

## DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA AGITAÇÃO PSICOMOTORA: TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO E CONTENÇÃO FÍSICA\*

### BRAZILIAN GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF PSYCHOMOTOR AGITATION: COMMUNICATION TECHNIQUES AND PHYSICAL RESTRAINT

#### Resumo

Neste segundo artigo, apresentamos a forma técnica para a abordagem verbal da agitação psicomotora. Na sequência, apresentamos a técnica para a contenção física, último recurso a ser utilizado após todos os demais terem falhado.

**Número de registro da revisão sistemática:** CRD42017054440.

**Palavras-chave:** Agitação psicomotora, agressividade, tranquilização farmacológica, emergência psiquiátrica, avaliação de risco, manejo não farmacológico.

#### Abstract

In this second article, we present the technique for the verbal approach to psychomotor agitation. Subsequently, we present the technique for physical restraint, which should be used as a last resource, where all other measures have failed.

**Systematic review registration:** CRD42017054440.

**Keywords:** Psychomotor agitation, aggression, pharmacological tranquilization, psychiatric emergencies, risk assessment, non-pharmacological management.

#### INTRODUÇÃO

Para a abordagem da agitação psicomotora, deve-se seguir primeiro a avaliação acurada para averiguação de risco e diagnóstico diferencial. Posteriormente, ou na dificuldade da avaliação completa, inicia-se a abordagem verbal, sendo a mais frequente a técnica da desescalada verbal. Na falha, segue-se o uso de medicações através da técnica da tranquilização rápida, que será abordada nos artigos seguintes. Por fim, quando todas as medidas falham, realiza-se a contenção física para proteção do paciente, associada à tranquilização rápida.

Este artigo dará continuidade às diretrizes com enfoque na comunicação e contenção física.

#### POSIÇÃO, ATITUDE E ABORDAGEM VERBAL DO ENTREVISTADOR

Ao interagir com um paciente agitado, é importante manter distância e respeitar o espaço pessoal dele (D)<sup>1-3</sup>. Os pacientes podem entender o contato visual direto, prolongado ou intenso como ameaça (D)<sup>1-3</sup>. A linguagem e a posição corporal também podem ser consideradas ameaçadoras (por exemplo, manter braços cruzados ou mãos escondidas atrás das costas) (D)<sup>1-3</sup>. Recomenda-se que pacientes agitados não sejam entrevistados por um único profissional (D)<sup>1,4,5</sup>. Outras recomendações são: minimizar o tempo de espera, adotar atitude confiante, respeitosa e atenciosa e aproximar-se do paciente com cuidado (D)<sup>1,6</sup>. A primeira intervenção terapêutica para o paciente agitado é verbal e baseada em diálogo empático.

\* Texto adaptado do artigo originalmente publicado em inglês no *Brazilian Journal of Psychiatry*, com a seguinte referência: Baldaçara L, Ismael F, Leite V, Pereira LA, Dos Santos RM, Gomes Júnior VP, et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. *Braz J Psychiatry*. 2019;41:153-67. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0163>

