

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E
PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**

Mariana Santos Lyra Corte Real

**ANÁLISE DE UMA AMOSTRA DE PROCESSOS DE CURATELA DE IDOSOS
COM SÍNDROMES DEMENCIAIS DA COMARCA DE BELO HORIZONTE E
PROPOSTA DE UM MODELO DE RELATÓRIO MÉDICO**

Belo Horizonte

2023

Mariana Santos Lyra Corte Real

**ANÁLISE DE UMA AMOSTRA DE PROCESSOS DE CURATELA DE IDOSOS
COM SÍNDROMES DEMENCIAIS DA COMARCA DE BELO HORIZONTE E
PROPOSTA DE UM MODELO DE RELATÓRIO MÉDICO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como parte dos requisitos para obtenção do título de mestrado profissional.

Orientador: Prof. Dr. Edgar Nunes de Moraes.

Coorientador: Prof. Dr. Bernardo de Mattos Viana.

Belo Horizonte

2023

R288a Real, Mariana Santos Lyra Corte.
Análise de uma amostra de processos de curatela de idosos com síndromes demenciais da comarca de Belo Horizonte e proposta de um modelo de relatório médico [recursos eletrônicos]. / Mariana Santos Lyra Corte Real. - - Belo Horizonte: 2023.

117f.: il.

Formato: PDF.

Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Edgar Nunes de Moraes.

Coorientador (a): Bernardo de Mattos Viana.

Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Demência. 2. Doença de Alzheimer. 3. Cuidadores. 4. Registros Médicos. 5. Dissertação Acadêmica. I. Moraes, Edgar Nunes de. II. Viana, Bernardo de Mattos. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WY 200

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA/MP

UFMG

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA MARIANA SANTOS LYRA CORTE REAL

Realizou-se, no dia 05 de setembro de 2023, às 08:00 horas, Instituto Jenny de Andrade Faria Anfiteatro 2 andar - Alameda Vereador Alvaro Celso, 117, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *ANÁLISE DE UMA AMOSTRA DE PROCESSOS DE CURATELA DE IDOSOS COM SÍNDROMES DEMENCIAIS DA COMARCA DE BELO HORIZONTE E PROPOSTA DE UM MODELO DE RELATÓRIO MÉDICO*, apresentada por MARIANA SANTOS LYRA CORTE REAL, número de registro 2021724934, graduada no curso de MEDICINA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Edgar Nunes de Moraes - Orientador (UFMG), Prof(a). Bernardo de Mattos Viana (UFMG), Prof(a). Maria Aparecida Camargos Bicalho (UFMG), Prof(a). Carla Vasconcelos Carvalho (Faculdade de Direito da UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 05 de setembro de 2023.

Prof(a). Edgar Nunes de Moraes (Doutor)

Prof(a). Bernardo de Mattos Viana (Doutor)

Prof(a). Maria Aparecida Camargos Bicalho (Doutora)

Prof(a). Carla Vasconcelos Carvalho (Doutora)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Magnífico Reitor

Prof^a. Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof^a. Isabela Almeida Pordeus

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Fernando Marcos dos Reis

Diretor da Faculdade de Medicina

Prof^a. Alamanda Kfoury Pereira

Coordenador do Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Coordenador do Curso de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

A Deus e pela intercessão de Nossa Senhora,
Que iluminou e abençoaram meu caminho nestes últimos dois anos deste projeto.

Ao esposo e companheiro de vida, Gustavo,
que sempre ofertou seu apoio incondicional em todos projetos da minha vida.
Ele representa um dos principais motivos para envolvimento em tal tema abordado.

As minhas filhas, Maria e Júlia,
pela paciência e admiração, apesar do desconhecimento, entenderam minhas
ausências e minha correria para cumprir as disciplinas e meus prazos.

Aos meus pais,
Antonio Carlos e Maria das Graças, pelos valores e a formação do meu caráter,
tais como integridade, honestidade e cumprir com meus compromissos,
que me permitiram concluir este projeto.

AGRADECIMENTOS

Ao meu chefe da Geriatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) e orientador, Prof. Edgar Nunes de Moraes, por aceitar o convite e ser sempre uma fonte de inspiração.

Ao meu co orientador, Prof. Bernardo Viana, pela parceria em todos os momentos, conduzindo e orientando meus passos e as tarefas a seguir em toda a trajetória. Aqui deixo minha gratidão e imensa admiração pelo trabalho que desempenha nesta universidade com total dedicação e devoção.

À amiga e advogada em Direito de família, Ana Carolina Brochado, que foi pioneira em despertar em mim o interesse sobre o tema abordado.

Ao excelentíssimo Juiz de Direito Dr. Clayton Rosa Rezende, que prontamente ofereceu todo o suporte para que a pesquisa fosse realizada no Tribunal de Justiça de Minas Gerais.

Às minhas amigas geriatras Ariane Flavia de Almeida Lage, Erika Oliveira Hansen e Camila Oliveira Alcântara, que me ofereceram suporte nas dúvidas e apoio nas atividades ambulatoriais quando precisei me ausentar.

RESUMO

Introdução: as síndromes demenciais são condições crônicas de saúde que levam a importante declínio cognitivo e prejuízo funcional, especialmente para as atividades de vida diárias e atos da vida civil. O relatório médico visa nortear e auxiliar a decisão judicial e pode identificar a extensão, a gravidade e a eventual reversibilidade da incapacidade do indivíduo a ser interdito. A incapacidade é obtida por meio do processo de interdição. **Objetivos:** descrever e analisar as informações contidas nos relatórios médicos juntados aos processos de pessoas curateladas com síndromes demenciais; realizar entrevistas com seis magistrados das respectivas varas de família da comarca de Belo Horizonte analisadas; e após as análises dos dados, propor um modelo de relatório a ser confeccionado por médicos assistentes. **Métodos:** estudo transversal com dois braços, sendo um descritivo, transversal e retrospectivo de pesquisa documental de processos judiciais eletrônicos de curatela, de indivíduos acima de 18 anos portadores de diagnóstico de demência, nas 2^a, 3^a, 4^a, 5^a, 9^a e 11^a varas de família do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG). O outro braço do estudo é descritivo por meio de entrevista semiestruturada com os juízes de varas de família da comarca de Belo Horizonte, com abordagens quantitativas e qualitativas. **Resultados:** a amostra foi formada na sua maior parte por mulheres idosas, de alta escolaridade e viúvas. A curatela foi solicitada por filhos em 76,4% dos processos analisados. Houve predomínio do sexo feminino com a nomeação do curador, na sua maioria de filhas. Geriatria e Medicina de Família e comunidade se destacaram como especialidades que mais emitiram o relatório médico inicial (54,1%). A amostra apresentou predomínio da descrição do diagnóstico etiológico por demência de Alzheimer (61,1%) com prevalência do sexo feminino em portadores dessa etiologia (45,8%). Foi realizada a concordância do laudo médico pericial e o relatório médico. A avaliação de referência foi o laudo médico pericial. Na descrição da doença, 61,1% com diagnóstico de demência de Alzheimer; e no laudo pericial, 52,8%. Houve sensibilidade de 89,47% e especificidade de 70,59% do relatório médico perante o laudo pericial. O coeficiente de Kappa foi 0,6063, indicando concordância moderada. A análise descritiva de códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID) no relatório médico esteve presente em 66,7% e 94,4% dos laudos periciais. O tempo de tramitação do processo (em meses) apresentou mediana de 20 meses. As varas de família B e D relataram resultado estatisticamente significativo, as medianas foram, respectivamente, 13,5 e 29 meses, referente ao período de tramitação desses processos ($p=0,022$). **Conclusões:** o relatório médico no contexto do processo judicial de curatela mostrou significativa importância para o portador de uma síndrome demencial, contribuindo para o esclarecimento de quais direitos e exercícios de atos da vida civil ainda poderão ser por ele praticados. O presente trabalho apurou a necessidade de treinamento da equipe multiprofissional da rede de atenção primária à saúde, para acolher devidamente o paciente e orientar as famílias/cuidadores de forma a resguardar e preservar os direitos do curatelado.

Palavras-chave: síndromes demenciais; doença de alzheimer; relatório médico; curatela.

ABSTRACT

Introduction: Dementia syndromes are chronic health conditions that lead to significant cognitive decline and functional impairment, especially in daily life activities and acts of civil life. The medical report aims to guide and assist the judicial decision and can identify the extent, severity and possible reversibility of the incapacity of the individual to be interdicted. Disability is obtained through the interdiction process. **Objectives:** To describe and analyze the information contained in the medical reports attached to the processes of people under care with dementia syndromes. Conduct interviews with 6 magistrates from the respective family courts of the analyzed Belo Horizonte district. After analyzing the data, propose a report model to be prepared by assistant physicians. **Methods:** A cross-sectional study with two arms, one of which is descriptive, cross-sectional and retrospective of documentary research on electronic judicial processes of guardianship, of individuals over 18 years of age with a diagnosis of dementia, in the 2nd, 3rd, 4th, 5th, 9th and 11th courts of family of the Court of Justice of Minas Gerais (TJMG). The other arm of the study is descriptive through semi-structured interviews with judges from family courts in the district of Belo Horizonte with quantitative and qualitative approaches. **Results:** The sample consisted mostly of elderly women with high education and widows. The guardianship was requested by sons in 76.4% of the processes analyzed, there was a predominance of females with the appointment of the guardian, mostly daughters. Geriatrics and Family and Community Medicine stood out as the specialties that issued the most initial medical reports (54.1%). The sample showed a predominance of the description of the etiological diagnosis of Alzheimer's dementia (61.1%) with a predominance of females in patients with this etiology (45.8%). The expert medical report and the medical report were agreed. The reference assessment was the expert medical report. In the description of the pathology, 61.1% diagnosed with Alzheimer's Dementia and in the expert report 52.8%. There was a sensitivity of 89.47% and specificity of 70.59% of the medical report compared to the expert report. The Kappa coefficient was 0.6063, indicating moderate agreement. The descriptive analysis of ICD codes in the medical report was present in 66.7% and 94.4% of the expert reports. The processing time of the process (in months) presented a median of 20 months. Family courts B and D showed a statistically significant result, the medians were respectively 13.5 and 29 months, referring to the processing period of these processes ($p=0.022$). **Conclusions:** The medical report in the context of the judicial guardianship process is of significant importance for the person with dementia syndrome, contributing to the clarification of which rights and exercises of acts of civil life can still be practiced by him. The present work pointed out the need for training of the multidisciplinary team of the primary health care network, to properly welcome the patient and guide the families/caregivers in order to safeguard and preserve the rights of the guardianship.

Keywords: dementia syndromes; alzheimer's dementia; medical report; guardianship.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Etapas do processo de curatela	29
FIGURA 2 - Busca realizada no Processo Judicial Eletrônico.....	44
FIGURA 3 - Pesquisa nas 2 ^a , 3 ^a , 4 ^a , 5 ^a , 9 ^a e 11 ^a varas.....	45

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Análise descritiva das variáveis contínuas: idade e escolaridade.	48
TABELA 2 - Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).....	49
TABELA 3 - Análise descritiva das variáveis categóricas: sexo, estado civil e grau de parentesco.....	50
TABELA 4 - Análise grau do parentesco do curador e sexo do curatelado.....	50
TABELA 5 - Especialidade médica que emitiu relatório médico.....	51
TABELA 6 - Etiologia da demência e especialidade do médico que emitiu o relatório médico.....	51
TABELA 7 - Análise da presença dos itens avaliados nos relatórios médicos..	52
TABELA 8 - Análise descritiva dos quesitos dos relatórios médicos.....	52
TABELA 9 - Relatório médico: análise da presença do termo "demência".....	53
TABELA 10 - Relatório médico: análise, descrição, curso, gravidade e evolução da demência.....	53
TABELA 11 - Relatório médico: análise da etiologia da demência.....	54
TABELA 12 - Relatório médico: análise entre etiologia da demência e sexo feminino da pessoa a ser curatelada.....	54
TABELA 13 - Relatório médico: a análise entre etiologia da demência e sexo masculino da pessoa a ser curatelada.....	55
TABELA 14 - Relatório médico: análise cruzada demência de Alzheimer e demência não Alzheimer com idade e escolaridade.....	55
TABELA 15 - Relatório médico: descrição de tempo de evolução da demência.....	56
TABELA 16 - Avaliação do estudo psicossocial.....	57
TABELA 17 - Laudo médico pericial: análise da especialidade médica que emitiu laudo e descrição da etiologia da demência.....	57
TABELA 18 - Laudo médico pericial: análise cruzada demência de Alzheimer e DDA com idade e escolaridade.....	58
TABELA 19 - Laudo médico pericial: análise da existência dos transtornos mentais sobrepostos à síndrome demencial.....	58
TABELA 20 - A etiologia da demência de Alzheimer descrita no relatório médico e no Laudo pericial.....	58

TABELA 21 - Acurácia do diagnóstico de DDA no relatório médico comparado com laudo pericial.....	59
TABELA 22 - Diagnóstico de demência de Alzheimer e CID descrito no relatório médico e laudo médico pericial.....	59
TABELA 23 - Análise descritiva das variáveis contínuas (numéricas).....	60
TABELA 24 - Análise das varas de família da comarca de Belo Horizonte.....	60
TABELA 25 - Assuntos abordados durante a entrevista do magistrado com a pessoa a ser curatelada.....	62

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Diagnóstico etiológico da demência e Idade.....	56
GRÁFICO 2 - Análise do tempo de tramitação dos processos de curatela nas varas de família avaliadas.....	61

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Exemplos de atos da vida civil	23
QUADRO 2 - Legislação Brasileira referente aos limites da curatela.....	25
QUADRO 3 - Diferenças entre relatório médico e laudo médico pericial.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
APP	Afasia progressiva primária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente vascular cerebral
AVDs	Atividades de vida diárias
AZL	<i>Alzheimer Association</i>
BH	Belo Horizonte
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CC	Código Civil
CEJUSC	Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª versão
CLM	Clínica Médica
COEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COVID-19	Doença do coronavírus 19
CPC	Código de Processo Civil
CRM	Conselho Regional de Medicina
DDA	Demência na doença de Alzheimer
DFT	Demência frontotemporal
DP	Doença de Parkinson
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EPD	Estatuto da Pessoa com Deficiência
FAQ-Pfeffer	<i>Functional Activities Questionnaire-Pfeffer</i>
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBM	<i>International Business Machines</i>
IC	Intervalo de confiança
ILPI	Instituição de longa permanência para idosos
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados

MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PJe	Processo judicial eletrônico
RR	Risco relativo
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TJMG	Tribunal de Justiça de Minas Gerais
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO¹

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 OS ATOS DA VIDA CIVIL.....	22
3 A CURATELA E O PROCESSO DE INTERDIÇÃO NO DIREITO BRASILEIRO.....	25
3.1 A curatela.....	25
3.2 O processo de interdição no Direito brasileiro.....	27
3.3 Os limites do decreto interditório: a sentença judicial.....	32
3.4 O papel do curador e da família.....	33
3.5 A curatela no contexto do paciente portador de síndrome demencial.....	36
3.6 O relatório médico no processo de curatela	37
3.7 O laudo médico pericial no processo de curatela.....	38
4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	39
5 OBJETIVOS.....	40
6 MATERIAL E MÉTODOS.....	41
6.1 Local de estudo e casuística.....	41
6.2 Métodos.....	41
7 RESULTADOS.....	48
7.1 Características sociodemográficas.....	48
7.2 Especialidade médica que emitiu o relatório médico.....	50
7.3 Itens avaliados nos relatórios médicos.....	52
7.4 Estudo psicossocial.....	56
7.5 Laudo médico pericial.....	57

¹ Este trabalho foi revisado com base nas novas regras ortográficas aprovadas pelo Acordo Ortográfico assinado entre os países que integram a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), em vigor no Brasil desde 2009.

7.6 Concordância entre o laudo médico pericial e relatório médico.....	58
7.7 Tempo de tramitação.....	59
7.8 Abrangência da sentença final.....	61
7.9 Entrevistas com magistrados.....	61
8 DISCUSSÃO.....	63
8.1 Características sociodemográficas.....	63
8.2 Especialidade médica que emitiu o relatório médico.....	67
8.3 Itens avaliados nos relatórios médicos.....	68
8.4 Estudo psicossocial.....	76
8.5 Laudo médico pericial.....	77
8.6 Concordância entre o laudo pericial e relatório médico.....	81
8.7 Tempo de tramitação.....	82
8.8 Abrangência da sentença final.....	83
8.9 Entrevistas com magistrados.....	84
9 O RELATÓRIO MÉDICO: UMA PROPOSTA MODELO.....	89
10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	90
11 CONCLUSÕES.....	91
REFERÊNCIAS.....	95
ANEXO E APÊNDICES.....	100

1 INTRODUÇÃO

A partir da segunda década do século XX, o Brasil iniciou um processo de alteração de sua estrutura demográfica. Os avanços médicos e tecnológicos impactaram a saúde da população, reduzindo expressivamente a mortalidade infantil e estendendo sua expectativa de vida. A composição etária populacional modificou-se a partir da diminuição das taxas de fecundidade e de natalidade, resultando em redução da população jovem e aumento das faixas etárias mais elevadas. As modificações nas estruturas demográfica e populacional que determinam crescimento vegetativo negativo há pelo menos 50 anos em muitos países da Europa têm ocorrido rapidamente na população brasileira e em outros países em desenvolvimento. No Brasil, em 2018, a expectativa de vida ao nascer, em média, era de 80,6 anos para os homens e de 84,2 anos para as mulheres (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE, 2018).

Com o advento do Estatuto do Idoso, por meio da Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, o indivíduo idoso passou a ser reconhecido como um sujeito de direitos e deveres em caráter especial, contando com um marco legal próprio para suas situações jurídicas patrimoniais e existenciais que lhe são peculiares (BARLETTA *et al.*, 2020). A data tornou-se o dia nacional do idoso para homenagear as pessoas com idade igual ou maior de 60 anos e o objetivo de conscientizar e sensibilizar a sociedade sobre as necessidades desse público. O artigo 8º deste estatuto estabelece que o processo de envelhecimento constitui um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta lei e da legislação vigente (BRASIL, 2003).

Ao longo do tempo, o conceito de saúde foi se alterando e incorporando uma visão geriátrico-gerontológica. Inicialmente, pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948), a definição de saúde era descrita como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças (OMS, 1948). Em 2006, a política nacional do idoso traduziu saúde para o indivíduo idoso mais em termos da condição de autonomia e independência do que pela presença ou ausência de doença orgânica (BRASIL, 2006). Moraes (2012), descreveu a saúde como uma medida da capacidade de realização de aspirações e da satisfação das necessidades, mantendo a convicção de que o conceito de saúde não tem relação direta com a ausência de doenças. Importante atentar que a população idosa se

apresenta de maneira heterogênea e o envelhecimento é vivenciado por cada indivíduo de forma única e singular.

O crescente aumento da longevidade tem impactado no aumento das demandas por serviços de saúde. Atualmente, estima-se que a população mundial esteja em torno de 8 bilhões de pessoas (ONU, 2022). Segundo a ONU, em 2023 o número de pessoas com 65 anos ou mais no mundo deve dobrar, passando de 761 milhões em 2021 para uma perspectiva de 1,6 bilhão em 2050.

O aumento da expectativa de vida, assim como as mudanças no estilo de vida e no comportamento das pessoas, torna as doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes. Nesse contexto se desenvolve a epidemia das demências, em grande parte concentrada nos países de baixo e médio nível socioeconômico (PRINCE *et al.*, 2015).

Em 2015, durante a primeira Conferência Ministerial da OMS sobre a ação global contra demência, Margaret Chan, a época diretora geral da OMS, relata sua preocupação com a patologia pela não disponibilidade de um plano abrangente e acessível para lidar com “a onda de demência” que está vindo em nossa direção (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2015).

Ladies and gentlemen, I can think of no other disease that has such a profound effect on loss of function, loss of independence, and the need for care. I can think of no other disease so deeply dreaded by anyone who wants to age gracefully and with dignity. I can think of no other disease that places such a heavy burden on families, communities, and societies. I can think of no other disease where innovation, including breakthrough discoveries to develop a cure, is so badly needed (WHO, 2015, p.9)².

De forma comparativa, na década de 80, a doença de Alzheimer afetava entre 1,3 e 1,9 milhão de americanos (HAY; ERNST, 1987). Em 2021, a OMS publicou que o número de pessoas que vivem com demência era aproximadamente 55 milhões de pessoas, dentre 8,1% das mulheres e 5,4% dos homens com mais de 65 anos. Estima-se que esse número aumente para 78 milhões em 2030 e 139 milhões em 2050 (OMS, 2021).

² Senhoras e senhores, não consigo pensar em nenhuma outra doença que tenha um efeito tão profundo na perda de função, perda de independência e necessidade de cuidados. Não consigo pensar em nenhuma outra doença tão profundamente temida por quem quer envelhecer graciosamente e com dignidade. Não consigo pensar em nenhuma outra doença que coloque um fardo tão pesado nas famílias, comunidades e sociedades. Não consigo pensar em nenhuma outra doença em que a inovação, incluindo descobertas revolucionárias para desenvolver uma cura, seja tão necessária ((WHO, 2015, p. 9, tradução nossa).

A síndrome demencial associa-se ao grande abalo econômico, com consequências desastrosas para a estabilidade financeira das famílias e pode, ainda, apresentar dilemas jurídicos complexos (OVERMAN; STOUDEMIRE, 1988). O custo mundial estimado para o tratamento da demência foi de US\$ 1 trilhão em 2018, com estimativa de atingir US\$ 2 trilhões em 2030 (PATHERSON, 2018).

A demência é uma das principais causas de morte nos Estados Unidos, mas não é reconhecida como uma doença terminal (MITCHELL *et al.*, 2009). Os índices da OMS foram divulgados em 2020 no relatório *Global Health Estimates*, e apontam a doença de Alzheimer e outras demências como uma das 10 principais causas de mortalidade no mundo, ocupando a sétima posição (OMS, 2020).

O *Global Atlas of Palliative Care* documenta que a demência (12,2%) ocupa a quarta posição no mundo entre as doenças que necessitam da abordagem do cuidado paliativo. Ela só perde posição para as neoplasias malignas (28,2%), doenças associadas ao vírus da imunodeficiência humana (HIV – 22,2%) e doenças cerebrovasculares (14,1%) (CONNOR *et al.*, 2020).

Em especial, nessa doença crônica e irreversível, o médico desempenha papel crucial no auxílio à família e ao paciente. Destaca-se, nesse ponto, a importância de partilhar e esclarecer acerca da história natural da síndrome demencial, sua provável evolução e repercussões, mesmo nos seus estágios iniciais, além de aconselhamento jurídico e financeiro profissional para antecipar e organizar o planejamento de cuidados de longa duração (OVERMAN; STOUDEMIRE, 1988).

A demência ou transtorno neurocognitivo maior (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM 5*) é definida como uma condição geralmente associada a uma doença neurodegenerativa, insidiosa e de caráter progressivo com pelo menos dois domínios cognitivos afetados (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA*, 2014, p. 305). Essa condição se apresenta como uma síndrome clínica por meio de um grupo de sinais e sintomas que afetam a funcionalidade por causa dos prejuízos nos domínios cognitivos: atenção complexa, função executiva, memória e aprendizagem, linguagem, perceptomotor e cognição social. Com a progressão das síndromes demenciais, há o prejuízo no funcionamento diário do paciente, o que resulta em impacto na realização das atividades de vida diárias (AVDs). Sua progressão de forma lenta e gradual, em

especial na etiologia Alzheimer, leva à perda da autonomia e da independência do indivíduo portador de demência, influenciando diretamente na decisão e expressão de opiniões sobre sua própria vida.

As demências como síndromes clínicas podem estar relacionadas a condições de saúde reversíveis ou irreversíveis, neurodegenerativas e não neurodegenerativas, de início agudo ou lento, progressivas e não progressivas, de progressão rápida ou lenta. A doença de Alzheimer é a principal causa de demência. Outras causas são demência vascular, mista (mais de uma etiologia envolvida), demência por corpos de Lewy, demência frontotemporal, demência associada à doença de Parkinson, entre outras origens irreversíveis. Além destas, existem causas potencialmente reversíveis, ou que ao menos evoluem com melhora clínica após tratamento da condição clínica de base: insuficiência renal e/ou hepática, alterações tireoidianas (hipo e hipertireoidismo), hidrocefalia de pressão normal, hematoma subdural crônico, tumores cerebrais, entre outras (FREITAS *et al.*, 2006).

O impacto da demência pode ser entendido em três níveis inter-relacionados:

- a) Ao portador de demência, que sofre de problemas de saúde, incapacidade, com prejuízo à qualidade e redução de sua expectativa de vida;
- b) à família/amigos da pessoa com demência, pedra angular do sistema de cuidado e apoio ao paciente;
- c) à sociedade, de forma mais ampla, seja diretamente por gastos do governo ou, de forma indireta, devido ao custo relacionado à perda da capacidade produtiva de pacientes e seus cuidadores familiares. Estes, muitas vezes, abandonam suas atividades laborais com o objetivo de cuidar do enfermo. Além do custo despendido para prover cuidados sociais e de saúde ao portador de demência, há também a necessidade de tratar do processo de adoecimento de seus familiares e cuidadores, ocasionado pelo fardo do cuidador.

Outros impactos sociais podem ser mais difíceis de quantificar, mas não menos reais e importantes (PATHERSON, 2018).

O portador de demência, independentemente de sua etiologia, necessitará, em algum momento do curso evolutivo da doença, do auxílio e suporte social de um familiar/cuidador para o cuidado integral e pleno de sua saúde, além da garantia do exercício de seus direitos. Ressalta-se a importância da manutenção do binômio

dignidade humana e autonomia do paciente no processo de curatela, respeitando as suas vontades e escolhas quanto à sua participação e impactos nos atos de vida civil, até que as suas funções cognitivas cerebrais não o permitam.

2 OS ATOS DA VIDA CIVIL

A progressão dos déficits cognitivos nas síndromes demenciais pode levar ao prejuízo no entendimento e capacidade de autodeterminação. As funções cognitivas são importantes para o pleno desempenho de certos atos da vida civil de forma independente e não assistida. Não há um rol de atos da vida civil mencionado no Código Civil Brasileiro. Talvez se possa inferir que todos os atos da vida diária, os atos de vida pública, sejam atos da vida civil, portanto, será específico de qual doença se trata e do impacto que ela irá gerar na vida da pessoa. A curatela, do latim *curare*, que se traduz por "cuidar, zelar", promove a proteção do idoso vulnerável portador de síndrome demencial para auxílio na gestão da capacidade civil.

Ainda assim, é importante destacar quais são os atos da vida civil que podem ser exemplificados na tabela abaixo.

QUADRO 1 - Exemplos de atos da vida civil

Votar.	Administração de bens (alugar, comprar, vender e assinar recibos).	Administrar quantia financeira moderada ou parte de seus rendimentos mensais com o objetivo de pagar despesas diárias de pequeno valor.
Morar sozinho.	Reger seu patrimônio e sua renda no que diz respeito a negócios de valor significativo.	Reger sua pessoa ou administrar seus bens de modo consciente e voluntário.
Trabalhar.	Exercer emprego público efetivo.	Exercer atividade laborativa em caráter permanente ou mediante prestação esporádica de serviços.
Ser capaz de testar e doar.	Cuidar de filhos biológicos e adotar.	Exercer o poder familiar e cuidar de filhos biológicos e adotar.
Ser tutor ou curador.	Casar ou constituir união estável.	Decidir sobre seu próprio tratamento.
Dirigir veículo automotor.	Viajar desacompanhado.	Ser capaz de perceber as limitações da doença ou deficiência.

Fonte: Da autora.

Apesar do termo “atos da vida civil” ser abrangente e inespecífico, extenso debate foi realizado quanto à incorporação à legislação brasileira do Estatuto da Pessoa com Deficiência (EPD) em relação ao alcance da curatela. Entre os objetivos de garantia e promoção de direitos, a curatela como ato jurídico foi reformulada em sua extensão. Dessa forma, houve a revisão em relação a condições de saúde e desenvolvimento mental potencialmente alcançadas por ela, assim como a restrição a atos negociais e patrimoniais. Como posicionamento em defesa dos direitos humanos, o Estatuto da Pessoa com Deficiência redige explicitamente no texto que a curatela não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto.

O Código Civil (CC) brasileiro (Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002, redação vigente atualizada pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência - Lei nº 13.146,

de 6 de julho de 2015), representa os direitos das pessoas. No seu artigo 1.767 estabelece que estão sujeitos à curatela:

- I - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência);
- ~~II - aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade; (Revogado) (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015);~~
- III - os ébrios habituais e os viciados em tóxico (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência);
- ~~IV - os excepcionais sem completo desenvolvimento mental; (Revogado) (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015);~~
- V - os pródigos.

O EPD (Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015), no seu artigo 85, rege que a curatela afeta tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial.

§ 1º A definição da curatela não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto.

