



**NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE5/ANVISA Nº 07/2026 -
Orientações para a prevenção de óbito ou lesão grave
associada à contenção física ou grades de cama durante a
assistência prestada nos serviços de saúde**

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde
Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
Quinta Diretoria
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Brasília DF, 08 de outubro de 2026

**Diretor-Presidente**

Leandro Pinheiro Safatle

Quinta Diretoria

Thiago Lopes Cardoso Campos

Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTS

Edmilson Silva Diniz Filho

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde – GVIMS

Magda Machado de Miranda Costa

Equipe Técnica GVIMS/GGTES/DIRE5/Anvisa

Ana Clara Ribeiro Bello dos Santos

André Anderson Carvalho

Daniela Pina Marques Tomazini

Heiko Thereza Santana

Humberto Luiz Couto Amaral de Moura

Lilian de Souza Barros

Luciana Silva da Cruz de Oliveira

Magda Machado de Miranda Costa

Mara Rubia Santos Gonçalves

Maria Dolores Santos da Purificação Nogueira

Uiara Cavalcante Silva

Elaboração

Giselli Coelho Duarte

Equipe técnica GVIMS/GGTES/DIRE5/Anvisa

Revisão Técnica – Colaboradores externos:

Aline Schio de Souza - Vigilância Sanitária do Estado do Mato Grosso do Sul (VISA / MS)

Amanda Conti Alves Costa - (SAES/MS)

Ana Elisa Bauer de Camargo Silva - Universidade Federal de Goiás (UFG)

Ana Lúcia Lagner - Vigilância Sanitária do Estado do Paraná (VISA / PR)

Bianca Gonçalves de Almeida Pereira - Ministério da Saúde (SAES/MS)

Leilane Souza Prado Tair - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU Brasil)

Maísa Menezes Machado - (SAES/MS)

Marcia Amaral Dal Sasso - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU Brasil)

Maria de Lourdes de Oliveira Moura - Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro (VISA / RJ)

Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira - Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

Thatianny Tanferri de Britto Paranaguá - Universidade de Brasília (UnB)

Zenewton André da Silva Gama - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA

É permitida a reprodução parcial ou total deste documento, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta Nota Técnica é da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. RELATO DO PROBLEMA DE SEGURANÇA.....	5
3. OBJETIVO E PÚBLICO-ALVO	5
4. BREVE REVISÃO DA LITERATURA	6
4.2. Normas e Recomendações sobre contenção do paciente	9
4.3. Participação do paciente e família para redução de eventos adversos e segurança do paciente.....	11
5. RECOMENDAÇÕES	13
5.1. Aos gestores dos serviços de saúde.....	13
5.2. Aos profissionais do NSP	14
5.3. Aos profissionais da assistência	15
5.3.1. Médicos.....	15
5.3.2. Enfermeiros	16
5.3.3. Técnicos de Enfermagem	18
5.3.4. Equipe Multiprofissional.....	19
6. INDICADORES.....	21
7. REFERÊNCIAS.....	22
8. ANEXOS.....	26

1. INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria nº 529/2013, reforça a necessidade da gestão de riscos e da implementação de práticas seguras nos serviços de saúde, visando à redução de Eventos adversos (EA) relacionados à assistência (1).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 de 25 de julho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por sua vez, estabelece as ações para a segurança do paciente e determina a obrigatoriedade da implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) em serviços de saúde. O desenvolvimento das ações e das estratégias previstas no PNSP cabe ao NSP, o qual desempenha papel fundamental em todo processo de implantação do Plano de Segurança do Paciente (PSP) (2).

Em 2026, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente (PNQSP) por meio da Portaria GM/MS nº 11.527, de 9 de junho (3). A política estabelece diretrizes para promover o cuidado seguro, de qualidade, equitativo e centrado na pessoa, ampliando a cultura de segurança e a gestão de riscos para todos os níveis de atenção e pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse contexto, a análise das notificações de EA, incluindo os *never events* (conhecidos também como eventos sentinela, isto é, ocorrências que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde) e os óbitos deles decorrentes, reportados ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), bem como seu monitoramento, têm evidenciado a ocorrência de EA graves e de óbitos associados ao uso inadequado de contenção física do paciente ou de grades laterais de cama/leito (4).

No país, o monitoramento desses eventos deve ser realizado de acordo com o *Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2026 - 2030* (5) e com as orientações gerais para a notificação de EA relacionados à assistência à saúde, contidas na Nota Técnica (NT) nº 9/2025 (6).

Considerando que esses eventos são potencialmente evitáveis, torna-se essencial a adoção de medidas preventivas e a disseminação de boas práticas para minimizar riscos e promover um cuidado mais seguro, ético e centrado no paciente para a prevenção de óbito ou lesão grave do paciente associados à contenção física ou ao uso inadequado de grades de cama/leito.

2. RELATO DO PROBLEMA DE SEGURANÇA

De acordo com os registros do Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa – Módulo Assistência à Saúde), observa-se aumento do número de notificações de óbitos e lesões graves associados ao uso de contenção física e/ou de grades de cama/leito durante a assistência à saúde. Esses eventos são notificados pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), no âmbito da vigilância de incidentes relacionados à assistência à saúde (4). Assim, medidas para a prevenção desses *never events* em serviços de saúde devem ser instituídas de forma prioritária, em consonância com as diretrizes nacionais de vigilância sanitária para a segurança do paciente (5). Tais medidas contribuem para o fortalecimento da segurança do paciente e para a prevenção de óbitos evitáveis nos serviços de saúde.

