

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE DIREITO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

AMANDA TIEMI SHIRAIISHI

**LIMITES E POSSIBILIDADES DOS INSTRUMENTOS DO REGIME  
DAS INCAPACIDADES SEGUNDO AS CONDIÇÕES DE PRESTAÇÃO  
DE CUIDADOS A IDOSOS COM DEMÊNCIA**

BRASÍLIA  
2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE DIREITO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

AMANDA TIEMI SHIRAISHI

**LIMITES E POSSIBILIDADES DOS INSTRUMENTOS DO REGIME  
DAS INCAPACIDADES SEGUNDO AS CONDIÇÕES DE PRESTAÇÃO  
DE CUIDADOS A IDOSOS COM DEMÊNCIA**

**Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso  
de Graduação em Direito da** Universidade de Brasília  
como requisito para obtenção do título de bacharela em  
Direito, sob orientação do Prof. Dr. João Costa Neto

BRASÍLIA  
2016

AMANDA TIEMI SHIRAIISHI

LIMITES E POSSIBILIDADES DOS INSTRUMENTOS DO REGIME DAS  
INCAPACIDADES SEGUNDO AS CONDIÇÕES DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A  
IDOSOS COM DEMÊNCIA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao  
Curso de Graduação em Direito da Universidade  
de Brasília como requisito para obtenção do título  
de bacharela em Direito.

A candidata foi considerada \_\_\_\_\_ pela banca examinadora.

---

Professor Doutor João Costa Neto  
Orientador

---

Professora Doutora Debora Diniz  
Membro

---

Professor Doutor Malthus Fonseca Galvão  
Membro

---

Paula Regina de Oliveira Ribeiro  
Membro Suplente

Brasília, 21 de janeiro de 2016.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu orientador, Dr. João Costa Neto, pela paciência e persistência em me encorajar a dizer minhas próprias ideias.

A todas as pessoas que participaram comigo da equipe da Central Judicial do Idoso, onde trabalhei nos anos de 2013 e 2014, pelo acolhimento, orientações, ensinamentos e crescimento profissional. Em especial, agradeço à defensora Paula Regina de Oliveira Ribeiro, que me mostrou o que pode ser um serviço jurídico *público* e de *excelência*; à defensora Elisângela Guimarães dos Santos Miranda, que sempre orientou e acreditou no meu trabalho; à Ana Cláudia Fernandes, minha colega de atendimento, hoje assistente social, que muito me ensinou sobre trabalho multidisciplinar e a José Ribeiro Lima, que me forneceu poderosos instrumentos de análise para lidar com os casos dos nossos velhos atendidos e vislumbrar as possibilidades deste trabalho.

Às oportunidades oferecidas pela professora Debora Diniz, já no último ano de graduação, de vivenciar, como aluna e aluna-monitora, experiências pedagógicas muito ricas. Agradeço especialmente à Sinara Gumieri pelas conversas sobre metodologia, pesquisa e novas possibilidades acadêmicas para o Direito.

A meus pais, Ester e Yuji, pelas revisões infindáveis feitas presencialmente ou a longa distância, pelas críticas, sugestões e sinceras discussões.

Ao caçula Felipe, a pessoa mais paciente que eu conheço.

A Oberdan e Luisa Hedler pelas revisões atenciosas.

A todos que participaram comigo da UVE (Universitários Vão à Escola) e do PET (Programa de Educação Tutorial), e que me instigaram para caminhos *multi*, *inter* e *transdisciplinares* de compreensão das realidades.

À Sara, que foi uma grande presença e de grande energia, não deixando eu me abater por frustrações do caminho.

Em especial, a Oberdan, que esteve comigo percorrendo quase todos esses caminhos.

**Preces de Gratidão pelas velhas perigosas e suas filhas sábias e  
indomáveis que alegam a nossa vida**

Por todas as idosas do mundo, cada uma e de cada tipo que já tenha sido criado, aquelas que foram levadas com delicadeza pelas ondas, e aquelas que quase naufragaram em quantidades de tempestades e borrascas, aquelas que se agarraram a destroços por tempo suficiente para cobrir metade da distância e, a partir dali, conseguiram avistar a terra firme... Pelas velhas que, em todas as suas diversidades, tristezas e talentos, agora estão tímidas ou determinadas, meio em desalinho ou bem arrumadas [...]

Quando uma pessoa vive de verdade, todos os outros também vivem.