§ 2º A curatela constitui medida extraordinária, devendo constar da sentença as razões e motivações de sua definição, preservados os interesses do curatelado.

Por outro lado, é digno de nota ressaltar divergências em relação ao Código de Processo Civil (CPC). O CPC (Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015) normatiza o procedimento judicial para execução dos direitos vigentes no código civil. No texto, a curatela tem o efeito de restringir a capacidade para prática de atos da vida civil, porém sempre proporcional à demanda específica do curatelado e com a mínima duração possível. Na decisão que a institui, deve o Poder Judiciário fixar os limites da curatela segundo o estado e o desenvolvimento mental do curatelado, levando em consideração as suas características pessoais, potencialidades, habilidades, vontades e preferências, além de nomear um curador (artigo 755, I e II do CPC).

Conclui-se que a principal finalidade da curatela é cuidar dos interesses da pessoa que, por sua condição pessoal ou secundária à doença, sofreu limitações (parciais ou totais) ao exercício de seus direitos. O CPC relata que a sentença proferida pelo juiz deve abordar os limites da curatela. Na maioria das vezes, esse documento deixa de especificar quais os atos de vida civil são restringidos pelo seu dispositivo. Nesse caso, subentende-se que a curatela é total, resultando em ampla decisão. Já o EPD, legislação posterior ao CPC, indica os limites da curatela

somente para atos negociais e patrimoniais e afirma a necessidade de impor os limites a esse instrumento.

QUADRO 2 – Legislação brasileira referente aos limites da curatela

CÓDIGO CIVIL (Lei nº 10.406 de 10 de Janeiro de 2002)	CÓDIGO PROCESSO CIVIL (Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015)	ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015)
<p>Art. 1767 - Estão sujeitos a curatela:</p> <p>I - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade;</p> <p>III - os ébrios habituais e os viciados em tóxico (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência);</p> <p>V - os pródigos.</p>	<p>Art. 755. Na sentença que decretar a interdição, o juiz:</p> <p>I - nomeará curador, que poderá ser o requerente da interdição, e <u>fixará os limites da curatela</u>, segundo o estado e o desenvolvimento mental do interdito;</p> <p>II - considerará as características pessoais do interdito, observando suas potencialidades, habilidades, vontades e preferências.</p>	<p>Art. 85. A curatela afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de <u>natureza patrimonial e negocial</u>.</p> <p>§ 1º A definição da curatela não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto.</p> <p>§ 2º A curatela constitui medida extraordinária, devendo constar da sentença as razões e motivações de sua definição, preservados os interesses do curatelado.</p>

Fonte: da autora.

3 A CURATELA E O PROCESSO DE INTERDIÇÃO NO DIREITO BRASILEIRO

3.1 A curatela

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009) passou a adotar o princípio de reconhecimento igual perante a lei, cabendo ao poder público assegurar às pessoas que se enquadrem no conceito de “deficiência” o exercício pleno de sua capacidade civil. Em seu artigo 1º estabelece como propósito fundamental a tarefa de:

Promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU, 2009, s.p.).

Quando aborda o direito de equidade perante a lei, em seu artigo 12 a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas reafirma a capacidade legal dessas pessoas para todos os aspectos da vida.

Contudo, foi apenas a partir da entrada em vigor do EPD (Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015) que houve profunda alteração do Código Civil quanto à capacidade civil das pessoas com deficiência, reformulando o conceito de incapacidade civil, prevendo que apenas os menores de 16 anos seriam “*absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil*” (artigo 3º do Código Civil, Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002). A redação original do Código Civil previa a hipótese de incapacidade absoluta para aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não possuíam o necessário discernimento para a prática de atos civis.

Dessa forma, com o advento do referido EPD, a deficiência deixou de ser uma causa de incapacidade absoluta, possibilitando assim um reconhecimento da manutenção da sua capacidade civil, mesmo que parcial.

O instituto da curatela é definido como sendo o resultado do processo judicial de interdição, no qual o Poder Judiciário, com o auxílio de profissionais de diversas áreas, analisa as necessidades de pessoas maiores de idade (acima de 18 anos) para o efetivo exercício de sua capacidade civil, decidindo se essas pessoas estão aptas ou não a praticar os atos necessários à guarda e ao gerenciamento de seu patrimônio (DINIZ, 2014; GONÇALVES, 2022).

No EPD considera-se a pessoa com deficiência aquela que tem:

Impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015, art. 2, s.p.).

O novo conceito de pessoa com deficiência, assim, ressalta dois elementos necessários para a sua caracterização: a) impedimentos de longo prazo de diversas naturezas (física, mental, intelectual ou sensorial); e b) obstrução na participação plena e efetiva na sociedade em razão de diversas barreiras.

Entre os sujeitos à curatela, o artigo 1.767 do CC foi alterado pelo EPD, deixando de fazer alusão à natureza da deficiência da pessoa, passando a adotar

uma redação que prevê, somente, a possibilidade de curatela para pessoas que, por causa transitória ou permanente, não possam exprimir a sua vontade. Nesse caso, a “expressão” da vontade se define como sendo a capacidade da pessoa em conseguir conhecer e expressar a sua vontade e compreender o contexto no qual referida vontade é declarada (GONÇALVES, 2022).

Essa incapacidade de “expressar” a sua própria vontade, prevista no artigo 1.767 do CC como requisito para a aplicação da curatela, acaba por legitimar as pessoas diagnosticadas com demência como sujeitos a esse processo judicial. Uma das condições características da pessoa com demência é justamente a incapacidade de se expressar de forma coerente e lógica, por perda do julgamento e crítica, com consequências para a execução das atividades de vida diária.

A curatela, portanto, é o encargo definido por lei a alguém capaz para reger a pessoa e administrar os bens de quem, em regra maior, não pode fazê-lo por si mesmo. Assemelha-se à tutela pelo seu caráter assistencial, destinando-se, igualmente, à proteção de incapazes. Apesar das semelhanças, os dois institutos não se confundem. A tutela é destinada a menores de 18 anos de idade, enquanto a curatela é definida, em regra, a maiores. A tutela ainda pode ser objeto de testamento, com nomeação de tutor designado pelos genitores, enquanto que a curatela é instituto restrito ao Poder Judiciário, por meio do processo de interdição. Por fim, a diferença de mais relevância diz respeito ao objeto. A tutela abrange tanto a pessoa como os bens dos tutelados, enquanto a curatela se restringe à administração dos bens do incapaz, com poderes limitados do curador (GONÇALVES, 2022).

As principais características da curatela são, assim, a sua natureza jurídica declaratória, o seu caráter temporário, devendo permanecer ativa somente quando fundamentada na causa da incapacidade, podendo ser revertida a sua finalidade assistencial e, por fim, a necessidade de um devido processo legal (processo de interdição), no qual reste comprovada a incapacidade, seja transitória ou permanente (DINIZ, 2014).

3.2 O processo de interdição no Direito brasileiro

O procedimento previsto na lei para que o instituto da curatela seja aplicado é chamado de interdição. A interdição consiste em declarar a incapacidade de uma

pessoa para a prática de determinados atos da vida civil. Na doutrina de Pontes de Miranda (2020), a interdição é o “*ato do poder público pelo qual se declara ou se retira (= desconstitui) a capacidade negocial de alguém*”, enquanto a curatela é “*o cargo conferido por lei a alguém para reger a pessoa e os bens ou somente os bens*” das pessoas com limitações em sua capacidade. A constatação da incapacidade é obtida por meio do processo de interdição.

O processo de interdição no Direito brasileiro sempre foi objeto de críticas por parte da doutrina, especialmente pela ausência de verificação do caso em concreto, com as características do interditando, levando quase sempre a um decreto de interdição total (ALMEIDA, 2016).

Foi apenas com o surgimento do EPD que os operadores do Direito passaram a concentrar esforços no sentido de requerer do Judiciário a análise pormenorizada daquele sujeito submetido ao processo de interdição. Inclusive, alterando o próprio termo interdição por processo que define os termos da curatela (artigos 84 e 85 do EPD).

O termo interdição permanece no CPC (artigos 747 e seguintes), contudo, a sua interpretação vem se adequando ao EPD, no sentido de atribuir ao processo de interdição (e concessão de curatela) um novo conceito de pessoa com deficiência, com uma visão mais humanizada, adaptado tanto ao Estatuto como à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Antes dessas legislações, o conceito de deficiência era abordado no Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, com uma conceituação clínica, restringindo a condição de “deficiente” àqueles enquadrados em doenças previstas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionado à Saúde, 10ª versão (CID-10). Essa restrição de conceituação pode levar a situações nas quais uma pessoa plenamente consciente de seus atos possa ser declarada “deficiente” e, conseqüentemente, ter os seus direitos civis limitados por meio de um decreto de interdição (ALMEIDA, 2016). Felizmente, a interpretação corrente vem se adequando a um conceito muito mais restrito do que é a incapacidade.

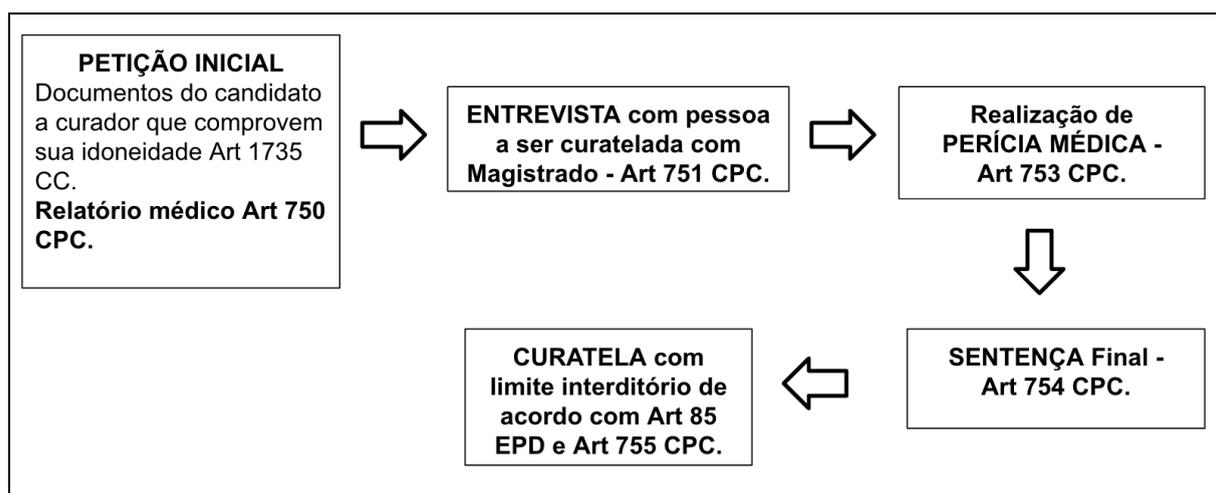
A curatela serve como uma medida de proteção para preservar a pessoa em condição de vulnerabilidade de determinados riscos que envolvam a prática de certos atos de ordem patrimonial e moral. A sua decretação pressupõe os conceitos de proibição, impedimento e privação legal do exercício de direitos que são inerentes à pessoa. Em seu aspecto formal, corresponde a um processo judicial no

qual um juiz analisa o nível de comprometimento de uma pessoa adulta em exprimir a sua vontade, decidindo se ela pode ou não praticar atos da vida civil (lícitos ou ilícitos, inclusive) autonomamente ou se precisará de ajuda para tanto.

O artigo 747 do CPC dispõe que são legitimados e preferenciais a requerer a curatela o cônjuge ou companheiro, parentes do interditando, representante da entidade no caso de abrigamento e, por fim, o Ministério Público na hipótese de “doença mental grave”, quando os legitimados não forem localizados (artigo 748 do CPC).

O Ministério Público é a instituição designada constitucionalmente para, entre outras atribuições, proteger o cidadão das violações de direitos e, por isso, tem interesse integral na discussão da (in)capacidade da pessoa humana, seja por doença, seja por outras causas. O Ministério Público é essencial à função jurisdicional do Estado no amparo da decisão que poderá declarar a curatela da pessoa com doença de Alzheimer. Nesse caso, a intervenção desta instituição visa à proteção do interesse e da dignidade do curatelado (MONTEIRO; ALEXANDRE; SILVA, 2019). Essa instituição será sempre chamada para se manifestar em todos os atos processuais, podendo, inclusive, interpor recurso.

FIGURA 1 - Etapas do processo de interdição



Fonte: Da autora

Legenda: Art: artigo; CC: código civil; CPC: código processo civil e EPD: estatuto da pessoa com deficiência.

No pedido inicial, deve o requerente à interdição “*especificar os fatos que demonstram a incapacidade do interditando para administrar seus bens e, se for o*

caso, para praticar atos da vida civil” (artigo 749 do CPC), além de indicar (se possível) a data de início da incapacidade. Além desses fatos, também deve ser anexado o laudo ou relatório médico para comprovar a incapacidade alegada ou a impossibilidade de obtê-lo (artigo 750 do CPC). O Superior Tribunal de Justiça recentemente fixou entendimento de que esse relatório para ingresso do pedido pode ser eventualmente dispensado, na hipótese de impossibilidade de realização de avaliações médicas (Superior Tribunal de Justiça, Terceira Turma, Recurso Especial nº 1933597/RO, Relatora Ministra Nancy Andrichi, julgado em 26/10/2021).

O relatório médico descreve a doença com base em termos técnicos e as limitações que ela impõe, como as incapacidades na realização das atividades da vida diária instrumental e básica que, em geral, fazem parte da avaliação clínica de uma pessoa com suspeita de demência. Esse relatório possui natureza preliminar e não deve ser conclusivo, sendo informativo de elementos indiciários, de modo a tornar juridicamente plausível a tese de que estão presentes os requisitos necessários para a interdição e, assim, viabilizar o prosseguimento da respectiva ação. Somente a prova judicial, a perícia nomeada pelo juiz com confecção do laudo médico, é capaz de fornecer a certeza necessária para julgamento do pedido e o resultado da sentença final.

Após o ajuizamento do pedido, o interditando será citado para ser “entrevistado” pelo juiz (o Código anterior de 1973 denominava esse ato como sendo um “interrogatório”). Nessa oportunidade, o interditando é ouvido e questionado pessoalmente pelo juiz sobre sua “*vida, negócios, bens, vontades, preferências e laços familiares e afetivos*” (artigo 751 do CPC), com o intuito de se apurar a sua capacidade para praticar os atos da vida civil.

O juiz também poderá determinar a oitiva, que se refere ao ato de ouvir as testemunhas ou as partes de um processo judicial, de pessoas próximas do interditando para fins de esclarecimentos e informações adicionais.

Em seguida à entrevista com o interditando, ele será formalmente intimado para apresentar uma resposta ao pedido do autor. Na hipótese de incapacidade aparente, deverá o juiz nomear um “curador especial” para se manifestar sobre os interesses da pessoa submetida ao processo de interdição (artigo 752, § 2º do CPC). Esse “curador especial” deverá atuar em favor do interditando, podendo se manifestar favoravelmente ao decreto de interdição, se for do seu melhor interesse. Também poderá apresentar contestação ao pedido. Convém destacar que a figura

do “curador especial” não se confunde com o “curador” que é nomeado pelo juiz para gerir o patrimônio e interesses do interditando.

Ultrapassada a fase de entrevista e resposta pelo “curador especial”, o juiz determinará a realização de perícia judicial específica para o caso (artigo 753 do Código de Processo Civil). Essa prova pericial é considerada obrigatória e de caráter indispensável. Mesmo na hipótese de o juiz considerar, após a entrevista, que o interditando não possui o necessário discernimento, a perícia por profissionais capacitados deve ser realizada.

A lei exige a realização de perícia médica em processo de interdição, sob pena de nulidade. A tarefa do perito consiste em apresentar laudo completo e circunstanciado da situação físico-psíquica do interditando, sob pena de o processo ser anulado. O laudo não pode se circunscrever a mero atestado médico em que se indique por código a doença do suplicado (NERY JÚNIOR; NERY, 2011, p. 306).

A perícia pode ser acompanhada por assistentes técnicos indicados pelas partes, que também irão se manifestar sobre o conteúdo do laudo. Uma vez apresentado o laudo, o juiz então deverá proferir a sentença, acolhendo ou não o pedido de curatela (artigo 754 do CPC), dando fim ao procedimento.

QUADRO 3 - Diferenças entre relatório médico e laudo médico pericial

RELATÓRIO MÉDICO	LAUDO MÉDICO PERICIAL
<ul style="list-style-type: none"> - Natureza preliminar - Informativo de elementos indiciários - Tornar juridicamente plausível e viabilizar o prosseguimento da respectiva ação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Natureza obrigatória - Sob pena de nulidade do processo Art 753 CPC. - Caráter indispensável. - Equipe multiprofissional

Fonte: Da autora

Legenda: CPC: código de processo civil.

3.3 Os limites do decreto interditório: a sentença judicial

Os limites do decreto interditório e, conseqüentemente, do exercício da curatela serão fixados em sentença, segundo o estado e o “*desenvolvimento mental*” do interdito (artigo 755, inciso I, do CPC).

Como já abordado, no regime anterior ao advento do EPD, na conceituação ampla da pessoa com deficiência (conforme dispunha o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 e o próprio CC) a regra era a decretação de interdições totais, com transferência de todos os atos civis ao curador (ALMEIDA, 2016).

Com o novo regime jurídico resta saber quais são os limites desse decreto de interdição. Se houver limitação apenas a atos exclusivamente de natureza patrimonial ou, ainda, permanecerá o entendimento de que caberá ao curador também gerir outros aspectos da vida civil do interditando.

O EPD dispõe em seus artigos 6º e 85 que o exercício da curatela não poderá abranger direitos tais como casamento, direitos reprodutivos, trabalho, voto e até adoção. O artigo 85, com efeito, é suficientemente claro em indicar que “*a curatela afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial*”.

O próprio Estatuto prevê exceções naturais da condição da pessoa com deficiência, na hipótese de ausência de capacidade de consentir, por exemplo, com uma intervenção cirúrgica necessária (artigo 11, parágrafo único). O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) também possui previsão legal de gerência por parte do curador no caso de impossibilidade de exercer consentimento para fins de tratamento médico (artigo 17). E entre as modalidades de internação psiquiátrica, a Lei 10.126/2001 contempla a internação involuntária como aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiros.

O exercício pleno da curatela é ofertar proteção à pessoa com deficiência. A privação de direitos, portanto, é medida absolutamente excepcional. A sentença deverá observar esse mister, criando um verdadeiro “*projeto terapêutico individualizado*” (ROSENVALD, 2015), levando em conta o binômio necessidade e manutenção de direitos existenciais, tendo como finalidade a preservação máxima da sua autonomia.

O CPC prevê que “*o juiz não é obrigado a observar critério de legalidade estrita, podendo adotar em cada caso a solução que considerar mais conveniente ou*

oportuna” (artigo 723, parágrafo único). A pessoa com deficiência que não consegue (ou pode) expressar a sua vontade poderá excepcionalmente ter um decreto interditório que alcance o exercício de direitos de natureza extrapatrimonial, desde que devidamente fundamentado e justificado pela equipe multiprofissional, ainda, de forma proporcional à necessidade, com detalhamento em sentença quanto ao seu alcance, visando sempre à proteção máxima da pessoa com deficiência (artigo 85 EPD e artigo 755 CPC).

A pessoa com deficiência, assim, é considerada plenamente capaz de realizar uma série de atos da vida civil com autonomia, não podendo o exercício da curatela se consubstanciar em uma “gestão pessoal”.

A sentença no processo de interdição será publicada pela imprensa local e órgão oficial por três vezes, além de ser registrada no cartório de registro civil. O registro e a publicação da sentença torna-a pública, sendo que, a partir desse momento, terceiros que eventualmente fizerem contratos com o incapaz não podem alegar ignorância ou desconhecimento do seu estado (GONÇALVES, 2022).

O artigo 9º, inciso III do CC, estabelece que a sentença de interdição, ainda, será submetida ao registro público, devendo constar se “relativa” ou “absoluta”. Na maioria dos casos, as sentenças de interdição apenas se referem à incapacidade do interditando de praticar os atos da vida civil, sem qualquer especificação quanto aos limites de tal intervenção. Muitas vezes, o interdito acaba por ser privado quase que absolutamente de sua vida civil, sendo que poderia, em tese, praticar atos menos comprometedores de sua integridade.

3.4 O papel do curador e da família

O curador será nomeado tendo como diretriz os interesses do interdito, cabendo tal ônus a quem melhor puder atender aos seus interesses (artigo 755, § 1º do CPC). Também com o intuito de preservar a integridade psíquica e moral do interdito, o CC, em seu artigo 1.777, determina que as pessoas submetidas ao processo de interdição por incapacidade de exprimir a sua vontade *“receberão todo o apoio necessário para ter preservado o direito à convivência familiar e comunitária, sendo evitado o seu recolhimento em estabelecimento que os afaste desse convívio”*.

O CC prevê uma ordem legal para fins de nomeação do curador. O artigo 1.755 dispõe que “o cônjuge ou companheiro, não separado judicialmente ou de fato, é, de direito, curador do outro, quando interdito”, sendo que, na falta de cônjuge, “é curador legítimo o pai ou a mãe; na falta destes, o descendente que se demonstrar mais apto” (§ 1º). No mesmo dispositivo legal o Código indica que na falta de cônjuge, ascendentes ou descendentes, “*compete ao juiz a escolha do curador*” (§ 3º).

O grau de parentesco do curador à ordem de preferência consignada no artigo 747 do Novo Código de Processo Civil, a interdição pode ser promovida pelo cônjuge ou companheiro, pelos parentes ou tutores ou pelo representante da entidade em que se encontra abrigado o interditando.

Na avaliação do(a) candidato(a) a curador(a) e requerente do processo, deverão anexados à petição inicial os seguintes documentos: o atestado de bons antecedentes, certidão negativa cível e criminal, atestado de sanidade física e mental e declaração de que não incide nos impedimentos dos artigo 1.735 do CC.

A família se mostra, assim, como a rede social de apoio principal ao portador de deficiência. Contudo, como o próprio CC determina, deve-se observar essa ordem natural de nomeação (cônjuge, ascendentes e descendentes), não estando o decreto de interdição limitado a ela. No caso de nenhuma das pessoas integrantes do círculo social do interdito se encontrar em condições de exercer esse encargo, o juiz poderá nomear curador diverso (artigo 1.755, § 3º do CC), sempre tendo como objetivo o melhor cuidado e atenção à pessoa em estado de vulnerabilidade em razão da deficiência.

O Estatuto também permitiu ao juiz que se ele achar pertinente ao caso poderá nomear mais de um curador por meio da curatela compartilhada para a pessoa com deficiência, inserindo o artigo 1.775-A no Código Civil, dispondo que “*na nomeação de curador para a pessoa com deficiência, o juiz poderá estabelecer curatela compartilhada a mais de uma pessoa*”.

A família é considerada a primeira opção para exercer a curatela. O sentido da entidade familiar como uma “*célula social por excelência*” (DINIZ, 2014, p. 86) é muito mais amplo do que os meros efeitos sucessórios (limitados aos que herdamos dos outros).

O cuidado não se limita à família. Pelo artigo 3º do Estatuto do Idoso, por exemplo, menciona que:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2016, s.p.).

O artigo 230 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no mesmo sentido, indica o dever de cuidado recíproco entre ascendentes e descendentes, bem como dispõe em relação à população idosa um dever de cuidado coletivo: *“a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”* (BRASIL, 1988, s. p.).

O exercício da curatela deve então ser concedido, inicialmente, aos integrantes do núcleo familiar, sem que fique restrito a ele, podendo eventualmente ser nomeado um curador “estranho” à família, seja por incapacidade por parte dos familiares, seja pela necessidade maior do interdito.

O curador deverá, independentemente de autorização judicial, representar civilmente o curatelado nos atos gerais da vida civil atinentes ao seu patrimônio, tais como receber as rendas, arcar com as despesas de subsistência, além de promover a devida conservação dos seus bens. O decreto de interdição, via de regra, será limitado ao patrimônio do curatelado, podendo ocorrer excepcionalmente uma extensão dos poderes da curatela para outros atos da vida civil, a depender das suas necessidades.

Ocorre que alguns atos exigem autorização judicial para a sua realização. No caso de pagamento de dívidas do curatelado, é a aceitação de herança ou doações. Naturalmente, há possibilidade de firmar transação (acordos), vender os bens do curatelado (móveis ou imóveis) ou doá-los, além de ajuizar ações na justiça. O artigo 1.753 do CC, ainda, indica que os curadores não podem conservar em seu poder dinheiro dos curatelados além do necessário para as despesas ordinárias com seu sustento e administração de seus bens. Qualquer quantia excedente deverá ser aplicada para evitar perdas financeiras.

Por fim, o curador deverá apresentar balanços anuais das despesas e receitas do curatelado, prestando conta ao juiz em tempo predeterminado por ele. Mesmo a alegação de idoneidade por parte dos curadores, sendo eles genitores ou cônjuge do curatelado, não dispensa a prestação de contas, principalmente em

razão da existência de bens, com patrimônio cuja gestão deve ser fiscalizada em benefício do incapaz. A exceção fica por conta da hipótese de o curador ser cônjuge e o regime de bens do casamento for de comunhão universal (artigo 1.783 do CC).

O encargo de curador poderá ser, eventualmente, transferido para outra pessoa pelo próprio curador ou por pessoa legitimada a qualquer tempo no processo de interdição, mediante requerimento ao juiz e em petição fundamentada. Trata-se de casos como morte do curador, impedimento por motivos de saúde, mudança de domicílio, entre outros.

Quando o curador adotar condutas incompatíveis com o exercício da curatela, causando prejuízos aos bens e à pessoa do curatelado, ele poderá ser removido, seja a pedido de quem tem legítimo interesse (outro parente próximo, cuidador) ou pelo Ministério Público, nos casos de curatelado em situação de grave risco, sem assistência.

O procedimento de remoção de curadoria é previsto no artigo 761 do CPC. O curador terá direito à ampla defesa e será chamado a responder ao pedido de remoção, podendo, inclusive, produzir provas, sendo ao final julgado de acordo com sua atuação no encargo de curatela. O juiz, sempre, deverá julgar pelo melhor interesse do curatelado.

3.5 A curatela no contexto do paciente portador de síndrome demencial

Leatherman e Goethe (2009) afirmam que a curatela tem sido definida como tendo o potencial de “despersonalizar” idosos ou torná-los “legalmente mortos” (2009). Monteiro, Alexandre e Silva (2019) reafirmam que praticamente ocorre uma sentença de morte civil nos casos em que a pessoa perde a capacidade civil de fato. Acontece que o objetivo precípua da curatela é a proteção dos direitos e da dignidade da pessoa humana, no resguardo dos quais atuam em conjunto a lei e a Justiça e com respaldo de equipes multidisciplinares e interdisciplinares (MONTEIRO; ALEXANDRE; SILVA, 2019). Essa última definição contrasta com a "morte civil" como consequência do decreto interditório.

A curatela, em sua essência, corresponde ao dever de cuidar, resultante de um longo processo de humanização da pessoa. Em que pese o importante e imprescindível papel do Poder Judiciário nesse processo de requerimento e

concessão de curatela, no caso de pessoas idosas diagnosticadas com demência na doença de Alzheimer (DDA), cabe destacar a necessidade de um planejamento prévio e pormenorizado.

O conceito de família se transformou nas últimas décadas. E é a família a linha de frente, na grande parte dos casos, quando a questão é a nomeação de um cuidador (curador). O cenário atual é de complexidade dos arranjos e rearranjos nos núcleos familiares nos quais o idoso se encontra inserido.

Overman e Stoudemire (1988) já anunciavam à época (muito antes do aumento considerável de pessoas diagnosticadas com a doença de Alzheimer, como referido na introdução) que o médico deve insistir no aconselhamento financeiro do paciente e da família e no planejamento do cuidado de longo prazo da pessoa portadora de doença de Alzheimer. Os autores argumentam que o planejamento oportuno da solicitação de procurações, tomada de decisão apoiada, testamento vital e curatela aliviam o fardo da família e auxiliam o médico no atendimento ao paciente durante as fases posteriores do transtorno (OVERMAN; STOUDEMIRE, 1988).

Essa estruturação antecipatória após o diagnóstico da doença acabará por impactar positivamente no processo de interdição, facilitando a conclusão por parte da equipe multiprofissional e a decisão de concessão de curatela.

3.6 O relatório médico no processo de curatela

Salienta-se a importância da manutenção do binômio dignidade humana e autonomia do curatelado, respeitando-se suas vontades e escolhas quanto à sua participação na vida civil até que as funções cognitivas cerebrais não o permitam. Entre os princípios da bioética que são norteadores da boa prática médica, figuram a autonomia como núcleo central do relacionamento médico-paciente (consentimento informado), a beneficência e a não maleficência, além de respeito, empatia e comunicação verbal ou não verbal. Durante a construção longitudinal desse vínculo médico-paciente – a anamnese (história clínica) biográfica de valores –, se estabelecem os valores pessoais e se conhecem os objetivos de vida desse indivíduo. A partir daí, há possibilidade de o médico participar de forma ativa desse

processo ao redigir laudos e relatórios fidedignos de acordo com a vontade exclusiva do seu paciente.