<sup>1</sup> Comissão de Emergências Psiquiátricas, Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], Rio de Janeiro, RJ. <sup>2</sup> Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas, TO. <sup>3</sup> Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins, Palmas, TO. <sup>4</sup> Coordenadoria de Saúde Mental, São Caetano do Sul, SP. <sup>5</sup> Universidade de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, SP. <sup>6</sup> Secretaria de Saúde do Município de Palmas, Palmas, TO. <sup>7</sup> Associação Psiquiátrica de Brasília, Brasília, DF. <sup>8</sup> Universidade Salvador (UNIFACS), Salvador, BA. <sup>9</sup> Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA. <sup>10</sup> Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, SP. <sup>11</sup> Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental, Franco da Rocha, SP. <sup>12</sup> Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFDB), Barreiras, BA. <sup>13</sup> Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP. <sup>14</sup> Coordenadoria de Saúde Mental, São Bernardo do Campo, SP. <sup>15</sup> Associação Catarinense de Psiquiatria, Florianópolis, SC. <sup>16</sup> Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP. <sup>17</sup> Secretaria de Saúde do Município de Sorocaba, São Paulo, SP. <sup>18</sup> Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB. <sup>19</sup> Pronto Atendimento em Saúde Mental, João Pessoa, PB. <sup>20</sup> Associação Psiquiátrica do Piauí (APPI), Teresina, PI. <sup>21</sup> Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas, Ministério da Cidadania, Brasília, DF. <sup>22</sup> Diretoria Executiva da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Rio de Janeiro, RJ. <sup>23</sup> Diretoria Executiva da Associação Psiquiátrica de América Latina (APAL). <sup>24</sup> Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal. <sup>25</sup> Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. <sup>26</sup> Translational Psychiatry Program, Failace Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, McGovern Medical School, The University of Texas Health Science Center at Houston (UTHealth), Houston, TX, USA. <sup>27</sup> Laboratório de Psiquiatria Translacional, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC.

A equipe deve demonstrar que está focada no bem-estar do paciente e em garantir que ele esteja protegido contra danos. O objetivo é estabelecer bom relacionamento entre a equipe e o paciente, com base na confiança e no respeito, para que o paciente se sinta acolhido e acredite que o seu sofrimento é reconhecido. Pacientes em agitação psicomotora podem afetar emocionalmente o médico, que pode se sentir ameaçado ou acreditar que existe uma ameaça para outros pacientes ou para a equipe. Sentimentos de medo ou raiva são esperados em situações ameaçadoras. Os médicos devem estar cientes dos seus próprios sentimentos e determinar em que medida refletem a situação real.

Entender que comportamentos ameaçadores e hostis são manifestações clínicas de um distúrbio mental pode ajudar a manter a calma. Isso é essencial para que o médico permaneça neutro e tome medidas que não sejam excessivamente permissivas ou punitivas. Algumas recomendações iniciais de atitudes e comportamentos relativamente simples podem ser de grande valia no tratamento de pacientes agitados.

Nesse sentido, os médicos devem se apresentar ao paciente, declarando o seu nome e o seu papel na situação. Deve-se mostrar sempre disponível para ver o paciente e explicar o que está sendo feito. Preste muita atenção ao que o paciente está dizendo e fazendo. Nunca vire as costas para um paciente agitado. Use palavras simples e frases curtas; fale devagar, mas com firmeza, e evite tom de voz ou termos que pareçam hostis ou muito autoritários. Intervenções verbais devem ser claras e objetivas. Embora não se deva negociar com o paciente, é necessário manter alguma flexibilidade durante a entrevista e prestar atenção ao discurso apresentado.

Mova-se devagar e mantenha distância segura do paciente – isso faz com que o paciente se sinta mais calmo, diminuindo o risco de heteroagressividade. Dependendo dos sintomas psicóticos, o contato físico pode ser percebido como ameaçador. Limites e regras do serviço devem ser estabelecidos de forma clara e objetiva desde o início, sem ameaça ou humilhação. Esse não é o momento do confronto. Os pacientes devem ser incentivados a expressar os seus pensamentos em palavras, e os médicos devem enfatizar a capacidade de autocontrole do paciente. Mantenha contato visual

e tente evitar anotações. Se a intervenção verbal não for suficiente e a agitação piorar, devem ser tomadas medidas de contenção imediatamente, a fim de proteger o paciente e preservar um bom relacionamento interpessoal. Um paciente agitado que ainda sente que está no controle pode responder favoravelmente à intervenção verbal. No entanto, muitas vezes, pacientes agitados com vivências psicóticas podem necessitar de contenção física e farmacológica.