3. OBJETIVO E PÚBLICO-ALVO

Orientar os serviços de saúde quanto à adoção de boas práticas para a prevenção, o monitoramento e a mitigação dos riscos relacionados ao uso de contenção física e de grades laterais de cama/leito, com foco na redução de lesões graves e óbitos decorrentes de possíveis de eventos adversos associados a essas práticas.

A presente NT tem como público-alvo: gestores; equipes multiprofissionais que atuam no NSP, na Gerência de Risco, na Gerência de Qualidade, nos setores de Engenharia Clínica ou Manutenção e na Comissão de Tecnovigilância; demais profissionais envolvidos na assistência e na gestão da segurança do paciente nos serviços de saúde; e profissionais que atuam no SNVS.

4. BREVE REVISÃO DA LITERATURA

Sabe-se que pacientes em diferentes contextos assistenciais podem apresentar alterações do comportamento, alucinações, delírios e agitação ou outras condições clínicas que aumentem o risco de dano a si próprio ou a terceiros, incluindo a retirada inadvertida de dispositivos invasivos, agressividade e tentativa insegura de saída do leito.

Nesse cenário, a contenção física pode ser empregada, de forma excepcional, temporária e individualizada em diferentes contextos da assistência à saúde, como hospitais, unidades de terapia intensiva (UTI), instituições que prestam assistência à saúde /internação de idosos, atenção domiciliar e outros, quando houver risco iminente de dano e após avaliação criteriosa da relação risco-benefício (7,8).

Contudo, é importante salientar que a contenção mecânica, um dos tipos de contenção física (vide item 4.1), está associada a importantes repercussões físicas e psicológicas. Evidências recentes demonstram associação entre o uso da contenção física em pacientes críticos e maior ocorrência de delirium, comprometimento neurofuncional e sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (9). Além disso, o delirium está relacionado ao prolongamento da ventilação mecânica, maior tempo de internação e piores desfechos clínicos (10 e 11).

A literatura científica também aponta diversos fatores ambientais como potenciais fatores de risco para a ocorrência de incidentes relacionados à segurança do paciente em serviços de atenção psiquiátrica, destacando-se, entre eles, o uso de contenção mecânica e a presença de grades nas camas. Além disso, são descritos fatores relacionados à equipe, como capacitação inadequada, falhas na comunicação entre os profissionais e dimensionamento insuficiente de pessoal, que podem contribuir para a ocorrência desses incidentes (12).

Diante do exposto, antes de realizar a contenção do paciente, é fundamental avaliar cuidadosamente a necessidade da medida e adotar estratégias para reduzir o risco de EA, conforme descritas nesta NT.

4.1. Tipos de contenção

Entre os diferentes tipos de contenção, destaca-se a contenção física, definida como qualquer método, dispositivo, intervenção ou equipamento que limitam os movimentos do paciente e o acesso ao próprio corpo, podendo incluir dispositivos mecânicos e equipamentos (13). Pode ser classificada, de acordo com o meio empregado para limitar a mobilidade do paciente e o grau de restrição imposto, da seguinte forma (14):

- **Contenção manual:** consiste no uso direto da força física por profissionais para limitar temporariamente os movimentos do paciente, ou seja, uma intervenção geralmente em situações emergenciais e por curto período. Exemplo: profissionais segurando braços e pernas durante um episódio de agitação intensa.
- **Contenção mecânica:** refere-se à restrição parcial ou total de movimentos do paciente com o uso de materiais, dispositivos ou equipamentos, incluindo coletes de restrição, cintos abdominais, faixas em membros superiores ou inferiores, tiras, pulseiras ou tornozeleiras de contenção, cadeiras com bandejas fixas e grades laterais de cama, quando utilizadas com a finalidade de restringir a saída voluntária do paciente do leito.

NOTA: A contenção mecânica deve ser considerada medida excepcional, indicada apenas após o esgotamento de outras estratégias, como abordagem verbal, adequação do ambiente, manejo clínico adequado, presença familiar, reorientação do paciente e remoção de fatores, quando outras intervenções falharam e quando o risco de não conter for superior ao risco da própria contenção (15, 16). Além disso, sua utilização requer prescrição, registro adequado, monitoramento contínuo e reavaliações periódicas, especialmente em populações vulneráveis, como idosos, crianças e pessoas com comprometimento cognitivo.

Vale ressaltar que o uso de grades laterais de cama/leito ocupa posição singular no debate sobre contenção mecânica. Na prática assistencial, esses dispositivos, em geral, não são considerados formas de contenção, sendo frequentemente utilizados como medidas de proteção e prevenção de quedas, especialmente em pacientes idosos, confusos, sedados ou com mobilidade reduzida. Entretanto, o uso inadequado ou indiscriminado de grades laterais de cama/leito como contenção mecânica pode aumentar o risco de aprisionamento entre a grade e o colchão e causar lesões graves ou até mesmo o óbito, sendo, portanto, o aprisionamento do paciente nas grades de cama/leito classificado como *never event* ou evento sentinela (17, 18), passível de notificação compulsória ao SNVS (6). Além disso, o paciente, ao tentar transpor as grades, pode sofrer quedas de maior altura, ficando exposto a fraturas, traumatismos cranianos e até ao óbito por tentativa de escalada (19, 20).

Conforme descrito na literatura científica e em documentos de autoridades regulatórias internacionais, os riscos associados ao uso de grades de proteção em camas hospitalares podem ser particularmente relevantes entre pacientes com alterações cognitivas, agitação ou movimentos corporais descontrolados (21, 22). Nesse cenário de situação de contenção, o leito/cama deixa de exercer apenas uma função terapêutica e passa a assumir caráter de um “equipamento restritivo”, limitando a autonomia do paciente e podendo impactar em princípios relacionados à dignidade, autonomia e cuidado centrado na pessoa.