O relatório médico pode identificar a extensão, a gravidade e a eventual reversibilidade da incapacidade do indivíduo a ser curatelado. A precisão do relatório decorre da necessidade de proteção do portador de incapacidade cognitiva devido a uma síndrome demencial. Tal relatório, que não é necessariamente conclusivo, representa apenas uma prova inicial do estado de incapacidade do interditando, cabendo ao juiz determinar a realização de perícia judicial.

Atenta-se para incluir no relatório médico importantes quesitos de nomenclatura própria da área de conhecimento de Geriatria e Gerontologia, tais como funcionalidade, estágio e tempo de evolução da demência e o provável código referente à CID-10. E até mesmo incluir uma sugestão com visão médica em relação aos níveis de interdição (seja integral ou parcial). Talvez possa ser o início de um longo caminho de diálogo e troca de informações entre a área de Direito de Família e a Geriatria e Gerontologia.

3.7 O laudo médico pericial no processo de curatela

O relatório médico apresentado com a petição inicial no processo de curatela não substitui a prova pericial a ser produzida em juízo e que resulta na confecção do laudo médico pericial. Este tem a finalidade de fornecer elementos para tornar juridicamente verdadeira a tese de que estão presentes os requisitos necessários para a curatela e, assim, viabilizar o prosseguimento da respectiva ação.

A realização de perícia médica é obrigatória e não facultativa, sendo parte decisiva para a construção da sentença final e, caso não realizada, pode levar à nulidade do processo.

As perícias médicas podem ser realizadas por várias especialidades médicas, apesar da grande maioria delas ser executada por psiquiatras. Trata-se de algo obrigatório, que deve ser feito por alguém com conhecimento técnico.

O juiz determinará a produção de prova pericial para avaliação da capacidade do interditando para praticar atos da vida civil. A perícia pode ser realizada por equipe composta de expertos com formação multidisciplinar (NERY JÚNIOR; NERY, 2011, artigo 753).

Cumpra ressaltar que “a avaliação da deficiência, quando necessária, será *biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar*” (artigo 2º, § 1º da Lei nº 13.146/2015), citando-se como exemplo psicólogos e assistentes sociais.

A presença de uma equipe não somente multi, mas sim interprofissional, constitui caráter essencial e complementar à avaliação médica, em especial nos processos de curatela das pessoas idosas portadores das síndromes demenciais. Importante ressaltar, que essa pessoa, além da doença em questão, apresenta várias comorbidades acompanhadas de uma importante polifarmácia e também grandes síndromes geriátricas, sendo uma das mais desafiadoras a insuficiência familiar.

4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A heterogeneidade dos relatórios médicos desperta o interesse do pesquisador diante da importância e da necessidade de propor um modelo de padronização dos relatórios confeccionados e juntados no processo de curatela. Percebe-se ausência de estudos sistematizados, disciplinas e até mesmo cursos específicos voltados para público médico para esclarecer a descrição do conteúdo e das técnicas de elaboração desses relatórios.

O objetivo deste estudo foi avaliar as lacunas mais encontradas em relatórios médicos, para identificar e discutir um modelo de relatório médico prático, coeso e com informações pertinentes, de forma a complementar e gerar celeridade no processo de curatela e até mesmo sugerir qual provável nível de interdição de acordo com a descrição dos dados do relatório.

De forma complementar e não menos importante, foram realizadas entrevistas com os seis magistrados responsáveis pelas varas de família da comarca de Belo Horizonte que foram analisadas no presente estudo, a fim de compreender as necessidades não atendidas pelos relatórios médicos e sugestões que também poderiam agregar no modelo do relatório médico padrão. A possibilidade de dar voz aos respectivos magistrados e apresentar várias visões e versões diferentes, a princípio do mesmo processo judicial.

5 OBJETIVOS

O objetivo primário do estudo foi descrever e analisar a qualidade dos relatórios médicos juntados aos processos de curatela das pessoas com síndromes demenciais. E após essa avaliação, propor um modelo de relatório a ser confeccionado pelos médicos assistentes.

Os objetivos secundários foram:

- a) Descrever características sociodemográficas de pessoas curateladas por síndromes demenciais;
- b) verificar os itens dos relatórios médicos e de laudos médicos periciais juntados aos processos de curatela para fazer prova da suposta incapacidade cognitiva;
- c) avaliar se há descrição do nível de comprometimento cognitivo por avaliação clínica, por uso de escalas cognitivas clínicas ou avaliação neuropsicológica;
- d) avaliar se há descrição de prejuízos em regulação emocional ou do comportamento por avaliação clínica ou por uso de escalas;
- e) avaliar se há descrição de impacto funcional e descrição de atividades da vida diária ou uso de escalas de funcionalidade;
- f) avaliar se há descrição da estágio/nível de gravidade da demência, sua etiologia provável e do tempo de evolução;
- g) analisar se há descrita a CID que será inserida nos critérios de inclusão, sua relação com idade e desfecho de curatela;
- h) avaliar o nível de concordância entre o laudo pericial e o relatório médico;
- i) avaliar a sentença final do processo de curatela proferida pelo juiz e analisar qual o nível de restrição da capacidade civil do indivíduo a ser curatelado, se tem caráter integral ou parcial e se está de acordo com a sugestão do relatório médico ou de laudo pericial;
- j) compor um modelo de relatório médico padrão específico para processo de curatela em pessoas com demência;
- k) entrevistar os seis magistrados das varas de família da comarca de Belo Horizonte.

6 MATERIAL E MÉTODOS

6.1 Local de estudo e casuística

Trata-se de estudo transversal com dois braços. Um braço do estudo é descritivo, transversal e retrospectivo de pesquisa documental de processos judiciais eletrônicos (PJe) de curatela em varas de família da comarca de Belo Horizonte no Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG).

O outro braço do estudo foi descritivo, com abordagem qualitativa a partir de entrevista estruturada com os magistrados das varas de família da comarca de Belo Horizonte, incluindo a 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 9ª e 11ª, que foram analisadas.

Este estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 57297722.0.0000.5149, Parecer nº 5.379.808 aprovado em 30 de abril de 2022 (ANEXO A).

6.2 Métodos

Na seleção dos processos de interdição/ curatela foram utilizados os seguintes critérios.

Os critérios de inclusão abrangeram todos os processos de interdição/ curatela de pessoas com idade superior a 18 anos e com diagnóstico relatado de demência de qualquer etiologia, registrados no relatório médico. Esses processos devem ser iniciados após a vigência do EPD (a partir de 3 de janeiro de 2016 até 03 de janeiro de 2021) e sentenciados até 31 de dezembro de 2021 nas seis varas de família da comarca de Belo Horizonte supracitadas. Outro critério foi com base na CID 10 referida pelo profissional de saúde que emitiu o relatório médico. As CIDs incluídas foram: G 30 (doença de Alzheimer), G 30.0 (doença de Alzheimer de início precoce), G 30.1 (doença de Alzheimer de início tardio) , G 30.8 (outras formas de Alzheimer), G 30.9 (demência de Alzheimer não especificada), F 00 (demência na doença de Alzheimer), F 00.1 (demência na doença de Alzheimer de início tardio), F 00.2 (demência na doença de Alzheimer, forma atípica ou mista), F 00.9 (demência não especificada na doença de Alzheimer), F 01 (demência vascular), F 01.1 (demência por infartos múltiplos), F 01.2 (demência vascular subcortical), F 01.3

(demência vascular mista, cortical e subcortical), F 01.8 (outra demência vascular), F 02 (demência em outras doenças classificadas em outra parte), F02.0 (demência associada à doença de Pick ou frontotemporal), F02.1 (demência associada à doença de Creutzfeldt Jakob), F 02.2 (Demência na doença de Huntington), F 02.3 (Demência na doença de Parkinson), F 02.4 (demência na doença pelo HIV), F 03 (demência não especificada), F 02.8 (demência em outras doenças especificadas classificadas em outra parte).

Já os critérios de exclusão estavam relacionados a processos de interdição/curatela referentes a outra faixa etária e que não correspondiam à análise da pesquisa (crianças e portadores de outros transtornos).

A pesquisa foi iniciada com visitas presenciais ao Fórum Lafayette, situado em Belo Horizonte (BH) - Minas Gerais (MG), sendo realizado encontro formal com cada juiz de direito das 12 varas de família da Comarca de BH. A seleção da amostra foi realizada por conveniência. Foi obtida a anuência de seis varas, respectivamente 2^a, 3^a, 4^a, 5^a, 9^a e 11^a, com entrega de uma cópia do projeto de pesquisa aprovado pelo COEP.

Foi entregue também uma carta de anuência para cada magistrado, sendo coletadas assinatura e permissão para coleta dos dados que tramitam na respectiva vara. Essa carta solicitava o acesso a processos judiciais de interdição/curatela, submetidos ou não a segredo de justiça, sendo requerido o acesso aos relatórios médicos e laudos médicos periciais, além dos dados sociodemográficos tais como sexo, idade, cor, estado civil, nível de escolaridade e história ocupacional pregressa, referentes aos processos de interdição/curatela bem como as sentenças judiciais relativas aos curatelados. Atendendo ao disposto no art. 13 da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), houve absoluta manutenção do sigilo quanto à identidade, sendo a finalidade da pesquisa estritamente acadêmica.

No período de junho a dezembro/2022 foram coletados os dados no Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSC), com permissão do Exmo. Juiz de Direito Dr. Clayton Rosa de Rezende, que disponibilizou acesso aos PJs por meio de um computador e rede cedida pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG).

O cálculo da amostra foi realizado avaliando-se a prevalência de demência nos processos de interdição/curatela. O total foi de 4.427 processos, entre

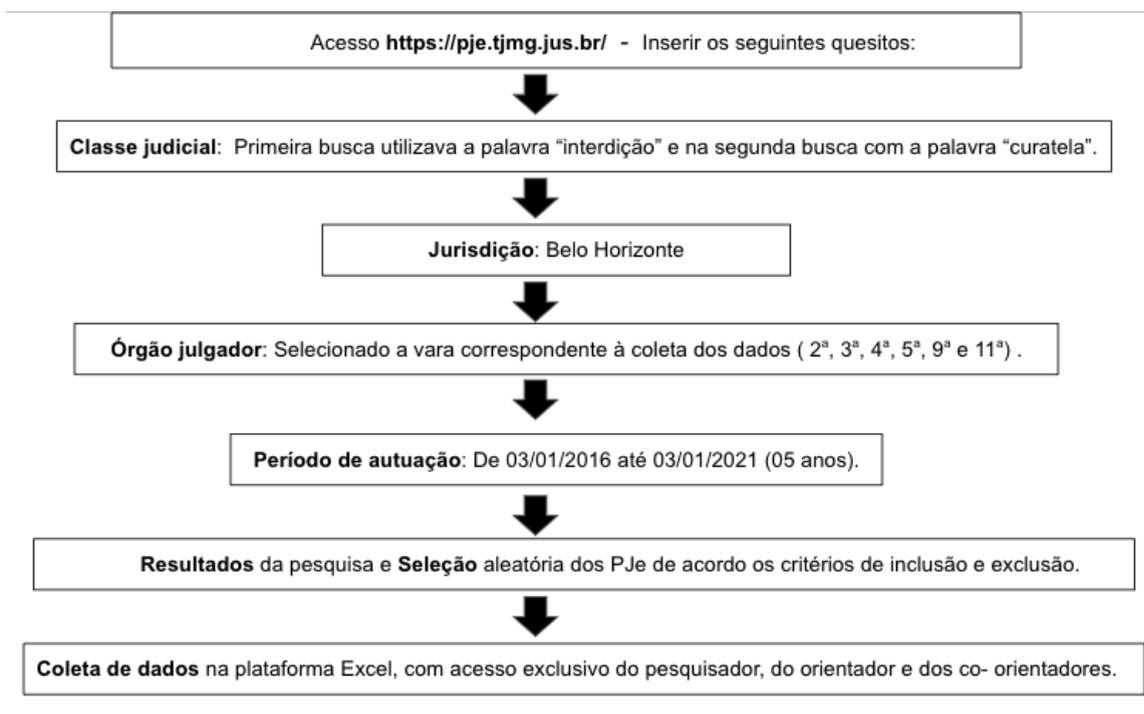
interdição e curatela, no período selecionado (de 03/01/2016 a 03/01/2021), das seis varas de família.

Foram analisados todos os processos de interdição e curatela iniciados em uma vara, de forma aleatória, ao longo de um ano. Foram encontrados 271 processos. Destes, 80 apresentavam diagnóstico de demência no relatório médico. Dessa forma, a prevalência encontrada de demência nessa subamostra foi de 42%. De outra vara foram avaliados todos os processos (620), encontrando apenas 12 de acordo com os critérios de inclusão (1,93%). Assim, a estimativa de prevalência de processos elegíveis ficou entre 1,93 e 42%, com média de 21,9%. Considerando-se, então, prevalência de 21,9%, significância de 5% e erro amostral de 10%, obteve-se a amostra de 65 processos, com eventual perda de 10%, chegando-se à amostra final de 72 processos (<https://openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>).

Foram selecionados 12 processos de cada vara, por intermédio do PJe, utilizando a palavra de busca “interdição” e “curatela” e "curatela", pois não havia uma uniformidade da nomenclatura na busca dos processos, de indivíduos com idade superior a 18 anos e com diagnóstico relatado de demência de qualquer etiologia, descritos no relatório médico. Esses processos foram iniciados com data de autuação, após a vigência do EPD, a partir de 3 de janeiro de 2016 até 3 de janeiro de 2021 (cinco anos), e sentenciados até 31 de dezembro de 2021 em seis varas de família da comarca de BH, respectivamente, na 2^a, 3^a, 4^a, 5^a, 9^a e 11^a.

Segue o passo a passo da busca realizada no PJe para obtenção dos processos de interdição/ curatela interdição/ curatela (FIG. 1).

FIGURA 2 – Busca realizada no Processo Judicial Eletrônico



Fonte: da autora.

Legenda: PJe: processo judicial eletrônico.

O banco foi construído após a coleta dos dados, contendo as seguintes informações: as características sociodemográficas referentes ao perfil do curador relacionado ao grau do parentesco (companheiro/ cônjuge, filho/ familiares e representante da instituição de longa permanência para idosos - ILPI) e quanto ao perfil do curatelado (idade, escolaridade, sexo, estado civil, profissão segundo a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO). Além da análise da especialidade do médico que emitiu o relatório médico e os itens presentes no relatório médico (descrição e comentários de funcionalidade, se consta o termo "demência", se há descrição do curso e gravidade da demência, a descrição da etiologia e seu tempo de evolução), foi avaliada a existência ou não do estudo psicossocial. No laudo médico pericial foi analisada a especialidade do médico que emitiu o laudo e qual diagnóstico descrito, além da análise da existência de transtornos mentais sobrepostos à síndrome demencial. Foi realizada a análise da concordância entre o diagnóstico descrito no relatório médico e no laudo médico pericial e da avaliação do tempo de tramitação dos processos.

A análise dos resultados foi feita por estatística descritiva, envolvendo média, desvio-padrão, mediana, mínima e máxima. Na comparação das variáveis contínuas

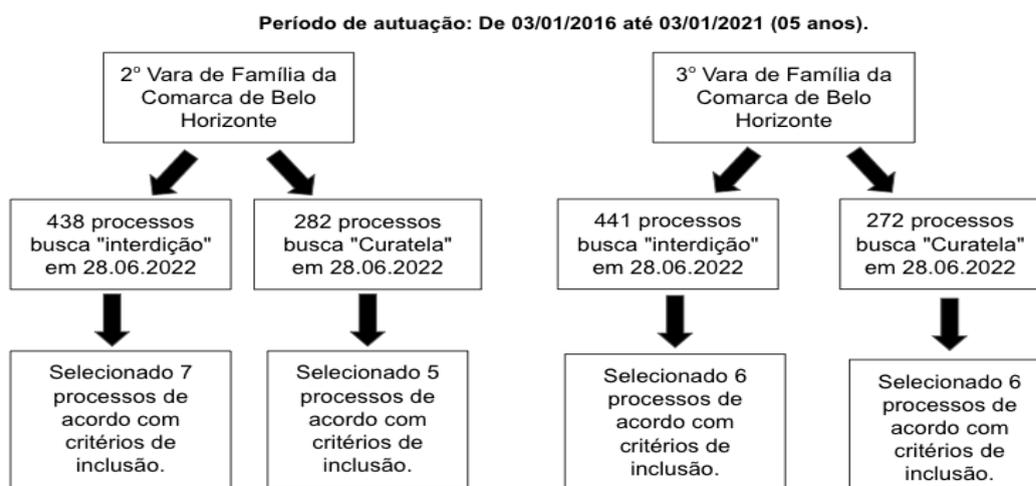
utilizaram-se os testes não paramétricos de Mann-Whitney e o teste Kruskal-Wallis. Para as análises estatísticas foi utilizado o *software* SPSS Versão 20.0 para *Microsoft Windows* (IBM Corp. Released 2011. *International Business Machines – IBM –, Statistical Package for Social Sciences - SPSS - Statistics for Windows, Versão 20.0.* Armonk, NY: IBM Corp).

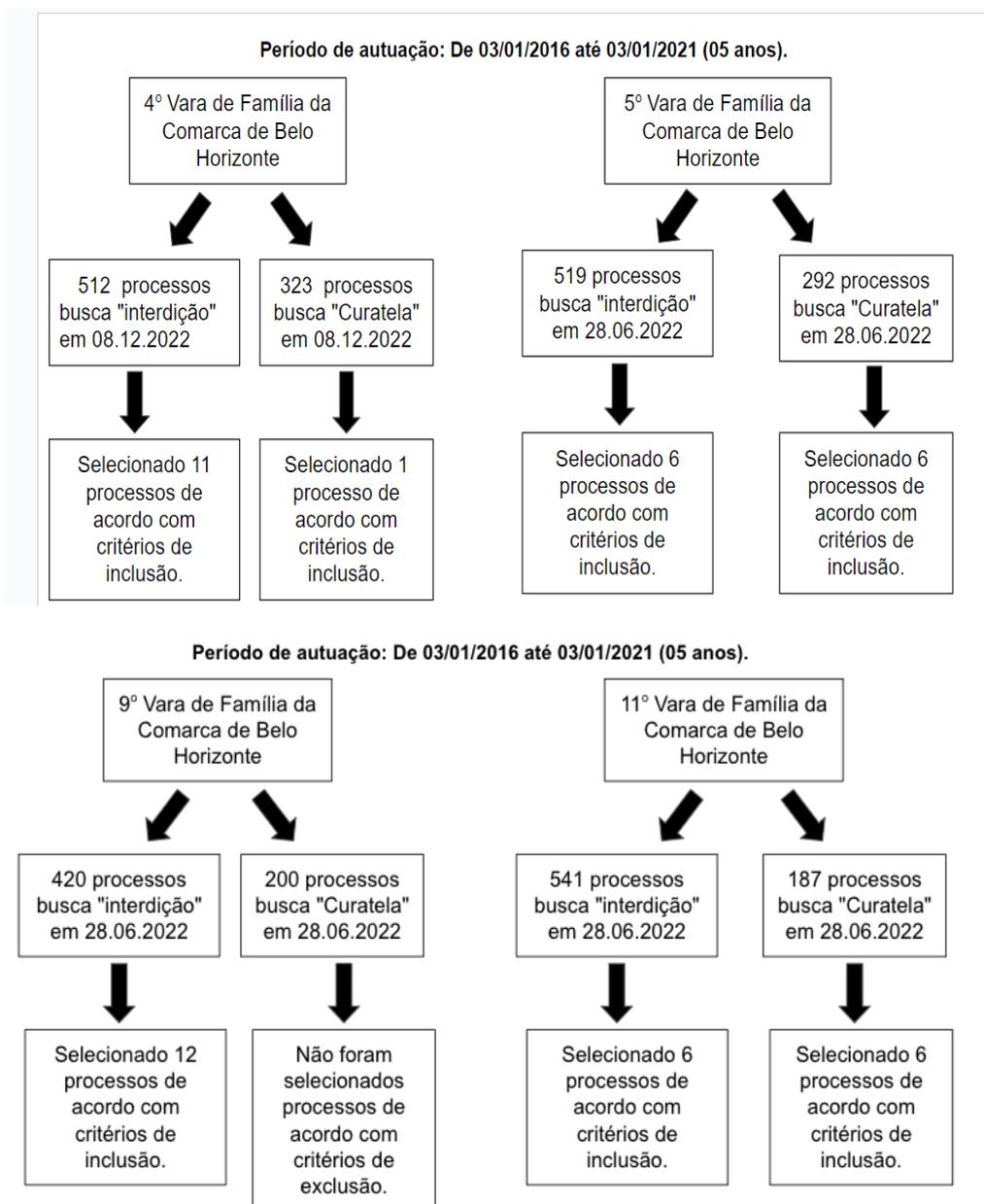
O desfecho primário foi a análise das lacunas de relatórios médicos em relação à descrição clínico-funcional e a descrição e análise da qualidade dos relatórios médicos.

Entre as varas cuja anuência foi dada para participar da pesquisa, 2^a, 3^a, 4^a, 5^a, 9^a e 11^a, segue-se a FIG. 2 autoexplicativa.

Foi realizada a pesquisa com base no item "classe judicial" adicionado ao PJe. A primeira busca utilizava a palavra "interdição" e a segunda a palavra "curatela". Observou-se que o total de processos encontrados na busca com a palavra "interdição" foi superior em todas as varas analisadas. Foram analisados 12 processos de interdição/ curatela por vara, totalizando 72. Respeitando os critérios de inclusão e exclusão, houve variabilidade entre os processos selecionados a partir da busca pela palavra-chave (interdição ou curatela). Houve a necessidade de inclusão desses dois termos, pois se verificou que não havia uniformidade, apesar de se tratar do mesmo processo judicial.

FIGURA 3 – Pesquisa nas 2^a, 3^a, 4^a, 5^a, 9^a e 11^a varas





Fonte: da autora.

Após a seleção dos processos judiciais eletrônicos (PJe) pelos critérios de inclusão, foi realizada pesquisa avaliando os seguintes dados a seguir (APÊNDICE A):

- a) Tempo de tramitação na vara em meses;
- b) grau de parentesco do curador;
- c) perfil sociodemográfico da pessoa a ser curatelada;
- d) em relação aos dados do relatório médico, foram avaliados: especialidade do médico que emitiu o relatório médico (se havia descrição da funcionalidade do

- paciente; se constava o diagnóstico de demência; se havia descrição do curso da demência; se fora descrita e qual a etiologia da síndrome demencial (CID); e se havia descrição tempo de evolução de doença;
- e) em relação ao laudo médico pericial, avaliou-se se houve laudo médico pericial; especialidade do médico que emitiu o laudo médico pericial; a verificação da especialidade do médico que redigiu o relatório médico. Caso houvesse dificuldade na visualização dos dados do carimbo quanto ao nome completo e número do Conselho Regional de Medicina (CRM), foi utilizado o auxílio da identificação da especialidade do médico no *site* <https://portal.cfm.org.br/busca-medicos/>;
 - f) descrição de etiologia da síndrome demencial (CID): se havia relato de transtornos mentais sobrepostos; a sentença final do processo de curatela condiz com o sugerido no laudo médico pericial.
 - g) Quanto à sentença final: abrangência da curatela e comentários na sentença final sobre atos da vida civil.

Foram realizadas as seguintes perguntas aos magistrados (APÊNDICE B).

- a) O Sr.^(a) questiona ao paciente e/ou familiar se há percepção de algum prejuízo de memória (se há algum relato de esquecimento)?
- b) Orientação temporal - O(A) Sr.^(a) pergunta sobre qual dia da semana, dia do mês, mês, ano e hora aproximada?
- c) Orientação espacial - O(A) Sr.^(a) pergunta sobre qual local específico (setor ou sala de audiência ou quarto), instituição (residência ou fórum), bairro ou rua próxima, cidade ou estado?
- d) Dados da atualidade - O(A) Sr.^(a) pergunta sobre notícias recentes da mídia, nome do presidente, nome do prefeito, nome do governador dentre outros?
- e) Dados relacionados à constituição familiar - O(A) Sr.^(a) pergunta sobre nome do cônjuge, companheiro, filhos, netos ou bisnetos?
- f) No caso de um idoso em fase inicial de demência - O(A) Sr.^(a) pergunta e leva em consideração as características pessoais, potencialidades, habilidades, vontades e preferências do curatelado, bem como seu desejo de indicar e/ou escolher um curador/ familiar?

- g) O(A) Sr.(ª) pergunta sobre dificuldade de gerenciamento de finanças, manejo e organização dos medicamentos, se há dificuldade de realizar tarefas domésticas ou de sair sozinho para locais distantes?
- h) O(A) Sr.(ª) pergunta sobre as atividades relacionadas ao autocuidado - se há dificuldade de desempenhar sozinho as tarefas de tomar banho, trocar de roupa, alimentar-se, levar, sentar ou deitar e/ou controle urina e fezes?

A última pergunta permitiu o livre discurso e as ponderações do magistrado sobre suas percepções especificamente nesse tipo de processo judicial: o que o(a) Sr.(ª) considera mais importante durante a entrevista com indivíduo com suspeita de demência no processo de curatela

7 RESULTADOS

7.1 Características sociodemográficas

Foram analisados 72 processos de interdição/curatela no período avaliado, sendo que a idade da amostra teve amplitude com o mínimo de 52 anos e o máximo de 97 anos. Por se tratar de uma distribuição assimétrica, foi utilizada a mediana, em que se observam 82,5 anos (TAB. 1).

A escolaridade, encontrada em 61% dos processos, teve mediana de oito anos.

TABELA 1 - Análise descritiva das variáveis contínuas: idade e escolaridade

Variáveis	n	%	Média	Desvio- Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Idade (anos)	72	100	81,7	9,5	52	82,5	97
Escolaridade (anos)	44	61	8,8	5,7	0	8	20

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: n: número da amostra.

As profissões descritas na amostra foram agrupadas segundo a CBO (TAB. 2). Esse dado foi encontrado em 61% dos processos analisados. Trabalhadores dos serviços e vendedores do comércio em lojas e mercados (costureira, doméstica e do lar) representaram 30,6% da amostra e na mesma proporção (30,6%) a de profissionais das ciências e das artes (professor, psicólogo, revisor de filme,

enfermeiro, veterinário, dentista). Os trabalhadores da produção de bens e serviços e indústrias representaram 5,6% e os trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca e os trabalhadores em serviços de reparação e manutenção representaram 2,8%.

TABELA 2 – Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)

Variáveis	n	%
Membros das Forças Armadas, policiais e bombeiros militares	1	2,8
Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas, gerentes (fiscal de renda, funcionário público - engenheiro e investigador da polícia civil)	7	19,4
Profissionais das ciências e das artes (professor, psicólogo, revisor de filme, enfermeiro, veterinário, dentista)	11	30,6
Trabalhadores de serviços administrativos	2	5,6
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados (costureira, doméstica e do lar)	11	30,6
Trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca	1	2,8
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	2	5,6
Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção	1	2,8
Total	36	100

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: n: número da amostra.

Na análise descritiva das variáveis categóricas (sexo e estado civil da pessoa a ser curatelada e grau de parentesco do possível curador), apurou-se na amostra predomínio do sexo feminino (68,1%), representando o dobro quando comparando com o sexo masculino (31,9%) (TAB. 3).

Em relação ao estado civil, o grupo dos viúvos teve maior representatividade, com 41,7%, seguido por 30,6% de casados e 18,1% de divorciados.

A curatela foi solicitada por filhos ou familiares em 76,4% dos processos analisados, seguido de 19,4% pelo cônjuge ou companheiro e, por último, os representantes da ILPI com 4,2%.

TABELA 3 – Análise descritiva das variáveis categóricas: sexo, estado civil e grau de parentesco

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	49	68,1
Masculino	23	31,9
Estado Civil		
Casado	22	30,6
Divorciado	13	18,1
Solteiro	7	9,7
Viúvo	30	41,7
Grau de Parentesco		
Companheiro/cônjuge	14	19,4
Filhos/familiar	55	76,4
Representante ILPI	3	4,2

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: n: número da amostra.

Foi realizada análise cruzada entre grau de parentesco do curador e o sexo da pessoa a ser curatelada (TAB. 4). Para curatelados do sexo feminino, a nomeação do curador foi na sua maioria para filhas (49%) seguida de curadores filhos (32,7%) e 6,1% de cônjuge/união estável como cuidador.

Por outro lado, para curatelados do sexo masculino, a nomeação do curador foi de 43,4% para cônjuges/união estável como cuidador, seguido de 26% para filhos e 17,4% para filhas.