A desescalada verbal foi inicialmente definida por Stevenson & Otto<sup>7</sup> como *talking-down* do paciente. É descrita como um processo interativo complexo, no qual o paciente é guiado para um espaço pessoal mais pacífico<sup>1,7</sup>. Foi demonstrada a capacidade da desescalada verbal em reduzir a agitação e o risco de que a situação evolua para a violência. Entretanto, embora muito tenha sido escrito sobre as abordagens farmacológicas em pacientes agitados, há poucas evidências sobre a eficácia das técnicas verbais<sup>8</sup>.

Allen et al.<sup>9</sup> recomendam intervenção verbal ou medicação voluntária antes de estratégias mais invasivas (D). Mais recentemente, o projeto Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation (BETA) propôs 10 domínios de técnicas de desescalada verbal para o manejo do paciente agitado<sup>8</sup>. Os autores consideraram as técnicas não coercitivas, como a participação do paciente na escolha do manejo da agitação aguda, a fim de acalmar o paciente agitado, obtendo a sua cooperação<sup>1,10</sup>. Recomendamos a leitura e o treinamento com base nas recomendações do projeto BETA<sup>2,3,8</sup>. Os princípios gerais da desescalada verbal<sup>1,8</sup> estão listados no Quadro 1.

#### Quadro 1 - Princípios gerais da desescalada verbal<sup>1,8</sup>

1. Respeitar o paciente e o seu espaço pessoal.
2. Não provocar.
3. Estabelecer contato verbal.
4. Ser conciso(a).
5. Identificar desejos e sentimentos.
6. Ouvir atentamente o que o paciente está dizendo.
7. Concordar ou concordar para depois discordar.
8. Ter regras e limites claros.
9. Oferecer opções e otimismo.
10. Informar o paciente e a equipe.

LEONARDO BALDAÇARA  
FLÁVIA ISMAEL  
VERÔNICA S. LEITE  
RENATA N.S. FIGUEIREDO  
LUCAS A. PEREIRA  
DANIEL AUGUSTO CORRÊA VASQUES  
ELIE LEAL DE BARROS CALFAT  
ALEXANDRE RIZKALLA  
CINTIA A. M. PÉRICO  
DEISY M. PORTO  
CARLOS E. K. ZACHARIAS  
ROBERTO M. DOS SANTOS  
VICENTE DE P. GOMES JÚNIOR  
QUIRINO CORDEIRO  
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA  
TENG C. TUNG  
ALEXANDRE PAIM DÍAZ

## CONTENÇÃO FÍSICA

A contenção física é definida como qualquer forma física ou mecânica de contenção do paciente que não possa ser facilmente removida<sup>1,10,11</sup>. Esses dispositivos limitam o movimento do indivíduo, com a função principal de proteger o paciente de si próprio<sup>11,12</sup>. A contenção física é uma prática empregada em emergências psiquiátricas. É um método útil para prevenir lesões e reduzir a agitação. A literatura sugere que é quase impossível manter um programa para indivíduos com transtornos graves e agudos sem o uso de contenções<sup>10,13</sup>. As contenções físicas são utilizadas em 3,8 a 26% dos pacientes psiquiátricos em observação hospitalar<sup>14,15</sup>. Não há conclusão na literatura quanto à diferença entre sexos no uso da contenção. Alguns estudos mostram uma maior incidência de contenções físicas em pacientes do sexo masculino<sup>16,17</sup>, enquanto outros relatam maior incidência em mulheres<sup>18,19</sup>.

As contenções são normalmente usadas em indivíduos com diagnóstico de psicose, uso de substâncias, transtornos do humor, transtornos de personalidade (principalmente antissocial e *borderline*), episódios de mania e comorbidade entre psicose e uso de substâncias (evidência 2C)<sup>17,18,20,21</sup>. Quanto mais grave a agitação, maior a chance de que as contenções sejam utilizadas<sup>17,22</sup>. Outros fatores relacionados ao risco de contenção são: idade mais jovem<sup>18,22-25</sup>, angústia por confinamento<sup>24,26</sup>, sentimentos de vitimização e humilhação<sup>24,26</sup>, falta de regras claras<sup>24,26</sup>, história pessoal de comportamento violento<sup>21,27</sup>, minorias étnicas<sup>24,25</sup>, imigrantes<sup>23,24</sup>, autoagressão e comportamento suicida<sup>24,28</sup> e hostilidade na admissão<sup>24,29</sup> (nível de evidência 2C).