*Clarissa Pinkola Estés*

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar os institutos da interdição civil e curatela e identificar suas insuficiências diante das condições concretas de existência e prestação de cuidados a velhos incapazes adoecidos por demências (CID-10 F00, F01, F02, F03). Os atuais contornos dos institutos são pouco sensíveis a diversidade de condições que podem levar uma pessoa à incapacidade. Da mesma forma, os textos legais demonstram preocupação predominantemente patrimonialista nos casos de incapacidade, pouco se dedicando à garantia de direitos fundamentais e de personalidade das pessoas incapazes. O aumento da expectativa de vida para muito além dos 60 anos vem contribuindo para o aumento dos casos de demências, em especial, aquelas decorrentes da doença de Alzheimer. A condição concreta em que vivem os velhos dependentes, investigada por meio de pesquisa bibliográfica, demonstra que o fenômeno do cuidado possui uma complexidade para a qual os atuais institutos não oferecem respostas satisfatórias. Frente a essa situação, propomos a flexibilização dos institutos por meio de algumas propostas, como são as Diretivas Antecipadas de Vontade e Curatela Compartilhada.

**Palavras-chave:** Velhice; Demência; Interdição Civil; Curatela; Diretivas Antecipadas de Vontade; Curatela Compartilhada.

## **ABSTRACT**

The objective of the present work is to analyze the legal devices of civil interdiction and guardianship and identify their shortcomings according to actual conditions of existence and care of sick elderly with dementia (ICD-10 F00, F01, F02, F03). Currently the institutes are not very sensitive to the diversity of conditions that can lead a person to disability. Similarly, the legislation concerning disability is predominantly patrimonial and it does not ensure the fundamental rights of its recipient. The increase in life expectancy far beyond the 60 years has contributed to the increase in cases of dementia, in particular those resulting from Alzheimer's disease. The actual condition in which the dependent elderly lived, studied by means of literature, shows that the phenomenon of care has a complexity for which the current legal devices do not provide satisfactory answers. Faced with this situation, we propose the easing of the legal devices by some proposals, such as the Living Will and shared guardianship.

**Key words:** Old age; Dementia; Civil Interdiction; Guardianship; Living Will; Shared Guardianship.

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| INTRODUÇÃO .....  | 8  |
| 1. LIMITES DA INTERDIÇÃO E CURATELA FRENTE AO ENVELHECIMENTO E ADOECIMENTO POR DEMÊNCIA.....  | 11 |
| 1.1 Linhas gerais sobre o envelhecimento no Brasil .....                                      | 11 |
| 1.2 Adoecimento pelo Alzheimer e idade como fator de risco .....                              | 14 |
| 1.3 Insuficiência dos institutos da Interdição Civil e Curatela .....                         | 15 |
| 1.4 O que é a velhice? Quem é velho? .....  | 19 |
| 2 CUIDADOS COM A VELHICE DEPENDENTE .....   | 26 |
| 2.1 “Família, sociedade e Estado” .....   | 26 |
| 2.2 Personalidade e capacidade .....  | 29 |
| 2.3 Interdição civil e curatela .....   | 33 |
| 2.4 Possibilidades de uma curatela voltada para a pessoa.....                                 | 42 |
| i Curatela Compartilhada.....   | 44 |
| ii Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) .....   | 48 |
| 3 UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO SOBRE OS CUIDADOS PRESTADOS POR FAMILIARES AOS VELHOS DEMENTES..... | 56 |
| 3.1 Metodologia.....  | 56 |
| i Seleção de artigos .....  | 58 |
| ii Coleta de dados.....   | 60 |
| iii Análise de dados.....   | 61 |
| iv Os artigos.....  | 61 |
| 3.2 Resultado .....   | 64 |
| i Velhos.....   | 64 |
| ii Cuidadoras .....   | 72 |
| 3.3 Discussão do Resultado.....   | 82 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS .....  | 86 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....  | 88 |

## INTRODUÇÃO

A experiência com idosos adoecidos com demências tem se tornado cada vez mais comum entre os brasileiros. A população envelhece e alcança mais frequentemente os seus 80 anos.<sup>1</sup> Segundo avaliação censitária sobre o ritmo de envelhecimento entre 1980 e 2000, verificou-se que a população total cresceu 55,3%, a população idosa, 126,3% e aquela com mais de 80 anos cresceu 246% no mesmo período.<sup>2</sup> Junto a isso, está o fato de que a idade é um importante fator de risco para o desenvolvimento de demências, sendo uma das causas mais comuns a doença de Alzheimer. Há dados atuais em que a prevalência do Alzheimer na faixa dos 80 anos é de 30%.<sup>3</sup> Ou seja, há perspectivas de que um terço da população crescente de idosos com 80 anos seja acometido pela doença.