Tabela 4 - Análise grau do parentesco do curador e sexo do curatelado

Grau de Parentesco do Curador	Sexo do curatelado				Total
	Masculino	%	Feminino	%	
Cônjuge/ União Estável	10	43,4	3	6,1	13
Ex-cônjuge	1	4,3	0	0	1
Filha	4	17,4	24	49	28
Filho	6	26	16	32,7	22
Irmã	1	4,3	2	4,1	3
Representante da ILPI	1	4,3	2	4,1	3
Sobrinha	0	0	2	4,1	2
Total	23	100	49	100	72

Fonte: dados da pesquisa.

7.2 Especialidade médica que emitiu o relatório médico

A especialidade da Geriatria foi a que mais confeccionou relatórios médicos nessa amostra (32%), seguido da Clínica Médica/Atenção Primária à Saúde (CLM/APS) (22,2%) e em terceiro lugar a Neurologia (19,4%) (TAB. 5).

TABELA 5 - Especialidade médica que emitiu relatório médico

Variáveis	n	%
Especialidade do Médico		
Cardiologista	1	1,4
Cirurgia Geral	1	1,4
CLM/APS	17	22,2
Geriatra	23	32
Infectologia	1	1,4
Medicina do trabalho	1	1,4
Nefrologia	1	1,4
Neurologia	14	19,4
Não legível	1	1,4
Oftalmologia	1	1,4
Pediatria	1	1,4
Psiquiatria	8	11,1
Sem especialidade registrada CRM	2	3
Total	72	100

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: n: número da amostra; CLM/APS: Clínica médica/ Atenção primária à saúde e CRM: Conselho regional de medicina.

Fez-se análise cruzada entre a etiologia da demência e a especialidade médica que emitiu o relatório médico (TAB. 6). A Geriatria, seguida da CLM/APS e a Neurologia, foi a especialidade que emitiu os relatórios médicos com maior relato de etiologia da demência de Alzheimer. A Neurologia foi a especialidade em que houve predomínio dos relatórios referentes ao diagnóstico da etiologia de demência vascular.

TABELA 6 - Etiologia da demência e especialidade do médico que emitiu o relatório médico

Etiologia da demência	Especialidade Do Médico Que Emitiu Relatório					Total
	CLM/APS	Geriatra	Neurologia	Psiquiatria	Outras especialidades	
DDA	9	18	8	5	4	44
Demência vascular	1	3	5	2	0	11
Demência mista	1	0	0	0	0	1
Demência frontotemporal	1	1	0	0	1	3
Demência assoc. à DP	1	0	0	0	1	2
Afasia progressiva primária	0	0	0	1	0	1
Cirrose hepática alcoólica	1	0	0	0	0	1
Não especificada	3	1	0	0	5	9
Total	17	23	13	8	11	72

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: DDA - Demência associada a demência de Alzheimer; DP: doença de Parkinson.

7.3 Itens avaliados nos relatórios médicos

A TAB. 7 demonstra se os itens verificados no relatório médico estavam ou não presentes.

TABELA 7 - Análise da presença dos itens avaliados nos relatórios médicos

Variáveis	
Itens dos relatórios médicos	SIM %
Descrição de funcionalidade	47,2
Consta o termo "demência"	91,7
Curso progressivo	11,1
Curso irreversível	7
Curso não informado	40,3
Gravidade CDR 2 - Fase moderada	8,3
Gravidade CDR 3 - Fase avançada	12,5
Descrição de etiologia	87,5
Tempo de evolução da doença	18

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: CDR: Clinical dementia rating.

Apenas 47,2% dos relatórios continham informações acerca da funcionalidade, sendo que 4,2% apresentavam comprometimento de AVDs básicas, 8,3% para AVDs instrumentais e 15,3% comprometimento tanto para AVDs básicas quanto instrumentais (TAB. 8). Aproximadamente 19,4% da amostra descreveram que o curatelando apresentava dependência, porém sem classificá-lo em qual AVD foi acometida, portanto, sendo descrito na tabela como não classificado.

No restante, representado por 52,8%, não foram encontradas informações sobre a funcionalidade nos relatórios médicos.

TABELA 8 - Análise descritiva dos itens dos relatórios médicos

Variáveis	n	%
Funcionalidade		
Não	38	52,8
Sim	34	47,2
Descrição Funcionalidade		
AVDs básicas	3	4,2
AVDs básicas e instrumentais	11	15,3
AVDs instrumentais	6	8,3
Não classificado	14	19,4
Não informado	38	52,8

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: n: número da amostra e AVDs: Atividades de vida diárias.

Considerando o termo demência, em 91,7% dos relatórios médicos ele estava presente e em 8,3% não havia essa alusão (TAB. 9).

TABELA 9 - Relatório médico: análise da presença do termo "demência"

Variáveis	n	%
Consta termo "demência"		
Não	6	8,3
Sim	66	91,7

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: n: número da amostra.

A especificação de curso e de gravidade da demência não foi encontrada em 59,7% dos relatórios, sendo referida como "não informado" (TAB. 10).

Considerando os relatórios com a descrição de gravidade, apenas 20,8% do total dos relatórios apresentaram tal informação, sendo 12,5% na fase avançada/CDR 3 e na fase moderada/CDR 2 em 8,3%.

No registro do curso da doença reportada, 11,1% tinham caráter progressivo, 7% característica irreversível e 1,4% após evento de acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico.

TABELA 10 - Relatório médico: análise, descrição, curso, gravidade e evolução da demência

Variáveis	n	%
Descrição do curso da demência		
GRAVIDADE		
Fase moderada, CDR 2	6	8,3
Fase avançada, CDR 3	9	12,5
OUTROS CRITÉRIOS		
Após evento AVC isquêmico	1	1,4
Progressivo	8	11,1
Irreversível	5	7
Não informado	43	59,7

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: n: número da amostra; CDR: Clinical dementia rating e AVC: Acidente vascular isquêmico.

Em nenhum relatório médico foi encontrada e analisada a avaliação cognitiva objetiva e/ou avaliação neuropsicológica. Também não foi identificada a descrição sobre prejuízos em regulação emocional ou do comportamento por avaliação clínica ou por uso de escalas.

Em relação ao diagnóstico específico, houve o predomínio da DDA (61,1%) (TAB. 11). Em segundo lugar, foram detectadas a demência de etiologia vascular (15,3%) e etiologia não especificada (12,5%).

TABELA 11 - Relatório médico: análise da etiologia da demência

Variáveis		
Descrição etiologia demência	n	%
DDA	44	61,1
Demência vascular	11	15,3
Demência mista	1	1,4
Demência frontotemporal	3	4,2
Demência assoc. à doença de Parkinson	2	2,8
Afasia progressiva primária	1	1,4
Cirrose hepática alcoólica	1	1,4
Não especificada	9	12,5
Total	72	100

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: n: número da amostra e DDA: Demência associada a doença de Alzheimer.

Na análise cruzada entre a etiologia da demência descrita no relatório médico e o sexo da pessoa a ser curatelada, houve predomínio de DDA nas pessoas a serem curateladas do sexo feminino (67,3%) (TAB. 12).

TABELA 12 - Relatório médico: a análise entre etiologia da demência e sexo feminino da pessoa a ser curatelada

Etiologia da demência - Relatório Médico	Sexo	
	Feminino	%
DDA	33	67,3
Demência vascular	6	12,2
Demência mista	1	2
Demência frontotemporal	3	6,1
Demência assoc. à doença de Parkinson	0	-
Afasia Progressiva Primária	0	-
Cirrose hepática alcoólica	0	-
Não especificada	6	12,2
Total	49	100

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: DDA: Demência associada a doença de Alzheimer.

O sexo masculino também predominou na etiologia Alzheimer (47,9%), indicado na TAB. 13.

Tabela 13 - Relatório médico: a análise entre etiologia da demência e sexo masculino da pessoa a ser curatelada

Etiologia da demência - Relatório Médico	Sexo	
	Masculino	%
DDA	11	47,9
Demência vascular	5	21,8
Demência mista	0	-
Demência frontotemporal	0	-
Demência assoc. à doença de Parkinson	2	8,7
Afasia progressiva primária	1	4,3
Cirrose hepática alcoólica (Demência associado ao álcool)	1	4,3
Não especificada	3	13
Total	23	100

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: DDA: Demência associada a doença de Alzheimer.

Outra análise realizada foi correlacionar as pessoas com descrição da etiologia e idade, etiologia e escolaridade (TAB. 14). Pessoas com a DDA eram mais idosos (mediana: 84 anos), enquanto que no grupo de demência etiologia não Alzheimer, a idade mediana foi de 79,5 anos ($p=0,016$). Quanto à escolaridade, não houve diferença ($p=0,547$).

TABELA 14 - Relatório médico: análise cruzada demência na demência na doença de Alzheimer e demência não Alzheimer com idade e escolaridade

Variáveis	DDA			Demências não Alzheimer			Valor p
	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Média	Desvio-Padrão	Mediana	
Idade (anos)	83,9	8,6	84	78,1	10,0	79,5	0,016*
Escolaridade (anos)	8,3	5,8	8	9,4	5,7	8	0,547

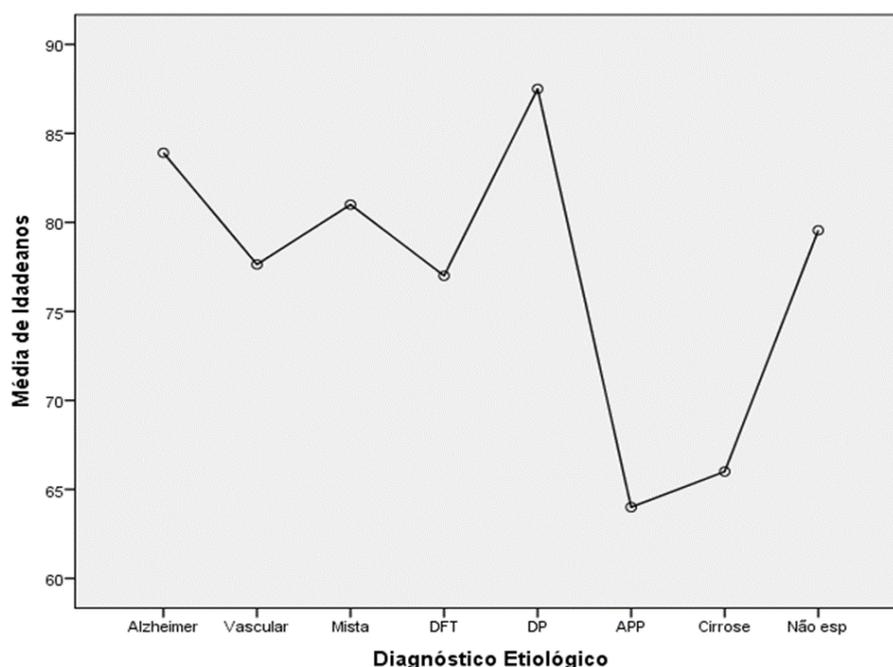
* Teste de Mann Whitney significativo a 5%.

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: DDA: Demência associada a doença de Alzheimer.

No GRÁF. 1 percebe-se o diagnóstico etiológico das demências na doença de Alzheimer mista e associado à doença de Parkinson em pessoas com idade superior a 80 anos. As demências de etiologia vascular, frontotemporal, afasia progressiva primária, cirrose hepática alcoólica e não especificada foram constatadas em pessoas com idade inferior a 80 anos.

GRÁFICO 1 - Diagnóstico etiológico da demência e idade



Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: Alzheimer: Demência de Alzheimer; Vascular: Demência vascular; Mista: Demência mista; DFT: demência frontotemporal; DP - Demência associado à doença de Parkinson; APP: afasia progressiva primária; Cirrose: Encefalopatia hepática e Não esp: Não especificada.

Quanto ao tempo de diagnóstico (em anos), apenas 18% da amostra apresentava tal informação com uma mediana de 4 anos de doença descrita no relatório médico conforme apresentado na tabela 16.

TABELA 15 - Relatório médico: descrição de tempo de evolução da demência

Variáveis	n	%	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Tempo diagnóstico (anos)	13	18	4,5	2,5	2	4	10

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: n: número da amostra.

7.4 Estudo psicossocial

O estudo psicossocial figurou em apenas 29,2% dos processos analisados (TAB. 16).

TABELA 16 - Avaliação do estudo psicossocial

Variáveis	n	%
Não	51	70,8
Sim	21	29,2

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: n: número da amostra.

7.5 Laudo médico pericial

A TAB. 17 mostra a análise referente aos dados do laudo médico pericial. A especialidade médica psiquiatria emitiu 95,8% dos laudos médicos periciais.

Na etiologia referida no laudo médico pericial, 52,8% foram de DDA seguido de 29,2% de demência não especificada, 8,3% de demência vascular e 4,2% de demência frontotemporal.

TABELA 17 - Laudo médico pericial: análise da especialidade médica que emitiu laudo e descrição da etiologia da demência

Especialidade do médico que emitiu laudo	n	%
Medicina Esportiva	2	2,8
Psiquiatria	69	95,8
Sem especialidade registrada	1	1,4
Qual etiologia descrita no laudo?		
Afasia progressiva primária	1	1,4
Demência vascular	6	8,3
Demência associado à doença de Parkinson	2	2,8
Demência frontotemporal	3	4,2
Demência mista	1	1,4
DDA	38	52,8
Demência não especificada	21	29,2

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: n: número da amostra; DDA: Demência associada a doença de Alzheimer.

Outra análise realizada foi correlacionar que as pessoas com etiologia de demência de Alzheimer no laudo médico pericial apresentaram maior idade (mediana: 85,5 anos), enquanto que no grupo de demência etiologia não Alzheimer, a idade mediana foi de 78 anos ($p < 0,001$).

A avaliação entre DDA e etiologia não Alzheimer com escolaridade acusou mediana de oito anos para etiologia não Alzheimer e de quatro anos para etiologia Alzheimer ($p=0,137$).

TABELA 18 - Laudo médico pericial: análise cruzada demência de Alzheimer e DDA com idade e escolaridade

Variáveis	DDA			Demências etiologia não Alzheimer			Valor p
	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Média	Desvio-Padrão	Mediana	
Idade (anos)	85,4	7,2	85,5	77,5	10,1	78	<0.001*
Escolaridade (anos)	7,6	5,7	4	10,0	5,6	8	0,137

* Teste de Mann Whitney significativo a 5%.

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: n: número da amostra e DDA: Demência associada a doença de Alzheimer.

Na TAB. 19 verifica-se a análise no laudo pericial quanto à existência de transtornos mentais sobrepostos à síndrome demencial, encontrados em 5,6% dos processos.

TABELA 19 - Laudo médico pericial: análise da existência dos transtornos mentais sobrepostos à síndrome demencial

Variáveis	n	%
Esquizofrenia	1	1,4
Transtorno afetivo bipolar	1	1,4
Transtorno depressivo	1	1,4
Transtornos mentais e comportamentais	1	1,4
Não informado	68	94,4

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: n: número da amostra.

7.6 Concordância entre o laudo médico pericial e relatório médico

Quando comparada a descrição da doença, o relatório médico classificou 61,1% com diagnóstico de DDA e o laudo pericial 52,8% (TAB. 21).

TABELA 20 - A etiologia da demência de Alzheimer descrita no relatório médico e no laudo pericial

Variáveis	n	%
DDA e Relatório médico		
Não	28	38,9
Sim	44	61,1
DDA e Laudo médico pericial	n	%
Não	34	47,2
Sim	38	52,8

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: n: número da amostra e DDA: Demência associada a doença de Alzheimer.

A TAB. 21 demonstra a acurácia do relatório médico em relação ao laudo pericial. O diagnóstico e etiologia da demência contidos no laudo pericial foram considerados as avaliações de referência para o processo. A sensibilidade foi de 89,5% e a especificidade de 70,6% do relatório médico perante o laudo pericial.

O coeficiente de Kappa foi de 0,6063, indicando concordância moderada entre o diagnóstico de DDA no relatório médico e no laudo pericial.

TABELA 21 - Acurácia do diagnóstico de DDA no relatório médico comparado com laudo pericial

Parâmetros		%
Sensibilidade	Pr(+ D)	89,5%
Especificidade	Pr(-~D)	70,6%
Valor preditivo positivo	Pr(D +)	77,3%
Valor preditivo negativo	Pr(~D -)	85,7%
Classificado corretamente		80,6%
Kappa (LANDIS; KOCH, 1977)		0,6063

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: DDA: Demência associada a doença de Alzheimer.

A TAB. 22 ressalta a porcentagem de relatórios médicos e laudos periciais que apresentaram o uso de códigos da CID 10. Estes foram 66,7% nos relatórios médicos e 94,4% nos laudos periciais.

TABELA 22 - Diagnóstico de demência de Alzheimer e CID descrito no relatório médico e laudo médico pericial

Variáveis	n	%
Descrição do código da CID 10 no Relatório médico		
Não	24	33,3
Sim	48	66,7
Descrição do código da CID 10 no Laudo pericial		
Não	4	5,6
Sim	68	94,4

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: n: número da amostra e CID 10: Classificação internacional de doenças 10ª revisão.

7.7 Tempo de tramitação

O tempo de tramitação do processo (em meses) na amostra obteve mediana de 20 meses (TAB. 24).

TABELA 23 - Análise descritiva das variáveis contínuas (numéricas)

Variáveis	n	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Tempo de Tramitação (meses)	72	23,1	12,2	4	20	58

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: n: número da amostra.

A vara D apresentou a maior mediana de 29 meses do período de tramitação do processo de interdição/ curatela (TAB. 24).

TABELA 24 - Análise das varas de família da comarca de Belo Horizonte

Vara	n	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Valor p
A	12	19,9	16,1	19,5	5	58	0,022*
B	12	16,8	7,0	13,5	8	31	
C	12	26,2	13,7	24,5	4	48	
D	12	31,2	11,8	29	12	49	
E	12	23,4	11,0	14	12	50	
F	12	21,2	8,2	20	8	36	
Total	72	23,1	12,2	20	4	58	

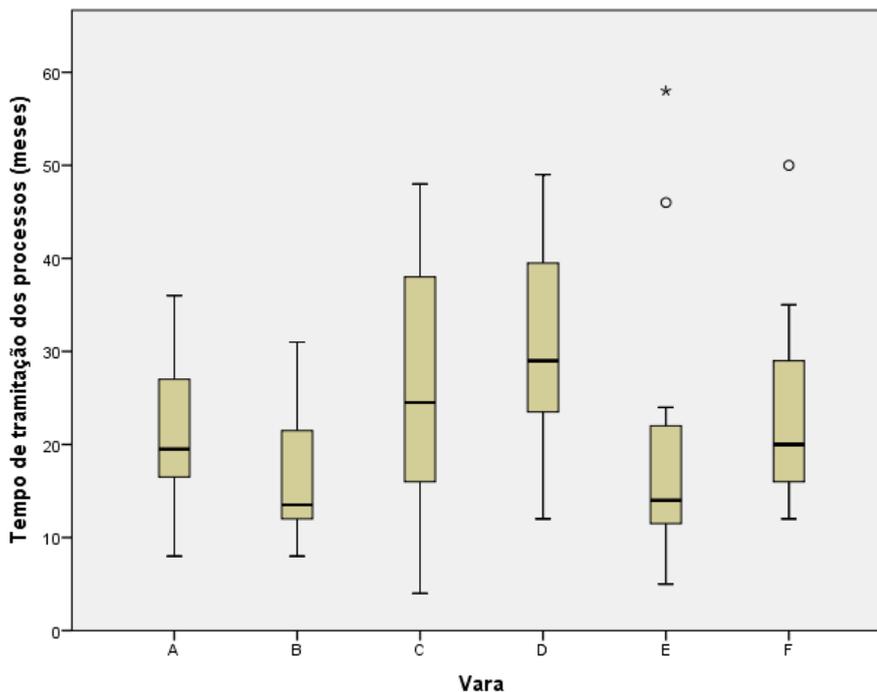
* Teste de Kruskal-Wallis significativo a 5%.

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: n: número da amostra.

No gráfico *box-plot* as varas B e D apresentaram resultado estatisticamente significativo, cujas medianas foram, respectivamente, 13,5 e 29 meses, referente ao período de tramitação desses processos (p=0,022).

GRÁFICO 2 – Análise do tempo de tramitação dos processos de curatela nas varas de família avaliadas



Fonte: dados da pesquisa.

Na análise entre tempo de tramitação e idade inferior e superior a 80 anos. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa no tempo de tramitação entre pessoas com idade inferior a 80 anos e superior a 80 anos ($p=0,747$).

7.8 Abrangência da sentença final

A sentença final proferida pelo juiz apresentou em 100% dos processos de curatela analisados, o nível de restrição da capacidade civil da pessoa a ser curatelada com caráter total.

7.9 Entrevistas com magistrados

Foram realizadas entrevistas com os(as) magistrados(as) do TJMG das varas de famílias analisadas na comarca de Belo Horizonte. A 2ª, a 3ª, a 4ª, a 5ª, a 9ª e a 11ª foram nomeadas por letras aleatórias e sem sequência predefinida. As solicitações foram para a realização de uma entrevista semiestruturada presencial e que foram gravadas quando realizadas. As varas A, C e D concederam entrevista

presencial. Quando não foi possível realizar presencialmente, os(as) magistrados(as) responderam o questionário eletrônico.

A média do tempo de magistratura foi de 21,5 anos de desempenho da profissão, sendo que o magistrado com menor tempo na carreira tinha 16 anos e 26 anos para o profissional com maior tempo.

O tempo de jurisdição em varas de família teve média de 13,6 anos com profissionais com pouco tempo específico nessa jurisdição (2,5 anos) até profissionais com tempo maior (26 anos).

Todos os magistrados responderam que fazem perguntas sobre prejuízo de memória, orientação temporal, espacial, dados da atualidade, dados sobre constituição familiar e sobre desempenho de atividades de vida diárias instrumentais (TAB. 25). Outra pergunta que todos fazem a pacientes com fase inicial de demência é sobre seu desejo de indicar e/ou escolher um curador/ familiar.

Todos informaram perguntar sobre as atividades de vida diária instrumentais, enquanto em relação às básicas somente um(a) juiz(a) respondeu que não (16,7%).

Tabela 25 - Assuntos abordados durante a entrevista do magistrado com a pessoa a ser curatelada

	Sim	Não
Prejuízo de memória	100%	-
Orientação temporal	100%	-
Orientação espacial	100%	-
Dados da atualidade	100%	-
Constituição familiar	100%	-
Fase inicial de demência, são levadas em consideração as características pessoais, potencialidades, habilidades, vontades e preferências do curatelado.	100%	-
AVDs instrumentais	100%	-
AVDs básicas	83,3%	16,7%

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: AVDs: Atividades de vida diárias.

Foi realizada transcrição das falas dos(as) magistrados(as) quando questionados sobre o que consideram mais importante durante a entrevista com a pessoa com suspeita de demência no processo de curatela. Não foi procedida a análise de discurso, apenas descrição das falas dos magistrados de forma a exemplificar os achados deste trabalho.

Os principais temas abordados foram gerenciamento de finanças, oferta do cuidado à pessoa portadora de demência no processo de curatela, a avaliação

cognitiva, a orientação temporal, espacial, dados da atualidade, além de qual abrangência da sentença final e o melhor documento que representa o curatelado naquele momento.

Destaca-se um magistrado, frente à organização das entrevistas na sua agenda de forma individualizada e sua visão humanizadora e empática referente aos processos de curatela.

Esses temas serão detalhados e descritos na discussão.

8 DISCUSSÃO

8.1 Características sociodemográficas

A incidência de demência aumenta exponencialmente com a progressão da idade. Ela pode dobrar, a cada 6,3 anos, de 3,9 por 1.000 pessoas-ano na idade entre 60 e 64 anos a 104,8 por 1.000 pessoas-anos nos indivíduos com idade superior a 90 anos (PRINCE *et al.*, 2015). Importante mencionar que vários estudos recentes relataram que em diferentes países a prevalência e a incidência de demência permaneceram estáveis ou em declínio. Isso foi atribuído a modificações dos fatores de risco e proteção relacionados às condições e estilo de vida, escolaridade e disponibilidade de acesso à saúde (GAUTHIER *et al.*, 2022).

Cortes-Canteli (2020) refere que a demência de Alzheimer é uma doença progressiva que afeta 10% da população com idade maior de 65 anos. Leatherman e Goethe (2009) destacam que os psiquiatras são cada vez mais propensos a buscar informações sobre curatela e tomada de decisão apoiada devido a esse rápido crescimento da população idosa mais vulnerável suscetível a possíveis abusos, o que pode justificar o aumento do número de ações ajuizadas para solicitação de curatela.

Na amostra, a idade foi considerada a que constava na petição inicial e apresentou mediana de 82,5 anos.

Cintra (2017) documenta, em estudo brasileiro, na análise variada da conversão de comprometimento cognitivo leve tipo amnésico para demência, que houve significância estatística relacionada à idade [risco relativo - RR: 1,08 (intervalo de confiança - IC95% 1,02–1,14), valor $p = 0,038$]. A idade média encontrada foi de

78,5 anos. Esse dado poderia indicar a idade média do diagnóstico de demência no Brasil.

Alguns fatores, intuitivos da pesquisadora, podem estar relacionados a um início tardio dos processos de curatela. Se o diagnóstico tardio ocorreu por pouca ou nenhuma informação médica partilhado com familiares quanto à história natural da demência, sua evolução e possíveis desfechos e sua correlação com a necessidade de uma futura curatela. Ou, talvez, se a família demorou para dar entrada na curatela por sobrecarga no cuidado ou negação da doença.

Dentre os fatores que podem contribuir para o ajuizamento tardio dos processos de curatela estão a dificuldade prática no trâmite da solicitação da curatela e o medo do dever de prestar contas. A solicitação da curatela e suas implicações e dificuldades posteriores à decisão judicial como exemplo: a necessidade de vender um patrimônio para pagar contas no decorrer da evolução da doença.

Importante enfatizar que a idade não deve ser um fator de risco avaliado de forma isolada. Existem fatores que podem reduzir o risco de demência, mesmo entre indivíduos com predisposição genética, tais como exercício físico, atividades de lazer ou estimulação intelectual desempenhadas ao longo da vida (LIVINGSTONE *et al.*, 2017).

A baixa escolaridade é tida como ausência de ter cursado o ensino médio (LIVINGSTON *et al.*, 2017). A amostra em questão demonstra mediana de oito anos de escolaridade, o que representa quase a totalidade do curso do ensino fundamental (nove anos).

Baixa escolaridade e analfabetismo são questões globais muito prevalentes, especialmente em países de baixa e média renda (GAUTHIER *et al.*, 2021). Portanto, surgem os desafios dos números crescentes desse perfil de paciente com comprometimento cognitivo associado.

Livingston *et al.* (2017) alertam que há alto risco atribuível de demência na população, devido à sua elevada prevalência mundial estimada em 40%, e que o fator de risco baixa escolaridade está associado ao risco relativo (RR) de demência de 1,59 (IC 95%: 1,26–2,01).

O baixo nível educacional resulta em maior vulnerabilidade ao declínio cognitivo, porque resulta em menor reserva cognitiva. Quanto maior essa reserva,

mais possibilidade de manter a funcionalidade da pessoa intacta por maior tempo, apesar da doença cerebral já estar presente (LIVINGSTON *et al.*, 2017).

Nesse sentido, observou-se uma correlação da idade e da escolaridade desse estudo com a amostra descrita. O perfil da amostra foi idosos com mediana de 82,5 anos e escolaridade 8 anos.

A história ocupacional da pessoa a ser curatelada foi avaliada e encontrada em 50% dos processos analisados, na maioria das vezes descrita na petição inicial ou no laudo médico pericial. As profissões relatadas na amostra foram organizadas de acordo com a Classificação Brasileira das Ocupações (CBO). Os profissionais das ciências e das artes, na amostra representados pelas profissões de professor, psicólogo, revisor de filme, enfermeiro, veterinário e dentista, estiveram presentes em 30,6%. Os membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes, na amostra representados por fiscal de renda, funcionário público, engenheiro e investigador da polícia civil apareceram em 19,4%. Em 5,6% da amostra foram alocados os trabalhadores de serviços administrativos e em 2,8% os membros das Forças Armadas, policiais e bombeiros militares.

Os demais da amostra, que somam 41,6%, foram distribuídos em trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercado, destacados na amostra como costureira, doméstica e do lar, que tiveram predominância de 30,6%. Seguiram-se 5,6% dos trabalhadores da produção de bens e serviços indústrias e 2,8% tanto entre os trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca e os trabalhadores em serviços de reparação e manutenção.

As mulheres são mais suscetíveis e relativamente mais desfavorecidas no que diz respeito à educação, oportunidades de carreira ao longo da vida e renda (ativos e na velhice, direitos à pensão) (PRINCE *et al.*, 2015). Como já revelado pelos dados do Censo 2018, no Brasil a expectativa de vida para mulheres é de 84,2 anos, sendo superior à dos homens, 80,6 anos (IBGE, 2018). Na amostra houve predomínio do sexo feminino (68,1%) confrontado com 31,9% do sexo masculino, o que é mais que o dobro. Nessa perspectiva, infere-se que na amostra houve maior representatividade de mulheres idosas com demência, talvez pelo avançar da idade estar correlacionado com aumento dos fatores de risco para a doença.

