

## CONTENÇÃO FÍSICA POR BOMBEIROS NA AGITAÇÃO PSICOMOTORA OU AGRESSIVIDADE

**Resumo:** Contenção física em quadros de agitação/agressão psicomotora exige habilidades técnicas e emocionais em bombeiros. Verificar frequência e indicações de contenção física em agitação psicomotora ou agressividade pelo Corpo de Bombeiros Militar de Alagoas. Pesquisa quantitativa e descritiva. 427 fichas de atendimentos pré-hospitalares foram analisadas entre dezembro de 2015 e fevereiro de 2016. Análise estatística pelo Statistical Package for Social Science v.23.0,  $p \leq 0,05$ , testes de Qui-quadrado e t de Student para análise de associação entre variáveis. Foram encontrados 52 casos de suspeita ou confirmação de traumas cranioencefálicos ou quadros de emergência psiquiátrica (46,2% destes tiveram agitação psicomotora/agressividade, dos quais 29,2% com contenção física). Contenção física pré-hospitalar está especialmente associada ao atendimento de agitação por quadros psiquiátricos de homens jovens, suporte da polícia, número reduzido de socorristas, e vítimas atendidas conduzidas ao hospital psiquiátrico.

Descritores: Agitação Psicomotora, Serviços Médicos de Emergência, Bombeiros.

Physical containment by firemen in psychomotor agitation or aggressiveness

**Abstract:** Physical restraint in agitation/psychomotor aggression cases requires technical and emotional skills in firefighters. To verify frequency and indications of physical restraint in psychomotor agitation or aggression by the Military Fire Department of Alagoas. Quantitative and descriptive research. 427 pre-hospital care records were analyzed between December 2015 and February 2016. Statistical analysis using the Statistical Package for Social Science v.23.0, p-value  $\leq 0.05$ , Chi-square, and Student t-tests to analyze the association between variables. 52 cases of suspicion or confirmation of traumatic brain injury or psychiatric emergency cases were found (46.2% of these had psychomotor agitation/aggression, of which 29.2% had physical restraint). Prehospital physical restraint is especially associated with the treatment of agitation by the psychiatric staff of young men, police support, a reduced number of rescuers and victims attended at the psychiatric hospital.

Descriptors: Psychomotor Agitation, Emergency Medical Services, Firefighters.

Contención física por parte de los bomberos en caso de agitación psicomotriz o agresividad

**Resumen:** Restricción física en casos de agitación/agresión psicomotora requiere habilidades técnicas y emocionales en los bomberos. Verificar frecuencia y indicaciones de restricción física en agitación psicomotora o agresión por parte del Cuerpo de Bomberos Militares de Alagoas. Investigación cuantitativa y descriptiva. Se analizaron 427 registros de atención prehospitalaria entre diciembre de 2015 y febrero de 2016. Análisis estadístico utilizando el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales v.23.0,  $p \leq 0.05$ , Chi-cuadrado y pruebas de t de Student para analizar asociación entre variables. 52 casos de sospecha o confirmación de lesión cerebral traumática o casos de emergencia psiquiátrica (46,2% de estos tenían agitación/agresión psicomotora, de los cuales 29,2% tenían restricción física). Restricción física prehospitalaria se asocia especialmente con tratamiento de la agitación por parte del personal psiquiátrico de hombres jóvenes, el apoyo policial, número reducido de rescatistas y las víctimas conducido a hospital psiquiátrico.

Descriptores: Agitación Psicomotora, Servicios Médicos de Emergencia, Bomberos.

