



Comissão

---

Deputada relatora  
Conceição Bessa Ruão

## Relatório Final

Petição n.º130/XII/1.ª

**Peticionário:** Urbana  
Maria Bolota Cordeiro  
On line  
N.º de assinaturas:1

---

Assunto: Solicita a peticionária que a Assembleia da República no âmbito dos seus poderes legislativos crie uma lei que “ (...) tal como em Inglaterra, que seja consignado que o acto de “amarrar”, ou prender um doente seja crime(...) ”.

## I - Introdução

A Petição *on line* n.º 130/XII/1.<sup>a</sup> deu entrada na Assembleia da República a 15 de Maio de 2012 e foi distribuída à Comissão Parlamentar de Saúde na mesma data.

É subscrita apenas por Urbana Maria Bolota Cordeiro, que no caso presente é a filha do então utente internado na Unidade Local de saúde de Matosinhos, EPE (Hospital Pedro Hispano) - Urbano Cordeiro.

O objeto da petição está bem especificado, o texto é inteligível, a peticionária encontra-se corretamente identificada, mencionando o seu domicílio e estão presentes os demais requisitos de forma e tramitação constantes dos artigos 9.º e 13.º da Lei de Exercício de Petição (Lei n.º 43/90, de 10 de Agosto, na redação que lhe é dada pelas Leis n.º s 6/93, de 1 de Março, 15/2003, de 4 de Junho e 45/2007, de 24 de Agosto).

Em conformidade com o disposto nos artigos 21.º, 24.º e 26.º da Lei de Exercício de Petição, tratando-se de uma petição individual, não carece de audição do peticionário, não deverá ser apreciada em Plenário, nem carece de publicação no *Diário da Assembleia da República*.

## II - Análise da petição

A presente petição propõe a criação de legislação no sentido de serem consideradas crime, as situações em que os doentes internados nos hospitais sejam imobilizados, quando estejam em perfeitas condições físicas e psicológicas. Refere que devem ser ressalvadas exceções bem fundamentadas e de último recurso, após esgotadas todas as alternativas, à semelhança do que acontece em Inglaterra.

Mais refere que deverão ser tomados todos os cuidados, de modo a que não seja posto em perigo de vida o doente, quando tal se torne necessário.

Acrescenta ainda que deverá sempre ser exigido que a família tome conhecimento da necessidade desse recurso para que possa optar por formas alternativas, se assim o

Comissão

entender, podendo mesmo levar o doente para unidade particular onde possa assisti-lo e pernoitar com o mesmo, evitando prendê-lo, podendo usar outros meios que embora o sustentem, não sejam ao mesmo tempo tão inibidores como a contenção física - “amarrar”.

Considera igualmente que a excepção de opção por contenção física - “amarrar” - deverá ser muito bem fundamentada.

A fim de dar consistência à sua petição, anexa a participação efectuada no Livro de Reclamações do Hospital, dirigida ao Director do mesmo, e em que se solicita que a mesma deverá ser levada ao conhecimento do Ministro da Saúde.

**A) Dos factos**

Da exposição dos factos e formulação do pedido ressalta que deve ser considerado crime quando uma pessoa é amarrada estando em perfeitas condições de saúde.

Ora, este pedido em si mesmo, se a pessoa estiver “em perfeitas condições de saúde” de facto não há nenhum motivo clínico, ético ou qualquer outro que possa determinar uma situação de contenção, em parte nenhuma do mundo. Para todos os efeitos estamos perante uma privação de liberdade, que nada tem a ver com situações clínicas.

Por sua vez, se se está em perfeitas condições de saúde também não se recorre a uma unidade hospitalar.

As diferentes situações analisadas em diversos países, apontam para que os doentes possam ser colocados em situação de contenção quer quando estão afectados por perturbações mentais, quer pela situação de agitação psicomotora, susceptível de pôr em causa a sua segurança ou de outros pacientes, ou mesmo dos próprios bens, ou de comprometer a administração de terapêuticas que visem a melhoria do seu estado de saúde, mas nunca em situações de perfeita saúde, como refere a peticionária.

Por sua vez, solicita que o recurso a medida de contenção seja utilizada após esgotadas todas as alternativas de serenar o doente, como é em Inglaterra.