No que se refere à **contenção ambiental**, esta ocorre quando a limitação de mobilidade do paciente é realizada com barreiras físicas ou organizacionais do ambiente, utilizadas para restringir sua circulação. Exemplos: portas trancadas; obstáculos físicos e áreas com acesso restrito. Embora menos explícita, também pode configurar restrição da liberdade e deve ser reconhecida como prática potencialmente contentiva, passível de implicações éticas (19).

Cabe destacar ainda, um outro tipo de contenção do paciente, ou seja, a **contenção química (ou farmacológica)**, a qual consiste no uso de medicamentos para controlar comportamento, agitação ou movimentos, quando a finalidade

principal é restringir a liberdade ou a capacidade de reação do paciente, e não tratar uma condição clínica específica. Exemplo: administração de sedativos exclusivamente para controlar agitação ou impedir deslocamentos do paciente (23).

NOTA: Apesar da indiscutível importância de outros tipos de contenção, as diretrizes e orientações apresentadas nesta NT destaca, em especial, os aspectos da contenção mecânica e da utilização restritiva de grades laterais de cama/leito.

4.2. Normas e Recomendações sobre contenção do paciente

De acordo com o *Patient Safety Guidelines* da OMS (2017), práticas que restringem a liberdade sem justificativa clínica adequada, que não respeitam a autonomia do paciente ou que sejam utilizadas como substituição de medidas assistenciais apropriadas, devem ser revistas, pois aumentam o risco de danos e violam princípios fundamentais da assistência segura e ética (24). Ademais, o uso de contenção física sem avaliação adequada pode mascarar fragilidades organizacionais, estruturais ou relacionadas ao dimensionamento e à capacitação das equipes.

De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 746/2024, que atualizou os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes (25), a contenção mecânica só pode ser utilizada pela equipe de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro (exceto em urgência/emergência), quando constituir o único meio de prevenir danos ao paciente ou a terceiros. Ademais, é vedada sua utilização como punição, coerção ou conveniência institucional. A norma também estabelece a necessidade de monitoramento contínuo e registros em prontuário quanto à indicação, duração, condições clínicas e possíveis EA.

Por sua vez, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução nº 2.056/2013 (26), em seu artigo 34, está em consonância com o COFEN ao admitir a contenção mecânica do paciente quando esta representar a medida mais adequada para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou a outras pessoas.

À luz da Lei nº 15.378/2026, que Institui o Estatuto dos Direitos do Paciente (27), o uso de contenções de pacientes deve observar os princípios da autonomia, do consentimento informado, da dignidade, da segurança e do respeito aos direitos humanos. Tais medidas devem ser excepcionais, clinicamente justificadas, proporcionais ao risco identificado, registradas em prontuário, monitoradas continuamente e mantidas pelo menor tempo necessário, sendo vedada sua utilização por conveniência institucional ou como forma de punição.

Nesse contexto, cumpre destacar que uma diversidade de regulamentos da Anvisa estabelece padrões rigorosos de qualidade e segurança do paciente nos serviços de saúde. Vale reforçar que a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, da Anvisa, objetiva a prevenção, monitoramento e mitigação de riscos e EA decorrentes do cuidado em saúde. A norma fortalece princípios fundamentais, como: cuidado centrado no paciente; redução de riscos evitáveis; promoção de práticas seguras; e melhoria contínua da qualidade assistencial (2).

A RDC nº 63/2011 estabelece requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços de saúde, incluindo a adoção de protocolos, capacitação profissional e gerenciamento de riscos relacionados à assistência (28). Complementarmente, a RDC nº 50/2002 (29) prevê que a infraestrutura física dos estabelecimentos de saúde deve ser planejada de modo a garantir condições adequadas para o cuidado seguro dos pacientes, favorecendo a vigilância e a prevenção de EA durante procedimentos necessários de contenção mecânica.

O uso indiscriminado de contenção mecânica, frequentemente justificado como medida de segurança, contradiz esses princípios quando não há comprovação de benefício, gerando falso senso de segurança, e quando os riscos superam os ganhos.

Nesse contexto, cabe reforçar que as instituições de saúde devem adotar medidas para minimizar o uso da contenção mecânica nos ambientes assistenciais, assegurando avaliação individualizada e gestão de riscos eficaz voltada à segurança do paciente e qualidade do cuidado prestado nesses serviços.

4.3. Participação do paciente e família para redução de eventos adversos e segurança do paciente

A participação de familiares, acompanhantes e cuidadores também pode contribuir para a segurança do paciente e para a redução da necessidade de utilização de contenção física ou mecânica, especialmente em situações envolvendo desorientação, delirium, ansiedade, agitação ou vulnerabilidade clínica. Estratégias de reorientação, apoio emocional, comunicação efetiva e presença familiar, quando clinicamente viáveis e seguras, podem auxiliar na adoção de medidas menos restritivas e no fortalecimento do cuidado centrado na pessoa.

Assim, a OMS orienta que intervenções restritivas não justificadas clinicamente, não sejam um componente da rotina na instituição, devendo ser substituídas, sempre que possível, por estratégias sistêmicas de segurança, como reorganização do ambiente, fortalecimento da equipe e envolvimento do paciente e da família (30).