### Heubert de Lima Guimarães

Enfermeiro. Escola de Enfermagem (EENF).  
 Universidade Federal de Alagoas (UFAL).  
 E-mail: [guimaraes.87@hotmail.com](mailto:guimaraes.87@hotmail.com)

### Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento

Mestre. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Professora adjunta do curso de Enfermagem. Escola de Enfermagem (EENF).  
 Universidade Federal de Alagoas.  
 E-mail: [yanna.lira@esenfar.ufal.br](mailto:yanna.lira@esenfar.ufal.br)

### Mércia Zeviani Brêda

Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP).  
 Professora Associada do Curso de Enfermagem e de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem (EENF).  
 Universidade Federal de Alagoas.  
 E-mail: [merciazb@gmail.com](mailto:merciazb@gmail.com)

### Jorgina Sales Jorge

Mestre. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Professora 3º grau do curso de Enfermagem. Escola de Enfermagem (EENF).  
 Universidade Federal de Alagoas.  
 E-mail: [jorgina.jorge@esenfar.ufal.br](mailto:jorgina.jorge@esenfar.ufal.br)

### Valfrido Leão de Melo Neto

Doutor em Psiquiatria. Instituto de Psiquiatria (UFRJ). Professor Efetivo de Psiquiatria. Faculdade de Medicina (FAMED).  
 Universidade Federal de Alagoas.  
 E-mail: [valfridoleao@gmail.com](mailto:valfridoleao@gmail.com)

### Willams Henrique da Costa Maynard

Mestre. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem (EENF).  
 Universidade Federal de Alagoas.  
 E-mail: [willamsmaynard@gmail.com](mailto:willamsmaynard@gmail.com)

Submissão: 19/07/2020  
 Aprovação: 09/12/2020

### Como citar este artigo:

Guimarães HL, Nascimento YCML, Brêda MZ, Jorge JS, Melo Neto VL, Maynard WHC. Contenção física por bombeiros na agitação psicomotora ou agressividade. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(33):212-221.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.33.212-221>

## Introdução

A contenção física é definida como um dispositivo manual aplicado, como último recurso, para limitar a mobilidade física da pessoa que se encontra com agitação psicomotora ou agressividade e que coloca em risco sua integridade física ou de terceiros<sup>1-2</sup>.

O uso da contenção possui riscos à saúde, pode gerar prejuízos físicos e emocionais como lesões, asfixia, depressão respiratória, parada cardíaca, trombose, medo excessivo, raiva e ansiedade<sup>1,3-4</sup>. É um procedimento que deve evitar procrastinação, não possuir o caráter punitivo e a pessoa contida deve estar sob cuidado e supervisão regular da equipe<sup>5-7</sup>.

Prescinde de ser terapêutica, a partir de um trabalho de equipe, a contar com avaliação cuidadosa, técnica e manejo adequados; preferencialmente a partir de um protocolo, em que o compromisso ético com a vida e autonomia das pessoas envolvidas seja sempre preservado<sup>8-9</sup>.

Por ser considerada procedimento de atenção à saúde, a contenção física é comumente empregada nos atendimentos pré-hospitalares de urgência, realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Corpo de Bombeiros Militar (CBM), especificamente nos casos de agitação psicomotora ou agressividade<sup>7,10</sup>.

Entre estes casos estão os transtornos psiquiátricos com sintomas psicóticos e quadros neurológicos em que há tumores ou situações traumáticas, como traumatismo crânioencefálico (TCE)<sup>5</sup>.

Apesar das diversas definições acerca da agitação psicomotora na literatura, é consenso que se trata de uma síndrome multifatorial, comumente expressa em atividade motora excessiva, associada à sensação

desconfortável de tensão interna. Caracteriza-se por inquietação, excitabilidade psíquica, resposta exacerbada a estímulos, irritabilidade, hostilidade e logorreia. Solicita intervenção imediata e cuidadosamente executada<sup>7</sup>.

Quando a agitação psicomotora progride para níveis mais intensos, é capaz de gerar agressividade que, em última análise, solicita a realização da contenção física<sup>8,10</sup>. Esta é mais comum em jovens do sexo masculino e geralmente resulta em encaminhamentos para internação hospitalar<sup>11</sup>.

