

A contenção de pessoas idosas em instituições de longa permanência como violação dos direitos humanos fundamentais

Restraint on elderly people in long-term care homes as a violation of human rights

Luiz Cláudio Carvalho de Almeida*
Cristiane Branquinho Lucas**
Patricia de Fátima Augusto Barros***
Romulo Delvalle****

Sumário

1. Introdução. 2. A cultura da não contenção. 3. Considerações a respeito da legislação sobre a contenção no Brasil. 4. As contenções nas ILPIs e as formas de evitá-las. 5. Considerações finais. Referências bibliográficas.

* Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). Mestre em Direito pelo Centro Universitário Fluminense (2002). Promotor de Justiça do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Membro da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência (AMPID) e do Grupo Internacional Tríplice Aliança pela Cultura da Não Contenção da Pessoa Idosa. Integra o Grupo de Trabalho de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa da Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP). Coordenador do Grupo de Pesquisa sobre Contenção de Pessoas Idosas como Forma de Violação de Direitos Humanos, vinculado ao Instituto de Educação Roberto Bernardes Barroso (IERBB/MPRJ). Foi Coordenador do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Proteção ao Idoso e à Pessoa com Deficiência do MPRJ (2013-2018).

** Promotora de Justiça do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Coordenadora do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Proteção à Pessoa Idosa. Presidenta da AMPID - Associação Nacional do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência e Coordenadora da COPEDPDPI - Comissão Permanente de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência e da Pessoa Idosa, do GNDH (Grupo Nacional de Direitos Humanos), do CNPG (Colégio Nacional de Procuradores-Gerais) e integrante do Grupo Internacional Tríplice Aliança pela Cultura da Não Contenção da Pessoa Idosa. Integrante do Grupo de Pesquisa sobre Contenção de Pessoas Idosas como Forma de Violação de Direitos Humanos, vinculado ao Instituto de Educação Roberto Bernardes Barroso (IERBB/MPRJ).

*** Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal Fluminense. Especialista em Gerontologia, titulada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - SBGG. Pós-graduada em Geriatria e Gerontologia pela Universidade da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UnATI-UERJ. Assessora jurídica do Ministério Público do Rio de Janeiro - MPRJ. Integrante do Grupo Internacional Tríplice Aliança pela Cultura da Não Contenção da Pessoa Idosa e do Grupo de Pesquisa sobre Contenção de Pessoas Idosas como Forma de Violação de Direitos Humanos, vinculado ao Instituto de Educação Roberto Bernardes Barroso (IERBB/MPRJ).

**** Mestre em enfermagem pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Bacharel em enfermagem. Especialista em gerontologia, titulada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Técnico pericial do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Membro do Grupo Internacional Tríplice Aliança pela Cultura da Não Contenção da Pessoa Idosa. Integrante do Grupo de Pesquisa sobre Contenção de Pessoas Idosas como Forma de Violação de Direitos Humanos, vinculado ao Instituto de Educação Roberto Bernardes Barroso (IERBB/MPRJ).

Resumo

A prática da contenção de pessoas idosas, nas suas modalidades física, mecânica, ambiental e farmacológica, é disseminada nas práticas socio sanitárias das equipes técnicas atuantes nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), calcadas no mais das vezes no discurso de proteção, mas que têm repercussões negativas no bem-estar biopsicossocial dos residentes e, sobretudo, esbarra na falta de previsão legal e no choque frontal às normas de proteção de direitos humanos fundamentais, demandando maior atenção dos agentes do sistema de justiça, mormente do Ministério Público na sua atuação fiscalizatória e garantidora da efetividade desses direitos.

Abstract

The practice of restraint for elderly people, in its physical, environmental and pharmacological modalities, is disseminated in the socio-sanitary practices of the technical teams working in long term facilities, based most often on the protection discourse, but which has negative repercussions on well-being of the resident and, above all, it collides with the lack of legal provision and the frontal shock to the norms of protection of fundamental human rights, demanding greater attention from agents of the justice system, especially from the Public Ministry in its supervisory role and guarantee of the effectiveness of these rights.

Palavras-chave: Pessoa idosa. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Contenção. Direitos Humanos.

Keywords: *Older person. Long-Term Care Homes. Restraining. Humans Rights.*

1. Introdução

O presente artigo é um recorte da tese de doutorado do primeiro autor, intitulada “O Direito à Autonomia e à Manutenção de Vínculos Comunitários da Pessoa Idosa com Déficit Cognitivo nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) de Campos dos Goytacazes”,¹ defendida na Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro que, ao discorrer sobre os aspectos que impactam diretamente na liberdade e autonomia das pessoas idosas, traz luz ao fenômeno da contenção em suas diversas espécies, elucidando as premissas legislativas que devem ser consideradas em sua utilização em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

¹ ALMEIDA, L. C. C. *O Direito à Autonomia e à Manutenção de Vínculos Comunitários da Pessoa Idosa com Déficit Cognitivo nas Instituições de Longa Permanência de Campos dos Goytacazes*. Campos dos Goytacazes, RJ: Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, 2022.

O fenômeno da contenção vem sendo amplamente debatido pelo Ministério Público do Rio de Janeiro que, desde 2016, abraçando o cuidado centrado na pessoa idosa e livre de contenção, realiza seminários, capacitações, contando com uma equipe técnica² treinada para, em suas inspeções às ILPIs ou nas abordagens individuais às residências das pessoas idosas, manter um olhar atento, reportando sua ocorrência em seus pareceres, viabilizando a promoção de melhorias no cuidado prestado à pessoa idosa.

O envelhecimento populacional trouxe à tona uma expressiva demanda por cuidados de longa duração para os que envelhecem possuindo dependência para as atividades básicas e instrumentais da vida diária.

A insuficiência familiar, violência estrutural, dificuldade no manejo de transtornos neurocognitivos, pouca oferta de centros-dia, inexistência de políticas públicas que incentivem e apoiem os cuidados domiciliares são alguns dos motivos que levam a pessoa idosa a residir em uma ILPI.