Ora, para além de o ser neste país, será também em muitos outros, designadamente em Portugal, generalizadamente. No entanto foram encontradas algumas referências

Comissão

a estudos sobre o estado de contenção física, que aponta para uma variação entre os 0,25% e os 59% de situações em que as pessoas são submetidas a esta medida, nem sempre antes de esgotadas todas as alternativas, conforme refere a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais .

**III - Enquadramento legislativo e outro**

Em Portugal a situação de “contenção dos doentes” não é crime. No entanto, sobre a matéria existem orientações da Direcção - Geral de Saúde relativas à prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente.

*Orientação n.º 021/2011, de 06.06 - DGS*<sup>1</sup> teve por base o Decreto Regulamentar n.º 66/2007<sup>2</sup>, de 29 de Maio - artigo 2.º, n.º 2 alínea c) na redacção dada pelo Decreto Regulamentar n.º 21/2008<sup>3</sup>, de 2 de Dezembro, dirigida a todas as Administrações Regionais de Saúde, Hospitais do Serviço Nacional de Saúde e Unidades de Cuidados Continuados Integrados, o qual define a competência da Direcção-Geral de Saúde para a elaboração e difusão de normas de boas práticas e orientações para o desenvolvimento da excelência na prestação de cuidados de saúde.

A presente Orientação da DGS - Orientação n.º 021/2011, de 06.06 - DGS - apresenta uma série de regras e procedimentos para a colocação de doentes na situação e contenção, designadamente:

a) *Fundamentação para a situação de contenção* - Há evidências que a nível internacional a contenção se apresenta como uma das práticas mais frequentes para cuidar dos doentes com comportamentos de risco em relação a si próprios ou aos que os rodeiam.

b) *Igualmente refere outras condições de elegibilidade para a colocação do doente em medidas de contenção. A saber:*

---

<sup>1</sup> Documento, como em anexo à presente Petição.

<sup>2</sup> Decreto regulamentar que define as atribuições e competências da Direcção-Geral de Saúde.

<sup>3</sup> Altera a redacção do artigo 2.º do D.L.n.º 66/2007, de 29 de Maio definindo a competência da DGS para difundir normas de boas práticas e orientações para o desenvolvimento da excelência na prestação de cuidados de saúde e o desenvolvimento e implementação e coordenação a avaliação de instrumentos, actividades e programas de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional.

Comissão

---

Quando recusem tratamento compulsivo, nos termos legais;  
Recusem tratamento vital urgente.

c) *Nos critérios* - especialmente releva o facto de ser considerada como último recurso pelos profissionais de saúde, depois de esgotadas as medidas alternativas<sup>4</sup> e considera que o “recurso a estas medidas é abusivo se visa a redução da vigilância do doente”

d) *Assinala no seu ponto 10.3* - que deve ser obtido sempre que possível “(...) o consentimento do doente(...) ou da família ou pessoa significativa do doente.”

Circular normativa da DGS n.º 8/DSPSM/DSPCS de 25.05.2007 - A anterior orientação referida revogou a Circular Normativa da Direcção - Geral da Saúde, sobre medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes - contenção física, que era mais explícita quanto á fundamentação, na medida em que referia expressamente que

*“(...) estes procedimentos devem basear-se numa decisão conjunta com a equipa terapêutica e respeitarem os princípios bioéticos e outras recomendações, nomeadamente a NO.REC (2004)10 do Conselho da Europa, relativa à protecção dos direitos humanos e dignidade das pessoas com doença mental.”*

*Na Circular n.º 08/DSPSM/DSPCS o fim da situação de contenção - , “(...) deveria ter como único e exclusivo objectivo garantir que a pessoa doente ultrapasse com segurança a situação e crise(...).*

A orientação hoje em vigor não tem norma de carácter idêntico, sendo que o afloramento que hoje é feito se situa ao nível da fixação de critérios, como se enuncia:

*“a) (...) A utilização de medidas de contenção e confinamento devem ser vistas pelos profissionais de saúde como incidentes para a segurança do doente. b) (...) deve ser considerada como o último recurso pelos profissionais de saúde , depois de esgotadas as medidas alternativas.*

Por fim refere que:

---

<sup>4</sup> Circular n.º 021/2011 DGS – Critérios – alínea b).