Estudo recente evidenciou que muitas vezes não há o cumprimento dos preceitos e normativas estabelecidos pelo Ministério da Saúde e Conselhos Profissionais, em parte, devido ao número reduzido de profissionais ou presença de policiais militares<sup>10,12-14</sup>. Isto inviabiliza a execução adequada deste procedimento e produz maior risco de ferimentos para a pessoa a ser contida, e aos profissionais que estão contendo<sup>2</sup>.

Apesar da contenção física em casos de agitação psicomotora ou agressividade ser considerada procedimento de atenção em saúde é comumente empregada por bombeiros com formação militar, por isso demanda destes, aquisição de habilidades técnicas e emocionais para um atendimento competente, acolhedor e humanizado. Há carência de estudos científicos sobre a relação entre contenção física e o atendimento pré-hospitalar realizado pelos bombeiros.

O estudo tem como objetivo verificar a frequência e indicações de contenção física no atendimento às pessoas com agitação psicomotora ou agressividade pelo Corpo de Bombeiros Militar de Alagoas (CBMAL).

## Material e Método

Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, realizado no município de Maceió na sede do Sub-Grupamento de Socorros e Emergências (SGSE) pertencente ao Corpo de Bombeiro Militar de Alagoas (CBMAL). O CBMAL é uma instituição permanente, força auxiliar e reserva do Exército, organizada segundo hierarquia e disciplina militar e subordinada ao Governo do Estado, competindo-lhe as atividades de prevenção e extinção de incêndios, de proteção, busca e salvamento e de defesa civil, além de outras estabelecidas em lei. Cabe aos Bombeiros realizarem atendimentos pré-hospitalares às pessoas com traumas e em situações de emergências<sup>15</sup>.

Os dados foram coletados a partir da ficha de ocorrência pré-hospitalar preenchida pelo CBMAL, que registra o estado de saúde da vítima e seus encaminhamentos. Foram incluídas no estudo todas as fichas dos atendimentos realizados nos meses de dezembro do ano de 2015 a fevereiro do ano de 2016, período classificado como o de maior fluxo de ocorrências diante dos feriados nacionais, férias e carnaval; e de maior vulnerabilidade, pelo elevado uso de bebidas alcoólicas, drogas ilícitas, imprudência e imperícia no trânsito, entre outros fatores<sup>16</sup>.

Nenhuma ficha atendeu ao critério de exclusão, definido inicialmente como ilegitimidade da mesma. Do total de 467 fichas cuidadosamente lidas e avaliadas, identificou-se 52 ocorrências com suspeita ou confirmação de quadros de emergência psiquiátrica ou traumas crânio encefálicos, constituindo-se esta, a amostra do trabalho.

As variáveis estudadas foram: sexo, idade, tipo de ocorrência (emergências psiquiátricas suspeitas ou confirmadas e traumas crânioencefálicos), se houve

agitação psicomotora ou agressividade, se o resgate envolveu apoio policial e/ou uso de contenção física, quantidade de bombeiros que faziam parte da equipe de auto resgate e serviços de saúde para os quais a vítima foi encaminhada.

Para a análise estatística, foi utilizado o programa SPSS v.23.0. Foram consideradas frequências absolutas e relativas com Intervalo de Confiança de 95%. Além disso, testes de associação entre variáveis como o Qui-quadrado (para comparar variáveis dicotômicas entre si) e o teste t de Student (para analisar médias de idades entre grupos com e sem contenção física) foram realizados considerando o p valor menor ou igual a 0,05 como resultado significativo.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) por meio do parecer de n.1.685.382.

## Resultados

Dos 467 atendimentos 5,1% envolveram emergências psiquiátricas e 6,4% TCE, o que resulta em 52 (11,13%) casos. Destes, 30 (57,7%) casos correspondiam a TCE, 16 (30,8%) a quadros confirmados de emergências psiquiátricas e 6 (11,5%) a quadros suspeitos.