Nesse contexto, a redução do uso de contenções físicas, inclusive ambientais e mecânicas, é entendida como indicador de maturidade da cultura de segurança dentro das instituições de saúde. As diretrizes internacionais da OMS estimulam práticas como (30):

- Avaliação individual contínua do risco;
- Adaptação do ambiente assistencial;
- Comunicação efetiva com o paciente;
- Presença familiar e apoio terapêutico;
- Capacitação das equipes em cuidado humanizado.

Essas estratégias demonstram maior alinhamento com os princípios da segurança do paciente e do cuidado centrado na pessoa, reforçando que segurança assistencial não deve ser associada, de forma automática, à restrição de liberdade do paciente.

5. RECOMENDAÇÕES

5.1. Aos gestores dos serviços de saúde

1. Cumprir a legislação vigente quanto às ações para a segurança do paciente, instituindo o NSP e apoiando suas ações (RDC 36/2013) (2).
2. Cumprir as demais legislações vigentes referentes ao tema, tais como: planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (RDC 50/2002) (29), reforçando a segurança do ambiente assistencial; e boas práticas de funcionamento (RDC 63/2011) (28).
3. Fortalecer a política institucional de segurança do paciente, provendo meios técnicos, financeiros, administrativos e recursos humanos e materiais para a vigilância, monitoramento, prevenção e mitigação de EA em serviços de saúde. Nesta política, o ambiente seguro deve estar contemplado, proporcionando ambientes assistenciais mais seguros e com riscos identificados, avaliados e mitigados, em acordo com as obrigações previstas nas legislações municipais, estaduais e federais.
4. Garantir a implementação e o cumprimento de protocolos institucionais relacionados ao uso seguro da contenção física ou de grades de cama/leito, incluindo medidas de prevenção, monitoramento, manejo, investigação de EA graves e óbitos associados ao uso dessas contenções.
5. Estimular a implementação de estratégias institucionais que favoreçam a participação de familiares, acompanhantes e cuidadores no cuidado seguro do paciente, respeitando as condições clínicas, assistenciais e de segurança envolvidas.
6. Apoiar a promoção de uma cultura de segurança transparente e não punitiva na instituição, estimulando a notificação, análise e aprendizagem organizacional decorrentes de EA relacionados ao uso de contenção física, incluindo contenção mecânica e utilização restritiva de grades laterais de cama, especialmente aqueles associados a óbitos e lesões graves, bem como a implementação de ações preventivas, corretivas e de melhoria contínua nos serviços de saúde.

7. Incentivar o desenvolvimento de trabalho em equipe interdisciplinar voltado à avaliação de riscos, utilização segura da contenção mecânica, em prol da segurança no uso de equipamentos de saúde e ambiente seguro para pacientes.
8. Assegurar atividades de educação permanente dos profissionais no tema para melhorar a segurança e a qualidade da assistência prestada, em todos os níveis de atenção à saúde.
9. Envolver pacientes, familiares e cuidadores, bem como representantes das comunidades no desenvolvimento e fortalecimento de políticas, planos, estratégias, programas e diretrizes institucionais voltadas para a prevenção de óbito ou lesão grave associados à contenção física, incluindo contenção mecânica e utilização restritiva de grades laterais de leito/cama durante a assistência prestada nos serviços de saúde.
10. Aumentar a conscientização coletiva sobre o tema e desenvolver as habilidades dos familiares e cuidadores para a segurança do paciente em serviços de saúde.
11. Apoiar a realização de pesquisas sobre o tema em serviços de saúde.

5.2. Aos profissionais do NSP

- ✓ Elaborar, divulgar e revisar periodicamente, o protocolo institucional relacionado ao uso seguro da contenção física, incluindo a utilização restritiva de grades laterais de cama/leito.
- ✓ Organizar e apoiar ações de capacitação e educação continuada e permanente dos profissionais da liderança e da assistência sobre prevenção, indicação, monitoramento, manejo seguro e redução do uso de contenção física.
- ✓ Incentivar a notificação interna e proceder à notificação, ao SNVS, de *never events*, envolvendo óbito ou lesão grave associado à contenção física ou grades laterais de cama/leito durante a assistência prestada nos serviços de saúde, no prazo de 72 horas, no Notivisa – módulo assistência à saúde, disponível em: <https://www8.anvisa.gov.br/notivisa/frmLogin.asp> .

- ✓ Monitorar EA e indicadores relacionados ao uso de contenção física nos serviços de saúde.
- ✓ Proceder à investigação e análise sistêmica de óbito ou lesão grave associado à contenção física, durante a assistência prestada nos serviços de saúde, identificando fatores contribuintes, fragilidades assistenciais e oportunidades de melhoria.
- ✓ Apoiar a implementação e o monitoramento de ações preventivas e corretivas decorrentes das análises de eventos adversos.
- ✓ Monitorar a adesão aos protocolos institucionais relacionados à contenção física, promovendo ações de melhoria contínua voltadas à segurança do paciente.
- ✓ Estimular estratégias institucionais voltadas à utilização racional da contenção física e à adoção de medidas menos restritivas, alinhadas aos princípios do cuidado centrado na pessoa.