Apesar da necessidade da promoção de atividades permanentes e periódicas na área da gerontologia com o objetivo de aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços às pessoas idosas³ e do Estatuto da Pessoa Idosa prever deveres às ILPIs, observa-se um crescente número de estudos que apontam para a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde que prestam serviços em tais ambientes, o que vem ao encontro do que as fiscalizações realizadas pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro constatam, que é a prática de diferentes tipos de contenção, de forma injustificada, violando, assim, os direitos das pessoas idosas residentes no local.

É corriqueiro notar a ausência de especialização ou capacitação em gerontologia por parte dos profissionais, desconhecendo o manejo com os residentes que deveriam ser o centro do cuidado das ILPIs, cuidado este reabilitante, que promova autonomia e independência das pessoas idosas, com foco na prevenção do declínio funcional.⁴

Ressalte-se ainda a necessidade de soluções personalizadas e manejo multidimensional e interdisciplinar para as pessoas idosas dependentes, em condição de extrema fragilidade, observando-se seus déficits, dor, problemas sensoriais e distúrbios de comportamento. A não observância pode acabar por justificar, equivocadamente, a prática de medidas restritivas que causam prejuízos físicos e mentais aos indivíduos, como a contenção.

A contenção, apesar de ser rotineiramente observada nos ambientes de cuidado de pessoas idosas, sejam estes hospitalares, residenciais ou em Instituições de Longa Permanência, traz, como mencionado, agravos físicos e cognitivos, mas também pode ferir a liberdade e autonomia dos indivíduos.

² Núcleo de Apoio Técnico Multidisciplinar - NATEM do MPRJ, instituído pela Resolução GPGJ nº 2215/18, que possui peritos médicos (psiquiatra), profissional de assistência social, psicólogos e contador, que prestam suporte técnico aos membros.

³ Ver artigo 18, da Resolução n.º 502/2021, da Anvisa, e artigo 7º, inciso XVIII, da Lei Estadual/RJ n.º 8.049/19.

⁴ Portaria n. 2528/2006, do Ministério da Saúde, que aprovou a Política Nacional do Idoso.

Como exemplo, principalmente durante a pandemia, várias medidas de restrição à liberdade foram implementadas para resguardar a saúde de todos. Entretanto, estudos já apontam alguns problemas em saúde mental advindos de tal cerceamento de liberdade, como solidão, insônia, ansiedade, perda de apetite e depressão.⁵

A importância de aprofundar o tema sobre a garantia do direito à liberdade e autonomia, no que tange à utilização da contenção, impacta na prática dos Promotores de Justiça, não só por sua atuação na fiscalização das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), mas, no dia a dia das Promotorias de Justiça que atuam na tutela de direitos individuais indisponíveis das pessoas idosas onde se observa um número crescente de indivíduos que demandam atenção por se encontrarem submetidas à situação de contenção mecânica, ambiental e farmacológica.

O presente recorte aborda os aspectos atinentes à contenção nas ILPIs, não só conceituando o fenômeno, suas repercussões físicas e mentais nas pessoas idosas, mas abordando diretamente a inexistência de legislação que respalde seu uso pelos profissionais das entidades de acolhimento e as graves violações que ocorrem a partir de sua utilização, como será observado.

2. A cultura da não contenção

A contenção, a qual se traduz em meios de restrição da liberdade do indivíduo sob a justificativa de proteção, impacta negativamente a autonomia e a liberdade das pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPIs).

Nessa direção, Massa (2015, p. 81) esclarece que num sentido amplo a contenção pode ser definida como a aplicação de técnica ou de dispositivo para limitação da liberdade de movimento de uma pessoa e, num sentido mais específico da psiquiatria, como uma limitação da liberdade de pessoa sujeita a tratamento médico com o objetivo de protegê-la ou a outra pessoa de danos que podem ser causados por alterações de comportamento decorrentes da doença mental que a acomete.

Por sua vez, o anexo da Deliberação n. 1904, de 14 de outubro de 2016, da Junta Regional da Região da Friuli-Venezia Giulia, na Itália,⁶ define contenção como o ato de natureza excepcional aplicável apenas quando todas as alternativas se mostraram ineficazes e que, por meio da utilização de dispositivos mecânicos, farmacológicos e ambientais, limita a liberdade e a capacidade de movimentos corporais voluntários ou o comportamento da pessoa assistida com o objetivo de impedir dano à própria ou a terceiros. A mesma deliberação ressalta em seu anexo que do ponto de vista sanitário a contenção não pode ser considerada um ato terapêutico, uma vez que

⁵ MORAES, Claudia Leite de *et al.* Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. suppl. 2, p. 4177-4184, 2020.

⁶ Disponível no endereço eletrônico: http://www.sossanita.it/no_legare_fvg_2249.html. Acesso em: 14 de novembro de 2021.

não cura, não previne doenças, não promove reabilitação e pode causar lesão, grave e permanente ou risco de morte.⁷

Possui como modalidades a contenção física, mecânica, ambiental ou farmacológica. Todas essas modalidades são encontradas nas entidades de acolhimento. A contenção física consiste no uso de força decorrente de contato direto da pessoa que contém com a pessoa contida no intuito de impedir a livre movimentação desta última. A contenção mecânica é feita por meio de “equipamento mecânico ou material anexado ou adjacente ao corpo do indivíduo que não possa ser retirado pelo mesmo facilmente e que restringe a liberdade, o movimento ou o acesso normal ao próprio corpo” (SANTANA, 2018). Contudo, em algumas ocasiões a contenção física é tratada como sinônimo de contenção mecânica.⁸

A contenção ambiental consiste na restrição do direito de ir e vir a determinados espaços, como ocorre de maneira prevalente nas Instituições de Longa Permanência em que as pessoas idosas não possuem “autorização” para sair da estrutura onde se encontram, a não ser em condições de supervisão da equipe ou de algum familiar. A contenção ambiental também é chamada de contenção social e, nesse aspecto, qualquer ação que gere o isolamento da pessoa a caracteriza. Como bem observa Bicego (2018, p. 50), vários atos podem gerar indiretamente a contenção ambiental ou social, ainda que de forma indireta, como vedar o acesso aos óculos, impedindo a pessoa de ter acesso aos textos de jornais e revistas, manter a televisão ligada sempre no mesmo canal, evitando o acesso a informações do mundo exterior ou vedar o uso de telefones. Tais práticas vão cortando os laços da pessoa em relação ao mundo exterior, gerando o isolamento e muitas vezes o desinteresse com a vida comunitária.