## INDICAÇÕES

A principal indicação para a contenção é a falha de outras técnicas não invasivas para acalmar o paciente, como uma abordagem verbal e a limitação de espaço<sup>19,30</sup>.

As condições psiquiátricas que normalmente levam ao uso de contenção física são agitação psicomotora, confusão mental e agressividade (contra si, objetos e/ou outros), falta de resposta a intervenções menos invasivas, risco de quedas, comportamento suicida e alto risco de fuga (D). As indicações clínicas de imobilizações são para impedir que o paciente caia caso tenha recebido

medicação ou esteja em confusão mental; pacientes que não cooperam para manter cateteres, drenos e curativos no local, entre outras (D).

## SEGURANÇA E EFICÁCIA (2B)

Embora os especialistas concordem com as indicações para o uso da contenção física, as evidências que apoiam a segurança e a eficácia dessa medida são limitadas. Como regra, a contenção é usada apenas quando outras medidas falham<sup>1,10,31</sup>. É importante ressaltar que existem limitações metodológicas e éticas para a realização de ensaios clínicos sobre esse tipo de intervenção. Um ensaio clínico comparou a eficácia da contenção física e do isolamento e não encontrou diferença, exceto que 1/3 dos pacientes isolados teve que ser transferido para contenções físicas, o que sugere que a contenção é mais apropriada para pacientes agitados (B)<sup>19</sup>.

No entanto, a contenção física envolve riscos psicológicos e físicos significativos<sup>10,32</sup>. O trauma de tais medidas coercitivas pode levar a sentimentos de medo, humilhação e impotência, tanto para o paciente quanto para a equipe<sup>10,32</sup>. A contenção pode ocasionar a lesão ortopédica, a desidratação, a rabdomiólise, a trombose, a asfixia e até a morte<sup>10,13,32,33</sup>. Para reduzir as fatalidades, as contenções devem ser usadas apenas como último recurso e somente por pessoas bem treinadas no gerenciamento da agitação psicomotora.

## TÉCNICA

Um estudo recente no Brasil constatou que a contenção mais usada é o chamado método dos quatro pontos (47,8%) e que muitos pacientes foram mantidos por mais de 240 minutos (27,3%) contidos<sup>34</sup>. A aferição completa dos sinais vitais foi registrada três vezes em 40,8% dos casos – imediatamente após a contenção, 30 minutos depois e quando as contenções eram removidas<sup>34</sup>. Em relação aos eventos adversos, 56,2% dos pacientes não a tiveram. Em 42,6% dos casos, nenhuma informação sobre eventos adversos foi registrada. Apenas 0,4% dos pacientes apresentaram desidratação como evento adverso<sup>34</sup>. As principais recomendações para a contenção de pacientes estão listadas a seguir:

- a) A contenção física deve ser considerada apenas quando todas as técnicas de desescalada falharem<sup>1,10,31</sup>;

