cuidado e (c) bioética e humanização do cuidado ao paciente contido.

a. Inexistência de protocolo para a contenção do paciente

Entende-se como protocolo um plano ou conjunto de passos a ser seguido quando for implementada uma intervenção. No caso da contenção, este deve definir também os critérios que justifiquem a aplicação e a interrupção da mesma (TIMBY, 2007).

Os sujeitos referiram que desconhecem ou que não há um protocolo da instituição específico sobre a contenção de paciente e que este procedimento normalmente se dá a partir do comportamento apresentando pelo paciente:

Aqui no hospital não há um protocolo específico para contenção (M.10).

Não conheço (um protocolo), mas sei que é usada (T.6).

Eu não tenho conhecimento se a instituição tem um protocolo (E.5).

O uso de protocolos assistenciais fundamentados e estruturados cientificamente promove uma qualificação aos processos assistenciais, possibilitando uma análise e aperfeiçoamento contínuos destes processos (NETO, 2006).

O acesso à informação é um direito dos profissionais sobre o cuidado que eles buscam oferecer nas mais variadas situações que enfrentam no dia a dia do seu trabalho. Um protocolo institucional constitui uma ferramenta para o profissional de saúde atuar em favor dos usuários, baseado em evidências mais atualizadas que compõem o bom cuidado em saúde. Possibilita aos profissionais de saúde acesso às informações que podem esclarecer e aumentar a ocorrência das boas práticas. Entretanto, a existência de um protocolo não garante, por si só, a qualidade do cuidado a ser oferecido ao paciente. Para que isto ocorra, as informações contidas nele devem ser incorporadas num conjunto de atitudes profissionais baseadas em respeito recíproco (VENETIKIDES et al, 2002).

Eu acho que a gente é preparado dois anos durante o curso. Cada um vai saber seu modo de agir com o paciente (T.1).

A utilização de protocolos é um método de uniformizar ou de padronizar a forma como as técnicas/procedimentos são executados, objetivando otimizar tempo e esforço, com foco na melhoria do cuidado prestado. Colaborando, assim, para que as atitudes sejam fundamentadas e estruturadas cientificamente, e não baseadas no empirismo.

b. A contenção mecânica como forma de cuidado

b.1. Causas para a contenção mecânica

Os motivos citados pelos sujeitos para o uso de contenção mecânica do paciente são, essencialmente, em casos de agitação, desorientação, para continuidade do tratamento, e para a proteção do paciente e de terceiros (equipe). Motivos semelhantes aos relatados aqui foram encontrados em um estudo realizado por Paes, Maftum e Mantovani (2010).

[...] muitas vezes para a proteção do paciente (M.9).

Alguns casos a contenção deve ser usada, tem que ser usada, porque o paciente agride mesmo (F.4).

Quando o paciente está desorientado, não tem familiar junto. Quando há impossibilidade de manter um profissional ao lado do paciente o tempo inteiro, temos usado muito camas com grade, para evitar que o paciente caia. Usamos proteções para que o paciente não arranque as punções, quando estiver desorientado, e situações em que você tem que conter para evitar quedas de cama ou de danos maiores que ele possa causar (E.3).

Porém existem autores que são contrários à contenção. O emprego de restrições físicas ou mecânicas são práticas ainda comuns nas instituições hospitalares, mas técnicas bastante controversas, pois é vista como um procedimento de caráter coercitivo/punitivo. Além do respeito à dignidade e aos direitos do paciente, a prática não encontra clara sustentação em evidências científicas e está associada à ocorrência de muitas vezes graves. (Mantovani, et al, 2010)

As medidas restritivas devem ser utilizadas após avaliação criteriosa do paciente e tem como objetivos garantir e preservar a segurança, proteção e conforto (prevenindo danos, evitando quedas, conservando o tratamento terapêutico, evitando a retirada de dispositivos terapêuticos) de pacientes desorientados, inconscientes, agitados, idosos, obesos (TIMBY, 2007).

Na área da psiquiatria e na clínica, a contenção mecânica geralmente é usada como procedimento para limitar o comportamento e as ações do paciente, quando este apresentar risco de agressão para si mesmo, para alguém ou para o ambiente ou mesmo quando o paciente precisa receber alguma intervenção, mas não tem um autocontrole (COREN-SP, 2009). Também é aplicada nos pronto-atendimentos dos hospitais gerais.

[...] desorientação, agressão, mas isso a gente usa muito por último, só se chegar aos extremos. A gente tenta conversar (T.1).

Agitação psicomotora, em último momento, se não consegue com medicação (E.3).