5.3. Aos profissionais da assistência

5.3.1. Médicos

- ✓ Avaliar, de forma individualizada, a necessidade de utilização de contenção mecânica, considerando o contexto clínico, os riscos assistenciais envolvidos e as alternativas terapêuticas disponíveis.
- ✓ Discutir, em conjunto com a equipe multidisciplinar, a real necessidade, o tipo e o tempo previsto de utilização da contenção mecânica.
- ✓ Informar e envolver o paciente, familiares ou acompanhantes, sempre que possível, nas decisões relacionadas à utilização da contenção física ou mecânica, esclarecendo os objetivos, riscos, alternativas assistenciais e critérios para reavaliação e suspensão da medida.
- ✓ Prescrever e participar da aplicação da contenção mecânica juntamente com os demais profissionais envolvidos, especificando sua justificativa, período previsto e critérios para reavaliação e suspensão.
- ✓ Reavaliar periodicamente a necessidade de manutenção, redução ou suspensão da contenção mecânica.

- ✓ Acompanhar e monitorar as condições clínicas do paciente submetido à contenção mecânica, incluindo possíveis complicações e EA.
- ✓ Registrar em prontuário as justificativas para a contenção mecânica, o tempo de duração, as reavaliações e acompanhamento clínico realizado, e os eventuais EA.
- ✓ Revisar as anotações feitas no prontuário ou em um formulário de Registro e Monitoramento da Contenção Mecânica.
- ✓ Renovar a prescrição da contenção a cada 24 horas, caso sua manutenção seja necessária.

5.3.2. Enfermeiros

- ✓ Avaliar o paciente e, em conjunto com a equipe multiprofissional, analisar a necessidade de utilização de contenção física, priorizando alternativas terapêuticas e considerando a contenção mecânica como medida excepcional, mediante avaliação clínica individualizada e observância dos critérios e protocolos vigentes.
- ✓ Participar da implementação de estratégias voltadas à prevenção de EA relacionados ao uso de contenção física.
- ✓ Informar e envolver o paciente, familiares ou acompanhantes, sempre que possível, nas decisões relacionadas à utilização da contenção física ou mecânica, esclarecendo objetivos, riscos, alternativas assistenciais e critérios para reavaliação e suspensão da medida.
- ✓ Compartilhar a decisão de prescrição da contenção mecânica com a equipe médica.
- ✓ Realizar a contenção mecânica conforme prescrição e protocolo institucional, observando o uso seguro de dispositivos, incluindo grades laterais de cama/leito.
- ✓ Monitorar o paciente submetido à contenção física, em intervalos compatíveis com o grau de risco e que não excedam 1 hora, observando o nível de consciência, sinais vitais, condições da pele e a circulação periférica nos locais e membros contidos.

- ✓ Acompanhar o paciente de forma contínua, visando prevenir, identificar precocemente e intervir frente a EA relacionados ao procedimento.
- ✓ Verificar as condições do material utilizado para a contenção, providenciando substituição sempre que necessário (ex.: sujidade ou umidade).
- ✓ Reavaliar periodicamente a necessidade de manutenção da contenção física ou mecânica e comunicar à equipe médica situações que indiquem necessidade de revisão, manutenção ou suspensão da medida.
- ✓ Orientar familiares e cuidadores quanto aos riscos relacionados ao uso desses dispositivos, às medidas de prevenção e aos sinais de alerta que indiquem necessidade de reavaliação pela equipe.
- ✓ Garantir a assistência às necessidades fisiológicas, conforto e higiene do paciente.
- ✓ Monitorar, quando presentes, possíveis complicações, como lesões, conforme necessário.
- ✓ Revisar as anotações feitas no prontuário ou em um formulário de Registro e Monitoramento da Contenção Mecânica da instituição.
- ✓ Registrar em prontuário as justificativas para a contenção, o tipo utilizado, o tempo de duração, EA (se houver) e o acompanhamento clínico realizado.
- ✓ Contribuir para a implementação de práticas assistenciais voltadas à prevenção de lesão por pressão, à utilização racional da contenção física e à adoção de estratégias menos restritivas, caso necessário.
- ✓ Supervisionar a atuação da equipe de Enfermagem durante a realização e o monitoramento da contenção mecânica.
- ✓ Reavaliar a necessidade de manutenção da contenção e assegurar sua retirada tão logo deixem de existir os critérios que justificaram sua aplicação.
- ✓ Comunicar intercorrências e EA relacionados à contenção física à equipe médica e aos demais profissionais envolvidos no cuidado.
- ✓ Comunicar EA relacionados à contenção física ou grades de cama ao NSP.

5.3.3. Técnicos de Enfermagem

- ✓ Comunicar ao enfermeiro ou à equipe médica a necessidade de avaliação do paciente para indicação de contenção mecânica.
- ✓ Executar a contenção mecânica conforme prescrição médica ou de enfermagem, sob supervisão direta do enfermeiro e em conformidade com o protocolo institucional.
- ✓ Monitorar o paciente submetido à contenção mecânica, em intervalos compatíveis com o grau de risco e que não excedam 1 hora, observando o nível de consciência, sinais vitais, condições da pele e a circulação nos locais e membros contidos, conforme prescrição do enfermeiro.
- ✓ Acompanhar o paciente de forma contínua para prevenir EA ou identificá-los precocemente, comunicando ao enfermeiro e à equipe assistencial, a ocorrência de intercorrências, EA ou alterações clínicas, quando necessário.
- ✓ Avaliar as condições do material utilizado para a contenção, providenciando troca quando necessário (ex.: sujidade ou umidade) e informando o enfermeiro.
- ✓ Observar sinais que indiquem possibilidade de redução ou retirada da contenção e comunicar imediatamente ao enfermeiro responsável.
- ✓ Garantir o atendimento das necessidades fisiológicas, conforto e higiene do paciente, e cuidados preventivos relacionados à integridade da pele e prevenção de lesão por pressão do paciente submetido à contenção física.
- ✓ Registrar em prontuário as justificativas para a contenção, o tipo utilizado, o tempo de duração, EA (se houver) e o monitoramento clínico realizado.
- ✓ Revisar as anotações feitas no prontuário ou em um formulário de Registro e Monitoramento da Contenção Mecânica da instituição.
- ✓ Conferir e checar as prescrições médicas e de enfermagem.
- ✓ Prestar assistência de enfermagem aos pacientes, orientando familiares e acompanhantes quanto aos cuidados assistenciais, conforme suas atribuições e sob supervisão do enfermeiro.
- ✓ Comunicar quaisquer intercorrências, EA ou sinais de agravamento clínico relacionados à contenção física ou mecânica, incluindo uso de grades de cama/leito, ao enfermeiro ou ao médico plantonista.