Por fim, a modalidade farmacológica da contenção consiste no uso de medicamentos para modular comportamentos sem nenhum intuito terapêutico, mas sim com o objetivo de diminuir o trabalho da equipe técnica. No caso dessa modalidade, o medicamento é aplicado de forma inadequada, seja em função do tempo de utilização ou da dose, para produzir uma sedação maior do que a indicada por razões terapêuticas e um controle, ou mesmo a anulação, do estado de consciência e da vontade do indivíduo, com o objetivo de atender aos interesses da instituição e não os da pessoa atendida pela equipe. (BICEGO, 2018, p. 50)

⁷ O conceito de contenção consta do item 5, da Deliberação n. 1904, de 14 de outubro de 2016, da Junta Regional da Região da Friuli-Venezia Giulia, cujo texto original é o seguinte: “*per contenzione delle persone assistite si intende l’atto di natura eccezionale applicabile solo quando tutte le altre misure alternative si siano dimostrate inefficaci, che, attraverso l’utilizzo di dispositivi fisici, farmacologici o ambientali, in qualche modo limita la libertà e la capacità di movimenti volontari o comportamenti della persona assistita allo scopo di controllarla o di impedirle di recare danni a sé o ad altri*”.

⁸ Cumpre registrar que a diferenciação entre contenção física e mecânica é importante, sobretudo para autores como Bicego (2018, p. 49/50) que vislumbra que a primeira modalidade sequer deveria ser qualificada como contenção propriamente dita quando utilizada pontualmente e com respeito à dignidade do paciente para controle de quadros de surtos. Seriam exemplos de situações de uso do corpo para controle de comportamentos agressivos que coloquem em risco a segurança do paciente o toque ou o abraço, desde que nunca superado o limite do respeito à dignidade da pessoa.

Na Itália, onde a discussão desse tema sob o prisma já tem maior tradição,⁹ os autores que identificam essa prática como violadora de direitos individuais dos pacientes baseiam sua argumentação no texto do art. 13, da Constituição italiana que trata da liberdade. O texto do preceito normativo em referência estipula que a liberdade individual é inviolável e que a restrição a esse direito só se admite de forma excepcional por ato fundamentado de autoridade judicial e desde que prevista em lei.¹⁰

De forma mais específica, a Constituição italiana também prevê em seu art. 32 o direito do paciente de não ser submetido compulsoriamente a nenhum tratamento médico, a não ser por previsão legal, previsão esta que em nenhuma hipótese pode ferir o princípio da dignidade da pessoa humana. Eis o texto do art. 32, da Constituição italiana:

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Ao analisar a legislação italiana, Massa (2015, p. 91/95) enfatiza que no ordenamento italiano a contenção só poderá ser realizada com base em prévia legislação que preveja expressamente as hipóteses em que ela seria cabível e a forma de implementá-la, ressaltando que tal exigência legal não seria atendida pela mera remessa da solução do caso concreto à discricionariedade judicial. Ou seja, a lei deve prever as hipóteses e a forma de aplicação em seu texto, cabendo ao magistrado,

⁹ No ano de 2006, o Comitê Nacional de Bioética da Itália produziu o documento “Bioética e Direito dos Idosos”, que fez um diagnóstico da situação da população idosa italiana e entabulou princípios e propostas de atuação na área do envelhecimento. No documento em referência a prática da contenção, é condenada e tida como medida potencialmente violadora de direitos, consonante se depreende do seguinte trecho: “Il CNB si è soffermato a considerare anche le questioni bioetiche che ineriscono al rispetto dell'integrità corporea e morale dell'anziano, focalizzando la propria attenzione su maltrattamento, abuso e abbandono, sino alla vera e propria violenza. A tal riguardo, occorre sottolineare come la maleficenza verso l'anziano possa corrispondere alla contenzione, intesa come limitazione meccanica o farmacologica delle possibilità di movimento autonomo di un individuo. Tale contenzione è assolutamente riprovevole allorché venga applicata senza un più che giustificato motivo e soltanto ai fini della tutela dell'incolumità della persona. Identico giudizio negativo vale per un ingiustificato isolamento”. Disponível no endereço eletrônico: https://bioetica.governo.it/media/3112/p70_2006_diritti-anziani_it.pdf. Acesso em: 01 de novembro de 2021.

¹⁰ Eis o teor do artigo 13, da Constituição italiana:

La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge.

In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge, l'autorità di pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all'autorità giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto. È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà. La legge stabilisce i limiti massimi della carcerazione preventiva.

em caso de algum questionamento que seja submetido ao crivo do Poder Judiciário, aferir a adequação do fato à norma posta.¹¹

Ao nível internacional, o tema da contenção é tratado entre os princípios para proteção das pessoas com transtornos mentais e para a melhoria dos serviços de saúde mental, conhecidos como “*MI Principles*”, aprovados pela ONU, por meio de sua Resolução n. 46/119, de 17 de dezembro de 1991. O item 11 da referida resolução prevê que a contenção só poderá ser aplicada excepcionalmente e desde que esteja baseada em protocolo sanitário oficial e somente na hipótese de ser o único meio eficaz para evitar dano imediato e iminente ao paciente ou a terceiros, não podendo ser prolongada por período de tempo maior do que o mínimo necessário, devendo ser monitorado pela equipe técnica e documentado no prontuário respectivo.¹²