A contenção mecânica é uma medida restritiva que choca ao ser utilizada, pois coloca o paciente literalmente amarrado ao leito. Esta intervenção, mesmo tendo este impacto, tanto no paciente, quanto nos familiares e equipe, muitas vezes pode ser indispensável para a manutenção da assistência ao paciente, sobretudo quando outras abordagens menos restritivas não surtem o efeito esperado (TOWNSEND, 2002).

Esta intervenção deve ser o último recurso utilizado, no caso de alternativas menos restritivas tentadas anteriormente não obterem sucesso, e seu uso deve ser justificado por critérios fundamentados e estruturados, que podem diferenciar entre si, quando aplicadas em instituições psiquiátricas e não-psiquiátricas. E prontamente da constatação de que o paciente não constituía perigo para si ou para outras pessoas a medida de contenção deve ser interrompida. O uso desnecessário ou não-prescrito destas medidas, como, por exemplo, para a conveniência da equipe ou como uma forma de punição ao paciente, torna-se uma atitude antiética que pode implicar

na responsabilização por ação de constrangimento ilegal, espancamento ou mesmo ambos (TIMBY, 2007). Neste sentido, os profissionais devem ser capacitados a trabalhar em equipe, pois exige ação imediata, com vista à qualificação do cuidado.

b.2. Cuidados aos pacientes contidos

Os sujeitos demonstraram preocupação em relação aos cuidados básicos como conforto e higiene, hidratação, alimentação, sinais vitais, perfusão, existência de lesões relacionadas à contenção, úlceras por pressão. Os sujeitos referiram que os cuidados prestados ao paciente contido não diferem significativamente dos cuidados prestados aos demais pacientes, demandando apenas um pouco mais de atenção por parte da equipe:

Se ele está com o tórax contido, a gente levanta a cama para ele não aspirar a medicação, aplica conforto, cuidados com a pele. A gente tenta aplicar as medidas corretas, como aplicar a medicação, cuidados com as proeminências ósseas (T.1).

Os cuidados como qualquer outro paciente, porém eles têm que ter um pouco mais de atenção. No caso da fisioterapia, às vezes você vai atender paciente, então tira a contenção do membro, daí você faz a fisioterapia, daí faz a contenção de novo, tem que ter muito cuidado (F.4).

Os mesmos cuidados que se presta aos pacientes não contidos, é claro que é um cuidado a mais pela contenção mecânica. Normalmente, uma vez por dia, a gente desfaz as contenções para ver se tem alguma lesão. Às vezes eles puxam demais e acabam fazendo uma lesão. Cuidados rotineiros são os mesmos que os outros pacientes (E.5).

São monitorados com maior frequência, principalmente quanto aos níveis de consciência, revisão nas contenções para ver se não está machucando o paciente, fazendo alguma isquemia de membros (M.10).

Os mesmos cuidados como se não estivesse contido (M.14).

O uso da contenção como modalidade de tratamento terapêutico requer observação e avaliação a cada 10 a 15 minutos, sendo esta atenção documentada detalhadamente no prontuário do paciente.

Recomenda-se a liberação periódica da contenção, geralmente a cada duas horas (TOWNSEND, 2002).

Esta prática requer cuidados, como a observação da cor, da temperatura da área contida, proteger a pele evitando a pressão em saliências ósseas e a compressão de vasos, evitar contato direto com as grades, observar sinais de cianose e aparecimento de lesões, avaliar as condições de circulação, respiração, nutrição, hidratação, eliminações e amplitude dos movimentos, retirar a contenção, no mínimo a cada seis horas, limpando, massageando e avaliando a área antes de contê-la novamente. Estes cuidados visam prevenir problemas circulatórios, evitar as contraturas, as úlceras de pressão e lesões corporais, e devem ser monitorados e documentados regularmente no prontuário do paciente (TIMBY, 2007).

Dentro dessa perspectiva o paciente contido deverá ser reavaliado continuamente pelos profissionais para se determinar a continuidade ou não da contenção. Caso esta se mostre necessária, visitas frequentes para avaliar o estado geral do paciente, com especial atenção à sua perfusão periférica.

c. Bioética e humanização do cuidado ao paciente contido

A contenção utilizada, como método terapêutico visa basicamente à construção de um ambiente que proporcione segurança a integral, continuidade do tratamento e a segurança dos demais indivíduos e do próprio ambiente em que ele está inserido. A necessidade de sua aplicabilidade deve ser bastante refletida, para que não se configure como uma forma repressora ou ameaçadora e sim como tentativa de fazer o paciente compreender os limites de suas ações e comportamento (COREN-SP).