5.3.4. Equipe Multiprofissional

- ✓ Contribuir para avaliação integral do paciente, identificação de fatores de risco e adoção de estratégias menos restritivas relacionadas ao uso de contenção física ou mecânica, considerando as necessidades clínicas, funcionais, cognitivas, emocionais e sociais do paciente.
- ✓ Participar da construção de planos terapêuticos individualizados voltados à prevenção de agitação, delirium, quedas e outros fatores associados ao uso de contenção física ou mecânica.
- ✓ Atuar de forma integrada na implementação de estratégias de reorientação, adequação ambiental, mobilização precoce, comunicação efetiva, conforto, suporte emocional e segurança assistencial, priorizando medidas menos restritivas e cuidado centrado na pessoa.
- ✓ Estimular, sempre que possível e compatível com as condições clínicas do paciente, sua participação ativa nas decisões relacionadas ao cuidado e à utilização de contenção física ou mecânica, respeitando princípios relacionados à autonomia, dignidade e direitos do paciente.
- ✓ Considerar, sempre que aplicável, as preferências previamente manifestadas pelo paciente, incluindo diretivas antecipadas de vontade, participação de familiares, acompanhantes, cuidadores e representantes legais no processo de cuidado e tomada de decisão assistencial.
- ✓ Apoiar ações de educação em saúde e comunicação efetiva voltadas ao paciente, familiares, acompanhantes e cuidadores sobre medidas de segurança, riscos relacionados à contenção física ou mecânica e estratégias de cuidado centrado na pessoa.
- ✓ Comunicar à equipe assistencial situações de risco, alterações clínicas ou fatores que possam aumentar a necessidade de utilização de contenção física ou mecânica, contribuindo para avaliação contínua e prevenção de eventos adversos relacionados ao tema.
- ✓ Atuar de forma colaborativa na promoção da cultura de segurança, prevenção de danos, redução do uso de contenções físicas/mecânicas e

fortalecimento de práticas assistenciais seguras, éticas e humanizadas nos serviços de saúde.

6. INDICADORES

Indicadores recomendados para monitoramento pelos NSP dos serviços de saúde:

- ✓ **Percentual de adesão ao protocolo institucional de contenção** (Número de contenções realizadas em conformidade com o protocolo institucional no período / Número total de contenções realizadas no período) x 100.
- ✓ **Taxa de utilização de contenção mecânica** (Número de pacientes submetidos à contenção mecânica no período / Número total de pacientes internados ou atendidos no período) x 100.
- ✓ **Tempo médio de permanência em contenção mecânica** (Soma do tempo de contenção dos pacientes, em horas / número de pacientes submetidos à contenção mecânica).
- ✓ **Taxa de reavaliação periódica da necessidade de contenção** (Número de reavaliações da necessidade de manutenção da contenção realizadas conforme a periodicidade estabelecida / Número total de reavaliações previstas no período) x 100.
- ✓ **Incidência de eventos adversos associados à contenção** (Número de eventos adversos associados à contenção mecânica identificados no período / Número total de pacientes submetidos à contenção mecânica no período) x 100.
- ✓ **Percentual de profissionais treinados/capacitados em contenção segura** (Número de profissionais capacitados em contenção mecânica segura / Número total de profissionais elegíveis para capacitação) x 100.

7. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2 abr. 2013.
2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 26 jul. 2013.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 11.527, de 9 de junho de 2026. Institui a Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente (PNQSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 jun. 2026. Disponível em: <https://www.in.gov.br>. Acesso em: 23 jun. 2026.
4. SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA (NOTIVISA). Módulo Assistência à Saúde. Brasília:ANVISA, 2014.
5. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Plano integrado para a gestão sanitária da segurança do paciente em serviços de saúde*. Brasília: ANVISA, 2026-2030. Brasília:ANVISA, 2026.
6. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Nota Técnica nº 09/2025. Orientações gerais para a notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde*. Brasília: ANVISA, 2025.
7. LAI, C. K. Y. Nurses using physical restraints: are the accused also the victims? *Journal of Clinical Nursing*, v. 16, n. 3, p. 422–431, 2007.
8. EVANS, D.; WOOD, J.; LAMBERT, L. Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, v. 41, n. 3, p. 274–282, 2003.
9. BERGER, S. et al. Adverse events related to physical restraint use in intensive care units: a review of the literature. *Journal of Intensive Medicine*, 2024.