O *Long-Term Cares Home Act*, de 2007, da Província de Ontário no Canadá,¹³ veda expressamente a contenção, ressaltando hipóteses que, a despeito da restrição do direito de liberdade, não seriam consideradas propriamente contenções, como no caso do uso de barreiras ou fechaduras para controle do acesso ao meio externo dos moradores. O que é interessante da lei canadense é que ela arrola práticas abusivas caracterizadoras de restrição de direitos, que são o uso da contenção: 1) por interesse/conveniência da equipe técnica; 2) para fins de punição do morador (fins disciplinares); 3) com equipamentos que a própria pessoa não tenha condições de retirar por si só; 4) por meio de medicamentos para controle do morador; 5) por meio de confinamento sem previsão no plano de cuidados nos limites que a lei autoriza, limites estes normalmente vinculados à condição mental do morador em que é sopesado o risco de sua saída da instituição.¹⁴

¹¹ A posição defendida por Massa leva à conclusão de que a ação da autoridade judicial deve ser restrita ao que estabelece a norma, a qual deve ser rigorosa na descrição das hipóteses legais que permitiriam exceção à regra da liberdade do paciente. Ou seja, a liberdade para definir os critérios de cerceamento de liberdade é do Poder Legislativo a quem cabe, com base no poder político democrático que tem, estabelecer como se dará a restrição da liberdade no caso de contenção, limitando, assim, a ação do Poder Judiciário. É interessante observar que, no que tange à restrição ao direito de liberdade, sempre haverá uma tensão entre o Poder Legislativo e o Poder Judiciário, uma vez que, quanto menos o primeiro regular e definir os critérios para tal restrição, maior será a discricionariedade do magistrado quando tiver que decidir uma situação concreta. (Nesse sentido: FERRAJOLI, 2002, p. 38).

¹² *Physical restraint or involuntary seclusion of a patient shall not be employed except in accordance with the officially approved procedures of the mental health facility and only when it is the only means available to prevent immediate or imminent harm to the patient or others. It shall not be prolonged beyond the period which is strictly necessary for this purpose. All instances of physical restraint or involuntary seclusion, the reasons for them and their nature and extent shall be recorded in the patient's medical record. A patient who is restrained or secluded shall be kept under humane conditions and be under the care and close and regular supervision of qualified members of the staff. A personal representative, if any and if relevant, shall be given prompt notice of any physical restraint or involuntary seclusion of the patient (Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care, adotado pela Assembleia Geral da ONU por meio da Resolução n. 46/119, de 17 de dezembro de 1991, disponível em: https://www.who.int/mental_health/policy/en/UN_Resolution_on_protection_of_persons_with_mental_illness.pdf, acesso em: 31 de outubro de 2022.*

¹³ Disponível em: <https://www.ontario.ca/laws/statute/07108>. Acesso em: 04 de novembro de 2021.

¹⁴ *Protection from restraining and confining*

30 (1) *Every licensee of a long-term care home shall ensure that no resident of the home is:*

1. *Restrained or confined, in any way, for the convenience of the licensee or staff.*
2. *Restrained or confined, in any way, as a disciplinary measure.*

De acordo com a legislação de Ontário, no que se refere à contenção ambiental (*confining*), ela é permitida, em limites bastante estritos, apenas no caso de haver risco de grave dano à pessoa idosa, mediante inserção no plano de cuidados, devendo ser justificada por razões revistas periodicamente. Exemplo de grave risco seria a hipótese da pessoa idosa com Doença de Alzheimer, haja vista o notório risco de se perder ou em se colocar em situação de perigo caso sua saída da instituição se der sem qualquer supervisão.

Contudo, a relevância do tema também tem sido observada nos estudos sobre envelhecimento, sobretudo os relacionados ao acolhimento institucional. Em recente pesquisa foi identificada a prevalência de 7,45% de contenção mecânica em Instituições de Longa Permanência situadas no Município do Rio de Janeiro, sob a justificativa de prevenção para o risco de quedas. (DELVALLE *et alii*, 2020)

É importante salientar que o fenômeno da contenção ainda é mais identificado com a área da saúde mental. Nessa área o tema é, inclusive, regulamentado pelas Resoluções n. 1.598/00 e n. 2.056/13, ambas do Conselho Federal de Medicina, e pela Resolução n. 427/12, do Conselho Federal de Enfermagem.

Contudo, a difusão da prática de contenção em ambientes asilares, além de ilegal, mostra-se, tal qual ocorre em ambientes sanitários, prejudicial à saúde e ao desenvolvimento cognitivo do idoso (MENEZES; SANTANA; CIMADOR, 2016, p. 1.272) e, portanto, tem impacto direto em qualquer estratégia elaborada com a finalidade em manter os vínculos comunitários do residente. Segundo Menezes, Santana e Cimador (*op. cit.*):

A contenção mecânica de pacientes idosos foi identificada como um fator de risco independente para o aumento de tempo de internação hospitalar. Entre as complicações relacionadas estão infecções hospitalares, aumento do tempo de recuperação, mortalidade intra-hospitalar e institucionalização. Também existem associações com o desenvolvimento de incontinência, agravamento de *delirium*, danos relacionados com a imobilização e úlceras de pressão, redução do apetite, depressão ou apatia, e declínio geral de habilidades motoras cognitivas e relacionais. Existe correlação entre duração da contenção e desenvolvimento de danos e com aumento de custo assistencial final. Estes aspectos sinalizam a dimensão deste fenômeno, uma vez que envolvem conjuntamente questões clínicas, econômicas e de gestão.

3. *Restrained by the use of a physical device, other than in accordance with section 31 or under the common law duty referred to in section 36.*

4. *Restrained by the administration of a drug to control the resident, other than under the common law duty referred to in section 36.*

5. *Confined, other than in accordance with section 30.1 or under the common law duty referred to in section 36.* 2017, c. 25, Sched. 5, s. 6.