Os sujeitos corroboraram preocupação em oferecer proteção aos pacientes para evitar agravos e protegê-los contra queda. A maioria dos sujeitos relatou que os cuidados de segurança objetivam a proteção da integridade física do paciente:

Se faz necessário muitas vezes para se evitar um dano maior ao paciente (E.3).

[...] situação de proteção para o paciente, para não haver quedas ou retirar cateteres, drenos e até mesmo salva guardando a vida do paciente (M.9).

[...] ver pacientes contido no leito, mas às vezes é necessário pro bem deles, por que muitos arrancam sondas, tem que passar de novo, tem que ficar sem alimentação, se machucam, caem da cama [...] (F.8).

Humanizar o atendimento não é apenas chamar a paciente pelo nome, nem ter um sorriso nos lábios constantemente, mas, além disso, também compreender seus medos, angústias, incertezas dando-lhe apoio e atenção permanente.

[...] vou tentar preservar o respeito dele, a intimidade dele [...] (T.1).

[...] para ele não se machucar e não ficar violento [...] (T.6).

[...]a gente tem que ver o lado humano também, quando se vai fazer esse procedimento[...] (T.10).

Humanizar também é, além do atendimento fraterno e humano, procurar aperfeiçoar os conhecimentos continuamente, visando à melhoria da assistência e às necessidades do paciente, de uma maneira que o mesmo sinta-se confortável e seguro (PAES et al, 2009).

O procedimento de contenção física deve ser utilizado como ultimo recurso possível para acalmar o paciente, sendo entendida como medida terapêutica e não como uma medida de repressão. Os profissionais devem ser capacitados e trabalhar em equipe, pois exige ação imediata, sendo possível prestar um cuidado de qualidade (PAES et al, 2009).

A criação do vínculo profissional-paciente é relevante para o cuidado, refletindo na responsabilidade e o compromisso, facilitando o entendimento, a comunicação, a compreensão da importância de mudar comportamentos e atitudes inadequadas, permanecendo assim em consonância com o sentido da integralidade (PAES et al, 2009).

CONCLUSÕES

Os resultados dessa pesquisa evidenciaram a existência de dificuldades da equipe multiprofissional com relação ao procedimento de contenção

mecânica, demonstrando uma visão limitada quanto a métodos menos restritivos, a aplicabilidade do procedimento e quanto à necessidade e especificidade de cuidados que o mesmo demanda. Embora a maioria dos profissionais não conheça o conceito de bioética e seus princípios, os mesmos procuram preservar os valores humanos na assistência ao paciente. Estes vêem a contenção mecânica como um cuidado adicional que irá beneficiar o paciente e não como uma forma punitiva ou de conveniência para equipe.

Com a carência de literatura sobre o tema, novos estudos devem ser realizados para que se possam ter mais subsídios para análise, sendo assim, os resultados desta pesquisa podem contribuir e incentivar novas investigações que permitam a adequação e qualificação dos cuidados à pacientes com necessidades de contenção.

Portanto se faz imprescindível o embasamento da assistência aos pacientes, com indicação de contenção, em protocolos específicos a esta modalidade de cuidado. Outra necessidade é a sensibilização da equipe multiprofissional, através de educação continuada, objetivando a qualificação da assistência prestada e preservando a individualidade do paciente.

REFERENCIAS:

1. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Restrição de pacientes. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Restri%C3%A7%C3%A3o%20de%20pacientes.pdf>. Acessado em 10/08/10.
2. PAES, MR, Borba LO, Brusamarello T, Guimarães AN, 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. Disponível em: **Erro! A referência de hiperlink não é válida.** . Acessado em 14/07/10.
3. 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. Publicada no D.O.U. de 9/4/2001.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
5. TIMBY BK. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 8. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2007.
6. MANTOVANI, C et al. Manejo de paciente agitado ou agressivo. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.32 supl.2 São Paulo Oct. 2010
7. NETO, AQ. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. RAS _ Vol. 8, No 33 – Out-Dez, 2006. Disponível em: www.cqh.org.br/files/RAS33_seguranca.pdf. Acessado em 20/08/2010.
8. VENETIKIDES CH, Maceno DM, Oliveira EA, Fabre LV, Halboth NV, Simão MG. Protocolo integrado de saúde mental em Curitiba. [documento oficial da prefeitura de Curitiba]. 2002. Disponível em: www.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/protocolos/mental.pdf. Acessado em 19/02/11.
9. PAES MR, Maftum MA, Mantovani MF. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):277-84. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/12501/10236>. Acessado em 30/04/2011.
10. TOWNSEND, MC. Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 835 p.