



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO
DISTRITO FEDERAL
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA,
CIÊNCIA E TECNOLOGIA
DIRETORIA DE ENSINO
ACADEMIA DE BOMBEIRO MILITAR
“CEL OSMAR ALVES PINHEIRO”**



**PROPOSTA DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA CONTENÇÃO
DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**

Cad./35 Lafayette Júnio Mendonça Pinheiro
Orientador: Tel-Cel RRm Otmar Manfred Schneider Júnior

Procedimento operacional padrão para contenção de pacientes psiquiátricos

Os procedimentos aqui descritos visam complementar o POP do CBMDF para atendimento de ocorrências com pacientes psiquiátricos, quando for necessária a contenção do paciente para realizar o transporte em segurança. A técnica deve ser empregada em situações que o paciente ameace violentar a si mesmo ou a outros presentes, quando apresentar intenção de evasão quando há risco iminente de dano a si ou aos demais, ou ainda quando houver risco de queda e/ou ferimentos em pacientes com rebaixamento do nível de consciência.

A contenção do paciente deve ser utilizada como último recurso, quando outras tentativas de manejo e tranquilização não forem eficazes para o controle da situação. O procedimento jamais deve ser utilizado com propósito de disciplina, punição e coerção ou por conveniência da equipe. Não devem ser aplicadas “chave de braço”, torção de articulações, “gravata”, bem como sentar-se ou apoiar os joelhos sobre o paciente ele na tentativa de imobilizá-lo.

Quando os socorristas identificarem que a contenção é necessária e a guarnição tem o número de militares suficiente para realizar o procedimento (mínimo 6), a equipe deve posicionar-se adequadamente. Os familiares devem ser informados com antecedência sobre o procedimento a ser realizado. O paciente deve ser orientado durante o procedimento, que este está sendo realizado para garantir a sua segurança.

Figura 1: negociação com o paciente



Fonte: o autor

A equipe forma um semicírculo ao redor do paciente com o mediador ao centro, evitando posicionar-se atrás do paciente. Deve ser definida uma palavra-chave pela guarnição com antecedência, que quando dita pelo mediador da negociação desencadeará a ação de todos os

socorristas presentes simultaneamente. Deve-se lembrar de não mudar o tom de voz na hora da palavra-chave. Após a palavra-chave ser dita:

- 2 militares dominam os membros superiores do paciente, segurar o punho com ambas as mãos e colocar a articulação do cotovelo do paciente abaixo de sua axila prendendo-a sob o seu tórax e afastando cada braço do paciente.
- 2 militares dominam os membros inferiores, agachando ao lado da perna, mantendo o joelho mais próximo ao paciente apoiado no chão. O braço mais próximo ao paciente deve envolver a região posterior da coxa, posicionando a mão na região patelar. O outro braço estendido segura o tornozelo contra o chão.
- O mediador coordenador, ao centro, posiciona-se por trás do paciente para segurar a cabeça e o tórax, complementando a imobilização dos membros.

Figura 2: contenção física



Fonte: o autor

É fundamental que todos ajam com sincronia e que o mediador da negociação segure a cabeça do paciente para evitar que ele morda algum membro da guarnição.

Figura 3: risco de mordida



Fonte: o autor

Os militares que dominam os membros inferiores, com o braço mais próximo, envolverá a região posterior da coxa do paciente com a mão entre o pé e a região patelar do paciente. Com o outro braço estendido segurar o tornozelo contra o chão, não permitindo que o pé seja levantado, conforme explicitado na figura a seguir.

Figura 4: domínio da perna



Fonte: o autor

Os militares que irão dominar os membros superiores devem avançar em direção aos membros superiores, cada um segurando um dos punhos com as duas mãos e posicionando a

articulação do cotovelo do paciente embaixo de sua axila, prendendo-o sob seu tórax, conforme ressaltado na figura a seguir.

Figura 5: pegada no braço



Fonte: o autor

Após realizada a contenção física do paciente, é necessário realizar a contenção mecânica utilizando a prancha rígida, para realizar o transporte do paciente ao hospital. É realizada então a elevação dos membros inferiores do paciente, suspendendo-o. O sexto socorrista deve posicionar a prancha abaixo do paciente para deitá-lo. O paciente deve ser posicionado mantendo a posição anatômica, os membros inferiores afastados e os membros superiores ao longo do tronco com as palmas das mãos para cima.

Figura 6: paciente deitado



Fonte: o autor

Se o paciente cair ao solo, os membros e cabeça do paciente devem ser contidos no solo, aproximar a prancha rígida do paciente e fazer um rolamento do paciente para posicioná-lo no prancha. Jamais contê-lo em decúbito ventral, pois pode restringir sua respiração e causar complicações. Na primeira oportunidade os socorristas devem posicioná-lo em decúbito dorsal.