A cidade de Trieste, na Itália, tem sido pioneira na adoção de estratégias no sentido de abolir a contenção, seja em ambientes sanitários, seja em ambientes assistenciais (MISLEJ e BICEGO, 2018), sendo considerada cidade livre da contenção. O documento que traduz os princípios que norteiam a atuação das equipes técnicas, a “Carta de Trieste sobre Não Contenção”, consagra a necessidade de abolição da contenção em seu item 4:

4. A contenção, seja ela mecânica, farmacológica ou ambiental, deve ser abolida das práticas socioassistenciais, uma vez que incompatível com a garantia constitucional da liberdade, bem com o princípio da dignidade da pessoa humana.

No Brasil, o que se observa é a prevalência desse fenômeno muito mais em razão de hábitos enraizados nas Instituições de Longa Permanência do que por uma opção técnica refletida.¹⁵ Muitas vezes o uso da contenção em instituições de longa permanência mascara limitações estruturais e de recursos humanos da entidade. A situação é exposta com precisão por Menezes, Santana e Cimador (2016, p. 1.271):

O uso de meios de contenção se justifica mediante hábitos cronicamente incorporados na cultura organizacional dos serviços assistenciais, sendo mais intenso quando há desconhecimento deste tema pelo grande público, deficiência na formação profissional, carência de disponibilidade numérica de recursos ou limitações econômicas e de infraestrutura.

Os mesmos autores realçam que o subgrupo com maior probabilidade de sofrer contenção é justamente o formado por pessoas idosas com algum comprometimento neurocognitivo, com perda de autonomia e independência, justamente o perfil do morador que demanda um maior preparo da equipe da entidade de acolhimento. (*op. cit.*, p. 2.878)

Nesse contexto, a restrição ao direito de liberdade da pessoa idosa residente em Instituições de Longa Permanência visa a atender muito mais ao interesse de comodidade da entidade e de suas equipes do que propriamente a garantir a algum direito do idoso.

¹⁵ É interessante observar que além do hábito a cultura também influencia na prevalência do uso da contenção, calcada na crença de que gera segurança para a pessoa e que o papel da equipe técnica é proteger o paciente de si próprio na perspectiva de que ou o transtorno mental ou o envelhecimento, conforme o caso, sempre gera alterações de comportamento que devem ser impedidas com o uso da força. Por isso, entre as estratégias para a erradicação da contenção está a sensibilização do profissional para uma mudança de visão sobre o que é, de fato, o envelhecimento e sobre o processo de viver com algum transtorno mental e neurocognitivo. Na percepção de Massa (2015, p. 108), *“il ricorso alla contenzione è influenzato in modo determinate da fattori non clinici, tra cui la cultura e l’atteggiamento del personale e la percezione che esso ha del proprio ruolo; per questo, la riduzione della contezione al minimo effettivamente necessario richiede un cambiamento culturale”*.

3. Considerações a respeito da legislação sobre a contenção no Brasil

Presentemente abre-se um parêntese para uma breve análise sobre a legislação brasileira aplicável ao tema e que, como se pretende demonstrar na sequência, não serve de fundamento para as práticas de contenção adotadas dentro de Instituições de Longa Permanência.

A contenção é, na verdade, uma restrição ao direito de liberdade da pessoa, só tolerada na legislação para o resguardo de bens jurídicos que assumem prevalência em relação ao direito de ir e vir em determinadas circunstâncias de conflito. É o que ocorre, por exemplo, nas situações de surto psicótico em que o paciente coloca em risco a sua própria vida ou a de terceiros. Nesse caso, o bem jurídico a “vida” prevalece em relação ao bem jurídico “liberdade” e o ordenamento jurídico reconhece a necessidade de uso de força física para conter a pessoa em sofrimento psíquico.

O direito à liberdade é genericamente previsto pelo art. 5º, inciso II, da Constituição Federal, segundo o qual “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”, seguindo-se no mesmo artigo outros incisos que tocam ao mesmo tema, destacando-se o inciso LIV (“ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal”) e LXI (“ninguém será preso senão em flagrante delito ou por ordem escrita e fundamentada de autoridade judiciária competente, salvo nos casos de transgressão militar ou crime propriamente militar, definidos em lei”).

Os preceitos acima transcritos são análogos ao artigo 13, da Constituição italiana, tradicionalmente indicado pela doutrina como base para os estudos que defendem a ilegalidade da contenção. Como já explicado, o art. 13 é normalmente conjugado com o art. 32, ambos da Constituição italiana, que trata da vedação ao tratamento médico compulsório, para fundamentar a inconstitucionalidade de normas italianas que prevejam a contenção.

A partir da ratificação da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência pelo Congresso brasileiro,¹⁶ a Constituição brasileira passou a contar com dispositivo também análogo ao art. 32 da Constituição italiana. A Convenção prevê em seu art. 25 que os profissionais de saúde devem obter o consentimento livre e esclarecido das pessoas com deficiência para submissão a tratamento médico.¹⁷ Ou seja, a Constituição brasileira veda a restrição à liberdade do indivíduo a não ser com

¹⁶ A Constituição brasileira prevê no art. 5º, § 3º, que “os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais”. Essa previsão foi inserida no texto constitucional pela Emenda Constitucional n. 45, de 30 de dezembro de 2004. A Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência foi a primeira norma internacional incorporada ao texto constitucional com base no texto da emenda em referência. O Congresso Nacional ratificou a Convenção por meio do Decreto Legislativo n. 186, de 09 de julho de 2008. Posteriormente ainda foi editado o Decreto do Poder Executivo n. 6.949, de 25 de agosto de 2009, que promulgou a Convenção.

¹⁷ A alínea “d” da Convenção prevê expressamente que os Estados Partes “exigirão dos profissionais de saúde que dispensem às pessoas com deficiência a mesma qualidade de serviços dispensada às demais pessoas e, principalmente, que obtenham o consentimento livre e esclarecido das pessoas com deficiência concernentes. Para esse fim, os Estados Partes realizarão atividades de formação e definirão regras éticas

base em previsão legal expressa e com base no devido processo legal e igualmente proíbe a submissão de pessoas com deficiência a tratamentos médicos compulsórios.