<sup>1</sup> Comissão de Emergências Psiquiátricas, Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], Rio de Janeiro, RJ; <sup>2</sup> Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas, TO; <sup>3</sup> Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins, Palmas, TO; <sup>4</sup> Coordenadoria de Saúde Mental, São Caetano do Sul, SP; <sup>5</sup> Universidade de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, SP; <sup>6</sup> Secretaria de Saúde do Município de Palmas, Palmas, TO; <sup>7</sup> Associação Psiquiátrica de Brasília, Brasília, DF; <sup>8</sup> Universidade Salvador (UNIFACS), Salvador, BA; <sup>9</sup> Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA; <sup>10</sup> Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, SP; <sup>11</sup> Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental, Franco da Rocha, SP; <sup>12</sup> Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFDB), Barreiras, BA; <sup>13</sup> Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP; <sup>14</sup> Coordenadoria de Saúde Mental, São Bernardo do Campo, SP; <sup>15</sup> Associação Catarinense de Psiquiatria, Florianópolis, SC; <sup>16</sup> Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP; <sup>17</sup> Secretaria de Saúde do Município de Sorocaba, São Paulo, SP; <sup>18</sup> Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB; <sup>19</sup> Pronto Atendimento em Saúde Mental, João Pessoa, PB; <sup>20</sup> Associação Psiquiátrica do Piauí (APPI), Teresina, PI; <sup>21</sup> Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas, Ministério da Cidadania, Brasília, DF; <sup>22</sup> Diretoria Executiva da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Rio de Janeiro, RJ; <sup>23</sup> Diretoria Executiva da Associação Psiquiátrica de América Latina (APAL); <sup>24</sup> Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal; <sup>25</sup> Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP; <sup>26</sup> Translational Psychiatry Program, Failace Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, McGovern Medical School, The University of Texas Health Science Center at Houston (UTHealth), Houston, TX, USA; <sup>27</sup> Laboratório de Psiquiatria Translacional, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC.

- b) Os serviços devem identificar e promover as melhores práticas na prevenção, redução e, sempre que possível, eliminação da contenção física<sup>31</sup>;
- c) Se a contenção física é inevitável, ela não deve ser usada por períodos prolongados e deve ser encerrada o mais rapidamente possível<sup>31</sup>;
- d) A dignidade dos pacientes deve ser respeitada durante a intervenção e as razões para o uso da contenção devem ser explicadas o máximo possível ao paciente<sup>31</sup>;
- e) Todo o pessoal envolvido na intervenção deve ser treinado para que a técnica seja padronizada<sup>31</sup>;
- f) O médico deve informar o paciente, sua família e/ou acompanhantes da necessidade de contenção física;
- g) As contenções são usadas apenas mediante prescrição médica e por um período determinado, a princípio não mais de 2 horas;
- h) O procedimento é realizado pela equipe de atendimento (cinco pessoas – mais duas podem ser necessárias, em alguns casos), sendo que cada profissional assume a responsabilidade por um único membro. Quem supervisiona o procedimento de contenção é responsável por proteger a cabeça e as vias aéreas do paciente e por verificar os sinais vitais durante todo o procedimento;
- i) Podem ser utilizadas as seguintes formas de contenção (D):
  1. Quatro pontos: antebraços e tornozelos, com o paciente deitado na cama (evite contenções nas macas), com a cabeça levantada e os membros superiores ao lado do tronco. Evite cortar o fluxo sanguíneo até as extremidades.
  2. Cinco pontos: os quatro membros e o peitoral. Para contenção no peito, uma faixa larga pode ser utilizada. Não coloque contenções nas axilas, pois isso pode lesar o plexo braquial. Nas mulheres, tenha cuidado com as mamas, use uma faixa larga o suficiente para cobri-las ou coloque a faixa imediatamente abaixo das mamas.
  3. Nove pontos: no caso de agitação grave, na qual todas as outras técnicas falharam, coloque contenções no final dos quatro membros, braços, coxas e tórax.
- 4. Outras opções: contenções abdominais para pacientes gravemente agitados, quando as contenções torácicas não podem ser usadas ou para evitar movimento (por exemplo, após a cirurgia). No entanto, deve-se tomar cuidado para não comprimir a região operada. A contenção do joelho é uma alternativa para conter as coxas. A contenção das mãos (para que os pacientes não possam remover o cateter ou causar danos pessoais) pode ser feita com luvas disponíveis no mercado ou colocando algodão na parte interna das mãos e depois fechá-las em toda a extensão até os punhos e prendê-las.
- j) Monitorar sinais vitais, perfusão sanguínea e local da contenção (averiguar se há dor, calor, edema ou lesão). Deve-se começar logo que as contenções forem colocadas e, em seguida, necessitam ser realizadas a cada 15 minutos na primeira hora e a cada 30 minutos nas horas seguintes, até que o paciente desperte<sup>5,22</sup>. É preciso registrar todo o procedimento no prontuário do paciente, incluindo a justificativa para o procedimento e o monitoramento durante a contenção.