Dos 52 casos analisados, a maioria era do sexo masculino (73,1%). A média de idade foi de 39,4 ( $\pm 16,2$ ) anos. Quase metade dos casos, 24 (46,2%), apresentou agitação psicomotora e o apoio policial esteve presente em 9 (17,3%) dos atendimentos. O encaminhamento para uma instituição de emergência não psiquiátrica ocorreu em 76,9% das vezes, e em 78,8% das ocorrências o número de bombeiros nas unidades de resgate foi três (Tabela 1).

**Tabela 1.** Análise descritiva dos 52 atendimentos com quadros de emergências psiquiátricas (suspeitos ou confirmados) ou traumas cranioencefálicos realizados pelo Corpo de Bombeiros de Maceió-AL, de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016.

Variável Investigada	N (%)	Média (Desvio-Padrão)
<b>Sexo da vítima</b>		
Masculino	38 (73,1)	
Feminino	14 (26,9)	
<b>Idade das vítimas</b>	-	39,4 (± 16,2)
<b>Tipo de ocorrência</b>		
Emergências Psiquiátricas	6 (11,5)	
Casos suspeitos de emergências psiquiátricas	16 (30,8)	
Traumas crânioencefálicos	30 (57,7)	
<b>Agitação psicomotora</b>		
Sim	24 (46,2)	
Não	28 (53,8)	
<b>Apoio policial</b>		
Sim	9 (17,3)	
Não	43 (82,7)	
<b>Uso de contenção física</b>		
Sim	7 (13,5)	
Não	45 (86,5)	
<b>Encaminhamento</b>		
Instituição não emergencial	4 (7,7)	
Emergência Não-Psiquiátrica	40 (76,9)	
Emergência Psiquiátrica	7 (13,5)	
Morte	1 (1,9)	
<b>Números de militares na unidade de resgate</b>		
3	9 (17,3)	
4	41 (78,8)	
5	2 (3,8)	

Fonte: Sistema de Gestão Operacional Unificado (SIGGOU) - Secretaria de Estado de Defesa Social de Alagoas (SEDS).

Foi necessário o uso de contenção física em sete pessoas, cuja média de idade foi de 28,6 (±4,0) anos, sendo 4 (57,1%) homens. Em todos os casos a contenção envolveu a ocorrência de agitação psicomotora ou agressividade. Seis (85,7%) destes relacionavam-se com quadros psiquiátricos (suspeitos ou confirmados). A polícia esteve presente em 3 (42,9%) dos 7 atendimentos e em mais da metade das ocorrências, 57,1%, a viatura de resgate era composta por 3 bombeiros (ver tabela 2).

A tabela 1 apresenta a caracterização das variáveis sócio demográficas e dos atendimentos pré-hospitalares a emergências psiquiátricas e TCE, já a tabela 2 traz essa descrição especificamente das 24 ocorrências que cursaram com agitação psicomotora ou agressividade.

**Tabela 2.** Caracterização dos 24 atendimentos pré-hospitalares relacionados à agitação psicomotora realizados pelo Corpo de Bombeiros de Maceió-AL, no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016.

Variável Investigada	Uso de Contenção Física		
	Sim N=7 (%)	Não N=17 (%)	Total n=24 (100%)
<b>Sexo da vítima</b>			
Masculino	4 (57,1)	13 (76,5)	17 (70,8)
Feminino	3 (42,9)	4 (23,5)	7 (29,2)
<b>Idade da vítima - Média (DP)</b>	28,6 (± 4,0)	45,8 (± 4,3)	40,7 (± 17,8)
<b>Tipo de ocorrência</b>			
Emergências Psiquiátricas	5 (71,4)	0 (0,0)	5 (20,8)
Casos suspeitos de emergências psiquiátricas	1 (14,3)	7 (41,2)	8 (33,3)
Traumas crânioencefálicos	1 (14,3)	10 (52,8)	11 (45,8)
<b>Apoio policial</b>			
Sim	3 (42,9)	1 (5,9)	4 (16,7)
Não	4 (57,1)	16 (94,2)	20 (83,3)
<b>Encaminhamento</b>			
Instituição não emergencial	0 (0,0)	3 (17,6)	3 (12,5)
Emergência Não-Psiquiátrica	2 (28,6)	13 (76,5)	15 (62,5)
Emergência Psiquiátrica	5 (71,4)	1 (5,9)	6 (25,0)
<b>Números de militares na unidade de resgate</b>			
3	4 (57,1)	1 (5,9)	5 (20,8)
4	3 (42,9)	16 (94,2)	19 (79,2)

Fonte: Sistema de Gestão Operacional Unificado (SISGOU) - Secretaria de Estado de Defesa Social de Alagoas (SEDS).