Comissão

*“ c) Em todas as circunstâncias, deve prevalecer o princípio de cuidar do doente com a menor restrição possível”*

Com base nesta Circular, a Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica elaborou o parecer n.º 226/2009, sendo que o Conselho de Enfermagem o adoptou na íntegra, do qual se extraíram algumas referências:

*“O Objectivo é tornar a contenção física menos generalizada, danosa para o doente, família e técnicos de saúde de forma a que a pessoa doente ultrapasse com segurança a situação de crise.”*

*(...) Vários estudos demonstram que os enfermeiros são a classe profissional que mais exposta está a estes episódios. As pessoas quando se dirigem a um serviço de urgência, quer como doentes, quer como familiares/acompanhantes, as pessoas estão sujeitas a altos níveis de ansiedade, pedem e exigem eficiência e eficácia no atendimento, e fundamentalmente rapidez. Ora, a combinação destes factores pode ser geradora de conflitos. Estas situações, quando se trata de lidar com doentes em estado psicótico agressivo,*

*(...) A agressividade pode surgir de uma forma inesperada. O uso da contenção física deverá ser utilizada como forma de evitar danos integridade física do doente, da equipa multidisciplinar que o acompanha, de outros doentes, bem como de danos materiais e patrimoniais da instituição.”*

**b) Recommendation REC(2004)10 of the Committee of Ministers to member states** - define as guidelines para os diferentes estados membros sobre o modo de garantir a protecção da dignidade humana e as liberdades individuais das pessoas com perturbações mentais, sujeitas a internamento compulsivo, em especial aqueles que são submetidas a ele ou tratamentos involuntários.

Esta recomendação teve em vista harmonizar leis ou matérias de interesse comum, em particular as contidas em documentos diversos:

- A Convenção para a Protecção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais de 4 de Novembro de 1950;
- A Convenção dos Direitos Humanos e Biomedicina de 4 de Abril de 1997;

Comissão

- A Recomendação N.ºR (83)2 relativa à protecção legal das pessoas com perturbações mentais e sujeitas a internamento compulsivo;
- Recomendação n.º R(87)3 sobre regras nas prisões europeias;
- Recomendação N.ºR(98)7 relativa aos aspectos éticos e organizacionais dos cuidados de saúde na prisão;
- A recomendação 1235(1994)Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa sobre psiquiatria e direitos humanos.
- Teve ainda em conta os trabalhos produzidos pelo Grupo Europeu para a prevenção da tortura e o tratamento inumano ou degradante e punição.
- Teve igualmente em conta a consulta pública sobre protecção de direitos humanos e dignidade das que sofrem de perturbações mentais, trabalho iniciado pelo comité de Bioética.

Esta recomendação define a situação de perturbação mental, referindo expressamente que esta será para o efeito, identificada de acordo com as normas internacionalmente aceites.

Expressamente enuncia uma série de situações que não constituem perturbação mental, a saber:

*“(...) a falta de adaptação moral, social, política ou outros valores da sociedade em si mesma, não deverão ser consideradas a distúrbio mental.”*

Também refere a necessidade de ser assegurado o nível de segurança hospitalar que permita proteger estes doentes. Fixa critérios para o internamento compulsivo, procedimentos para tomar a decisão de internamento, sendo todos os conteúdos tratados num quadro de perturbação ou doença mental

**c) Pesquisas sobre a matéria a nível internacional**

**c.1.OMS** - definição de agressividade - “todo o acto intencional de força física ou de poder, real ou ameaça, contra a própria pessoa , outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que pode resultar em ou tem alta probabilidade de resultar em morte, lesão, danos psicológicos, alteração de desenvolvimento ou de privação.”

A contenção física quando não evitável, deve ser feita de forma adequada, sendo necessária a colaboração e cinco profissionais - quatro para imobilizar os membros e

Comissão

um para proceder à sua contenção., que coordenadamente e o mais serenamente possível procederão á imobilização.

Para um doente que não se encontre num estado psicótico agressivo, mas apenas numa qualquer situação de perigo ou risco de queda, apresenta-se como uma medida fortemente traumática.