Vale lembrar que posteriormente à ratificação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência foi editada a Lei n. 13.146, de 06 de julho de 2015, chamada de Estatuto da Pessoa com Deficiência ou Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, que previu em seu art. 11 que “a pessoa com deficiência não poderá ser obrigada a se submeter a intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada” e em seu art. 13 que “a pessoa com deficiência somente será atendida sem seu consentimento prévio, livre e esclarecido em casos de risco de morte e de emergência em saúde, resguardado seu superior interesse e adotadas as salvaguardas legais cabíveis”.

Nesse ponto, é importante salientar que a Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência trouxe um novo conceito de pessoa com deficiência dentro do qual se enquadram as pessoas com transtornos neurocognitivos, uma vez que tais transtornos podem caracterizar impedimentos de longo prazo que em interação com as barreiras impostas pela sociedade impedem a plena participação social do indivíduo.¹⁸

Percebe-se que o tema possui muito maior relação com a área de saúde mental do que propriamente com a área do envelhecimento.

No Brasil, a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, e que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, também chamada Lei Antimanicomial, promoveu uma quebra de paradigma no modelo socio-sanitário de assistência à pessoa em sofrimento psíquico, buscando abolir a estrutura centrada no hospital psiquiátrico, então prevalente, para em seu lugar instalar um sistema baseado na atenção psicossocial.

Nesse contexto, a lei dá prioridade à autonomia do paciente, tornando excepcional as medidas sanitárias involuntárias. Por tal motivo, prevê as hipóteses de internação contra a vontade do paciente em duas situações previstas no art. 6º, parágrafo único, quais sejam a internação involuntária e a internação compulsória, sendo esta última determinada por ordem judicial decorrente do devido processo legal. No caso da internação involuntária, caberá ao médico decidir sobre sua necessidade,

para os setores de saúde público e privado, de modo a conscientizar os profissionais de saúde acerca dos direitos humanos, da dignidade, autonomia e das necessidades das pessoas com deficiência”.

¹⁸ Conforme previsto pelo art. 1º, da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, e pelo art. 2º, da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, considera-se pessoa com deficiência quem possua “impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas”. Tanto a norma internacional como a lei brasileira consagram o modelo social de deficiência, promovendo uma revolução copernicana no ordenamento pátrio que antes adotava o modelo médico. Segundo Diniz (2012, p. 24), “se para o modelo médico o problema estava na lesão, para o modelo social, a deficiência era o resultado do ordenamento político e econômico capitalista, que pressupunha um tipo ideal de sujeito produtivo. Houve, portanto, uma inversão na lógica da causalidade da deficiência entre o modelo médico e o social: para o primeiro, a deficiência era o resultado da lesão, ao passo que, para o segundo, ela decorria dos arranjos sociais opressivos às pessoas com lesão. Para o modelo médico, lesão levava à deficiência; para o modelo social, sistemas sociais opressivos levavam pessoas com lesões a experimentarem deficiência”.

devendo o responsável técnico pelo estabelecimento em que for concretizada a internação comunicar ao Ministério Público em 72 (setenta e duas) horas, conforme previsto no art. 8º, § 1º.

A Resolução CFM n. 2.056/13, em seu art. 41, estabelece os pressupostos que autorizam ao médico a determinar a internação compulsória do paciente psiquiátrico em caso de emergência, que são qualquer um dos seguintes: I – Incapacidade grave de autocuidados; II – Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde; III – Risco de autoagressão ou de heteroagressão; IV – Risco de prejuízo moral ou patrimonial; e V – Risco de agressão à ordem pública. Especificamente sobre internação psiquiátrica, foi editada a Resolução CFM n. 1.598/00, que trata da contenção em seu art. 11, preceituando que “um paciente em tratamento em estabelecimento psiquiátrico só deve ser submetido à contenção física por prescrição médica, devendo ser diretamente acompanhado por um auxiliar do corpo de enfermagem durante todo o tempo que estiver contido”. Nesse caso, o termo “contenção física” abarca a contenção mecânica.

No âmbito do Conselho Federal de Enfermagem, a contenção é regulada pela Resolução n. 472/12, destacando-se o seu art. 2º, que prevê, em consonância com os atos normativos do Conselho Federal de Medicina, que “a contenção mecânica de paciente será empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais”.

Mas a pergunta que fica é: qual é a relação desses dispositivos afetos a internações psiquiátricas em hospitais com os abrigamentos em Instituições de Longa Permanência? Na verdade, a praxe da contenção foi transportada para as Instituições de Longa Permanência sem qualquer reflexão. Tanto assim que a Resolução CFM n. 2.056/13 estende, inadvertidamente, a possibilidade de contenção para ambientes assistenciais, conforme se percebe da dicção do seu art. 34,¹⁹ sem embargo da possibilidade de se conferir uma interpretação mais restritiva. No entanto, dispositivos como esse acabam gerando a impressão de que práticas hospitalares podem ser reproduzidas em ambientes asilares, o que não encontra fundamento de validade no ordenamento jurídico brasileiro.

A regra constitucional é que ninguém pode ser obrigado a fazer ou deixar de fazer algo senão em virtude de lei (art. 5º, inciso II). Portanto, a regra é a liberdade. Apenas a lei, em sentido formal, pode criar exceções a essa norma. No caso da contenção, há a Lei n. 10.216/00 aplicável apenas a internações em hospitais, logo em unidades de saúde. Assim, qualquer dispositivo normativo de hierarquia inferior à lei não pode criar hipóteses de restrição à liberdade das pessoas, o que torna o art. 34, da Resolução CFM n. 2.056/13, na parte em que se refere à contenção em unidades de assistência geriátrica, ilegal por falta de fundamento de validade em lei em sentido formal.