Seguindo a mesma análise, a amostra relata parcela maior de viúvos (41,7%) frente a 30,6% de casados, 18,1% de divorciados e 9,7% de solteiros.

Nessa avaliação, percebe-se que a amostra era formada na sua maior parte por idosas, de alta escolaridade, mulheres e viúvas.

Women and Dementia - A global research review, 2015, indica que a demência afeta desproporcionalmente as mulheres em todas as regiões do mundo. Em muitos países, há expectativas de que as famílias irão cuidar de parentes mais idosos, incluindo aqueles com demência. Quanto ao perfil do cuidador, essa expectativa geralmente se estende ao fato de serem as mulheres da família que assumem esse papel diretamente e representam cerca de dois terços dos cuidadores principais, tanto no desempenho de atividades informais quanto formais.

Prince *et al.* (2015) argumentam que sim, o cuidado de pessoas com demência também é predominantemente prestado por mulheres, porém homens e mulheres se aproximam do cuidar, enfrentar e buscar apoio de diferentes maneiras.

Além do fardo do cuidado do paciente portador de demência, a prestação de contas para curador pode ser uma demanda a mais. Em determinadas situações pode o juízo isentar o curador de prestação de contas.

Quanto ao grau de parentesco do curador que solicitou a curatela na amostra, 76,4% foi de filhos/familiares, seguido de 19,4% de companheiro/cônjuge e por último os representantes da ILPI com 4,2%.

O grau de parentesco do curador não correspondeu à ordem de preferência descrita no artigo 747 do Novo Código de Processo Civil. Nesse documento a interdição pode ser promovida pelo cônjuge ou companheiro; pelos parentes ou tutores; e pelo representante da entidade em que se encontra abrigado o interditando.

Portanto, o que foi encontrado na amostra não era inesperado. Ela foi constituída na sua grande parte por mulheres e, portanto, na sua maioria viúvas. Tendo em vista a maior expectativa de vida da mulher (IBGE, 2018), em um casal, observa-se que a mulher cuida do esposo e depois quem cuida da mulher são os filhos.

Já na situação dos idosos portadores de demência, institucionalizados pelo contexto de insuficiência familiar e ausência de quem irá prover o cuidado, podem-se citar os presidentes das ILPIs públicas, que solicitam e representam esses idosos, muitas vezes inseridos em um âmbito de importante fragilidade sociofamiliar. Em geral, é o diretor da instituição que irá ficar como responsável,

sendo designada a curatela à pessoa física e não à jurídica. Caso ocorra troca de diretores, será necessária a troca em todas as curatelas também.

Foi realizada análise cruzada entre o grau de parentesco do curador e o sexo da pessoa a ser curatelada. Essa avaliação se torna importante, pois, como já foi mencionado, a amostra teve predomínio do sexo feminino com nomeação na sua maioria de filhas curadoras (49%), seguido por filhos (32,7%).

Quando foi avaliado o sexo masculino da pessoa a ser curatelada, verifica-se que o perfil do curador é na maioria o cônjuge/união estável (43,5%).

8.2 Especialidade médica que emitiu o relatório médico

Para a coleta de dados foi analisado o primeiro relatório, laudo ou declaração médica juntado na petição inicial do processo de curatela. Um fato importante a ser abordado foi a dificuldade em entender as informações consignadas, o que pode ser solucionado com impressão dos relatórios médicos.

Na amostra houve 1,4% de relatório médico em que não foram legíveis o nome e o CRM do médico.

As especialidades médicas encontradas foram Geriatria, Atenção Primária à Saúde/Clínica médica, Neurologia, Psiquiatria e um grupo formado pelas outras especialidades, que continham Cardiologia, Cirurgia Geral, Infectologia, Medicina do Trabalho, Nefrologia, Oftalmologia, Pediatria, além de um relatório em que não foi possível verificar a especialidade médica pela ausência de legibilidade do nome e do CRM do médico relator.

Na amostra avaliada, a especialidade da Geriatria predominou na confecção dos relatórios médicos (31,9%), seguido da Medicina de Família e Comunidade (22,2%) e em terceiro lugar a Neurologia (19,4%).

No entanto, o *World Alzheimer Report 2021* relata ênfase crescente no diagnóstico precoce para permitir que as pessoas com demência tenham acesso a intervenções preventivas para retardar a perda cognitiva e melhorar a qualidade de vida. A política global recomendou que a atenção primária deva ter papel mais expressivo tanto na avaliação pré-diagnóstica quanto na gestão em longo prazo da demência (GAUTHIER *et al.*, 2021). Talvez isso possa levantar questões importantes quanto à necessidade da capacitação da equipe multiprofissional da atenção primária para a realização do diagnóstico precoce de demência nesse cenário.

Na análise cruzada entre a etiologia da demência e a especialidade médica que emitiu o relatório médico, a Geriatria, seguida da Atenção Primária à Saúde/Clínica Médica, da Neurologia e da Psiquiatria, foi a especialidade nessa ordem crescente que realizou a emissão dos relatórios médicos com maior relato de etiologia da demência de Alzheimer. Já foi aqui assinalado por Gauthier *et al.* que a atenção primária deve ser o local e a especialidade médica em que se deve priorizar o diagnóstico da demência de Alzheimer.

Nas especialidades médicas de Neurologia, seguida da Geriatria e da Psiquiatria, houve predomínio dos relatórios médicos referentes ao diagnóstico de demência por etiologia vascular. Esse fato pode ser justificado, pois a faixa etária dos pacientes atendidos pela Neurologia é mais jovem, menor de 60 anos, comparado à população geriátrica. Conforme dados da literatura supracitada, as alterações vasculares podem preceder ou acompanhar a demência de Alzheimer.

A demência frontotemporal (DFT) abrange um grupo de doenças neurodegenerativas caracterizadas por comprometimento progressivo no comportamento, função executiva ou linguagem. Ela é um tipo comum de demência, particularmente em pacientes menores de 65 anos (BANG *et al.*, 2015). Nessa faixa etária pode-se atribuir maior busca da especialidade da Neurologia, como antes mencionado, porém não foi o que o presente estudo evidenciou. Os três casos de DFT foram aludidos pela APS/CLM, Geriatria e outras especialidades.

Importante salientar a diferença que ocorre no acesso ao atendimento médico especializado. Em se tratando do Sistema Único de Saúde (SUS), há dificuldade na marcação de primeiras consultas, seguimento e até mesmo na realização de exames laboratoriais e de neuroimagem para concluir o diagnóstico e tratar de forma adequada o paciente. Já na rede suplementar de saúde, a partir dos planos de saúde ou particular, pode-se facilitar e viabilizar acesso ao diagnóstico e tratamento de forma mais rápida e certa. Isso pode acarretar a diferença do cuidado ofertado à pessoa portadora de demência.

8.3 Itens avaliados nos relatórios médicos

Em relação às informações dos relatórios médicos, foram analisadas as descrições da funcionalidade e de seus impactos, se houve relato do termo "demência", o seu curso, a gravidade, a etiologia e o tempo de evolução. Em muitos

relatórios médicos essas informações foram difíceis de serem coletadas, considerando-se a grafia do profissional. Realça-se a necessidade de os relatórios médicos serem impressos para evitar erros de entendimento pela compreensão da escrita. Ex: CID 10 430.0 em vez de G30.0, o que dificulta e muda completamente a informação.

O relatório médico deve ser redigido de forma clara e objetiva pelo médico que assiste e acompanha o indivíduo, visando nortear e auxiliar a decisão judicial de acordo com o melhor interesse ao paciente (GAUTHIER *et al.*, 2021).

No relatório médico, deve ser abordada a funcionalidade do paciente (GAUTHIER *et al.*, 2021). De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5), os critérios para transtorno neurocognitivo maior (demência) incluem: evidências da história e da avaliação clínica que indicam declínio cognitivo significativo em pelo menos um dos domínios cognitivos (aprendizagem e memória, linguagem, função executiva, atenção complexa, função perceptivo-motora, cognição social) que leve à perda de independência para a realização das atividades da vida diária, ou seja, nas incapacidades cognitivas por síndromes demenciais há impacto na funcionalidade, em que os pacientes deixam de executar atividades de vida diária.

Afirma-se novamente que o relatório possui natureza preliminar e não deve ser conclusivo, sendo informativo de elementos indiciários. Destaca-se, porém, a importância do papel médico, que não deve temer fazê-lo, redigindo informações verdadeiras e fidedignas sobre a doença e suas repercussões na vida da pessoa portadora de demência.

Na amostra analisada, somente 47,2% apresentaram descrição de funcionalidade, sendo 4,2% para comprometimento de AVDs básicas, 8,3% para AVDs instrumentais e 15,3% para comprometimento tanto para AVDs básicas quanto instrumentais. Os 19,4% dos relatórios que descreveram dependência para AVDs sem classificar aquelas acometidas, portanto, categorizaram como não classificadas.

Significativa parcela dos relatórios médicos (52,8%) não informou sobre a funcionalidade do paciente. Importante lembrar que, conceitualmente, de acordo com os critérios do transtorno cognitivo maior (DSM 5), a demência resulta na perda de independência para AVDs e na necessidade do cuidado e do apoio de familiares. Esse deve ser um item importante a ser descrito no relatório médico, para esclarecer ao juiz o impacto da doença em pauta na vida da pessoa a ser curatelada.

Como já reportado, no Código Civil Brasileiro não há menção a quais são os atos da vida civil. Em especial, no idoso portador de demência, pode-se atribuir que as atividades de vida diária podem representar o impacto que a doença pode gerar e sua dificuldade de desempenhar os atos da vida civil.

Não há convergência de termos entre os atos da vida civil e as atividades de vida diárias instrumentais. Na prática médica, em especial geriátrica gerontológica, utilizam-se escalas de avaliação. A escala Lawton-Brody é uma das mais utilizadas em nosso meio e avalia as atividades de vida instrumentais desempenhadas no domicílio e/ou na comunidade. Quanto maior o escore, maior o grau de dependência (LAWTON; BRODY, 1969). Outra escala também aplicada para AVDs instrumentais é a *Functional Activities Questionnaire-Pfeffer* (FAQ-Pfeffer), realizada em entrevista com cuidador/familiar, em que 10 itens avaliam atividades desempenhadas no dia a dia e pontuações mais altas refletem mais dependência do paciente (PFEFFER *et al.*, 1982).

O Código de Processo Civil (Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015) e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015) contemplam o plano de curatela com uma visão mais restrita e específica, de acordo com as necessidades do curatelado.

Esse Estatuto reitera o direito à equidade e não discriminação, adotando uma visão humanizadora, pelo reconhecimento da capacidade civil essencial à pessoa com deficiência. Nesse sentido, permite que se trace um plano de apoio para as suas decisões, bem como que a pessoa pleiteie a sua própria curatela, devendo sua vontade e preferências serem levadas em conta na escolha do curador. Menezes (2015) exemplifica a doença em pauta:

É também oportuno e plenamente compatível a principiologia da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD) e a Constituição Federal permitirem uma prévia indicação do curador pela pessoa que sabe que perderá integralmente o seu discernimento, como aquelas que estão no estágio inicial de doenças como o Alzheimer. Fariam a indicação por documento autêntico, firmando uma curatela por vontade antecipada ou auto curatela (MENEZES, 2015, p. 26).

O Estatuto da Pessoa com Deficiência, uma legislação mais moderna e atual, restringe de forma específica a abrangência do instituto da curatela, previsto no Código Civil Brasileiro. Não há conflito aparente de leis, mas sim uma modificação

do próprio instituto da curatela, que passa a ser regido tanto pelo Código Civil Brasileiro quanto pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência.

Esse estatuto, no artigo 85, rege que a curatela afeta os atos relacionados aos direitos de natureza negocial. Para exemplificar, sobre o limite do gerenciamento das finanças por parte da curadora, pode-se atribuir a receber benefícios/rendimentos, a movimentar contas bancárias, mas não poderá fazer empréstimos nem levantar aplicações financeiras, sem autorização do juízo.

Na sequência da avaliação dos itens dos relatórios médicos, em 91,7% foi constatado o relato da palavra "demência". Por outro lado, em 8,3% dos documentos não havia essa menção, mas sim o uso de diagnóstico ou terminologia equivocada ou ultrapassada, tais como esclerose, esquecimento senil, mal de Alzheimer, entre outros.

A DDA apresenta caráter gradual, progressivo e irreversível. Na literatura mundial e na prática clínica, um dos principais instrumentos de classificação de gravidade é a *Clinical Dementia Rating* (CDR). Esse instrumento classifica a demência em leve/inicial, moderado e grave/avançado (MONTAÑO; RAMOS, 2005). Nessa análise, pode-se atribuir a um perfil de paciente em fase grave/CDR 3 (12,5%) e fase moderada/CDR 2 (8,3%), o que talvez mostre uma busca tardia para solicitação da curatela nesses pacientes. Outro ponto a ser discutido é que a CDR é uma classificação específica para DDA e pode ter ocorrido ausência do relato do CDR nos processos relacionados a essa etiologia. Ou talvez os demais processos não tenham citado o CDR por se tratar de outra etiologia de demência.

Não houve pacientes classificados como fase leve/CDR 1. Alguns motivos podem ser levantados, se o especialista emitiu o relatório médico e não descreveu o CDR 1 ou se nessa fase da doença não se orienta a busca por uma curatela, por se tratar de fase inicial.

A literatura internacional revela que determinar que as pessoas são incapazes de cuidar de si por incapacidade mental não é um procedimento claramente definido. A legislação específica de cada estado, referente aos Estados Unidos da América, estabelece os requisitos legais para a curatela. Para a maioria dos estatutos estaduais, estabelecer a incapacidade ou a incompetência é mais do que simplesmente ter um médico fornecendo um diagnóstico médico ou psiquiátrico (KANE, 2001).

Em relação ao curso da doença, 11,1% dos relatórios apresentavam a anotação de caráter progressivo, 7% de característica irreversível e 1,4% após evento de acidente vascular encefálico (AVC) isquêmico.

Importante realçar que nem todas as demências são progressivas, podendo se apresentar de forma súbita e aguda, exemplificadas após evento de traumatismo cranioencefálico ou após episódio de AVC. Apesar de controverso, há relato de demências potencialmente reversíveis na literatura, que podem evoluir com melhora após tratamento da condição clínica de base, como: insuficiência renal e/ou hepática, alterações tireoidianas (hipo e hipertireoidismo), hidrocefalia de pressão normal, hematoma subdural crônico, tumores cerebrais, entre outros.

As informações sobre curso e gravidade da demência não foram encontradas em 59,7% dos relatórios. O relatório médico faz parte de uma petição inicial no processo de curatela e, portanto, mostra qual repercussão a doença gera na vida daquele paciente é uma informação fundamental para auxiliar o magistrado na decisão de uma possível curatela provisória.

Para exemplificar a importância do relatório médico para a curatela provisória, destaca-se um dos trechos das entrevistas com os magistrados realizadas nesta pesquisa.

“O relatório médico é importante só para deferir a liminar, a provisória. Ele oferece indícios para deferir uma curatela provisória. Depois da entrevista com juiz e com o laudo pericial, é que eu vou dar a sentença” [Magistrado(a) - Vara C].

Demência é um termo descrito como "guarda-chuva", que abrange várias causas que podem resultar no prejuízo de memória e habilidades do pensamento e interferir nas tarefas da vida diária. Estimativas descritas pela *Alzheimer Association* (AZL, 2023) descrevem que 60-80% correspondem à etiologia por doença de Alzheimer, 5-10% por corpos de Lewy, 5-10% por demência vascular e 5-10% por frontotemporal (ALZ, 2023). Na amostra observou-se predomínio do diagnóstico por demência por doença de Alzheimer (61,1%), o que coincide com dados da literatura. A etiologia da demência vascular ficou na segunda posição, em 15,3% da amostra, seguida da demência frontotemporal, com 4,2%.

Deve-se atentar que a prevalência da etiologia de demência vascular em nosso meio pode ser maior. Isso se confirma na publicação do artigo referente ao

banco de cérebros do Grupo Brasileiro de Estudos do Envelhecimento do Cérebro. Foi verificada amostra, selecionada aleatoriamente, *post mortem* de 206 casos de demência (119 mulheres; média de idade 75,6 anos; 69,4% caucasianos). O diagnóstico de demência foi estabelecido por meio de uma entrevista *post mortem* com um informante, incluindo escalas semiestruturadas e questionários validados para avaliação com um informante. O exame neuropatológico foi realizado com base em critérios aceitos, utilizando-se imuno-histoquímica. A demência vascular foi definida como a existência de grandes infartos ou pelo menos alterações microvasculares moderadas em três áreas estratégicas e foi diagnosticada em 46,8% dos casos (sendo 22,4% como achado único). A DDA foi encontrada em 33,6% dos casos (GRINBERG *et al.*, 2009).

Já Suemoto *et al.*, 2017 em seu estudo transversal, descreveu variáveis clínicas e neuropatológicas relacionadas ao comprometimento cognitivo em 1.092 participantes (idade média = 74 anos, 49% homens, 69% brancos e escolaridade média = 4 anos). Nesse caso, o resultado apontou que o diagnóstico neuropatológico mais comum foi DA isoladamente, ou em combinação com outros diagnósticos neuropatológicos, que esteve presente em 240 indivíduos (50% dos 480 participantes com diagnóstico neuropatológico). Já o diagnóstico de DV foi feito em 170 indivíduos (35%), DCL em 87 (18%) e outros.

E as etiologias não especificadas apresentaram 12,5%. Nesse caso, não se descreveu a provável etiologia de demência naquele paciente. Aventa-se a possibilidade de esse fato ser resultado de uma dúvida diagnóstica ou ausência de familiares para relatarem a história clínica e/ou de disponibilidade de propedêutica complementar para o diagnóstico.

No contexto do profissional da atenção primária, essa terminologia “não especificada” pode se tornar necessária. Em especial, nesse cenário pode ocorrer uma dificuldade da descrição da etiologia da demência e a redação de um relatório médico fidedigno para solicitar uma curatela provisória. Talvez esse termo possa melhorar o acesso desse paciente devido à possibilidade de emitir esse relatório o quanto precoce.

O diagnóstico de uma síndrome demencial é clínico, a partir da entrevista com pacientes e familiares/ cuidadores que convivem com esse paciente. Na prática diária, pacientes que buscam o atendimento médico em fase avançada da demência podem perder a cronologia dos fatos e um possível raciocínio diagnóstico. Há

também a possibilidade da ausência de acesso a direitos sociais e suas proteções o quanto mais precoce. Também cabe ressaltar quadros em que não se chega a uma conclusão etiológica, apesar do uso de recursos de propedêutica complementar.

Na análise cruzada entre a etiologia da demência observada no relatório médico e o sexo da pessoa a ser curatelada houve predomínio de mulheres portadoras de demência de Alzheimer (67,3%) comparado a 47,9% do sexo masculino com a mesma etiologia. *Women and dementia, a global research review* em 2015 já descrevia sobre os aspectos do gênero feminino na epidemia e pouca atenção dispensada ao assunto (EROL; BROOKER; PEEL, 2015).

Nesse sentido, tanto nas demências de etiologia vascular (12,2%) quanto na demência de etiologia não especificada (12,2%) também houve predomínio do sexo feminino.

A prevalência específica por idade e a incidência de demência são maiores entre as mulheres, particularmente em idades mais avançadas (PRINCE *et al.*, 2015). Nos relatórios médicos analisados houve maior idade (mediana: 84 anos) no grupo das demências por doença de Alzheimer, enquanto no grupo de demências não Alzheimer, em que foram agrupadas as outras etiologias (vascular, mista, frontotemporal, demência associada à doença de Parkinson, afasia progressiva primária, cirrose hepática alcoólica e não especificada), houve menor idade (mediana: 79,5 anos), com resultado estatisticamente significativo ($p=0,016$).

Nessa perspectiva, pode-se abstrair que mulheres idosas apresentam maior prevalência de demência, principalmente da etiologia por doença de Alzheimer. Talvez o incremento do número de anos de vida para as mulheres possa estar relacionado ao aumento dos fatores de risco.

A baixa escolaridade, inferior ao ensino médio - mediana de oito anos - foi a encontrada nos dois grupos, tanto de demência de Alzheimer quanto na etiologia não Alzheimer. Apesar do resultado encontrado nesta amostra não ter sido estatisticamente significativo ($p=0,547$).

No estudo ELSI-Brasil foi encontrado uma prevalência de demência que variou de 3,2% (60-64 anos) a 42,8% (≥ 90 anos) por idade, e de 2,1% (nível universitário ou superior) a 16,5% (analfabetos) por escolaridade. As mulheres apresentaram maior prevalência de demência (6,8%) do que os homens (4,6%) (BERTOLA, 2023).

A síndrome demencial por doença de Alzheimer apresenta um tempo de evolução de aproximadamente oito a 10 anos. Na amostra foi constatado na descrição dos relatórios médicos o tempo de evolução da demência (em anos) com mediana de quatro anos de doença. Provavelmente pode-se atribuir que os pacientes da amostra se encontravam na fase moderada da doença quando iniciaram o processo de curatela.

Salienta-se que somente 13 dos 72 processos analisados continham tal relato quanto ao tempo de evolução da demência. Isso pode ter interferido na acurácia do dado apresentado.

Outro fator a ser destacado é atentar que descrever quantos anos de evolução da doença o paciente apresenta pode auxiliar o magistrado na sua decisão final. Isso pode proporcionar uma visão do tempo de evolução da doença (inicial, moderada ou tardia) e auxiliar na decisão da abrangência da sentença relativa ao processo de curatela.

Alguns apontamentos importantes: se existe um momento ideal (fase leve, moderada ou grave) para solicitação da curatela em um paciente portador de demência por qualquer etiologia ou quais são as vantagens e desvantagens de antecipar ou tomar uma decisão mais tardia.

Kane (2001) defende que nem todos os idosos com doença de Alzheimer precisam de curatela. E muitos não estão “em perigo” de dano ou perda e que os cuidados informais por membros da família podem excluir a necessidade de curatela, nesses casos com diretivas antecipadas de vontade já traçadas e alinhadas com o paciente portador de demência.

Realça-se que é papel do médico que assiste o paciente, independentemente da especialidade e etiologia, no momento do diagnóstico da síndrome demencial, partilhar com o paciente e a família sobre o diagnóstico e suas possíveis repercussões futuras. Nesse momento, destaca-se a importância de uma reunião familiar, principalmente nas demências por etiologia de doença de Alzheimer que apresentam caráter de evolução insidioso, lento e progressivo. Em uma fase inicial/leve da demência, o paciente tem ainda autonomia e independência, sendo capaz de escolher e tomar suas decisões sobre a gerência da sua vida e dos seus bens, tais como na partilha e até mesmo na escolha do cuidador que melhor o representa.

Destaca-se, em especial, a etiologia de demência frontotemporal, em que se observam importantes alterações precoces do comportamento, como impulsividade, desinibição, falta de julgamento e crítica, e que talvez se possa atribuir a um processo de curatela em fase inicial. Essencial avaliar nesses casos o risco dessas alterações em relação a atos de compra/venda, gerenciamento de finanças, entre outros, o que pode repercutir no prejuízo do seu patrimônio e acarretar até mesmo, redução de recursos financeiros para prover seu cuidado no fim de vida.

8.4 Estudo psicossocial

Com a vigência do EPD, ao assistente social e psicólogos caberá a realização de estudo psicossocial, instrumento técnico cujo propósito é conhecer o contexto sociofamiliar da pessoa a ser curatelada. Ele é a apresentação descritiva e interpretativa de uma situação. Possui o objetivo de informar, esclarecer, documentar, subsidiar ao promotor de justiça ou juiz, com foco na garantia de direitos do cidadão. É fundamental esclarecer que a competência do assistente social não é a de defender uma ou outra parte, mas subsidiar a decisão do promotor de justiça ou juiz (SANTOS, 2016).

A área da saúde sempre consistiu em uma indiscutível parceria nas decisões judiciais, em especial para o reconhecimento da doença de Alzheimer e suas repercussões. O EPD altera a redação de alguns artigos do CC, expondo que a decisão do juiz será baseada na assistência de equipe multidisciplinar. Nesse momento, ressalta-se o notável papel dos profissionais de saúde de proteger os direitos do paciente, considerando avaliações realizadas por equipes multiprofissionais e interdisciplinares que respaldam a decisão do magistrado (MONTEIRO; ALEXANDRE; SILVA, 2019).

O estudo social pode ser realizado por entrevista presencial, visita domiciliar, visita institucional, entre outros, o que será definido com a situação da pessoa a ser curatelada.

Na grande maioria dos processos analisados (70,8%), que correspondeu a 51 dos 72 processos de curatela, não tinha a realização de um estudo psicossocial. Apesar de ser recomendado e solicitado durante o processo de curatela pelo Ministério Público, na maioria das vezes não foi realizado.

Nos processos nos quais não houve estudo psicossocial há uma justificativa: "*decorrido prazo da central de Serviço Social e Psicologia de Belo Horizonte*".

Alguns dos fatores que podem se atribuir a essa ausência do estudo psicossocial pode ser o número reduzido de profissionais, tais como assistentes sociais, psicólogos, entre outros, que dá origem à tão necessária equipe multiprofissional. Outro fator a ser citado, inclusive explanado na entrevista com um dos magistrados, é que há poucos concursos para preencher o número de vagas remanescentes.

A realização do estudo psicossocial não é possível em todo processo de interdição, infelizmente por falta de estrutura do estado. Nosso setor técnico por exemplo, está assoberbado porque são poucos profissionais, isso não é de hoje... tem processo que está aguardando mais de ano para estudo [Magistrado(a) - Vara F].

Os profissionais da equipe multiprofissional são responsáveis por avaliar as demandas das 12 varas de família da comarca de Belo Horizonte, não havendo grupos individuais por varas.

É possível que a demanda seja alta para o dimensionamento atual da equipe multiprofissional. Também se devem considerar questões relativas a férias e afastamentos por motivos de doença desses profissionais, assim como uma possível dificuldade de acesso aos domicílios dos pacientes.

A relevância dessa avaliação na descrição da doença e seus impactos na execução das AVDs contribui para a escolha e indicação mais acertada do(a) curador(a) mencionado no processo.

8.5 Laudo médico pericial

O laudo pericial consta de uma entrevista detalhada com o curatelado, avaliação subjetiva da memória, história médica atual e pregressa (anamnese pericial: início do quadro, sintomatologia, evolução e tratamento atual, antecedentes pessoais e familiares, medicações em uso atual, exames de imagem), avaliação e descrição das funções cognitivas e realização de AVDs, além da súmula psicopatológica. São anexadas as respostas aos quesitos durante a realização da perícia médica.

Em uma das entrevistas dos magistrados, houve a explanação quanto à preocupação da disponibilidade de profissionais especialistas no interior e levantaram-se hipóteses sobre a dificuldade em conseguir laudos médicos periciais para comprovar as doenças dos pacientes.

Eu gosto dessa área. Uma vez fiz um mutirão no interior, onde não havia psiquiatras [...] o laudo do INSS já auxiliava nas decisões e a sentenciar o processo. Existe uma dificuldade de conseguir laudos médicos de especialistas no interior (Magistrado - Vara F).

Os laudos médicos dos processos analisados incluíram perícias médicas que ocorreram no período da pandemia (data autuação dos processos entre 03/01/2016 e 03/01/2021), de março/2020 a janeiro/2021. Nesses casos, foi encontrado nos processos um termo de consentimento informado para realização do procedimento presencial na vigência da pandemia da doença do coronavírus 19 (COVID-19) ou em alguns processos consta a realização de videoconferência para realização da perícia.

Em uma das declarações nas entrevistas com magistrados, houve a partilha quanto à mudança na ordem da sequência das etapas do processo de curatela, em especial no momento da pandemia da COVID-19.

“Durante a pandemia teve que inverter, antes vinha o laudo pericial, pois não estava havendo audiência presencial” (Magistrado - Vara F).

Na análise do laudo médico pericial realizou-se coleta sobre informações referentes à especialidade do médico que emitiu o laudo, diagnóstico descrito no laudo, uma análise cruzada entre o diagnóstico de DDA e demência não Alzheimer com idade e escolaridade, além da avaliação de transtornos mentais sobrepostos à síndrome demencial.

A Psiquiatria assumiu a primeira posição, majoritariamente com 69 dos 72 processos, representados por 95,8% da amostra. A Medicina Esportiva representa dois processos com 2,8% da amostra e em um processo o profissional médico não tinha especialidade registrada. Nesse último caso, foi realizada busca no *site* do Conselho Federal de Medicina (CFM) no portal dos médicos sem sucesso. Ainda assim, de acordo com a Resolução do CFM nº 2.057, artigo 36, não há exclusividade da especialidade médica da Psiquiatria para a realização de perícias médicas.