**c.2. Finlândia** - estudo realizado após 15 anos de entrada em vigor de legislação sobre contenção física, o risco de se recorrer ao isolamento ou à contenção física não diminuiu<sup>5</sup>. A evidência científica da medida<sup>6</sup> -“Embora não havendo evidências científicas da eficácia da terapêutica desta intervenção, verifica-se que a mesma permite interromper e controlar o comportamento violento do indivíduo.

**c.3. Brasil** - Esta medida é considerada, como nos demais, uma medida de natureza excepcional e rodeada de todos os cuidados, para que a acção sobre o paciente seja a menos lesiva possível, devendo constar de projecto terapêutico (protocolo)<sup>7</sup>.

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG, no âmbito do trabalho sobre “Contenção Física dos Pacientes em Quadro de Agitação Psicomotora” refere que esta medida é uma prática comumente aceite, realizada em diversos países, variando a taxa de prevalência entre 0,25% a 59% em diversos estudos em pacientes psiquiátricos no sector de emergência, apesar de não existirem evidências científicas sobre os benefícios e riscos dessa prática.

Como nos demais países, a decisão do uso ou não da contenção física é imprescindível ser feita com base numa avaliação rigorosa e global da situação do paciente, baseada no julgamento clínico. Deverá haver envolvimento de equipa multidisciplinar, com o paciente e quando possível como a família.

Refere expressamente a FHEMIG que a utilização desta técnica não deverá ocorrer de forma punitiva ou de intimidação de pacientes.

### III - Outras diligências efectuadas pela relatora

---

<sup>5</sup> Keski – ValKama, Sailas, Eronem, Koivisto, Lonngqvist and Kaltiala Heino, 2007.

<sup>6</sup> Walsh and Randell, 1995

<sup>7</sup> Protocolos.clinicos@fhemig.mg.gov.br

Comissão

---

**a) Audição da peticionária via telefónica**

Ouvida a peticionária, referiu que seu pai deu entrada no Hospital Pedro Hispano, em Matosinhos, pelo seu pé e consciente, tendo-lhe sido diagnosticada uma “pneumonia de aspiração”<sup>8</sup>. Que tal diagnóstico clínico, tal como lhe terá referido a Chefe de Serviço, ao seu pai não poderiam ter sido dados alimentos sólidos, por darem continuidade à situação de vômito; que o facto de o doente ter sido amarrado o impossibilitou quando vomitou de o fazer totalmente, tendo provocado o desvio de alguns alimentos para os pulmões, o que veio a demonstrar-se ser fatal para o estado geral do doente.

Que durante o internamento foi imobilizado sem que o mesmo ou os seus familiares tivessem sido consultados. Veio a falecer, não pelo facto de estar em contenção física, mas pelos danos colaterais da contenção que determinaram o desvio de alimentos para os pulmões.

Referiu ainda que a enfermeira chefe lhe terá dado conta que normalmente “(...) prendemo-los a todos, por termos medo que caiam e partam uma perna”. Mais referiu à peticionária “(...) que os doentes normalmente estão lúcidos, mas que durante a noite se perturbam e por precaução amarramo-los a todos”.

Por fim entende a peticionária que se a situação de amarrar o doente era inevitável, deveria ter sido informada para tomar uma decisão, designadamente sobre a sua saída para um hospital privado, para melhor o poder acompanhar. Mais esclareceu que seu pai foi apenas amarrado durante a noite.

Mais refere que não procedeu judicialmente, mas que o seu pai “(...) não poderá ter morrido em vão” e pretende que este documento chegue ao conhecimento do Senhor Ministro da Saúde e que o Parlamento legisle, conforme anteriormente foi referido, à semelhança da legislação inglesa.

**b) Audição da entidade participada - Unidade Local de Saúde de Matosinhos<sup>9</sup>**

Contactada a entidade via postal, respondeu a mesma mediante carta que fará parte integrante do presente relatório e que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os devidos e legais efeitos.

---

<sup>8</sup> “(...) foi-lhe diagnosticada pneumonia de aspiração, ficando internado no 4º Piso, M 22”

<sup>9</sup> Documento de resposta fazendo parte integrante do presente relatório.