#### TIPOS DE MATERIAL

As contenções mais simples e menos dispendiosas são faixas de tecido, de preferência macias e confortáveis, porém resistentes (D). Não recomendamos o uso de ataduras ou qualquer material utilizado pelas autoridades policiais, como algemas (D). Contenções feitas de couro, tecido ou lona também podem ser usadas, desde que sejam confortáveis e não prejudiquem o paciente.

#### ISOLAMENTO (NÍVEL DE EVIDÊNCIA 2B)

O isolamento é o confinamento involuntário em uma sala própria<sup>1,10</sup> para isso. Normalmente, as salas de confinamento não têm móveis. A maioria dos hospitais no Brasil não usa mais salas de reclusão<sup>10</sup>. A ausência de estudos de eficácia desse método até o momento limita o conhecimento dos benefícios da reclusão como tratamento. Um estudo clínico comparou contenções

LEONARDO BALDAÇARA  
FLÁVIA ISMAEL  
VERÔNICA S. LEITE  
RENATA N.S. FIGUEIREDO  
LUCAS A. PEREIRA  
DANIEL AUGUSTO CORRÊA VASQUES  
ELIE LEAL DE BARROS CALFAT  
ALEXANDRE RIZKALLA  
CINTIA A. M. PÉRICO  
DEISY M. PORTO  
CARLOS E. K. ZACHARIAS  
ROBERTO M. DOS SANTOS  
VICENTE DE P. GOMES JÚNIOR  
QUIRINO CORDEIRO  
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA  
TENG C. TUNG  
ALEXANDRE PAIM DÍAZ

e isolamento e concluiu que, embora sejam possíveis complicações, o isolamento é eficaz.

No entanto, 1/3 das pessoas do grupo de isolamento teve que ser transferido para uma forma mais coercitiva de contenção, a grande maioria por causa da rápida piora do comportamento<sup>19</sup>. O consenso do projeto BETA de isolamento e contenção, da Associação Americana de Psiquiatria de Emergência<sup>10</sup>, sugere que se o paciente não representar um perigo para os outros, o isolamento não deve ser considerado. No entanto, se o paciente puder representar um perigo para si mesmo em reclusão, a contenção é mais indicada. Apesar das evidências e na falta de outros estudos corroborando a eficácia do isolamento, recomendamos evitar esse método. No final da análise, a reclusão e a contenção devem ser interrompidas o mais cedo possível<sup>10</sup> e, como qualquer outra técnica, devem ser monitoradas e supervisionadas em intervalos regulares<sup>10</sup>.

## CONCLUSÃO

A assistência ao paciente agitado começa com a abordagem verbal. Se o evento ocorrer fora de um estabelecimento de saúde, o paciente deve ser direcionado a um local apropriado para a avaliação e o manejo do caso. Todas as equipes de saúde devem ser treinadas para lidar com dificuldades e melhorar a técnica, a fim de garantir um resultado favorável. As técnicas de desescalada verbal têm o potencial de diminuir a agitação e reduzir a probabilidade de violência em situações de emergência. No caso de agitação grave, devem ser tomadas medidas farmacológicas, e se todas as medidas falharem, a contenção física deve ser utilizada para a proteção do paciente e sempre acompanhada de tranquilização rápida.