Dos atos periciais em Psiquiatria:

Art. 35. O ato médico pericial, além de elucidar o diagnóstico, destina-se a esclarecer à autoridade que o solicitou, dentre outros pontos, sobre: capacidade civil, capacidade laboral, invalidez, imputabilidade penal ou prognóstico de risco de violência.

Art. 36. É dever do perito psiquiatra, bem como o de qualquer outra especialidade médica, proceder de acordo com o preconizado nesta resolução e no manual anexo (Resolução CFM Nº 2057 de 20/09/2013, Cap. XIII).

Em relação ao diagnóstico da etiologia de demência descrita no laudo médico pericial, 38 processos referentes a 52,8% da amostra foram de demência na doença de Alzheimer. A demência não especificada apareceu em 21 processos, com representatividade de 29,2% da amostra, seguido de 8,3% de demência vascular e 4,2% de demência frontotemporal.

Houve predominância na amostra da etiologia por DDA, porém se observa considerável número de laudos médicos com o diagnóstico não especificando a etiologia da demência. Nessa situação, levantam-se os mesmos apontamentos realizados na descrição da etiologia no relatório médico, se houve dúvida diagnóstica ou ausência de familiares para relatarem a história clínica e auxílio no diagnóstico.

Talvez a definição da etiologia tenha sido dificultada por insuficiência de dados. Em algumas questões a serem levantadas, a função do perito médico é de averiguar de forma aprofundada a história clínica do paciente para esclarecer o diagnóstico. Para isso, é necessário que ele solicite ou não exames complementares para subsidiar a sua avaliação ou apenas atestar a síndrome clínica do paciente em pauta.

Na análise do laudo médico pericial os indivíduos com descrição da etiologia de demência de Alzheimer apresentaram maior idade (mediana: 85,5 anos), enquanto que no grupo de demência etiologia não Alzheimer a idade mediana foi de 78 anos com resultado estatisticamente significativo ($p < 0,001$). Esse fato já está referenciado na literatura em relação à predominância da etiologia da demência de Alzheimer sobre as demais etiologias.

No tocante à avaliação da escolaridade, o grupo das demências por etiologia Alzheimer apresentou mediana de quatro anos e no grupo não Alzheimer mediana de oito anos, com resultado não estatisticamente significativo ($p = 0,137$). Interessante, que como já referido, a literatura revela que a baixa escolaridade (inferior ao ensino médio) é um fator bem estabelecido para predisposição de

demências. Isso foi coincidente com o presente estudo, em relação ao número de anos de escolaridade, porém discordante com a análise estatística.

Na pesquisa procurou-se relato de transtornos mentais nos pacientes com síndrome demencial dos processos de curatela analisados. Dos 72 processos averiguados, em 68 (94,4%) da amostra não houve tal descrição. Em quatro processos (5,6%) apurou-se o registro dos seguintes diagnósticos: esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno depressivo e, no último, o diagnóstico foi descrito como o grupo da CID-10 “transtornos mentais e comportamentais” de forma ampla e sem especificar de qual doença se trata.

Adverte-se que é muito comum os diagnósticos dos transtornos mentais primários acompanharem o envelhecimento, além da associação de medicamentos da classe dos psicotrópicos por longos anos e seus prováveis impactos nas funções cognitivas e no desempenho das AVDs.

Há várias pesquisas sobre a associação de depressão ou sintomas depressivos com demência. Metanálise publicada em 2006 sugeriu que a depressão está associada a risco duas vezes mais alto para DA. Outro fator importante é considerar que a depressão pode ser uma característica prodrômica da demência (ARCHANA *et al.*, 2017).

Em 2017, Diniz publicou a primeira metanálise que avaliou o risco de demência em pessoas com histórico de transtorno bipolar. Esse estudo demonstra evidências de que os transtornos do humor em geral, não apenas os transtornos depressivos maiores, aumentam o risco de demência. Além disso, o histórico de transtorno bipolar aumenta significativamente o risco de demência em idosos.

A esquizofrenia afeta aproximadamente 1% da população. Foi proposto também que pessoas portadoras de esquizofrenia vivenciam um “envelhecimento acelerado”, o que contribui para sua expectativa de vida reduzida. Essa teoria é biologicamente plausível, pois a esquizofrenia está associada à morte devido a distúrbios relacionados à idade, como diabetes *mellitus*, câncer e doenças cardiovasculares, mas também a fatores de risco compartilhados entre esquizofrenia e doenças relacionadas à idade (ou seja, idade paterna avançada, baixo peso ao nascer e genes específicos) (RIBE *et al.*, 2015).

Coorte de base populacional (n=2.845.440) mostrou que o risco de demência foi duas vezes mais alto em pessoas com esquizofrenia em comparação àqueles sem esquizofrenia. E que o início da demência foi mais precoce nas pessoas

portadoras de esquizofrenia. O risco relativo de demência foi quase quatro vezes mais alto entre indivíduos com menos de 65 anos. Em números absolutos, 7,4 de 100 pessoas com esquizofrenia desenvolveram demência antes dos 80 anos de idade em comparação a 5,8 de 100 pessoas sem esquizofrenia (RIBE *et al.*, 2015).

A esquizofrenia e o transtorno bipolar são condições que podem necessitar, em algum momento da doença, de um processo de curatela, por se tratar de doenças que podem levar ao impacto na realização de AVDs. Esses pacientes portadores ou não de demência associada ao distúrbio psiquiátrico primário são considerados mais vulneráveis, sendo necessário proteger e resguardar seus direitos.

8.6 Concordância entre o laudo pericial e relatório médico

No presente estudo foi realizada análise comparativa da anotação da etiologia da demência de Alzheimer no relatório médico e no laudo médico pericial. O relatório médico classificou 61,1%, no total de 44 processos de curatela com diagnóstico de demência de Alzheimer; e o laudo médico pericial notificou 52,8% em 38 processos da mesma classe judicial.

A análise estatística prosseguiu para avaliar a acurácia entre os dois documentos em questão perante o mesmo diagnóstico.

O laudo médico pericial foi considerado a avaliação de referência para o processo de curatela quanto à etiologia da demência de Alzheimer registrada, comparando com o relatório médico.

Em 89,5% o diagnóstico coincidiu com a demência de Alzheimer no relatório médico perante o laudo médico pericial. Houve uma especificidade de 70,6% entre os que não foram classificados como etiologia Alzheimer do relatório médico frente ao laudo médico pericial. O coeficiente de Kappa foi de 0,6063, indicando concordância moderada entre o diagnóstico descrito de demência de Alzheimer no relatório médico e no laudo médico pericial.

Percebe-se que quase na totalidade dos laudos médicos periciais há relato de códigos da CID, talvez por se tratar de documento formal realizado por psiquiatra forense que apoia a decisão final do juiz. O achado da CID no relatório médico esteve presente em 66,7% e no laudo pericial foi descrito em 94,4%.

8.7 Tempo de tramitação

O período de tramitação do processo de curatela representa o tempo da trajetória do processo judicial em pauta. Ele reflete o início até a conclusão desse processo desde sua abertura, na petição inicial, até seu resultado final, que é o instituto da curatela definitiva.

Apesar da tramitação dos processos de curatela em pessoas idosas apresentarem caráter prioritário assegurado por lei a pessoas acima de 60 anos e, mais recente, em 2017, a pessoas com idade superior a 80 anos:

É assegurado prioridade na tramitação de processos e procedimentos e nas execuções de atos ou diligências em que configure como parte ou interveniente pessoa com idade igual ou superior a 60 anos (Estatuto do Idoso - Lei n 10.741 de 01/10/2003 - Art 71)

Dentre os idosos, é assegurada prioridade especial aos maiores de 80 anos, atendendo-se suas necessidades sempre preferencialmente em relação aos demais idosos Lei n 13.466/ 2017).

Para avaliar tal aplicabilidade dessa prioridade foi realizado uma análise entre tempo de tramitação e idade inferior e superior a 80 anos. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa no tempo de tramitação entre pessoas com idade inferior a 80 anos e superior a 80 anos ($p=0,747$).

Na análise em pauta, o tempo de tramitação do processo (em meses) foi calculado diminuindo-se a data da sentença final com a data da petição inicial, sendo convertida para total de meses. Esse período reflete o tempo do início até a conclusão do processo de curatela, apreendendo-se mediana de 20 meses com $p=0,022$, estatisticamente significativo.

Oportuno questionar quais são os fatores relacionados ao tempo necessário para a resolução desses processos que devem ser prioritários. Em uma das entrevistas com magistrados, foi relatado o termo "tempo morto". Esse é o período em que o processo fica sem movimentação na secretaria da respectiva vara de família, aguardando documentos faltantes ou associados ao excesso de processos ou quantidade de etapas burocráticas necessárias para o seu andamento.

Foi realizada também comparação entre as varas de família analisadas e o tempo de tramitação em cada uma delas. O número representativo da vara de família foi substituído por letras aleatórias e sem sequência predeterminada.

A vara de família D teve a maior mediana, 29 meses, do período de tramitação do processo de curatela, seguida da vara C com 24,5 meses, a vara F com 20 meses, vara A com 19,5 meses, vara E com 14 meses e, por fim, a vara B com 13,5 meses.

A vara de família D exibiu tempo de tramitação quase o dobro quando comparado com a vara de família B. Isso desperta atenção a respeito do motivo pelo qual as varas de família, em princípio com o mesmo número de servidores do TJMG e com quantitativo de processos equivalentes, apresentam tempo de tramitação tão diferente entre elas. Importante levantar os questionamentos se na vara B (com menor tempo de tramitação) houve supressão da garantia dos direitos, com ausência na sua grande maioria de estudo psicossocial. E se por outro lado, a vara D demorou mais tempo e realizou mais estudo psicossocial.

Registra-se que os processos são distribuídos de forma aleatória, a princípio não sendo possível determinar vieses de região onde a pessoa mora e vulnerabilidades sociais. Outro ponto que pode influenciar em um tempo de tramitação maior é o afastamento de magistrados, por motivo de férias, designação para funções administrativas ou até licença de saúde. Em que pese a designação de um magistrado para exercer a substituição, ele provavelmente irá acumular funções, retardando assim a regular tramitação de processos. Por fim, a espera pela realização do estudo psicossocial também pode influenciar na demora de conclusão do feito.

8.8 Abrangência da sentença final

A sentença final do processo de curatela proferida pelo juiz e sua análise quanto ao nível de restrição da capacidade civil da pessoa a ser curatelada apresentou em 100% caráter total.

De acordo com o artigo 755 do CPC, o juiz pode fixar os limites do decreto interditório sempre proporcional às demandas da pessoa a ser curatelada e por menor tempo possível, porém observou nessa amostra que isso não ocorreu.

8.9 Entrevistas com magistrados

As entrevistas semiestruturadas foram compostas de um questionário com oito perguntas e respostas com alternativas sim ou não, seguidas de uma pergunta aberta para livre discurso.

Os(As) magistrados(as) das varas A, C e D concederam a entrevista presencial, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Os(As) demais magistrados(as) das varas B, E e F, impossibilitados de receber a pesquisadora, responderam o mesmo questionário, porém via *google forms*. A percepção e a riqueza de detalhes da entrevista e coleta das informações foram mais consistentes nas avaliações que ocorreram presencialmente. Nesse último caso, a pesquisadora teve a oportunidade de partilhar suas dúvidas e questionamentos quanto às etapas do processo de curatela e houve melhor aproveitamento com rica troca de informações.

Inicialmente, foi perguntado quanto ao tempo de magistratura, obtendo-se média de 21,5 anos de desempenho da profissão (o magistrado com menor tempo na carreira tinha 16 anos e 26 anos para o profissional com maior tempo).

Quanto ao tempo de jurisdição em varas de família, a média foi de 13,6 anos. Alguns profissionais relataram pouco tempo específico nessa jurisdição (2,5 anos) e outros com tempo maior (26 anos).

A Magistratura é a carreira de Estado que tem a atribuição constitucional de administrar justiça no exercício do Poder Judiciário. Segundo Dinamarco (2020, p. 538), é o "*conjunto das pessoas investidas nos órgãos judiciários para o exercício da jurisdição, ou seja, o conjunto dos juízes do país*". O ingresso na carreira se dá por concurso público de provas e títulos. O cargo inicial é o de juiz substituto (estadual ou federal), com posteriores promoções durante a carreira. No caso da justiça estadual, com atribuição para apreciar os casos de pedido de curatela, os juízes substitutos iniciarão a carreira em varas com jurisdição única e ampla, sendo responsáveis por casos criminais, cíveis, de família e pedidos de curatela. No decorrer da progressão de carreira, que ocorre única e exclusivamente por iniciativa do próprio juiz (salvo a hipótese de pena administrativa de remoção compulsória), o juiz poderá se especializar em determinadas matérias, vindo a responder por varas com competência específica, como de família, criminais, entre outras. Assim sendo,

é possível afirmar que, durante a carreira, o juiz terá contato frequente com casos envolvendo Direito de Família.

Então, não existe correlação entre tempo de jurisdição em vara de família e expertise na área, pois, conforme supracitado, os magistrados podem seguir ordens de carreira diferentes entre si, nas entrâncias e comarcas que assumiram ao longo da carreira.

As perguntas questionavam sobre os assuntos que o magistrado aborda rotineiramente durante a entrevista com pessoas idosas portadores de qualquer tipo de demência nos processos de curatela.

Houve 100% de respostas positivas quanto aos questionamentos sobre prejuízo de memória. Os magistrados questionam se o paciente e/ou familiar percebiam algum prejuízo de memória, exemplificando se havia algum relato de esquecimento.

Nesse mesmo sentido, quando foi perguntado ao(à) magistrado(a) sobre a coleta de informações sobre os dados da atualidade, para avaliar prejuízo de memória episódica, foi questionado se ele(a) interrogava sobre notícias recentes da mídia, nome do presidente, nome do prefeito, nome do governador, dentre outros, também obtendo resposta afirmativa em todas as entrevistas.

O questionamento sobre prejuízo de memória episódica também esteve presente em 100% das respostas. Os magistrados referiram que interrogam sobre dados referentes à constituição familiar quanto ao nome do cônjuge, companheiro, filhos, netos ou bisnetos.

A avaliação subjetiva de memória episódica recente é a mais importante a ser investigada. Ela pode ser verificada pelos magistrados com perguntas sobre o cotidiano do entrevistado, tais como: última refeição realizada, a qual jornal assiste e quais as últimas notícias, qual foi a última comemoração do seu aniversário em detalhes sobre o evento, participantes e presentes recebidos, entre outros. Importante confrontar as respostas com familiar/cuidador e verificar a veracidade dessas respostas. Quanto mais simples e contextualizados os questionamentos, mais próximos da realidade da pessoa entrevistada, maior a veracidade das respostas. Isso poderá auxiliar na percepção do magistrado frente à pessoa a ser curatelada.

Em sua totalidade, também houve resposta positiva quanto ao questionamento sobre orientação temporal, quando perguntado ao(à) magistrado(a)

se ele(a) pergunta sobre qual dia da semana, dia do mês, mês, ano e hora aproximada à pessoa a ser curatelada. Também a respeito da orientação espacial, que também esteve presente em todas as respostas, quando perguntado ao(à) magistrado(a) se ele(a) questiona sobre qual local específico (setor ou sala de audiência ou quarto), instituição (residência ou fórum), bairro ou rua próxima, cidade ou estado.

Tanto a memória quanto a orientação temporoespacial são temas pertinentes a serem abordados no idoso portador de uma síndrome demencial. Como já citado pelo DSM 5, os critérios para transtorno neurocognitivo maior (demência) incluem pelo menos um dos domínios cognitivos, entre eles: aprendizagem e memória e função visuoespacial (APA, 2014).

Quando perguntado se o magistrado questiona sobre o desempenho da pessoa nas AVDs instrumentais, nos itens na dificuldade de gerenciamento de finanças, manejo e organização dos medicamentos, se há dificuldade de realizar tarefas domésticas ou de sair sozinho para locais distantes, houve resposta positiva em todas as entrevistas.

Na pergunta-guia sobre o que o magistrado considera mais importante durante a entrevista com indivíduo com suspeita de demência no processo de curatela, captou-se preocupação nos relatos dos magistrados quanto ao prejuízo no gerenciamento de finanças da pessoa a ser curatelada e na administração dos recursos financeiros pelos familiares/cuidadores.

Em relação à avaliação do autocuidado da pessoa curatelada portador de demência, representado nas AVDs básicas, foi perguntado aos magistrados se eles questionam sobre a dificuldade do idoso em desempenhar sozinho as tarefas de tomar banho, trocar de roupa, alimentar-se, levar, sentar ou deitar e/ou controle urina e fezes. Em 83,3% da amostra, cinco magistrados responderam de forma positiva e 16,7%, apenas um não fez tal questionamento durante suas entrevistas.

A funcionalidade, exemplificada nas perguntas quanto às AVDs instrumentais e básicas, é um ponto importante a ser observado, em especial na pessoa a ser curatelada por síndrome demencial. O prejuízo das funções cognitivas leva a impacto com piora na execução das tarefas do dia a dia. Prince *et al.* (2015, p. 53) argumentam que os pacientes com demência sobressaem-se por necessitarem de mais cuidado, particularmente apoio nas atividades principais de vida diária.

O idoso em fase inicial de demência ainda apresenta percepção dos seus déficits cognitivos e suas possíveis repercussões na sua vida. Nesse momento ele ainda possui autonomia e independência para fazer escolhas antes da progressão da doença. Em especial, a pergunta que questiona se o magistrado avalia as características pessoais, potencialidades, habilidades, vontades e preferências do curatelado durante a entrevista desse tipo de pessoa com essa fase da doença em pauta apurou resposta positiva de todos os magistrados participantes. Isso demonstra um olhar diferenciado desse profissional frente à pessoa portadora de demência.

Foi realizada transcrição das falas dos magistrados quando questionados na pergunta-guia sobre o que eles consideram mais importante durante a entrevista com indivíduo com suspeita de demência no processo de curatela.

Um dos magistrados cita a importância da entrevista com a pessoa a ser curatelada e da documentação médica para deferir a curatela provisória.

Essa entrevista pessoal é só para eu colher minhas impressões, pois já há uma documentação médica prévia, eu defiro a curatela provisória e marco a entrevista pessoal. Eu já tenho noção do caso (Magistrado - Vara A).

Houve coincidência nos relatos dos magistrados quanto ao prejuízo no gerenciamento de finanças da pessoa a ser curatela e na administração dos recursos financeiros pelos familiares/cuidadores. O magistrado da vara C destaca que tal tópico é uma das principais preocupações dos magistrados, em especial nesse tipo de processo judicial.

Se tem condições de cuidar de suas finanças (Magistrado - Vara E).

Se está sendo bem tratado. Sobre as finanças [...] está sendo bem gerenciada. E sobre a saúde física e mental [...] está sendo bem cuidada. Seriam os principais pontos que o juiz preocupa (Magistrado - Vara C).

Outro fato reconhecido pelos magistrados foi a preocupação com a relação das finanças, com a oferta do cuidado da pessoa a ser curatelada, a escolha do melhor curador a ser indicado na sentença final para ser eleito a promover a organização da pessoa em questão.

Nesses processos o juiz tem que ter muita atenção por causa da interferência da família, principalmente quando envolve dinheiro. [...] O juiz deve estar muito atento para quem nomear o cuidador, visando o bem-estar

da pessoa que é o curatelado, e com quem ele será melhor tratado (*sic*) (Magistrado - Vara C).

A demanda do magistrado é quanto a avaliação cognitiva, orientação temporal, espacial, dados da atualidade e suas repercussões nas atividades de vida diárias e qual seria a abrangência da sentença final.

Indagar muito sobre qual rotina dele... onde reside? O que faz? O que gosta de fazer? Sobre a rotina com os familiares... quem são? (Magistrado - Vara D).

Realmente, a análise do curatelado, com a percepção ou não da demência, do estágio e evolução (Magistrado - Vara F).

Digamos assim, avaliar a orientação [...] temporal, espacial. Verificar direitinho se ele está situado no tempo e espaço. Se ele compreende a realidade das coisas (Magistrado - Vara A).

Um dos magistrados levantou o questionamento sobre qual melhor documento poderia representar o paciente naquele momento.

Apurar se o curatelado possui ou não discernimento e, em caso negativo, se a hipótese seria a interdição ou tomada de decisão apoiada (Magistrado - Vara B).

Outro magistrado discorre sobre a sua organização da agenda quanto a separar um dia específico para somente processos de curatela. Isso mostra uma visão humanizadora e até mesmo renovadora do profissional do Direito perante uma situação de fragilidade médica.

Normalmente eu não marco junto com outras audiências... Eu já venho programado para ouvir. Seriam só processos de interdição, só faço entrevista pessoal nesse dia. Eu não gosto que as pessoas fiquem no corredor, normalmente portadores de necessidades especiais. Naquele dia eu estou disposto a acolher as pessoas para que elas se sintam bem.

Eu procuro sempre tranquilizar, conversar. Eu procuro manter esse contato com eles e tudo. Procuro descontrair, sabe? Aí eu vou arrancando nele aquelas informações, aquelas impressões pessoais que vão me auxiliar naturalmente, na formação do meu juízo pela capacidade ou não dele. Assim que eu faço.

É um dia assim, que você sai até renovado porque você vê cada situação (Magistrado - Vara A).

Durante a entrevista, esse mesmo magistrado demonstrou empatia e manifestou sua impressão com as situações que lhe são apresentadas, como nesta fala a seguir.

Tem coisas trágicas e é bonito ver o cuidado das pessoas. Um exemplo é professor universitário, editor de livros, portador de Alzheimer, que pegou ele mais cedo. Ele não sabia de nada, perdeu a identidade. [...] A mulher escreveu uma carta para ele e perguntou se podia ler. Aí leu e chorou. Ele também se emocionou, pois ela pediu a interdição dele, né? Ela falou que amava muito ele (Magistrado - Vara A).

O mesmo magistrado narra o “temor reverencial” quanto à figura que o juiz representa e sua percepção quanto à repercussão nesse tipo de processo.

Às vezes você pega umas pessoas aqui, que vem morrendo de medo. Tem uns que reagem mal. Em uma pessoa normal, só o temor reverencial em frente ao juiz já é chato, já é incômodo (Magistrado - Vara A).

Inclusive, o magistrado fornece um exemplo de uma pessoa portadora de esquizofrenia sendo entrevistada e sua visão do comportamento dele.

Você imagina, às vezes, uma pessoa, por exemplo, que é esquizofrênica, que me olha e acha que sou uma ameaça a ele. Ele se tranca, trava e não responde nada. Entendeu? Ele fica bravo (Magistrado - Vara A).

9 O RELATÓRIO MÉDICO: UMA PROPOSTA MODELO

Após exposição e análise de resultados dos dados coletados dos processos judiciais eletrônicos de curatela, em especial nos pacientes idosos portadores de síndromes demenciais, percebe-se a necessidade de construção de um modelo de relatório médico.

O objetivo principal da confecção e disponibilidade desse documento é a garantia dos direitos da pessoa em estado de vulnerabilidade, o idoso com demência, independentemente da etiologia. É necessária a existência de um relatório médico modelo que apresente os itens a serem preenchidos e as descrições necessárias, evitando possíveis omissões.

Importante atentar que a premissa da existência desse modelo de relatório médico (APÊNDICE C) é auxílio para o médico que assiste esse paciente, para descrevê-lo detalhadamente ao magistrado que irá analisar o caso e que irá deferir a

curatela provisória. Talvez isso possa facilitar ou até mesmo acelerar o processo de curatela.

O relatório médico deve ser impresso para evitar informações equivocadas em momento tão decisivo e importante para esse paciente. Um fato importante a ser abordado foi a dificuldade em entender as informações descritas, o que pode ser solucionado com a impressão dos relatórios médicos.

No relatório médico pode-se sugerir que contenha: quem solicitou o documento (nome completo, grau de parentesco e documento de identificação); os dados do paciente (nome completo e data de nascimento); a funcionalidade (AVDs básicas e instrumentais) e a doença (acompanhar sua respectiva CID 10) com data de início dos sintomas.

Importante o médico se ater a criar subsídios sobre a patologia e seu impacto e não se preocupar tanto em quais atos de vida civil o paciente desempenha ou não.

10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A limitação encontrada no presente estudo foi a realização da pesquisa com apenas seis das 12 varas de família existentes na comarca de BH. Isso poderia refletir uma análise mais abrangente dos processos de curatela na capital de MG. Apesar de não incluir todas as varas, a amostra foi significativa para as varas analisadas. É importante ressaltar que não é possível generalizar esses dados para outras comarcas do estado, assim como para outros estados.

Também torna-se essencial que não foram contabilizados o número de processos excluídos, assim como os motivos da exclusão. Dessa forma, a porcentagem de processos de curatela de idosos e adultos que não estavam relacionados à demência não pode ser computado, exceto nas duas varas anteriormente mencionadas.

Outra limitação foram as entrevistas que foram respondidas por *googledocs*, o que prejudicou a percepção e a riqueza de detalhes da entrevista e coleta das informações. Essas foram mais consistentes nas avaliações que ocorreram presencialmente. Nesse último caso, a pesquisadora teve a oportunidade de partilhar suas dúvidas e questionamentos quanto às etapas do processo de curatela e houve melhor aproveitamento com uma rica troca de informações.

11 CONCLUSÕES

A longevidade da população brasileira e mundial traz grandes desafios sociais, econômicos e jurídicos, apesar de pouco citados na literatura e não menos importantes. O envelhecimento populacional e o aumento da prevalência das demências eleva o número de pessoas com a necessidade de ações judiciais para a garantia de direitos. Em especial, na DDA, que apresenta evolução crônica e irreversível, o médico desempenha papel crucial no auxílio à família e ao paciente. A doença em questão leva à incapacidade de “expressar” a sua própria vontade com impacto funcional, prevista no artigo 1.767 do CC como requisito para a aplicação da curatela.

O presente estudo resultou em uma amostra constituída principalmente por mulheres idosas e viúvas com DDA. Nessa perspectiva, tendo em vista a maior expectativa de vida da mulher, em um casal, observa-se que esta cuida do esposo e depois quem cuida dela são os filhos. A amostra também descreveu que a curatela foi solicitada e nomeada como curadora por filhas na maioria dos processos analisados.

Diante dos resultados do perfil sociodemográfico, quanto à alta escolaridade do perfil da pessoa a ser curatelada, pode se atribuir que a amostra não é representativa da população brasileira portadora de demência. Talvez possa se atribuir as barreiras ao acesso à justiça dos familiares dos demais pacientes com baixa escolaridade e com baixo acesso à informação.

A mediana de 82,5 anos sugere, do ponto de vista epidemiológico, que o início dos processos de curatela ocorreu em uma fase mais tardia dessas doenças. Vários fatores podem ser atribuídos ao retardo no início das medidas de curatela, incluindo: diagnósticos tardios; insuficiente disponibilidade de informações médicas relacionadas à história natural da demência, sua progressão e possíveis desfechos; e a antecipação da necessidade futura de curatela. Alternativamente, pode-se considerar a possibilidade de que a demora na solicitação de curatela por parte das famílias seja resultado de sobrecarga nos cuidados prestados ou da negação da existência da doença.

O diagnóstico precoce contribui para preservar o paciente, identificando os primeiros indícios de falta de capacidade plena de consentir e, assim, verificando se

há necessidade de processo judicial para resguardar os seus direitos e desejos. Esse reconhecimento de vulnerabilidade antecipado pode levar em consideração as características pessoais do curatelado, tais como suas potencialidades, habilidades, vontades e preferências, auxiliando para a composição de um decreto interditório adequado e humanizado.

Nesse momento, sobressai-se a importância de uma reunião familiar, principalmente nas demências por etiologia de doença de Alzheimer em sua fase inicial/leve, em que o paciente ainda possui autonomia e é capaz de escolher e tomar suas decisões sobre a gerência da sua vida e dos seus bens, tais como partilha e até mesmo escolha do cuidador que melhor o representa. A tarefa de sugerir um acordo entre os familiares antes do início do processo de curatela, pode agilizar a concessão da curatela provisória.

Percebe-se carência de estudos sistematizados, disciplinas e até mesmo cursos específicos voltados para público médico para esclarecer a descrição do conteúdo e das técnicas de elaboração desses relatórios.

Atenta-se para incluir no relatório médico maior número de detalhes possíveis, em especial a data de início dos sinais e sintomas da doença percebida pelos familiares/cuidadores, além de importantes itens de nomenclatura própria da área de conhecimento de Geriatria e Gerontologia, tais como funcionalidade e descrição das AVDs, estágio e tempo de evolução da demência e o relato de qual provável código referente à CID 10. E até mesmo incluir uma sugestão com visão médica em relação ao impacto nas AVDs que a doença causa e propor qual o nível de interdição (seja integral ou parcial).