Comissão

No entanto, assinalam-se alguns aspectos que interessam directamente para a apreciação da questão.

Assim, referem:

1....

2 ..O Hospital Pedro Hispano tem adoptado desde a sua abertura uma filosofia inclusiva para familiares/ pessoas significativas dos doentes internados. (...) no caso em apreço, o recurso à contenção está documentado no processo de enfermagem electrónico e ocorreu às 01.:55 do dia 28/08/2011. Não é prática contactarmos os familiares durante a noite para solicitarmos permissão, sempre que o doente não pode decidir sozinho até porque , estando confiado aos cuidados da instituição, está no cumprimento dos mais elementares princípios éticos, deverá zelar pelo primado da beneficência do doente que é necessário assumir uma decisão por ele.

A eventual perda de confiança na relação estabelecida entre profissionais e os familiares fere irremediavelmente todo o percurso de cuidados e da relação que é estabelecida até à alta.”

3....

4. - (...) já era portador no domicílio, de dependência para autocuidados(higiene, alimentação e outros)

- Dependente também para deambulação;

- Risco para úlceras de pressão, determinado pela Escala de Braden - 15, o que corresponde a grau elevado

- (...) na situação em concreto, o doente manifestava agitação psicomotora que suscitou a elevação das grades protectoras da cama. Esta medida acabaria por se revelar insuficiente(...)

(...) à hora em que está registada a aplicação do dispositivo da contenção, se observam as seguintes anotações de enfermagem:

Com alterações nas respostas verbal e não verbal. Retirava dispositivos médicos, levantava-se da cama. Contactado o médico residente que indicou...

Comissão

- (...) *Em conclusão, era manifesto o risco do doente sofrer danos decorrentes da sua agitação (...)*

Concluem afirmando:

*“Lamentamos, de qualquer forma que os familiares do Sr. Urbano Cordeiro, não tenham sentido da nossa parte a correspondência aos seus anseios. Reconhecemos que a fragilidade emocional dos familiares em situações de crise, exigem especial atenção por parte dos profissionais de enfermagem e especial cuidado na comunicação que acreditamos ter sido, neste caso, o factor determinante na falta de confiança na relação de cuidados que se veio a revelar desde a admissão até ao óbito do doente.”*

c) **Contactos com a Embaixada do Reino Unido** - Foram feitos contactos escritos quer com o Consulado quer com a Embaixada Britânica no sentido de obter confirmação do princípio que “amarrar é crime em Inglaterra”, não tendo sido possível obter confirmação sobre a matéria.

#### IV - Opinião da relatora

Há desconformidades entre os factos alegados pela peticionária e os registos apresentados e transcritos pelo Hospital.

Expressamente, e neste contexto, a peticionária referiu que não agiu judicialmente, mas tal não pode significar a renúncia ao exercício de qualquer direito, que nos termos da lei lhe pode assistir.

Do ponto de vista do Direito Português, a situação da contenção física quando utilizada indevidamente e seja susceptível de causar trauma ou quaisquer outras lesões físicas no corpo ou saúde, ou que pela natureza das mesmas venha a sobrevir a morte, podem ser integradas nas Ofensas Corporais Simples, Graves ou de Resultado Agravado<sup>10</sup>, conforme o caso, p.p. no Código Penal Português, sem necessidade de qualquer outra legislação adicional.

---

<sup>10</sup> Artigos, 143.º, 144.º e 145.º p.p.C.P.



### Comissão

A informação sobre a contenção de doentes consta de normas específicas atrás referidas da Direcção-Geral de Saúde, pelo que se entendeu não pedir parecer ao Ministro da Saúde, decisão esta que apenas vincula a deputada relatora.

### V- Conclusão

Em conformidade com o disposto nos artigos 21.º, 24.º e 26.º da Lei de Exercício de Petição, tratando-se de uma petição individual, não deverá ser apreciada em Plenário, nem carece de publicação no *Diário da Assembleia da República*, propondo-se o seu envio à peticionária, para conhecimento.

A Presidente da Comissão

  
António Marques  
Parlamentar de Saúde

A Deputada Relatora