**Correspondência:** Leonardo Baldaçara, Quadra 401 Sul, Av. Joaquim Teotônio Segurado, 1, Espaço Médico, sala 1006, CEP 77015-550, Plano Diretor Sul, Palmas, TO. Tel.: (63) 3217.7288. E-mail: leonardobaldassara@gmail.com

## Referências

1. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. *World J Biol Psychiatry*. 2016;17:86-128.
2. Baldaçara L, Diaz AP, Leite V, Pereira LA, Dos Santos RM, Gomes Júnior VP, et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 2. Pharmacological approach. *Braz J Psychiatry*. 2019;41:324-35.
3. Baldaçara L, Ismael F, Leite V, Pereira LA, Dos Santos RM, Gomes Júnior VP, et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. *Braz J Psychiatry*. 2019;41:153-67.
4. Petit JR. Management of the acutely violent patient. *Psychiatr Clin North Am*. 2005;28:701-11, 710.
5. Ramadan MI. Managing psychiatric emergencies. *Middle East J Emerg Med*. 2007;7:3-9.
6. Marder SR. A review of agitation in mental illness: treatment guidelines and current therapies. *J Clin Psychiatry*. 2006;67 Suppl 10:13-21.
7. Stevenson S, Otto MP. Finding ways to reduce violence in psychiatric hospitals. *J Healthc Qual*. 1998;20:28-32.
8. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project BETA de-escalation workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13:17-25.
9. Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross RW, Docherty JP; Expert Consensus Panel for Behavioral E. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *J Psychiatr Pract*. 2005;11 Suppl 1:5-108; quiz 110-2.
10. Knox DK, Holloman GH Jr. Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta seclusion and restraint workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13:35-40.
11. Mott S, Poole J, Kenrick M. Physical and chemical restraints in acute care: their potential impact on the rehabilitation of older people. *Int J Nurs Pract*. 2005;11:95-101.
12. Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *Int J Nurs Stud*. 1998;35:184-91.

<sup>1</sup> Comissão de Emergências Psiquiátricas, Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], Rio de Janeiro, RJ; <sup>2</sup> Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas, TO; <sup>3</sup> Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins, Palmas, TO; <sup>4</sup> Coordenadoria de Saúde Mental, São Caetano do Sul, SP; <sup>5</sup> Universidade de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, SP; <sup>6</sup> Secretaria de Saúde do Município de Palmas, Palmas, TO; <sup>7</sup> Associação Psiquiátrica de Brasília, Brasília, DF; <sup>8</sup> Universidade Salvador (UNIFACS), Salvador, BA; <sup>9</sup> Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (IEBMSPI), Salvador, BA; <sup>10</sup> Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, SP; <sup>11</sup> Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental, Franco da Rocha, SP; <sup>12</sup> Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFDB), Barreiras, BA; <sup>13</sup> Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP; <sup>14</sup> Coordenadoria de Saúde Mental, São Bernardo do Campo, SP; <sup>15</sup> Associação Catarinense de Psiquiatria, Florianópolis, SC; <sup>16</sup> Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP; <sup>17</sup> Secretaria de Saúde do Município de Sorocaba, São Paulo, SP; <sup>18</sup> Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB; <sup>19</sup> Pronto Atendimento em Saúde Mental, João Pessoa, PB; <sup>20</sup> Associação Psiquiátrica do Piauí (APPI), Teresina, PI; <sup>21</sup> Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas, Ministério da Cidadania, Brasília, DF; <sup>22</sup> Diretoria Executiva da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Rio de Janeiro, RJ; <sup>23</sup> Diretoria Executiva da Associação Psiquiátrica de América Latina (APAL); <sup>24</sup> Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal; <sup>25</sup> Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP; <sup>26</sup> Translational Psychiatry Program, Fairlife Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, McGovern Medical School, The University of Texas Health Science Center at Houston (UTHealth), Houston, TX, USA; <sup>27</sup> Laboratório de Psiquiatria Translacional, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC.

13. Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. *Am J Psychiatry*. 1994;151:1584-91.
14. Odawara T, Narita H, Yamada Y, Fujita J, Yamada T, Hirayasu Y. Use of restraint in a general hospital psychiatric unit in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59:605-9.
15. Simpson SA, Joesch JM, West II, Pasic J. Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric emergency service (PES). *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36:113-8.
16. de Araújo EM, Martins ES, Adams CE, Coutinho ES, Huf G. Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59:94-8.
17. Migon MN, Coutinho ES, Huf G, Adams CE, Cunha GM, Allen MH. Factors associated with the use of physical restraints for agitated patients in psychiatric emergency rooms. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30:263-8.
18. Beck NC, Durrett C, Stinson J, Coleman J, Stuve P, Menditto A. Trajectories of seclusion and restraint use at a state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv*. 2008;59:1027-32.
19. Huf G, Coutinho ES, Adams CE; TREC-SAVE Collaborative Group. Physical restraints versus seclusion room for management of people with acute aggression or agitation due to psychotic illness (TREC-SAVE): a randomized trial. *Psychol Med*. 2012;42:2265-73.
20. Guedj MJ, Raynaud PH, Braitman A, Vanderschooten D. [The practice of restraint in a psychiatric emergency unit]. *Encephale*. 2004;30:32-9.
21. Benjaminsen S, Gotzsche-Larsen K, Norrie B, Harder L, Luxhoi A. Patient violence in a psychiatric hospital in Denmark: rate of violence and relation to diagnosis. *Nord J Psychiatry*. 1996;50:233-42.
22. Guzman-Parra J, Serrano CA, Garcia-Sanchez JA, Pino-Benítez I, Alba-Vallejo M, Moreno-Küstner B, et al. Effectiveness of a multimodal intervention program for restraint prevention in an acute Spanish psychiatric ward. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2016;22:233-41.
23. Knutzen M, Sandvik L, Hauff E, Opjordsmoen S, Friis S. Association between patients' gender, age and immigrant background and use of restraint-a 2-year retrospective study at a department of emergency psychiatry. *Nord J Psychiatry*. 2007;61:201-6.
24. Beghi M, Peroni F, Gabola P, Rossetti A, Cornaggia CM. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. *Riv Psichiatr*. 2013;48:10-22.
25. Bowers L. Association between staff factors and levels of conflict and containment on acute psychiatric wards in England. *Psychiatr Serv*. 2009;60:231-9.
26. Alexander J. Patients' feelings about ward nursing regimes and involvement in rule construction. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006;13:543-53.
27. Smith AD, Humphreys M. Physical restraint of patients in a psychiatric hospital. *Med Sci Law*. 1997;37:145-9.
28. Husum TL, Bjorngaard JH, Finset A, Ruud T. A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:89.
29. Steinert T, Bergbauer G, Schmid P, Gebhardt RP. Seclusion and restraint in patients with schizophrenia: clinical and biographical correlates. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195:492-6.
30. Cowin L, Davies R, Estall G, Berlin T, Fitzgerald M, Hoot S. De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *Int J Ment Health Nurs*. 2003;12:64-73.
31. Mental Health Division, WA Department of Health. Guidelines: the management of disturbed/violent behaviour in inpatient psychiatric settings. Perth: Department of Health; 2006.
32. Jegede OO, Ahmed SF, Olupona T, Akerele E. Restraints utilization in a psychiatric emergency room. *Int J Ment Health*. 2017;46:125-32.
33. Currier GW, Allen MH. Emergency psychiatry: physical and chemical restraint in the psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv*. 2000;51:717-9.
34. Braga IP, de Souza JC, Leite MB, Fonseca V, da Silva EM, Volpe FM. Contenção física no hospital psiquiátrico: estudo transversal das práticas e fatores de risco. *J Bras Psiquiatr*. 2016;65:53-9.