Com o paciente na prancha são iniciadas as amarrações. O sexto socorrista é o responsável pela primeira amarração, rendendo 1 socorrista que fará a próxima amarração e assim por diante até a última. As imagens a seguir ressaltam especificamente a forma de amarração:

Figura 7: início da amarração



Fonte: o autor

Figura 8: amarração na perna



Fonte: o autor

Figura 9: amarração na perna



Fonte: o autor

A faixa do tórax é a última a ser posicionada. Nos homens deve ficar na altura dos mamilos e em mulheres abaixo das mamas. Deve-se evitar compressão do tórax e posicionamento sobre o diafragma para não prejudicar a respiração do paciente. Para isso, deve-se levar em consideração o volume do tórax após a inspiração.

Para evitar garroteamento nos membros contidos, pode-se enrolar uma atadura sob o local em que será realizada a amarração. Além disso, as ataduras da amarração devem ter largura apropriada (membros 10cm e tórax 20cm). Não utilizar lençóis, ataduras finas, cabos da vida ou similares para a contenção.

Figura 10: amarrações prontas



Fonte: o autor

Deve-se manter o contato verbal contínuo com a vítima durante a contenção, visando acalmá-la e informando que a medida tomada é para protegê-la. Após realizada a contenção, deve-se revistar o paciente em busca de drogas, armas ou objetos que representem algum risco. Deve-se monitorar o paciente constantemente enquanto ele é transportado ao hospital, verificando o nível de consciência, sinais vitais, o estado dos membros contidos (principalmente para a possibilidade de garroteamento), a necessidade de mudança de decúbito e as impressões do paciente. Se a vítima apresentar ferimentos, a guarnição de atendimento pré-hospitalar deverá tratá-los. No hospital, a contenção será retirada após avaliação e autorização médica e o paciente receberá os cuidados médicos pertinentes.

Caso o paciente consiga liberar ambos os braços ou ambas as pernas, deve-se contê-los juntos, imediatamente, para, depois de controlada a situação, separá-los e proceder conforme a técnica.

O procedimento acima descrito deve ser realizado quando houver a guarnição mínima no local, com pelo menos 6 militares, de preferência uma guarnição de salvamento e uma de resgate. Entretanto, nem sempre esse número de militares está disponível logo no início da ocorrência. Se o paciente estiver armado ou com algum objeto próximo que possa ser utilizado como arma, a guarnição não deve se aproximar e a polícia militar acionada imediatamente.

Normalmente as viaturas do tipo unidade de resgate (UR) são deslocadas inicialmente para este tipo de ocorrência, contendo 3 militares na viatura. Pode acontecer de o paciente estar calmo inicialmente e ter alguma mudança súbita de comportamento ou crise e atacar a guarnição ou

pessoas próximas. Abaixo indicaremos ações que devem ser realizadas quando imprescindível uma atitude imediata para a segurança da guarnição no local.

Os militares, quando em número reduzido, devem fugir do raio de ação do paciente dominando suas costas, e buscar contê-lo o mais rapidamente possível, para evitar a exposição a golpes. O mediador é quem mais tem probabilidade de ser atacado pelo paciente e por isso deve estar atento para utilizar técnicas de defesa pessoal que possam ser necessárias.

A primeira técnica a ser utilizada quando houver apenas 3 socorristas consiste em 1 militar fazer o domínio do braço do paciente indo para as costas enquanto outro militar domina o segundo braço e o terceiro militar domina as pernas, conforme demonstrado nas imagens a seguir:

Figura 11: imobilização pelo braço



Fonte: o autor

Figura 12: pegada no braço



Fonte: o autor

Figura 13: domínio das costas



Fonte: o autor

Figura 14: 2 bombeiros dominando as costas



Fonte: o autor

Figura 15: domínio das pernas



Fonte: o autor

Figura 16: elevação do paciente



Fonte: o autor

Figura 17: contenção física



Fonte: o autor

A partir desse ponto, os militares deverão prosseguir dominando os membros do paciente e tomando cuidados com a cabeça dele, rolar o paciente para a posição decúbito dorsal. Esta é uma técnica possível quando há apenas 3 militares, que seria uma guarnição da UR sem reforços, e uma situação em que a equipe for atacada. O domínio do braço não visa torcer a articulação, mas sim dominar as costas do paciente. Posteriormente, proceder com a contenção física e mecânica.

Alternativamente, no domínio inicial, o mediador pode fazer a pegada no braço oposto do paciente, quando posicionado de frente, e ao puxar esse braço (técnica do *armdrag*) terá a possibilidade de dominar o paciente por trás, usando um braço seu para dominar os dois braços do paciente.

Figura 20: posição inicial



Fonte: o autor

Figura 18: arm drag



Fonte: o autor

Figura 19: domínio pelas costas



Fonte: o autor

Se não tiver como dominar os braços e o paciente estiver vindo na direção do socorrista, pode-se realizar o domínio das pernas, utilizando a técnica conhecida por “double leg” e procedendo com a contenção física e mecânica.

Figura 23: posição inicial



Fonte: o autor

Figura 21: double leg



Fonte: o autor

Figura 22: início da contenção



Fonte: o autor

Desta forma, sugerimos com este trabalho um procedimento padrão, com 6 militares, para conter um paciente psiquiátrico em crise quando todas as tentativas de negociação falharem e a contenção for necessária para transportar o paciente em segurança. Também sugerimos ações a serem tomadas quando a equipe for atacada inesperadamente pelo paciente, contando com número reduzido de militares.