Na tabela 3, os 24 casos de agitação psicomotora ou agressividade, identificados nos atendimentos pré-hospitalares realizados pelos bombeiros, foram apresentados em dois grupos divididos de acordo com a realização ou não de contenção física. As variáveis (1) apoio policial, (2) número de militares, (3) tipo de ocorrência e (4) encaminhamento para emergência psiquiátrica, apresentaram diferenças significativas entre os grupos.

Nos atendimentos com a presença de apoio policial houve 12 vezes [OR=12,0 (0,97;148,32); p=0,03] mais chances de ocorrer contenção física em

comparação aos casos em que não houve a presença da polícia, enquanto que de acordo com o número de socorristas, aqueles atendimentos com menos socorristas (3 ao invés de 4) apresentaram 21 vezes [OR=21,33 (1,73;263,67); p=0,005] mais chances de haver contenção física. Também foi significativa a maior ocorrência de contenção quando a emergência era psiquiátrica (suspeita ou confirmada) quando comparada ao TCE, sendo 8 vezes [OR=8,57 (0,84;87,83); p=0,05] mais comuns nos casos psiquiátricos. Seguindo esse padrão constatou-se também que entre as 24 ocorrências que

apresentaram agitação psicomotora, a realização de contenção física quando o sujeito era encaminhado para uma emergência psiquiátrica hospitalar foi 21 vezes [OR=21,33 (1,73;263,67); p=0,005] mais comum que quando o indivíduo era encaminhado para outro tipo de instituição (resultados detalhados na tabela 3).

Ao serem comparadas as médias de idades dos 24 sujeitos identificados com quadros de agitação

psicomotora ou agressividade, divididos de acordo com a presença ou ausência de contenção, observa-se uma diferença significativa entre os grupos [Teste t de Student = -2,35; (IC 95%: -32,34; -2,04); p=0,03]. Os que foram contidos são, em média, 17 anos mais jovens que os não contidos, já que apresentam 28,6 ( $\pm 10,6$ ) anos e 45,8 ( $\pm 17,9$ ) anos, respectivamente.

**Tabela 3.** Associação das características das vítimas com agitação ou agressividade relacionadas ao uso de restrição física. Corpo de Bombeiros de Maceió-AL, de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016.

Variável Investigada	Uso de Contenção Física			$\chi^2$ Teste valor p	OR	IC 95% Limites Inferior-Superior
	Sim (N=7)	Não (N=17)	TOTAL			
<b>Sexo da vítima</b>						
Masculino	4	13	17	0,40	0,41	0,06 - 2,66
Feminino	3	4	7			
<b>Possível lesão cerebral traumática (TCE)</b>						
Sim	2	8	10	0,40	0,45	0,07 - 2,99
Não	5	9	14			
<b>Apoio Policial</b>						
Sim	3	1	4	0,03	12,0	0,97 - 148,32
Não	4	16	20			
<b>Número de Bombeiros</b>						
3 (três)	4	1	5	0,005	21,3	1,73 - 263,67
4 (quatro)	3	16	19			
<b>Tipo de Ocorrência</b>						
Emergências Psiquiátricas (Suspeito ou confirmado)	6	7	13	0,05	8,57	0,84 - 87,83
Lesão Cerebral Traumática (TCE)	1	10	11			
<b>Encaminhamento para Emergências Psiquiátricas</b>						
Sim	4	3	7	0,005	21,3	1,73 - 263
Não	1	16	17			

Fonte: SISGOU - SEDS.