¹⁹ Art. 34. *É admissível a contenção física de paciente, à semelhança da contenção efetuada em leitos de UTI, nos serviços que prestem assistência geriátrica, cuidados paliativos e psiquiátricos, desde que prescrita por médico, registrada em prontuário e quando for o meio mais adequado para prevenir dano imediato ou iminente ao próprio paciente ou a terceiro (sem grifos no original).*

Por outro lado, por razão mais forte ainda, por inexistir qualquer lei que sequer as mencione, as outras modalidades de contenção (ambiental e farmacológica) consubstanciam, por igual, atos ilícitos.

Permite-se concluir, portanto, que a contenção, em qualquer de suas formas, constitui conduta vedada dentro das Instituições de Longa Permanência para pessoas idosas.²⁰

4. As contenções nas ILPIs e as formas de evitá-las

Nas ILPIs vem sendo identificado por promotores de justiça e equipes técnicas, com mais frequência, a prática da contenção mecânica e da ambiental, sem prejuízo das demais espécies de contenção que, por sua natureza, possuem uma complexidade ainda maior para constatação (física e farmacológica).

Especificamente quanto à contenção mecânica (faixas, gases, lençóis ou outro material limitando o movimento da pessoa idosa), deverá constar o registro no prontuário multiprofissional da pessoa idosa quanto à indicação para o seu uso (justificativa técnica), sua forma e a quem é atribuído o acompanhamento da pessoa idosa em contenção. Além disso, é preciso verificar a frequência deste acompanhamento.

Verificando-se, ainda, sinais de sofrimento cutâneo como hematomas, assaduras ou cortes na pele decorrentes da contenção mecânica, o prontuário deverá fazer menção a este sinal de sofrimento cutâneo e as rotinas de enfermagem para tratar estas situações, apurando-se, em caso negativo, os motivos da ausência deste registro técnico.

Importante enfatizar que o ambiente de uma ILPI deve primar por um cuidado reabilitante, proporcionando segurança aos seus moradores, além de estímulos à autonomia e ao pleno exercício da liberdade de locomoção e de movimento, principalmente das pessoas idosas com capacidade decisória preservada, promovendo a convivência familiar e comunitária.

Ocorrerá o fenômeno da contenção, seja mecânica ou ambiental, quando as pessoas idosas ficarem restritas a uma cadeira, um cômodo, ou forem impedidas de entrar e sair da ILPI sem “autorização de familiar” ou na ausência de acompanhante autorizado.

O confinamento proporcionado pela prática da contenção ambiental é nocivo e impacta na capacidade funcional das pessoas idosas, afetando-as também mentalmente, já que proporciona humilhação, medo, tristeza, impotência, entre outros sentimentos.

²⁰ Todavia, o Superior Tribunal de Justiça em decisão monocrática do Ministro Francisco Falcão, datada de 31 de outubro de 2017, proferida no RECURSO EM HABEAS CORPUS Nº 88.182 - RJ (2017/0201335-5), entendeu como possível a aplicação da medida protetiva de abrigo em Instituição de Longa Permanência mesmo contra a vontade da pessoa idosa em razão de sua condição de vulnerabilidade. Na ocasião, a idosa foi abrigada por ter sido submetida a condições deploráveis de moradia, bem como a maus-tratos perpetrados pelo filho. Ao que tudo indica, o teor da decisão foi influenciado pela informação constante dos autos de que a idosa teria transtornos mentais. De todo modo, a vontade da anciã não prevaleceu.

O uso de contenção mecânica como castigo ou para conter alterações comportamentais ou para suprir a insuficiência de profissionais que possam supervisionar ou apoiar a pessoa idosa que precise de auxílio no seu cotidiano por dificuldades na execução das atividades da vida diária, sob o argumento de protegê-la (como nos casos de prevenção de quedas), configura grave violação de direitos (liberdade de locomoção, autonomia e dignidade).

Não se pode esquecer que, mantendo a pessoa idosa sua capacidade decisória, deverá ser respeitada a sua vontade, proporcionando-lhe os apoios necessários para que esta se desloque com autonomia e segurança, não podendo cercear sua liberdade de ir e vir ou conferi-la a terceiros, seja familiar, equipe de saúde, responsável financeiro ou quem quer que seja, falando em “autorização” para livre circulação.

Quando constatada alternância na capacidade de entendimento da pessoa idosa, como a que ocorre num estágio inicial da demência ou nos casos de alterações de comportamento, compreensão ou interação, cabe à equipe da ILPI avaliar a condição geral, fazer os devidos registros em prontuário e planejar multidisciplinarmente meios para garantir a segurança e para proporcionar a participação e o convívio social da pessoa idosa, evitando ao máximo que as perdas cognitivas ou funcionais levem ao confinamento daquela pessoa.

No que se refere ao tema contenção ambiental, é preciso ouvir o relato das pessoas idosas sobre seu processo de admissão/ingresso na ILPI, questionando se ela foi ouvida quando de sua admissão e em ambiente seguro, se assinou o contrato de prestação de serviços, identificando eventual coação, constrangimento ou até sua sedação para viabilizar sua entrada no local.

É preciso, ainda, verificar se consta nos registros individuais, se há alguma vedação à saída desacompanhada ou necessidade de “autorização de terceiro” para que esta ocorra. Nos casos de restrição ao direito de sair desacompanhada, as razões deste ato deverão aparecer, de forma detalhada, fundamentada e justificada, do Prontuário Multiprofissional e do Plano de Atenção à Saúde Integral da Pessoa Idosa, permitindo analisarmos se estamos diante de um ato ilegal que configure a contenção ambiental, ou seja, uma violação aos direitos da pessoa idosa.

5. Considerações finais

Através deste artigo chama-se a atenção para os diferentes tipos de contenção, ambiental, farmacológica, física e mecânica, praticadas contra a pessoa idosa e a necessidade urgente do tema ser discutido em espaços de cuidados e de ensino (Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas, hospitais, residências, universidades etc.), por profissionais de saúde, operadores do direito, professores, universitários ou não, familiares e a população em geral, visando banir sua prática imotivada e injustificada, como forma de proteção aos direitos humanos fundamentais da pessoa idosa.