Na análise das possíveis lacunas dos relatórios médicos em relação à descrição clínico-funcional, o estudo verificou que em mais da metade dos relatórios avaliados não foram encontradas informações sobre a funcionalidade nos relatórios médicos. Levanta-se a necessidade de despertar no profissional médico o relato da doença e seu efeito com base no detalhamento da funcionalidade no desempenho das AVDs básicas e instrumentais. E quanto ao curso e à gravidade da demência, também é percebida a ausência em grande parte dos relatórios, sendo registrado como “não informado”, e da mesma forma sendo necessária sua descrição.

Após análise das lacunas mais encontradas nos relatórios médicos, foi elaborado um modelo de relatório médico prático, coeso e com informações pertinentes, de forma a complementar e gerar celeridade no processo de curatela e

até mesmo sugerir qual provável nível de interdição de acordo com a descrição dos dados do relatório. Esse é um formato proposto como produto final relevante desse projeto.

É necessário encorajar o profissional médico a redigir relatórios completos para auxílio na celeridade e conclusão do processo. O relatório médico não deve ser entendido apenas como o atendimento a uma formalidade legal. É um documento de alto valor probatório, no qual poderá o magistrado adequar convenientemente a definição de sua decisão.

No decorrer do processo é solicitada a perícia médica para confecção do laudo médico pericial, que deve ser capaz de fornecer a certeza necessária para julgamento do pedido e o resultado da sentença final. Isso se confirma após o relato de um dos magistrados entrevistados, que opina que o relatório médico é importante só para deferir a liminar, a provisória e que depois da entrevista com o juiz e com o laudo pericial é que ele irá confeccionar a sentença final. Talvez possa atribuir que o relatório médico está para a curatela provisória assim como o laudo médico pericial está para a curatela definitiva.

Em quase 90% da amostra o diagnóstico de demência de Alzheimer coincidiu, mostrando alta sensibilidade do relatório médico perante o laudo médico pericial. Nesse caso, mostrando boa correlação entre os documentos ofertados para decisão judicial.

Além do relatório médico e do laudo médico pericial, enfatizam-se a necessidade e a importância da realização do estudo psicossocial no cenário onde o idoso vive, seja no seu domicílio, na casa de um familiar ou na ILPI. Nesse contexto multidisciplinar, caberá à equipe responsável por esse relatório técnico, tais como assistentes sociais, psicólogos, entre outros, que dão origem à tão necessária equipe multiprofissional, descrever a real necessidade do curatelado naquele momento de vida. Outro ponto essencial é o auxílio desse estudo para informar o perfil de curador mais adequado, resguardando os seus direitos patrimoniais.

Uma das preocupações após a realização deste trabalho foi o número reduzido de estudos psicossociais, apesar da sua importância nesse tipo de processo. Alguns dos fatores a que pode se atribuir esse fato pode ser o número reduzido de profissionais e uma demanda que supera o contingente disponível. Outro fator a ser reconhecido, inclusive relatado por um dos magistrados, é que há poucos concursos para preencher o número de vagas remanescentes e, há falta de

estrutura do Estado. Desperta a necessidade de concursos para preencher essas vagas e atender às demandas desse tipo de processo.

Geriatria e Medicina de Família e Comunidade se sobrepuseram como especialidades que mais emitiram o relatório médico na amostra analisada. Seguindo as recomendações do *World Alzheimer Report (2021)*, torna-se mandatória a capacitação da atenção primária para atendimento de pacientes portadores de demência, com a conseqüente indagação se aquela pessoa se encontra em estado de suscetibilidade que indique a necessidade de curatela. Indica-se a necessidade de treinamento da equipe multiprofissional da rede de atenção primária à saúde, para acolher devidamente o paciente e orientar as famílias/cuidadores de forma a resguardar e preservar os direitos do curatelado.

Na amostra houve variabilidade nos tempos de tramitação dos processos entre as varas de família avaliadas, com mediana de 20 meses. Destacam-se pontos relevantes como afastamento de magistrados por motivo de férias, designação para funções administrativas, licença de saúde e até mesmo a espera pela realização do estudo psicossocial, que também pode influenciar na demora de conclusão do processo. Um dos magistrados entrevistados relata que pode demorar até um ano aguardando a realização de estudo psicossocial na comarca de BH.

As entrevistas dos seis magistrados responsáveis pelas varas de família da comarca de BH que foram analisadas no presente estudo foram muito importantes para se entender as necessidades não atendidas pelos relatórios médicos e sugestões que também poderiam agregar na proposta do modelo de relatório médico padrão. Além disso, existe a possibilidade de dar voz aos respectivos magistrados e apresentar várias visões e versões diferentes, a princípio do mesmo processo judicial.

A área da saúde sempre consistiu em uma indiscutível parceria nas decisões judiciais, em especial para o reconhecimento da doença de Alzheimer e suas repercussões. Observam-se avanços legais na busca pela equidade entre os seres humanos. No caso de uma doença progressiva, irreversível e insidiosa como Alzheimer, percebe-se a necessidade de atuação das equipes de saúde e jurídicas na proteção dos direitos e da dignidade da pessoa humana por meio da curatela (MONTEIRO; ALEXANDRE; SILVA, 2019).

Apesar de este trabalho compilar dados sobre a curatela de idosos com síndromes demenciais da comarca de Belo Horizonte, mais estudos são necessários

para fomentar um longo caminho de diálogo e troca de informações entre a área de Direito de Família e a Geriatria e Gerontologia.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L.C.C. A Interdição a partir da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Revista do Ministério Público do Rio de Janeiro*, n. 59, p. 175-189, jan./mar., 2016.

ALZHEIMER'S ASSOCIATION (AZL). *What Is dementia?* Disponível em: <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-dementia>, 2023. Acesso em: 05 jul. 2023.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARCHANA, S.-M. *et al.* Trajectories of depressive symptoms before diagnosis of dementia: A 28-Year Follow-up Study. *JAMA Psychiatry*, v. 74, n. 7, p. 712-718, 2017.

BANG, J. *et al.* Frontotemporal dementia. *Lancet*, v. 386, p. 1672–82, 2015.

BARLETTA, F. *et al.* *A Tutela jurídica da pessoa idosa*. Melhor interesse, autonomia e vulnerabilidade e relações de consumo. Indaiatuba: Foco Jurídico, 2020.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 07 jul. 2023.

BRASIL. *Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741compilado.htm. Acesso em: 07 jul. 2023.

BRASIL. *Lei n. 13.146 de 6 de julho de 2015*. Estatuto da pessoa com deficiência. Brasília: DOU, 2015.

BRASIL. Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 05 jul. 2023.

BERTOLA, L, SUEMOTO, C.K. *et al.* Prevalence of Dementia and Cognitive Impairment No Dementia in a Large and Diverse Nationally Representative Sample: The ELSI-Brazil Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, v. 78, n. 6, p. 1060-1068, Jun 2023.

CINTRA, M.T.G. *Coorte prospectiva de pacientes com comprometimento cognitivo leve amnésico: fatores relacionados à conversão para Demência de Alzheimer e remissão a normalidade cognitiva em amostra de brasileiros de baixa escolaridade*.

2017. 203 p. Tese (Doutorado em Medicina) - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2017.

CONNOR, S.R. *et al.* *Global Atlas of Palliative Care*. 2 ed., Londres: World Health Organization, 2020.

CORTES-CANTELI, M. Alzheimer's disease and vascular aging. *Journal of the American College Cardiology ACC Focus Seminar*, v. 75, n. 8, 2020.

DINAMARCO, C.R. *Instituições de direito processual civil*. São Paulo: RT, v. 5, 2020.
DINIZ, M.H. *Curso de Direito Civil Brasileiro*. 29 ed., São Paulo: Saraiva, 2014.

DINIZ, B.S. *et al.* History of bipolar disorder and the risk of dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal Geriatrics Psychiatry*, v. 25, n. 4, p. 357-362, apr. 2017.

EROL, R.; BROOKER, D.; PEEL, E. *Women and dementia: a global research review*. London: Alzheimer's Disease International (ADI), 2015.

FREITAS, E.V. *et al.* *Diagnóstico diferencial das demências*. In: FREITAS, E.V. *et al.* *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GAUTHIER, S. *et al.* *World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia*. London: Alzheimer's Disease International (ADI), 2021.

GAUTHIER, S. *et al.* *World Alzheimer Report 2022: Life after diagnosis: Navigating treatment, care and support*. London: Alzheimer's Disease International (ADI), 2022.

GONÇALVES, C.R. *Direito de família*. 19 ed., v. 6, São Paulo: Saraiva, 2022.

GRINBERG, L.T. *et al.* Vascular dementia, an avoidable disease, may be much more common than presumed: A postmortem study in a large population-based series. Brazilian Aging Brain Study Group. *Alzheimer's and Dementia. The Journal of The Alzheimer Association*, 1º Jul. 2009.

HAY, J.W.; ERNST, R.L. The economic costs of Alzheimer's disease: Working papers in economics. *Domestic Studies Program*, California: Hoover Institution, Stanford University, n. E, p. 87-118, 1987.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Brasil em números*. Rio de Janeiro, v. 26, 2018. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2/bn_2018_v26.pdf. Acesso em: 07 jul. 2023.

KANE, M.N. Legal guardianship and other alternatives in the care of elders with Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, v. 16, n. 2, mar./apr. 2001.

LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, v. 33, n. 1, p.159-174, mar. 1977.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, v. 9, n. 3, p. 179-86, 1969.

LEATHERMAN, M.E.; GOETHE, K.E. Substituted decision making: Elder guardianship. *Journal of Psychiatric Practice - Law and Psychiatry*, v. 15, n. 6, nov. 2009.

LIVINGSTON, G. *et al.* *The Lancet Commissions: Dementia prevention, intervention, and care.* 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6). Acesso em: 02 jun. 2023.

MENEZES, J.B. O direito protetivo no Brasil após a convenção sobre a proteção da pessoa com deficiência: impactos do novo CPC e do Estatuto da Pessoa com Deficiência. *Civilistica.com*, Rio de Janeiro, a. 4, n. 1, p. 9-10, 12 e 26. jan./jun. 2015.

MONTAÑO, M.B.M.M.; RAMOS, L.R. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 912-917, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n6/26985.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2023.

MONTEIRO, L.C.A.; ALEXANDRE, T.S.; SILVA, N.M.. (In)capacidade civil da pessoa com doença de Alzheimer. *Revista de Direito Sanitário*, v. 20, n. 2, p. 30-46, 2020.

MORAES, E.N. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais / Health care for the elderly: conceptual aspects.* Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), São Paulo, p.10, 2012.

MITCHELL, S. *et al.* The clinical course of advanced dementia. *New England Journal of Medicine*, v. 316, n.16, out./2009.

MIRANDA, P. *Tratado de Direito Privado.* Tomo IX. Campinas: Bookseller, 2000.

NERY JÚNIOR, N.; NERY, R.M.A. *Código de Processo Civil Comentado.* 9 ed., Rio de Janeiro: Revista dos Tribunais, 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Convenção sobre os Direitos das pessoas com deficiência.* Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Genebra: ONU, 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *ONU News: Perspectiva Global Reportagens Humanas.* ONU quer mais apoio para população em envelhecimento. 12 de janeiro de 2023. Acesso em: 19 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *ONU News: Perspectiva Global Reportagens Humanas. População mundial atinge 8 bilhões de pessoas, 15 de novembro de 2022. Acesso em: 19 set. 2023.*

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Preâmbulo da Constituição da Assembléia Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Sanitária Internacional, Nova York, de 19 a 22 de junho de 1946. Vigência a partir de abril de 1948. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf. Acesso em: 10 jul. 2023.*

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Global status report on the public health response to dementia, 2 de setembro de 2021.*

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *WHO reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019. Global Health Estimates Technical Paper WHO/DDI/DNA/GHE/ 2020.2.*

OVERMAN, W.; STOUDEMIRE, A. Guidelines for legal and financial counseling of Alzheimer's disease patients and their families. *American Journal Psychiatry*, v. 145, n. 12, p. 1495-1500, dez. 1988.

PATHERSON, C. *et al. World Alzheimer Report 2018 - The state of the art of dementia research: New frontiers. London: Alzheimer's Disease International (ADI), 2018.*

PFEFFER, R.I. *et al. Measurement of functional activities in older adults in the community. Journal of Gerontology*, v. 37, p. 323-329, 1982.

PRINCE, M. *et al. World Alzheimer Report 2015: the global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Disease International (ADI), 2015.*

RIBE, A.R. *et al. Long-term risk of dementia in persons with schizophrenia: A Danish population-based cohort study. JAMA Psychiatry*, v. 2, n. 11, p. 1095-1101, nov. 2015.

ROSENVALD, N. *Contagem regressiva para o Estatuto da Pessoa com Deficiência. 2015. Disponível em: <https://www.nelsonrosenvald.info/single-post/2015/12/22/Contagem-Regressivapara-o-Estatuto-da-Pessoa-com-Defici%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 28 jun. 2023.*

SANTOS, J.J. A interdição civil à luz do Estatuto da Pessoa com deficiência: proteção à cidadania e contribuições do Serviço Social nas ações de interdição. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. 15. Recife, Centro de Convenções de Pernambuco, de 5 a 9 de setembro de 2016. Anais, Recife, 2016.*

SUEMOTO, CK *et al. Neuropathological diagnoses and clinical correlates in older adults in Brazil: A cross-sectional study. PLOS Medicine*, v.3, n.14, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). *First WHO ministerial conference on global action against dementia: meeting report*. Switzerland, mar./2015.

ANEXOS E APÊNDICES

Anexo A - Parecer COEP UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O RELATÓRIO MÉDICO NO PROCESSO DE CURATELA DE PESSOAS COM SÍNDROMES DEMÊNCIAIS: UMA PROPOSTA DE MODELO PARA GARANTIA DOS DIREITOS DA PESSOA EM ESTADO DE VULNERABILIDADE

Pesquisador: BERNARDO DE MATTOS VIANA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57297722.0.0000.5149

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFMG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.379.808

Apresentação do Projeto:

Estudo transversal com dois braços de condução: Um braço do estudo é analítico observacional, transversal e retrospectivo de pesquisa documental de processos judiciais eletrônicos de curatela em varas de família do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG). O outro braço do estudo é descritivo, de pesquisa por entrevista de participantes (Juizes de Varas de Família da comarca de Belo Horizonte) com abordagens quantitativas e qualitativas. O estudo objetiva avaliar as lacunas mais encontradas em relatórios médicos, para identificar e discutir um modelo de relatório médico prático, coeso e com informações pertinentes, de forma a complementar e gerar uma celeridade no processo de curatela.

As informações serão colhidas por busca ativa dos dados através da categoria "curatela" no sistema do processo judicial eletrônico (PJe). A pesquisa tem como objetivo acessar os projetos judiciais eletrônicos (PJe) referentes a processos de curatela, em indivíduos acima de 18 anos portadores de qualquer etiologia de demência. A amostra de processos incluirá aqueles iniciados após a vigência do Estatuto da pessoa com deficiência (a partir de 3 de janeiro de 2016) e sentenciados entre os anos de 2017 a 2020. Para tanto, será necessário acessar os relatórios médicos juntados nos respectivos processos de curatela, bem como as sentenças judiciais relativas aos curatelados, com absoluta manutenção do sigilo quanto à identidade, atendendo ao disposto no art. 13 da LGPD, sendo a finalidade da pesquisa estritamente acadêmica. A seleção de amostra

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 4 2º Andar 4 Sala 2005 4 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 5.379.608

será realizada por conveniência. O outro braço do estudo é descritivo, de pesquisa por entrevista de 12 participantes com abordagens quantitativas e qualitativas de Juizes de Varas de Família da comarca de Belo Horizonte através de entrevista estruturada.

* **Critério de Inclusão:** Todos os processos de curatela de indivíduos com idade superior a 18 anos e com diagnóstico relatado de demência de qualquer etiologia, descritos no relatório médico. Estes processos devem ser iniciados após a vigência do Estatuto da pessoa com deficiência (a partir de 3 de janeiro de 2016) e sentenciados entre os anos de 2017 a 2020 nas doze varas de família da comarca de Belo Horizonte. Através da descrição do CID referido pelo profissional de saúde que emitir o relatório com relato de qualquer etiologia de demência. Os CID's que aceitos serão: G 30 (Doença de Alzheimer), G 30.0 (Doença de Alzheimer de início precoce), G 30.1 (Doença de Alzheimer de início tardio), G 30.8 (Outras formas de Alzheimer), G 30.9 (Demência de Alzheimer não especificada), F 00 (Demência na doença de Alzheimer), F 00.1 (Demência na doença de Alzheimer de início tardio), F 00.2 (Demência na doença de Alzheimer, forma atípica ou mista), F 00.9 (Demência não especificada na doença de Alzheimer), F 02 (Demência em outras doenças classificadas em outra parte), F02.0 (Demência associado à doença de Pick ou frontotemporal), F02.1 (Demência associada a Doença de Creutzfeldt Jakob), F 02.2 (Demência na doença de Huntington), F 02.3 (Demência na doença de Parkinson), F 02.4 (Demência na doença pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV), F 03 (Demência não especificada), F 02.8 (Demência em outras doenças especificadas classificadas em outra parte).

Entrevista com Magistrados das varas de família da comarca de Belo Horizonte com entrevista padronizada.

* **Critério de Exclusão:** Processos de curatela referentes a outra faixa etária que não correspondem a análise da pesquisa (crianças e portadores de outros transtornos mentais de qualquer faixa etária).

A Metodologia de análise de dados proposta pelos pesquisadores inclui a coleta de dados que conterá as seguintes informações: dados sociodemográficos, diagnóstico, funcionalidade/impactos em atividades da vida diária e atos da vida civil. Análise descritiva dos resultados será realizada por estatística descritiva, envolvendo média, desvio-padrão, amplitude e variância. Os procedimentos estatísticos serão realizados por software específico para análise comparativa; outros procedimentos, caso necessário, poderão ser adotados na análise de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Descrever e analisar a qualidade dos documentos médicos juntados aos

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 - 2º. Andar - Sala 2000 - Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@cpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 5.379.808

processos de pessoas curateladas com síndromes demenciais para se propor um modelo de relatório a ser confeccionado por médicos assistentes.

Objetivos Secundários:

Descrever características sociodemográficas de pessoas curatelado por síndromes demenciais;
 Verificar os quesitos dos relatórios médicos e de laudos médicos periciais juntados aos processos de curatela para fazer prova da suposta incapacidade cognitiva;
 Avaliar se há descrição do nível de comprometimento cognitivo por avaliação clínica, por uso de escalas cognitivas clínicas ou avaliação neuropsicológica;
 Avaliar se há a descrição de prejuízos em regulação emocional ou do comportamento por avaliação clínica ou por uso de escalas;
 Avaliar se há a descrição de impacto funcional e descrição de atividades da vida diária ou uso de escalas de funcionalidade;
 Avaliar se há a descrição da estágio/nível de gravidade da demência, sua etiologia provável e do tempo de evolução;
 Analisar se há descrito o CID que será descrito nos critérios de inclusão, sua relação com idade e desfecho de curatela;
 Avaliar a sentença final do processo de curatela proferida pelo juiz e analisar qual o nível de restrição da capacidade civil do indivíduo a ser curatelado, se tem caráter integral ou parcial, e se está de acordo com a sugestão do relatório médico ou de laudo pericial;
 Após análise dos dados obtidos, compor um modelo de relatório médico padrão com objetivo de preencher prováveis lacunas no processo de curatela em indivíduos com demência;
 Entrevistar os magistrados responsáveis pelas varas de família da comarca de Belo Horizonte a fim de compreender as necessidades não atendidas pelos relatórios médicos e sugestões

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

* **Riscos:** A coleta de dados pode oferecer incômodo ao participante, devido ao tempo necessário para a entrevista e o possível constrangimento em relação a alguma pergunta específica. No entanto, planeja-se minimizar o referido risco através da adequada preparação dos aplicadores, para que sejam empáticos e expressem total respeito à vontade dos participantes. Há ainda a possibilidade de extravio dos protocolos de pesquisa, embora esse risco seja minimizado pelo arquivo confidencial e de acesso restrito onde os mesmos serão armazenados.

* **Benefícios:** Compreender as possíveis lacunas referentes a descrição clínico-funcional de

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 - 2º. Andar - Sala 2005 - Campus Pampulha
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coop@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 5.379.808

relatórios médicos de pessoas com demências para que se possa propor um modelo de relatório com maiores dados para subsidiar o processo de curatela.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto possui anuência do Departamento de Saúde Mental da UFMG. Em relação ao prazo segundo cronograma apresentado pelos pesquisadores a pesquisa já teria se iniciado: sugere-se que caso a inclusão dos participantes não tenha se iniciado seja adequado o cronograma.

Os pesquisadores afirmaram que para o braço do estudo descritivo, de pesquisa por entrevista de participantes (Juizes de Varas de Família da comarca de Belo Horizonte) com abordagens quantitativas e qualitativas será utilizado um TCLE. Para o outro braço do estudo é analítico observacional, transversal e retrospectivo de pesquisa documental de processos judiciais eletrônicos de curatela em varas de família do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG). Será necessário acessar os relatórios médicos juntados nos respectivos processos de curatela, bem como as sentenças judiciais relativas aos curatelados, com absoluta manutenção do sigilo quanto à identidade, sendo a finalidade da pesquisa estritamente acadêmica. Os dados que se pretende coletar são oriundos, portanto, de banco de dados sob o controle do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, mais especificamente dos juizes das Varas de Família da Comarca de Belo Horizonte em que a pesquisa será proposta, após a autorização deste CEP. Parte dos dados serão retirados de processos em segredo de justiça, ou seja, sem acesso público, razão pela qual o acesso deve se dar mediante assinatura pelos pesquisadores de Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) e anuência dos responsáveis pelos bancos de dados, conforme documentação anexada da Plataforma Brasil. Devido ao grande número de processos e provável desatualização de dados para acesso direto às partes, a solicitação do TCLE junto ao curatelado e seus familiares, além de não necessária visto que os dados são de responsabilidade do TJMG, tornaria inviável o desenvolvimento da pesquisa. Para que se minimizem os riscos para os sujeitos envolvidos nos processos, contudo, a coleta de dados não incluirá dados pessoais dos curatelados e seus familiares, focando nos aspectos técnicos dos relatórios e decisões dos processos, em obediência à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018). Segundo os termos do artigo 13 da LGPD, na realização de estudos específicos em saúde pública, a pesquisadora poderá "ter acesso a bases de dados pessoais, que serão tratados exclusivamente dentro do órgão e estritamente para a finalidade de realização de estudos e pesquisas e mantidos em ambiente controlado e seguro", ainda, deve-se privilegiar, sempre que possível, "a anonimização ou pseudonimização dos dados, bem como considerem os devidos padrões éticos relacionados a estudos e pesquisas". Dessa

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 - 2º Andar - Sala 2006 - Campus Pampulha
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefons: (31)3409-4592 E-mail: ceep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 5.379.808

forma, atendendo ao que determina a LGPD, a pesquisadora irá efetuar a coleta de dados de forma anonimizada, sem extrair dados que permitam identificação dos participantes, como nome, endereço, e documentos de identificação das partes. Os dados coletados serão mantidos em um dispositivo de armazenamento externo, sob responsabilidade do pesquisador principal e sem poder do pesquisador assistente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes termos estão adequados.

- 1) Folha de rosto preenchida e assinada.
- 2) Aprovação do Departamento de Saúde Mental
- 3) Instrumentos de coleta de dados (exemplo: roteiro de entrevistas, modelos de questionário)
- 4) Projeto completo
- 5) TCLE
- 6) TCUD

Recomendações:

Em relação ao prazo segundo cronograma apresentado pelos pesquisadores a pesquisa já teria se iniciado: sugere-se que caso a inclusão dos participantes não tenha se iniciado seja adequado o cronograma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Na condição de se atender as recomendações solicitadas, somos, S.M.J. favoráveis à aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Norma Operacional 01/2013, de 30 de setembro de 2013, o CEP aguarda a resposta até 30 (trinta) dias a partir da entrega deste parecer via Plataforma Brasil, para que o pesquisador atenda às pendências. Ao final deste prazo o projeto será arquivado. Solicita-se, ainda, que uma carta resposta seja enviada, via Plataforma Brasil, de forma ordenada, conforme os itens das considerações deste parecer, indicando-se também a localização das possíveis alterações no protocolo, inclusive no TCLE.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 - 2º. Andar - Sala 2006 - Campus Pampulha
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@proq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.379.808

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1883266.pdf	29/03/2022 10:52:00		Aceito
Cutros	PARECER_SAM_001_2022.pdf	29/03/2022 10:40:11	BERNARDO DE MATTOS VIANA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Magistrados.pdf	25/01/2022 09:04:59	BERNARDO DE MATTOS VIANA	Aceito
Cutros	Questionario.pdf	25/01/2022 09:03:48	BERNARDO DE MATTOS VIANA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	25/01/2022 09:00:27	BERNARDO DE MATTOS VIANA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TCUD.pdf	13/01/2022 15:44:33	BERNARDO DE MATTOS VIANA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Justificativa_ausencia_TCLE_Dados_PJ e.pdf	13/01/2022 15:39:40	BERNARDO DE MATTOS VIANA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	13/01/2022 15:36:45	BERNARDO DE MATTOS VIANA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 30 de Abril de 2022

Assinado por:

Críssia Carem Paiva Fontinha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coop@prpq.ufmg.br

Apêndice A - Questionário aplicado nos PJs analisados nas respectivas varas de família

1) Tempo de tramitação na vara em meses.

2) Grau de parentesco do curador:

Quem foi o responsável pela solicitação da curatela?

() Cônjuge () Filhos, netos e/ou sobrinhos

() Representante da Instituição de longa permanência para idosos (ILPI) () Outros

3) Perfil sociodemográfico da pessoa a ser curatelada:

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: () Entre 18 - 40 anos () Entre 41 - 60 anos () > 60 anos

Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Estado civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado () União estável

Escolaridade: _____ (anos)

Profissão:

4) Relatório médico:

Especialidade do médico que emitiu o relatório médico: _____

Há descrição da funcionalidade do paciente?

() AVDs avançadas () AVDs instrumentais () AVDs básicas.

Consta o diagnóstico de demência? () Sim () Não

Há descrição do curso da demência?

() Insidioso () Deterioração lenta () Progressivo () Irreversível

() Outro: _____

Descrito etiologia da síndrome demencial (CID): _____

Há descrito tempo de evolução de doença? _____ (anos)

5) Laudo médico pericial

Houve laudo médico pericial () Sim () Não

Especialidade do médico que emitiu o laudo médico pericial _____

Descrito etiologia da síndrome demencial (CID): _____

Há relato de transtornos mentais sobrepostos: _____

A sentença final do processo de curatela condiz com o sugerido no laudo médico pericial? () SIM () NÃO

6) Sentença Final:

() INTEGRAL - Incapaz para atos de vida civil

() PARCIAL - Delimita e descreve quais os atos de vida civil

Comentários na sentença final sobre atos da vida civil: _____

O braço da pesquisa quantitativa e qualitativa foi realizado também pela própria pesquisadora, sendo utilizadas tecnologias adjuvantes para redigir as respostas de forma fidedigna e permitir a acurácia da coleta de informações.

As entrevistas semiestruturadas com os(as) magistrados(as) do TJMG das respectivas varas de família na comarca de Belo Horizonte referentes aos PJs coletados foram enviadas via *Google Forms* com as perguntas a seguir e com as opções de respostas sim ou não. Quando aceita a entrevista presencial, foi realizada a gravação das respostas, sendo informado ao magistrado sobre a gravação e sua transcrição para *Google Forms*.

"Por favor, peço ao(à) Sr.(ª) responder as perguntas abaixo de acordo com sua vivência e experiência diária na condução de processos de curatela em pessoas idosas portadores de qualquer tipo de demência".

"O Sr(a) responde por qual vara de família na comarca de Belo Horizonte?"

"Tempo de magistratura (anos)".

"Tempo de jurisdição em vara de família (anos)".

"Sobre os assuntos/temas que o(a) Sr.(ª) normalmente aborda durante a entrevista com pessoas idosas portadores de qualquer tipo de demência nos processos de curatela".

23. **Comentários na sentença final sobre atos da vida civil**

Apêndice B - Entrevista com magistrados

Entrevista com Magistrado

Olá! Sou Mariana Santos Lyra Corte Real, médica geriatra do Hospital das Clínicas da UFMG e aluna de mestrado daquela instituição.

Venho respeitosamente perante V. Exa. solicitar o preenchimento do questionário abaixo com a finalidade de subsidiar a pesquisa acadêmica intitulada: "O relatório médico no processo de curatela de pessoas com síndromes demenciais: uma proposta de modelo para garantia dos direitos da pessoa em estado de vulnerabilidade."

Referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP UFMG) - Parecer número: 5.379.808.

Entrevistas com Magistrados (as) do TJMG das respectivas Varas de Família na comarca de Belo Horizonte referentes aos processos judiciais eletrônicos de curatela coletados.

Por favor, peço ao Sr(a) responder as perguntas abaixo de acordo com sua vivência e experiência diária na condução de processos de curatela em pessoas idosas portadores de qualquer tipo de demência.