10. WU, N. N. et al. Incidence, prevalence and risk factors of delirium in ICU patients: a systematic review and meta-analysis. *Nursing in Critical Care*, 2023.
11. MARRA, A. et al. ICU delirium and ICU-related post-traumatic stress disorder. *Surgical Clinics of North America*, 2017.
12. RUSSOTTO, Sophia; CONTI, Andrea; MASINI, Alice; TEMPia VALENTA, Silvia; VANHAECHT, Kris; MIRA, José Joaquin; PANELLA, Massimiliano. Patient safety incidents in the psychiatric inpatient setting: determinants, consequences, and strategies: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, v. 16, 1703768, 2026. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1703768>.
13. BLEIJLEVEN, M. H. et al. Physical restraints: consensus of a research definition. *Journal of Advanced Nursing*, v. 72, n. 12, p. 2997–3012, 2016.
14. THE JOINT COMMISSION. *Restraint and Seclusion – Spit Guards and Hoods: Standards FAQ*. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission, 2025. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/en/knowledge-library/support-center/standards-interpretation/standards-faqs/000002920>. Acesso em: 26 jun. 2026.
15. MION, L. C. Physical restraints in critical care settings: will they go away? *Critical Care Nurse*, v. 28, n. 2, p. 20–22, 2008.
16. GOETHALS, S.; DIERCKX DE CASTERLÉ, B.; GASTMANS, C. Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. *Journal of Advanced Nursing*, v. 68, n. 6, p. 1198–1210, 2012.
17. NATIONAL QUALITY FORUM. *Serious Reportable Events in Healthcare—2011 Update: A Consensus Report*. Washington, DC: National Quality Forum, 2011. Disponível em: <https://digitalassets.jointcommission.org/api/public/content/4534bbaaee4f4bd280c2054765f37f4b?v=a60f8f9a> . Acesso em: 26/06/2026.
18. CAPEZUTI, E. et al. Side rail use and bed-related fall outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, v. 37, n. 2, p. 107–114, 2002.

19. HIGNETT, S.; SANDS, G.; GRIFFITHS, P. Patient falls and bedrails in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, v. 22, n. 1-2, p. 19–27, 2013.
20. ANDRADE, Maria Risiane da Silva; COUTO, Marcia Bastos; CARVALHO, Ana Carolina Siqueira de; BARROS, Patricia de Fatima Augusto; DELVALLE, Romulo; SANTANA, Rosimere Ferreira. Perception of a multidisciplinary team on physical restraint use on older adults: care paradoxes. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 181–188, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z2447-212320202000057>. Disponível em: <https://ggaging.com/details/1633/pt-BR/perception-of-a-multidisciplinary-team-on-physical-restraint-use-on-older-adults--care-paradoxes>. Acesso em: 16 jul. 2026.
21. U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA). *Clinical Guidance for the Assessment and Implementation of Bed Rails in Hospitals, Long Term Care Facilities, and Home Care Settings*. Hospital Bed Safety Workgroup. 2003.
22. HEALTH CANADA. *Bed Rails in Hospitals, Nursing Homes and Home Health Care*. Government of Canada, 2017.
23. RODRÍGUEZ-MONTEJANO, José; DIOS-AGUADO, Mercedes; GÓMEZ-CANTARINO, Sagrario; DOMÍNGUEZ-ISABEL, Patricia; LOUREIRO, Cândida Rosalinda Exposto da Costa; QUEIRÓS, Paulo Joaquim Pina. Un dilema actual: ¿El uso de sujeciones como técnica terapéutica garantiza la dignidad de la persona? *Revista de Enfermagem Referência*, Coimbra, v. 6, n. 1, e21068, 2022. DOI: <https://doi.org/10.12707/RV21068>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388271597030>. Acesso em: 16 jul. 2026
24. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Patient Safety: Making health care safer*. Geneva: WHO, 2017.
25. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução Cofen nº 746, de 20 de março de 2024. Normatiza os procedimentos de enfermagem na contenção mecânica de pacientes. Brasília, DF: Cofen, 2024.

26. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.056, de 20 de setembro de 2013. Dispõe sobre a organização, o funcionamento e a fiscalização dos serviços de saúde. Brasília, DF: CFM, 2013.
27. BRASIL. Lei nº 15.378, de 6 de abril de 2026. Dispõe sobre o Estatuto dos Direitos do Paciente. Brasília, DF: Presidência da República, 2026. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2026/lei/l15378.htm. Acesso em: 16 jul. 2026.
28. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de funcionamento para os serviços de saúde. *Diário Oficial da União* 2011;28 nov.
29. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Oficial da União* 2011.
30. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Strategies to end seclusion and restraint*. Geneva: WHO, 2019.

8. ANEXOS

ANEXO 1 – FICHAS DOS INDICADORES RECOMENDADOS PARA MONITORAMENTO PELOS NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP) DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1. Percentual de adesão ao protocolo institucional de contenção

Conceituação: Verifica a conformidade das práticas de contenção realizadas em relação ao protocolo institucional vigente.

Interpretação: Valores mais próximos de 100% indicam maior padronização das práticas assistenciais e maior adesão às diretrizes institucionais. Valores baixos sinalizam variabilidade do cuidado e possível necessidade de reforço na capacitação ou revisão de fluxos.

Usos: Subsidiar ações de padronização das práticas assistenciais, reduzir a variabilidade do cuidado e fortalecer a segurança do paciente.

Limitações: Depende da qualidade e completude do registro em prontuário; contenções não documentadas adequadamente podem não ser captadas na auditoria, subestimando ou superestimando o indicador.

Fonte dos dados: Auditorias de prontuários e registros assistenciais.

Método de cálculo: $(\text{Número de contenções realizadas em conformidade com o protocolo institucional no período} / \text{Número total de contenções realizadas no período}) \times 100$.

Categorias sugeridas para análise: Periodicidade mensal; pode ser estratificado por unidade/setor assistencial e por categoria profissional responsável pela contenção.