A correlação é significativa em  $p < 0,05$ .

$\chi^2$  = teste do qui-quadrado.

OR = Odds Ratio.

IC 95% = Intervalo de confiança 95%.

## Discussão

Em nossa amostra foi encontrada uma incidência de 5,1% para as emergências psiquiátricas durante atendimento pré-hospitalar (APH), o que está em consonância com outros estudos nacionais, cujas taxas variaram entre 2,5% e 8,9%<sup>14,17-19</sup>. Em serviços hospitalares nacionais, as emergências psiquiátricas atingem índices entre 2,4% e 2,9%<sup>15,19</sup>, próximos, apesar de um pouco menores, dos relatados em outros países, nos Estados Unidos, em que as taxas correspondem a 3% do total de atendimentos<sup>20</sup> e Espanha, onde correspondem a 3,7%<sup>17,20-22</sup>.

Na presente pesquisa, a maioria das vítimas atendidas foram homens com média de idade de cerca de 40 anos, semelhante aos resultados de uma pesquisa que avaliou os atendimentos pré-hospitalares realizados pelo SAMU. Nessa, observou-se que as faixas etárias se concentravam entre 15 e 44 anos, como foi o caso de 64,4% das ocorrências psiquiátricas, também predominando o sexo masculino<sup>11</sup>. O predomínio masculino talvez esteja associado ao fato de serem os homens jovens os que possuem maior risco de apresentarem comportamentos agressivos ou violentos<sup>19,23</sup>.

No presente estudo, quadros de agitação psicomotora ou agressividade foram identificados em 46,2% dos atendimentos pré-hospitalares. Tais resultados assemelham-se aos de investigações anteriores, em que as taxas variaram entre 36,4% e 52,5%<sup>14,19</sup>. Vale destacar que em nossa pesquisa a maioria dos casos de agitação psicomotora associou-se ao TCE (58%), cujas incidências em países em desenvolvimento vêm crescendo<sup>23</sup>. Porém, as emergências psiquiátricas também podem cursar com estados de agitação psicomotora ou agressividade e,

muitas vezes, exigem uma intervenção que proteja a pessoa, ou terceiros, de lesões graves<sup>4</sup>.

Nas ocorrências com TCE e emergências psiquiátricas investigadas no presente estudo, a contenção física ocorreu em menor número que nos atendimentos de mesma natureza realizados pelo SAMU, de acordo com estudo anterior, no qual a taxa de realização de contenção física foi de 45,6%. Também, enquanto no estudo com o SAMU, a presença de apoio policial foi referida em 82,1% dos casos de emergências psiquiátricas, no atual trabalho o percentual foi de 17,3%<sup>14</sup>.

Geralmente, se não por terceiros ou familiares que primeiramente presenciaram a pessoa com quadro de agitação ou agressividade, o usuário é admitido em serviços de emergência psiquiátrica por intermédio de autoridades da segurança pública tais como policiais ou militares do corpo de bombeiros que se deslocam até a situação fora do ambiente hospitalar<sup>9-10</sup>. Ter a Polícia Militar (PM) presente na maioria dos atendimentos é persistir na defesa de que todo paciente psiquiátrico é potencialmente perigoso, isso pode ser reflexo da falta de preparo dos profissionais para prestar esse tipo de atendimento e criar uma relação de dependência com a polícia, contribuindo para omissão dos atendimentos<sup>7,9-10,14</sup>.

O acionamento da polícia deveria estar restrito às situações onde o perigo para equipe e terceiros estivesse, comprovadamente, relacionado ao uso de objetos que proporcionassem riscos à vida, porém, percebe-se que a intervenção da polícia militar tem sido solicitada de forma indiscriminada, como se toda situação de crise implicasse em risco concreto para a equipe<sup>7,9-10,14</sup>.