1. O Sr(a) responde por qual vara de família na comarca de Belo Horizonte?

2. Tempo de magistratura (anos).

3. Tempo de jurisdição em vara de família (anos).

Sobre os assuntos/temas que o (a) Sr(a) normalmente aborda durante a entrevista com pessoas idosas portadores de qualquer tipo de demência nos processos de curatela.

4. O Sr(a) questiona ao paciente e/ou familiar se há percepção de algum prejuízo de memória (se há algum relato de esquecimento)?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

5. Orientação temporal - O(A) Sr(a) pergunta sobre qual dia da semana, dia do mês, mês, ano e hora aproximada?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

6. **Orientação espacial** - O(A) Sr(a) pergunta sobre qual local específico (setor ou sala de audiência ou quarto), instituição (residência ou fórum), bairro ou rua próxima, cidade ou estado?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

7. **Dados da atualidade** - O(A) Sr(a) pergunta sobre notícias recentes da mídia, nome do presidente, nome do prefeito, nome do governador dentre outros?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

8. **Dados relacionados à constituição familiar** - O(A) Sr(a) pergunta sobre nome do cônjuge, companheiro, filhos, netos ou bisnetos?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

9. **No caso de um idoso em fase inicial de demência** - O(A) Sr(a) pergunta e leva em consideração as características pessoais, potencialidades, habilidades, vontades e preferências do curatelado, bem como seu desejo de indicar e/ou escolher um curador/ familiar?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

10. **O(A) Sr(a) pergunta sobre dificuldade de gerenciamento de finanças, manejo e organização dos medicamentos, se há dificuldade de realizar tarefas domésticas ou de sair sozinho para locais distantes?**

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

11.

O(A) Sr(a) pergunta sobre as atividades relacionadas ao autocuidado - Se há dificuldade de desempenhar sozinho a tarefa de: tomar banho, trocar de roupa, alimentar-se, levar, sentar ou deitar e/ou controle urina e fezes?

Marcar apenas uma ova.

Sim

Não

12.

O que o(a) Sr(a) considera mais importante durante a entrevista com indivíduo com suspeita de demência no processo de curatela?

Apêndice C - Modelo de relatório médico

<p>NOME DA INSTITUIÇÃO</p> <p>OU</p> <p>PROFISSIONAL MÉDICO - CRM</p>
--

**RELATÓRIO MÉDICO**

Declaro, para fins de processo de curatela, a pedido e sob solicitação de _____ (nome completo), _____ (grau de parentesco) e portador do documento _____ (documento de identificação, que o(a) paciente _____ (nome completo), _____ anos (idade), nascido(a) em __/__/__, apresenta quadro clínico provável de _____ (doença com etiologia provável descrita), _____ (CID 10). A data do início provável dos sintomas foi aproximadamente Mês /Ano.

No momento, o paciente apresenta _____ (descrição do impacto na funcionalidade) para atividades de vida diárias instrumentais e _____ (descrição de funcionalidade) para atividades de vida diárias básicas e desta forma necessita de auxílio para exercer plenamente os atos de vida civil.

<p>ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO OU DA INSTITUIÇÃO:</p> <p>_____</p>

 THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

Guidelines for Legal and Financial Counseling of Alzheimer's Disease Patients and Their Families

William Overman, Jr., J.D., and Alan Stoudemire, M.D.

As soon as there is reasonable evidence for the diagnosis of Alzheimer's disease (primary progressive degenerative dementia), the physician should urge legal and financial counseling of the patient and the family in planning for the patient's long-term care. The general purposes and the process of such counseling are described as a guide for physicians who care for these patients and their families. The issues of informed consent, competency, powers of attorney, guardianship, inter vivos trusts, wills, and living wills are discussed. Timely planning eases the burden on the family and assists the physician in the patient's care during the later stages of the disorder.

(Am J Psychiatry 1988; 145:1495-1500)

Alzheimer's disease (primary progressive degenerative dementia) is an irreversible neurological disease of unknown etiology that affects between 1.3 and 1.9 million Americans (1). It may have disastrous consequences for the financial stability of families and may present complex legal dilemmas. This paper outlines the essential legal knowledge that physicians need in counseling Alzheimer's disease patients and their families. Costs of care, informed consent, and the basic tenets of competency assessment are briefly discussed; more specific technical aspects of competency assessment of patients with dementia may be found elsewhere (2-10). The major topics covered in the paper include powers of attorney, guardianship, *inter vivos* trusts, wills, and living wills. This information provides a framework for referring families for specific

legal and financial counseling with respect to planning for long-term care.

COSTS ASSOCIATED WITH THE CARE OF ALZHEIMER'S DISEASE PATIENTS

A brief overview of the costs involved in the long-term care of patients with Alzheimer's disease highlights the need for careful legal and financial planning to ease what may be an overwhelming financial burden. The nursing home costs alone for the care of an Alzheimer's disease patient average \$18,500-\$22,500/year (1). Individuals and families bear about 50% of this burden out of pocket, with federal and state sources (primarily Medicaid) paying the remainder (11). Private insurance covers only 1% of this cost, and Medicare (which at present does not cover long-term care beyond 90 days and after Jan. 1, 1989, will not cover long-term care beyond 150 days) covers about 2%. This latter figure is in sharp contrast to the public's general perception of federal coverage for such care; for example, a Gallup poll found that 79% of respondents believed that Medicare would pay for all or part of nursing home care (12).

The costs of caring for Alzheimer's disease patients at home vary depending on the severity of the dementia. Costs to the family for home care range from approximately \$5,000/year for patients with mild to moderate dementia to \$18,000/year for those with advanced dementia (1, 13). In addition to these financial burdens, a complex variety of legal dilemmas may arise in planning for the long-term care of patients with Alzheimer's disease (3, 4).

The physician plays a crucial role in helping the families of patients with Alzheimer's disease understand the need for professional legal and financial advice in planning for long-term care. It is of the utmost importance for the physician to explain the diagnosis to the

Received Sept. 17, 1987; revision received Feb. 9, 1988; accepted March 15, 1988. From the Department of Psychiatry, Emory University School of Medicine. Address reprint requests to Dr. Stoudemire, Emory Clinic, Section of Psychiatry, 1365 Clifton Road, N.E., Atlanta, GA 30322.

Copyright © 1988 American Psychiatric Association.

LEGAL AND FINANCIAL COUNSELING

patient's family as soon as reasonable evidence indicates that the patient has Alzheimer's disease and to advise the family to seek professional advice from their attorney, accountant, and financial advisor while the patient is still in the early stage of the illness. Some degree of care must be taken, however, in deciding what the patient is told directly about the diagnosis and prognosis. Some physicians advocate a blunt approach, whereas others "titrate" the amount of information given the patient. Regardless of the way this problem is handled, the physician should be careful not to offer false hope to the patient or family, since this may facilitate denial and cause delays in making critical legal and financial arrangements for the future. One must at least inform the patient that significant cognitive problems have been detected and that these may progress over time to the extent that the individual's ability to make decisions for himself or herself and the family may be impaired. One can point out that common sense and prudence dictate "preparing for the worst" so that the patient and the family can cope with any eventuality.

INFORMED CONSENT AND COMPETENCY

Issues of informed consent and competency may be among the first to arise when plans are being made for patients with dementia. The legal doctrine of consent is derived from English common law; it gives patients the right to make their own decisions about 1) whether and 2) how they will receive medical care. This doctrine of consent is composed of two closely related rules: first, the rule of consent, which requires that the physician obtain the patient's permission before rendering a treatment, and second, the rule of informed consent, which requires that the patient's permission be based on a reasonable or appropriate explanation of the proposed treatment by the physician (14-16). Contrary to a widely held belief, a physician does not automatically have the authority or the right to treat a patient without the patient's permission.

In order for a patient to be able to exercise the right of consent, he or she first has to understand from the physician the exact nature of the diagnosis, the prognosis, and what course of treatment is to be expected. The obligation of the physician is to inform the patient to such an extent that a reasonably informed decision can be made (17, 18). In recent years the courts have found that patients must also be advised of the risks they run if treatment is declined. This corollary of the doctrine of informed consent is often referred to as the requirement of "informed refusal" (19, 20).

Consent can be considered to be informed only if the patient 1) is competent, 2) has been provided with sufficient information to reach an informed decision, and 3) has not been coerced. The consent must be given voluntarily (21-23).

The essence of the first criterion for informed consent, the matter of competency, is "that a particular

patient at a particular time have the capacity to make a meaningful choice" about a particular matter at hand (23). As we have noted, for the patient to give informed consent presumes that the patient is competent. While a detailed discussion of competency assessment is beyond the scope and focus of this discussion, several salient points regarding competency in Alzheimer's disease patients should be noted. First, the determination of competency is a legal issue determined by the courts, and the courts apply different standards of competency in different situations (e.g., the degree of competency needed to make a valid will is different from the degree needed to enter into a valid contract, and both of these are different from the degree of competency needed to execute a valid power of attorney or to be able to give effective consent for medical treatment). Thus, for example, a psychiatrist may perform a mental status examination and render an opinion regarding the ability of a patient to make a reasoned judgment about a particular matter, but the actual decision about competency is made by the court (23-26).

Several other aspects of assessing competency should be addressed; these have been outlined by Mills and Daniels (23). First, does the patient have a clear choice with respect to the proposed diagnostic or treatment procedures? Second, is the choice that the patient has made reasonable? Third, is the choice rational? Fourth, does the patient possess the ability to make a reasonable decision? Fifth, is the patient able to comprehend and understand the relevant information required to make a rational choice? Most courts apply a reasonableness standard in deciding, from a legal standpoint, how much information a physician is required to release to a patient. Sometimes called the "materiality rule," the concept is that the physician is required to disclose information that a reasonable person in the patient's position would consider necessary in deciding whether to undergo a proposed treatment (27-29).

The issue of informed consent can arise with respect to patients with Alzheimer's disease, since in the early stages of the disorder patients may be competent but, inevitably, competency will be lost. An assessment of the patient's competency, however, must be made at the time of any medical, legal, or financial decisions, before proceeding with specific recommendations regarding the affairs of the patient. Details of competency assessment, including procedures for obtaining informed consent when patients are adjudged not to be competent, may be found elsewhere (4, 6, 8, 23).

In certain emergency situations, medical decisions may need to be made for the mentally incompetent Alzheimer's patient. If emergency treatment is needed, then the doctrine of implied consent may be invoked (23). This doctrine allows the physician to evaluate and treat the emergency condition, even against the apparent will of the patient, and is an exception to the general rule requiring informed consent. Even so, this exception is circumscribed by the legal requirement that if the patient is unconscious or otherwise unable to consent, the physician has a duty to attempt to con-

tact the patient's family or guardian. In a recent South Dakota case (30), the court refused to permit the physician to rely on the emergency exception because the unconscious patient's parents were in the next room and could easily have been asked to consent.

If the medical situation is not an emergency, several other strategies may be considered in the event of a patient's incompetency (23). First, a second opinion about the care of the patient may be obtained. Simultaneously, legal consultation from the hospital may be secured to guide further decision making and legal proceedings if necessary. The essence of the process at this point, however, is involvement of the family. In most states, the spouse may give consent for the patient in emergency and nonemergency situations if the patient is incompetent. Siblings, children, and common-law spouses, however, may or may not legally give consent for incompetent patients in medical matters, and legal proceedings to designate a guardian may be necessary. In some situations where there is a difference of opinion among family members regarding a patient's care or family members are distant emotionally or geographically, formal legal proceedings may be advisable to determine who gives consent for the incompetent patient. Emergency guardianship arrangements are usually available in most states and can be obtained within a week or two. If no family member is available, the court will appoint a guardian.

INITIAL FAMILY ASSESSMENT

The first step in legal and financial planning is an initial interview with an attorney of the family's choice. Some attorneys prefer to have close family members present with the patient so that everyone concerned will understand what is suggested and the reasons for those suggestions. An ideal initial interview will follow the general pattern we describe here.

The first portion of the attorney's initial interview with the patient and family should focus on gathering as much background information as possible. A "family tree" should be outlined so as to identify the patient's immediate family, determine whether there are any dependent relatives, and ascertain the quality of the patient's relationship with each relative.

The next portion of the attorney's assessment should be a determination of the patient's assets: the nature of the assets, where they are, and the type of ownership interest. At this point one of the most important issues that will face the Alzheimer's patient and the family—financial planning and the protection of assets—must be addressed. The only real potential source of outside financial assistance for most patients and families who face the probability of long-term extended care is Medicaid. Medicaid, however, is basically a "welfare" program subject to intense bureaucratic regulation and complicated and seemingly unfair qualification restrictions. Medicaid is intimately tied to the federal Sup-

plemental Security Income program and the Aid to Families With Dependent Children program, yet it is administered in each individual county by the local equivalent of the county Department of Family and Child Services. The income and resource restrictions seem unreasonable to most people, and attempts to technically "pauperize" a potential applicant in order to qualify for Medicaid are frequently stymied by the "2-year transfer rule" (which has recently been increased to 30 months and is discussed later in this paper) and by the unexpected appearance of "available resources" (such as the cash value of a life insurance policy), which suddenly disqualify the applicant.

Although the primary concern of the patient and family may be to plan for Medicaid qualification for the patient, this goal needs to be balanced against other considerations such as potential penalties for early liquidation of assets, potential capital gains, and income, gift, and estate tax consequences of shifting and/or liquidating assets. This process is a complex seesaw balancing all of these considerations, usually in consultation with a financial advisor, and determining the compromises necessary to achieve the maximum benefit possible in the area of each consideration. Since this process obviously can take considerable time, the physician can play an important part by urging the patient and family to seek professional planning assistance as soon as a diagnosis is made.

FORM AND DURABLE POWERS OF ATTORNEY

Following the discussion of assets and potential techniques to be used in financial planning, there must be a focus on topics related to health care. Who will make decisions for the patient when the patient becomes incapable of making those decisions, and how will that person gain the legal authority to make such decisions? At the present time the most frequently used legal means to delegate decision-making authority is the power of attorney. The powers entrusted to the recipient of the power of attorney may be broad or very specific; only the powers specifically stated in the document may be carried out. The power to make medical decisions, for example, usually must be specifically stated, although some authorities believe that a durable power of attorney may be relied upon for medical consent even when that specific power is not granted. (For further discussion, see reference 31.) In recent years there has also come into being in some states what is known as a durable power of attorney for health care purposes, which deals exclusively with the grant of authority to make health care decisions. Physicians would be well advised to check with their local counsel about whether such documents are available in their area.

Many persons, including many attorneys who do not specialize in probate-related matters, do not realize that while virtually all states recognize the right and

LEGAL AND FINANCIAL COUNSELING

power of a competent adult person to legally give to another person the authority to make certain decisions (usually by power of attorney), in many states there are two types of general power of attorney recognized by the courts. The first may be referred to as the "form" power of attorney, which usually contains a lengthy recitation of the various powers and authorities that the person giving the power of attorney confers upon the recipient. The second is the "durable" power of attorney, which is one of the most valuable tools available today for use with elderly persons and may be of crucial importance for patients with Alzheimer's disease.

The durable power of attorney is a fairly recent development. Like the form power of attorney, it generally contains a rather lengthy description of the powers granted. The difference between them, however, is that the durable power of attorney contains language which overrides the general rule of law that a power of attorney becomes null and void upon the incapacity—physical or mental—of the grantor. This language, which we refer to as the "magic language," is generally similar to the following: "This is a durable family power of attorney which shall *not* be revoked by the subsequent physical or mental incapacity of the grantor." Without this statement in the power of attorney document, when a person becomes physically or mentally incapacitated, suddenly there may be no one who has the decision-making authority to care for the patient, the patient's family, and the patient's estate unless a guardian is appointed by the appropriate court. Many states have recognized the need for the durable power of attorney by either specifically providing a statutory form for it or by amending existing agency laws regarding powers of attorney to provide that a power of attorney is not terminated by the incompetency of the principal unless otherwise provided in the document itself (32).

GUARDIANSHIP

At the present time guardianship is generally considered to be the least desirable alternative for care of elderly or incapacitated persons. There are times when guardianship is the best alternative, the only alternative, or unavoidable, but arranging to avoid the necessity of a guardianship can be one of the most valuable services an attorney provides. To start with, guardianship proceedings are cumbersome and relatively expensive.

As an example, under the Georgia statutes there are two ways to start a general guardianship proceeding: 1) two or more persons must sign and file an application with the Probate Court in the county where the proposed ward is physically located, setting forth with particularity the reason for the incapacity of the proposed ward, the nature of the guardianship needed (of the person only, of the property only, or both), the facts that support the claim of incapacity, and the ex-

pected duration of the incapacity, or 2) the petitioner(s) must file with the petition the affidavit of a licensed physician or applied psychologist which states that the proposed ward was personally examined by the physician or applied psychologist within the 10 days immediately preceding the filing of the petition and that the proposed ward has been found to be incapacitated to the point of needing a guardian. This affidavit must give the reason for the incapacity, the extent of the incapacity, a recitation of facts supporting the diagnosis, and a statement of the foreseeable limits on the duration of the incapacity. Notice of the proceeding must be given by the court to the spouse and living adult children whose addresses are known, or if there are none, to the two living next of kin whose addresses are known, and so forth. A complete listing of known income and assets must be attached.

The court then reviews the petition and supporting documentation and determines whether there is sufficient cause to proceed. If the court agrees that sufficient cause is stated in the petition, the court issues a notice of the proceedings to the proposed ward, designates an independent court-appointed evaluator (licensed physician or applied psychologist), and sets a time and place for the evaluation. A copy of the petition, the notice to the proposed ward, and the name of the appointed evaluator are then served personally on the proposed ward by a county deputy sheriff. After these papers have been served, the ward has 2 days to retain his or her own attorney; if the court is not notified of such retention within the prescribed 2 days, it designates a court-appointed attorney to represent the ward in the guardianship proceedings. If the court-appointed evaluator agrees that a guardianship is warranted, the court issues a formal notice of hearing specifying the time and date set for the guardianship hearing, which is mailed to the proposed ward, the court-appointed attorney, the petitioner(s), and any other interested parties. From filing to finish, this process generally takes at least a month. And this is just the start!

After his or her appointment, the guardian is responsible for posting a bond to cover the value of the ward's assets and for filing yearly reports regarding the ward's personal status and other financial reports. By law, even if the guardian is the spouse of the ward, the two are treated as total strangers to each other, and the Probate Court stands over the guardian, watching every action. This is particularly difficult for a ward's spouse or child to accept and understand; it can generally be avoided through the use of a durable power of attorney, if the patient can be advised in time to make and implement plans for the future while he or she still has the capacity to do so. As can be seen, life usually will be much simpler for all concerned if guardianship can be avoided by having the patient execute a durable power of attorney early in the course of his or her illness.

INTER VIVOS TRUSTS

An alternative method of avoiding guardianship may be to establish a living or *inter vivos* trust soon after the diagnosis of suspected Alzheimer's disease and before the patient becomes incompetent and disabled. This potential alternative should be discussed with a professional advisor before any action is taken, particularly since the Medicaid regulations were revised recently to specifically prevent a potential Medicaid applicant from circumventing the asset restrictions of the Medicaid program by placing his or her assets in trust (33).

In appropriate circumstances, however, such an arrangement would help ensure that the trust property remains intact and is used solely for the benefit of the grantor of the trust. Most *inter vivos* trusts provide that the named trustee make payments for the grantor until death. The powers of the trustee are specifically designated in the trust agreement. The trustee may be an individual, a corporate fiduciary, or a guardian, but a corporate guardian of property cannot serve as a legal guardian of the person. In the case of Alzheimer's disease patients and other elderly patients, the *inter vivos* trust is usually coupled with a durable power of attorney. Generally, the trust document provides that at the death of the grantor, either the property remaining in the trust is distributed to named beneficiaries (thus the trust also functions as a probate-avoidance vehicle) or it is distributed to the grantor's estate for distribution according to the terms of the grantor's will.

Another frequently used strategy for asset management "by proxy" is the establishment of joint tenancy of assets. This can also become a probate-avoidance vehicle if the joint tenancy is coupled with a right of survivorship, since at the death of one of the joint tenants, the right of survivorship comes into play, and the property becomes the sole property of the remaining tenant(s). Frequently, as part of the asset management process for an Alzheimer's disease patient or an elderly patient, property such as bank accounts, stocks, and bonds will be converted to joint ownership with survivorship, so that the joint owner can handle the assets for the patient, and upon the death of the patient, the property passes to the joint owner. Joint tenancy may be established with a spouse, children, or friends.

WILLS

Most elderly couples are greatly concerned about ensuring that the patient can eventually qualify for Medicaid assistance without first leaving the spouse in abject poverty. However, all of the financial planning done for the patient can become virtually worthless if the spouse dies with assets and without a will, thus transferring at least a portion of the spouse's assets into the patient's estate. Or, as is very frequently the

case, if the couple has made wills, these are likely to be what are known as "mirror" wills: each spouse leaves everything to the other, and at the death of the survivor everything goes to their children. The potential result of this arrangement can be that after much planning, the patient is qualified for Medicaid assistance, but then the spouse with assets dies, leaving everything to the patient. This increases the patient's available resources beyond the Medicaid limits, and the patient then no longer qualifies for Medicaid. The desire of the couple to see that their children receive their estate is totally defeated, and the estate that they have worked to put together all their lives is quickly eaten up by health care costs.

Regardless of one's personal feelings about disposing of assets in order to qualify for assistance, it must also be remembered that Medicaid does not pay for everything. A very important objective of asset management in such circumstances should be that some assets remain in the hands of trustworthy persons who will see to it that the assets are used to pay for the multitude of items not covered by the Medicaid program and to improve the quality of the patient's life during his or her final years.

The discussion of wills usually comes back to the general discussion of asset management and financial planning, since the drafting of the will is intimately tied to the planning scheme. Again, for most elderly couples this scheme entails the transfer or other disposition of assets in a manner that allows the patient to qualify for Medicaid assistance at the earliest possible time and that provides for the patient's needs to the fullest extent possible. Again, an early diagnosis and disclosure of the diagnosis and its probable consequences is essential in order to give the patient and family as much time as possible to complete the financial plan.

Looking at the financial plan with Medicaid guidelines in mind, one must be aware that the transfer of any of the patient's assets, particularly for less than fair market value, is subject to what was known as the "2-year transfer rule," which was increased to 30 months as of July 1, 1988. That is, if the transfer occurs within 30 months of the date of the application for Medicaid assistance, the transfer will be ignored, and the transferred asset will be considered by Medicaid as an available resource (34). For example, an elderly person who enters a nursing home and gives his or her house to an adult child will be ineligible for Medicaid for 2 years after the transfer. The county social worker who reviews the Medicaid application has the authority to review all financial records of the applicant for the 2 years immediately preceding the application to determine whether any transfers have taken place for purposes of qualifying the applicant for Medicaid assistance. Fortunately, under current Medicaid regulations, the patient's home is exempt, within certain limitations, as long as the patient's spouse or other dependent relatives live in the home. Also, in recent years Medicaid regulations have provided that

LEGAL AND FINANCIAL COUNSELING

once an applicant is placed in a qualified care facility, the spouse is usually responsible for the cost of the patient's care for the balance of the first calendar month only, and then Medicaid assistance takes over. Again, this is subject to certain specific limitations, but it is true in most cases.

LIVING WILLS

If it is available in their state, the patient and family should be advised of a very important health-care-related document, the living will. In states that have laws making living wills possible, these documents are drawn up by individuals, while they are competent, to make known their wishes regarding maintenance of medical life supports in case they are rendered incompetent by illness and unable to make their own decisions in terminal medical situations. Obviously, such a document serves to protect the physician as well as the patient. Living wills may not be available in every state, and when they are available, they will vary in terms of how they may be drawn. It is advisable to check with the hospital's counsel or a local bar association regarding specific guidelines.

CONCLUSIONS

It is to be hoped that the patient and family who seek and receive professional guidance and advice from an attorney and other professional advisors will act on that advice. Decisions may be made by the legal and/or financial advisor about what actions need to be taken and how best to accomplish what needs to be done. In many ways this planning is important to the physician, since it ensures the financial well-being of the patient and family and puts the physician in the position of having available at all times a person who has the legal authority to work with the physician in making decisions about health care and treatment. Therefore, first, the physician should make sure that as soon as a diagnosis such as Alzheimer's disease is made or suspected, certain aspects of the disease are explained to the patient and family so that they understand the need for immediate and long-range planning. Second, the physician should make a strong effort to get the patient and family to seek sound professional advice in this planning. These measures will serve to diminish the enormous emotional and financial burden that Alzheimer's disease presents for the patient and for the family.

REFERENCES

- Hay JW, Ernst RL: The Economic Costs of Alzheimer's Disease: Working Papers in Economics, Number E-87-18. Stanford, Calif, Domestic Studies Program, Hoover Institution, Stanford University, 1987
- Appelbaum PS, Roth LH: Competency to consent to research. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39:951-958
- Baker FM: Legal issues affecting the older patient. *Hosp Community Psychiatry* 1986; 37:1091-1093
- American Psychiatric Association Task Force Report 23: An Overview of Legal Issues in Geriatric Psychiatry. Washington, DC, APA, 1986
- Meisel A, Roth LH, Lidz CW: Toward a model of the legal doctrine of informed consent. *Am J Psychiatry* 1977; 134:285-289
- Nolan BS: Functional evaluation of the elderly in guardianship proceedings. *Law, Medicine, and Health Care* 1984; 12:210-218
- Perr IN: Wills, testamentary capacity, and undue influence. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1981; 9:15-22
- Roth LH: Competency to consent to or refuse treatment, in *Psychiatry 1982: The American Psychiatric Association Annual Review*. Edited by Grinspoon L. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1982
- Stanley B: Senile dementia and informed consent. *Behavioral Sciences and the Law* 1983; 1:57-74
- Wanzer SH, Adelstein SJ, Cranford RE, et al: The physician's responsibility toward hopelessly ill patients. *New Engl J Med* 1984; 310:955-959
- US Congress, Office of Technology Assessment: Losing a Million Minds: Confronting the Tragedy of Alzheimer's Disease and Other Dementias: Publication OTA-BA-323. Washington, DC, US Government Printing Office, 1987
- Holden C: OTA cites financial disaster of Alzheimer's. *Science* 1987; 236:253
- Hu T, Huang L, Cartwright WS: Evaluation of the costs of caring for the senile demented elderly: a pilot study. *Gerontologist* 1986; 26:158-163
- Schloendorff v Society of New York Hospital, 211 NY 125, 105 NE 92 (1914)
- Meretsky v Ellenby, 370 So 2d 1222, Fla Dist Ct App (1979)
- Pugsley v Privette, 220 Va 892, 263 SE 2d 69 (1980)
- Salgo v Leland Stanford Jr University Board of Trustees, 154 Cal App 2d 560, 317 P 2d 170, 1st Dist (1957)
- Natanson v Kline, 186 Kan 393, 350 P 2d 1093, clarified at 187 Kan 186, 354 P 2d 670 (1960)
- Truman v Thomas, 27 Cal 3d 285, 611 P 2d 902, 165 Cal Rptr 308 (1980)
- Crisher v Spak, 122 Misc 2d 355, 471 NYS 2d 741 (1983)
- Macdonald MG, Meyer KC, Essig B: *Health Care Law: A Practical Guide*. New York, Matthew Bender, 1986
- Kaimowitz v Michigan Department of Mental Health Div No 73-91434-AW, Cir Ct, Wayne County, Mich (1973), abstracted in 13 *Criminal Law Rep* 2452, reprinted in *Law, Psychiatry and the Mental Health System*, by Brooks AD. New York, Little, Brown, 1974
- Mills MJ, Daniels ML: Medical-legal issues, in *Principles of Medical Psychiatry*. Edited by Stroudemire A, Fogel BF. Orlando, Fla, Grune & Stratton, 1987
- Roth LH, Meisel A, Lidz CW: Tests of competency to consent to treatment. *Am J Psychiatry* 1977; 134:279-284
- Appelbaum PS, Roth LH: Clinical issues in the assessment of competency. *Am J Psychiatry* 1981; 138:1462-1467
- Mills MJ: Legal issues in psychiatric treatment. *Psychiatr Med* 1985; 2:245-261
- Canterbury v Spence, 464 F 2d 772, DC Cir Ct, cert denied, 409 US 1064 (1972)
- Cobbs v Grant, 8 Cal 3d 229, 502 P 2d 1, 104 Cal Rptr 505 (1972)
- Wilkinson v Vesey, 110 RI 606, 295 A 2d 676 (1972)
- Dewes v Indian Health Service, 504 F Supp 203, SD (1980)
- Appointing an agent to make medical treatment choices. *Columbia Law Review* 1984; 84:985
- Official Code of Georgia Annotated, Section 10-6-36 (Code 1933, Section 4-214.1 enacted by Georgia Laws 1973, p 493, section 1)
- Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985, Public Law 99-272, 99th Congress, 2d Session, Section 9506(a)(2) and Section 9506(a)(3)
- 42 United States Code, Section 1382b(c)(1); 20 Code of Federal Regulations, Section 416.1246