Isto porque a contenção, muitas vezes, importa na violação de direitos como a liberdade, a autonomia e a dignidade da pessoa idosa, causando danos físicos e emocionais de difícil reparação, com graves repercussões na vida cotidiana daquele que sofre com a limitação indevida ao seu direito de ir e vir.

O aumento da população idosa e de sua expectativa de vida, somada à limitação de sua capacidade funcional, refletida na dependência para a prática das atividades básicas e instrumentais da vida diária, gera uma demanda de cuidados e atenção por familiares, profissionais de saúde, poder público e gestores de entidades de atendimento à pessoa idosa que, não raro, são omissos no cumprimento de suas obrigações, acarretando aumento dos diferentes tipos de contenção (ambiental, física, farmacológica e mecânica).

O presente texto aproxima o leitor do conceito de contenção em ambientes de moradia, como as Instituições de Longa Permanência, destacando o prejuízo de sua prática e as vezes em que elas ocorrem sem necessidade e justificativa.

Destaca o avanço da discussão do tema em países como a Itália, mais precisamente na cidade de Trieste, e no Canadá, na província de Ontário, indicando conceitos e legislações que vedam expressamente a contenção, ressaltando hipóteses que, a despeito da restrição ao direito de liberdade, não são consideradas propriamente contenções. Além disso, arrola e indica, de forma exemplificativa, práticas abusivas e caracterizadoras desta que é uma forma de restrição de direitos, visando facilitar a sua identificação.

Ao tratar da contenção no Brasil, a contextualiza dentro do nosso ordenamento jurídico, destacando que sua prática fere a Constituição Federal Brasileira, os Tratados Internacionais sobre Direitos Humanos, o Estatuto da Pessoa Idosa e as boas práticas de cuidado ao violar os direitos humanos à liberdade e à dignidade da pessoa idosa.

Sinaliza que suas práticas ocorrem em ILPs, entre outras razões, i) pelas limitações de recursos humanos desta instituição de cuidados e pela falta de formação profissional e ii) por hábitos cronicamente incorporados na cultura organizacional dos serviços assistenciais.

Ressalta, ainda, a necessidade de soluções personalizadas e de manejo multidimensional e interdisciplinar para o atendimento das pessoas idosas dependentes, em condição de extrema fragilidade, observando-se seus déficits, dor, problemas sensoriais de visão e audição e distúrbios de comportamento. Ensina que a não observância e compreensão destes fatores podem acabar por justificar indevidamente a contenção, ou seja, a prática de medidas restritivas que causam sérios prejuízos físicos e mentais aos indivíduos.

Realça, por fim, que evitar a ocorrência de violência por contenção ambiental, física, farmacológica e mecânica é maximizar a autonomia e a funcionalidade das pessoas idosas residentes nas ILPIs, garantindo-lhes qualidade de vida e de cuidado, respeito a sua liberdade e a sua saúde física e mental.

Com a leitura deste texto lança-se luz sobre uma terrível violência que precisa de atenção e combate. Normalizar e permitir a contenção, naturalizando-a em ambientes de cuidados, é um contrassenso e fere de morte direitos como a liberdade, a autonomia e a dignidade da pessoa idosa. É por isso que convidamos o leitor a, a partir daqui, compreender e se sensibilizar, atuando de forma responsável para identificar a prática de todos os tipos de contenção e, em especial, atuar para evitá-la e excluí-la dos espaços de atenção à pessoa idosa, lembrando que raras são as vezes em que se poderá justificar a sua utilização, como forma de defender, preservar e garantir o direito à vida e à saúde da pessoa idosa.

Referências bibliográficas

ANDRADE, M. R. S.; COUTO, M. B.; CARVALHO, A. C. S.; BARROS, P. F. A.; DELVALLE, R.; SANTANA, R. F. Perception of a multidisciplinary team on physical restraint use on older adults: care paradoxes. *Geriatr Gerontol Aging*. 2020, 14:181-188. Doi: 10.5327/Z2447-212320202000057.

BICEGO, Livia. Luci e Ombre Sulla Contenzione: premesse e risultati significativi. In MISLEJ, Maila e BICEGO, Livia. *Contro la Contenzione*. 2ª ed. Maggioli Editore, 2018.

DELVALLE, R.; SANTANA, R. F.; MENEZES, A. K.; CASIANO, K. M.; CARVALHO, A. C. S.; BARROS, P. F. A. Mechanical Restraint in Nursing Homes In Brazil: A Cross-Sectional Study. *Rev. Bras. Enferm*. 2020, 73 (suppl. 3):e20190509. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0509>.

GIACOMIN, K. C.; DUARTE, Y. A. O.; CAMARANO, A. A.; NUNES, D. P.; FERNANDES, D. Care and functional disabilities in daily activities – ELSI-Brazil. *Revista de Saúde Pública, [s.l.]*, v. 52, n. 2, p. 9, 2019. DOI: 10.11606/s1518-8787.2018052000650. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/154063>. Acesso em: 16 jan. 2021.

MASSA, Michele. La Contenzione. Profili costituzionale: diritti e libertà. In ROSSI, Stefano (Coord.). *Il Nodo Della Contenzione: diritto, psichiatria e dignità della persona*. Bergamo: Edizioni Alpha Beta Verlag, 2015.

MENEZES, Arianna Kassiadou; SANTANA, Rosimere Ferreira; CIMADOR, Fabio; DELVALLE, Romulo. Práticas Assistenciais Restritivas e o Paradigma da Cultura de Não Contenção da Pessoa Idosa. In FREITAS, Elizabete Viana; PY, Ligia (Editoras). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

MORAES, C. L.; MARQUES, E. S.; RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R. Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento. *Cienc. Saúde Colet*. 2020, 25, suppl. 2:4177-84. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.27662020>.

SANTANA, Rosimere Ferreira *et alii*. Contenção Mecânica em Instituições de Longa Permanência para Idosos. In *Revista de Enfermagem UFPE Online*. Recife, 12(12):3394-400, dez., 2018.