Aqui especulamos que esta variação na taxa de solicitação de apoio policial pode ter ocorrido pelo fato do Corpo de Bombeiros ser uma corporação militar, que segue o mesmo regulamento disciplinar da Polícia Militar gerando associação entre as corporações. Como a polícia é uma instituição autorizada a usar a força em prol do estado, gera intimidação para os usuários que apresentem algum distúrbio de comportamento que podem sentir-se inibidos com a presença policial, o mesmo acontecendo no serviço do CBMAL.

Diferente do observado em outro estudo que avaliou os atendimentos pré-hospitalares realizados pelo SAMU, no qual 67,4% dos casos de agitação psicomotora ou agressividade foram encaminhados a emergências psiquiátricas<sup>14</sup>, no presente estudo esse número foi de 27,3%. Importante destacar, que estes casos apresentaram 21 vezes mais chances de serem submetidos à contenção física, em comparação aos que foram encaminhados para outro tipo de instituição. Especulamos aqui que talvez isso represente que os quadros que os bombeiros decidiram encaminhar ao hospital psiquiátrico sejam mais graves e clinicamente de mais difícil controle.

Em relação ao número de socorristas presentes no atendimento pré-hospitalar, aqueles com menor número de integrantes (3 ao invés de 4) apresentaram 21 vezes mais chances de cursarem com contenção física. Relata-se que a quantidade mínima para a realização adequada da técnica de contenção física é de cinco profissionais, para uma execução que possa diminuir os riscos de lesões sérias no usuário e no profissional<sup>1</sup>. Número justificado pela ação de cada membro da equipe que fica responsável um para cada membro e um para o tórax e cabeça, sendo possível

conter, na maior parte das vezes, o usuário devidamente, tornando mais seguro o atendimento. Quando a pessoa é muito forte e ágil e apresenta comportamento agressivo se faz necessário rápida avaliação, solicitação de reforço e o emprego de uma equipe com mais de cinco pessoas capacitadas e treinadas em relação ao posicionamento na hora do atendimento e conhecimento das áreas corporais de imobilização com vistas à segurança da pessoa<sup>2</sup>.

De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde n. 2.048, de 05 de novembro de 2012 que define o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, os componentes de uma ambulância de resgate consistem em: três profissionais militares, policiais rodoviários, bombeiros militares, e/ou outros profissionais reconhecidos pelo gestor público, sendo um motorista e os outros dois profissionais com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida<sup>24</sup>. O número de três profissionais para o procedimento parece inadequado para que o serviço de atendimento pré-hospitalar que curse com contenção física transcorra com segurança e de acordo com o presente estudo, associa-se a maior necessidade de contenção física.

## Conclusão

O estudo trouxe um diagnóstico situacional onde foi possível observar que a contenção física é um procedimento de saúde presente na rotina diária dos bombeiros, exigindo desses um atendimento competente, acolhedor e humanizado que minimize os agravos à saúde. Para isso, sugere-se a implantação de programas de educação permanente para treinamento na abordagem de pessoas em crise e da técnica de contenção física. Também se faz importante



a construção de um protocolo que permita viabilizar, regulamentar e estabelecer uma rotina na execução deste procedimento, enfatizando a presença de pelo menos quatro bombeiros, para que assim se minimize a necessidade tanto de contenção física como de suporte policial.