2. Taxa de utilização de contenção mecânica

Definição: Mede a proporção de pacientes submetidos à contenção mecânica em relação ao total de pacientes internados ou atendidos no período.

Interpretação: Taxas elevadas podem indicar uso excessivo ou pouco criterioso da contenção mecânica, enquanto taxas muito baixas devem ser analisadas em conjunto com desfechos de segurança para garantir que a técnica está sendo empregada quando clinicamente indicada.

Usos: Monitorar a frequência de utilização da contenção mecânica, subsidiando ações para seu uso seguro, criterioso e excepcional, e contribuindo para a segurança do paciente e a prevenção de danos decorrentes de uso inadequado ou prolongado.

Limitações: Não diferencia motivos clínicos da indicação; populações com perfis de risco distintos (ex.: psiquiátrico, UTI, geriatria) podem não ser comparáveis diretamente sem estratificação.

Fonte dos dados: Prontuários dos pacientes e registros assistenciais.

Método de cálculo: $(\text{Número de pacientes submetidos à contenção mecânica no período} / \text{Número total de pacientes internados ou atendidos no período}) \times 100$.

Categorias sugeridas para análise: Periodicidade mensal, trimestral ou anual; estratificação por unidade/setor, faixa etária e motivo clínico da contenção.

3. Tempo médio de permanência em contenção mecânica

Definição: Mede o tempo médio de permanência dos pacientes em contenção mecânica no período avaliado.

Interpretação: Tempos médios menores tendem a indicar maior efetividade das medidas de retirada precoce da contenção, associada a uma assistência mais segura e humanizada. Tempos elevados podem sinalizar falhas na reavaliação periódica ou na adoção de alternativas terapêuticas.

Usos: Avaliar a efetividade das medidas adotadas para retirada precoce da contenção, reduzindo riscos físicos e psicológicos e promovendo assistência mais segura e humanizada.

Limitações: Médias podem ser influenciadas por casos extremos (permanências muito prolongadas); recomenda-se observar também a distribuição (mediana, valores máximos) para melhor interpretação.

Fonte dos dados: Prontuários dos pacientes e registros assistenciais.

Método de cálculo: (Soma do tempo de contenção dos pacientes, em horas / número de pacientes submetidos à contenção mecânica).

Categorias sugeridas para análise: Periodicidade mensal, trimestral ou anual; estratificação por unidade/setor e por tipo de contenção.

4. Taxa de reavaliação periódica da necessidade de contenção

Definição: Mede a proporção de contenções mecânicas reavaliadas conforme a periodicidade definida em protocolo institucional.

Interpretação: Valores próximos de 100% indicam boa adesão ao processo de reavaliação clínica, favorecendo a retirada da contenção assim que não seja mais necessária. Valores baixos podem indicar risco de manutenção prolongada e desnecessária da contenção.

Usos: Garantir a utilização da contenção mecânica pelo menor tempo possível, reduzindo riscos físicos e psicológicos ao paciente e promovendo assistência segura, ética e centrada na pessoa.

Limitações: Depende do correto registro das reavaliações nos prontuários e formulários; reavaliações realizadas mas não documentadas podem subestimar o indicador.

Fonte dos dados: Prontuários dos pacientes e formulários de acompanhamento da contenção mecânica.

Método de cálculo: (Número de contenções mecânicas reavaliadas dentro do prazo estabelecido em protocolo institucional/Número total de reavaliações previstas no período) x 100.

Categorias sugeridas para análise: Periodicidade mensal; estratificação por unidade/setor e por categoria profissional responsável pela reavaliação.

5. Incidência de eventos adversos associados à contenção

Definição: Mede a ocorrência de eventos adversos relacionados ao uso da contenção no período.

Interpretação: Aumento na incidência pode indicar falhas nos processos assistenciais relacionados à indicação, aplicação ou monitoramento da contenção, sinalizando necessidade de ações corretivas.

Usos: Identificar falhas assistenciais e oportunidades de melhoria nos processos de cuidado, contribuindo para a prevenção de danos e para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

Limitações: Sujeito à subnotificação de incidentes; a qualidade do dado depende da cultura de notificação da instituição.

Fonte dos dados: Sistema de notificação de incidentes, prontuários dos pacientes e registros assistenciais.

Método de cálculo: $(\text{Número de eventos adversos associados à contenção mecânica identificados no período} / \text{Número total de pacientes submetidos à contenção mecânica no período}) \times 100$.

Categorias sugeridas para análise: Periodicidade mensal; estratificação por tipo de evento adverso e por unidade/setor.

6. Percentual de profissionais capacitados no Protocolo de Contenção Segura

Definição: Mede a proporção de profissionais capacitados no Protocolo de Contenção Segura no período.

Interpretação: Percentuais elevados indicam maior capacidade institucional para aplicação correta das técnicas de contenção. Percentuais baixos apontam necessidade de expansão das ações de capacitação.

Usos: Assegurar a aplicação correta das técnicas de contenção, reduzindo riscos de eventos adversos e promovendo assistência segura e qualificada.

Limitações: Não avalia a retenção do conhecimento ao longo do tempo nem a aplicação prática efetiva do treinamento recebido.

Fonte dos dados: Registros institucionais de capacitação e treinamento.

Método de cálculo: (Número de profissionais capacitados no Protocolo de Contenção Segura/Número total de profissionais elegíveis para a capacitação) x 100.

Categorias sugeridas para análise: Periodicidade mensal, trimestral ou semestral; estratificação por categoria profissional e por unidade/setor.