## Referências

1. Guvercin CH, Samur M, Gurkan KP. The other side of the coin: nurses' views and behavior on physical restraint. *Acta Bioethica*. 2018; 24(2):253-264.
2. Marcolan JF. Técnica terapêutica da contenção física. 1. ed. São Paulo: Roca. 2013.
3. Braga IP, Souza JC, Leite MB, Fonseca V, Silva EM, Volpe FM. Contenção física no hospital psiquiátrico: estudo transversal das práticas e fatores de risco. *J Bras Psiquiatr*. 2016; 65(1):53-9.
4. Wong AH, Taylor RA, Ray JM, Bernstein SL. Physical restraint use in adult patients presenting to a general emergency department. *Annals of Emergency Medicine*. 2018;73(2):183-192.
5. Bernik V, Gouvêa FS, Lopes KV. Agitação psicomotora. *RBM*. 2010; 67(8):289-95.
6. Organização das Nações Unidas. A proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à Saúde Mental. Assembleia Geral. n.A/46/49. 1991. Disponível em: <<http://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/11>>.
7. Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Bem CMI. Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010; 32(2):96-103.
8. Garriga M, Pacchiarottia I, Kasperc S, Zeller SL, Allene MH, Vázquez G. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2016; 17(2):86-128.
9. Oliveira LC, Menezes HF, Oliveira RL, Lima DM, Fernandes SF, Silva RAR. Mobile care service for psychiatric urgencies and emergencies: perception of nursing workers. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73(1):e20180214.
10. Souza AS, Pinho PH, Vera S, Cortes HM. Estratégias de atendimento à crise psíquica por um serviço de atendimento móvel de urgência. *J Nurs Health*. 2019; 9(1):1-17.
11. Gonsaga RAT, Brugugnolli ID, Zanutto TA, Gilioli JP, Silva LFC, Fraga GP. Características dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no município de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil, 2006 a 2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013; 22(2):317-24.
12. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução COFEN nº 427. Brasília. COFEN. 2012. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4272012\\_9146.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4272012_9146.html)>.
13. Brasil. Secretaria de atenção à saúde. Portaria nº 356, de 8 de abril de 2013. Redefinição do cadastramento, no SCNES, das Centrais de Regulação das Urgências e das Unidades Móveis de Nível Pré-Hospitalar de Urgências pertencentes ao Componente SAMU 192 da Rede de Atenção às Urgências. 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0356\\_08\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0356_08_04_2013.html)>.
14. Santos ACT, Nascimento YCML, Lucena TS, Rodrigues PMS, Brêda MZ, Santos GF. Serviço de atendimento móvel de urgência às urgências e emergências psiquiátricas. *Rev Enferm UFPE online*. 2014; 8(6):1586-96.
15. Alagoas. Lei nº 6.212, de 26 de dezembro de 2000. Dispõe sobre a organização básica do Corpo de Bombeiros Militar do estado de Alagoas e dá outras providências. 2000. Disponível em: <<http://www.conselhodeseguranca.al.gov.br/legislacao/corpo-de-bombeiros-militar-de-alagoas/Lei6212-org%20basica.pdf>>.
16. Damasco DC, Franke AP, Toso M. Campanha para redução de acidentes em Campinas. 2013. Disponível em: <[http://files-server.antp.org.br/\\_5dotSystem/download/dcmDocument/2013/09/16/5441DA0C-D5D5-413A-B6E6-A0BE17BEF47E.pdf](http://files-server.antp.org.br/_5dotSystem/download/dcmDocument/2013/09/16/5441DA0C-D5D5-413A-B6E6-A0BE17BEF47E.pdf)>.
17. Marques GQ, Lima MADS, Ciconet RM. Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre - RS. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(2):185-91.
18. Brasil. Seminário Nacional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2012.
19. Pitteri JSM, Monteiro PS. Caracterização do SAMU em Palmas-Tocantins, Brasil, em 2009. *Com. Ciências Saúde*. 2010; 21(3):227-36.

20. Larkin GL, Claassen CA, Emond JA, Pelletier AJ, Camargo CA. Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. *Psychiatr Serv.* 2005; 56(6):671-7.
21. Pacheco A, Burusco S, Senosiáin MV. Prevalence of processes and pathologies dealt with by the pre-hospital emergency medical services in Spain. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra.* 2010; 33(1):37-46.
22. Silva NC, Nogueira IT. Avaliação de indicadores operacionais de um serviço de atendimento móvel de urgência. *Cogitare Enferm.* 2012; 17(3):471-72012.
23. Oliveira E, Lavrador JP, Santos MM, Antunes JL. Traumatismo Crânio-Encefálico: Abordagem Integrada. *Acta Med Port.* 2012; 25(3):179-192.
24. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprovação do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. 2002. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html)>.