A preocupação neste trabalho é com a existência desses velhos com demências e, em especial, com a doença de Alzheimer, por ser a causa mais comum de demência neurodegenerativa nos idosos. O desenvolvimento da doença se dá por acúmulo de proteínas mal metabolizadas que se acumulam entre os neurônios, gerando a sua morte em certas regiões do cérebro. Isso acarreta uma diversidade de sintomas como perda de memória, redução da capacidade de raciocínio, de linguagem, de pensamento abstrato, de reconhecimento de estímulos sensoriais, perda progressiva da capacidade motora e incontinência fecal e urinária.<sup>4</sup>

Essas mudanças geram, a longo prazo, a impossibilidade de manifestação de vontade desses velhos<sup>5</sup> que constituíram relações e desenvolveram sua personalidade ao longo de anos. A situação vivida por eles é complexa e envolve toda a família que deverá lidar com suas limitações. Essas situações, até o final de 2015, segundo o ordenamento brasileiro, geravam a incapacidade absoluta dos velhos com demências. Com a entrada em vigor da Lei nº 13.146/15, o Estatuto da Pessoa com Deficiência, sobrevieram alterações sobre as incapacidades. Por um lado, as alterações pouco se ativeram aos casos suscetíveis de interdição, como é a demência decorrente do Alzheimer. Por outro, abriram novas possibilidades de enfrentamento para a situação de assistência aos velhos dementes.

---

<sup>1</sup> CARAMANO, 2004, p. 29.

<sup>2</sup> KÜCHEMANN, 2012, p. 166.

<sup>3</sup> APRAHAMIAN; MARTINELLI; YASSUDA, 2009, p. 28.

<sup>4</sup> BRASIL, 2011.

<sup>5</sup> Neste trabalho usaremos o termo *velho* para nos referirmos aos indivíduos fragilizados em razão da idade. O termo *idoso* será usado para pessoas que atingiram a idade de 60 anos, que é o marco legal para identificação de pessoas idosas pelo Estatuto do Idoso. O uso do termo *velho* nesse trabalho tem dois objetivos principais: 1 – ressaltar o sentido de fragilidade contido no termo; 2 – incentivar a superação do preconceito com o termo *velho*, que reflete a própria aversão às condições de fragilidade e proximidade da morte que o termo traz. Abordaremos essa reflexão com mais atenção no subitem 1.4 do Capítulo 1.

Os institutos da interdição civil e curatela permanecem em cena, mas cheios de lacunas diante da complexidade da situação, deixando esses velhos e seus cuidadores pouco amparados para o enfrentamento dessa situação de forma digna para todos. Os dispositivos sobre curatela no Código Civil de 2002 permanecem com viés fortemente patrimonialista, sem previsão de como se conduzir uma curatela preocupada com a proteção da pessoa, suas questões extrapatrimoniais e, em especial, seus direitos de personalidade.

Na tentativa de superação do enfoque patrimonialista e de harmonização da curatela ao paradigma constitucional de proteção da pessoa, as nossas hipóteses de trabalho são: a) aplicação da Curatela Compartilhada aos casos de interdição de velhos com demência e b) aplicação de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) em momento de incapacidade relativa.

A fim de identificar formas jurídicas mais adequadas à realidade vivida pela família cuidadora e pelo velho com demência, realizamos uma pesquisa bibliográfica que investigou as condições em que são prestados os cuidados aos velhos em produções acadêmicas de áreas do conhecimento que mais se aproximam das condições concretas, como a enfermagem, o serviço social e a psicologia. A pesquisa analisou as insuficiências dos institutos com as dificuldades concretas apontadas pela bibliografia e aponta os limites e possibilidades dos instrumentos do regime das incapacidades.

Os resultados obtidos trouxeram mais subsídios para a defesa de aplicação da Curatela Compartilhada na configuração de prestação de cuidados e da legislação atual. As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) encontram menores condições de aplicação atual. Mesmo assim, corresponde a uma melhor forma de proteção da pessoa e de seus direitos de personalidade que o modelo atual. Por isso, defendemos a necessidade de estudos mais aprofundados, que extrapolam o alcance dessa pesquisa.

Assim, esse trabalho está dividido em três capítulos. O primeiro aponta o contexto em que a incapacidade surge na vida dos velhos. Por meio de dados demográficos sobre a velhice, identificamos os papéis que ela vem exercendo socialmente e na família. Trazemos os dados acerca da doença de Alzheimer e o seu potencial de tornar grande parte dessa população incapaz. Frente a esse contexto, apontamos algumas das insuficiências dos institutos da interdição civil e curatela. Ao final do capítulo, trazemos conceitos sobre a velhice e definimos aqueles que consideramos necessários para a nossa análise.

No segundo capítulo, demos um enfoque jurídico ao problema. Identificamos o viés constitucional de cuidados aos velhos e o compartilhamento das responsabilidades com a sociedade no ordenamento como um todo. Analisamos mais pormenorizadamente os conceitos de personalidade e capacidade sob a perspectiva da dignidade da pessoa humana. Analisamos

alterações significativas trazidas pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência. Investigamos os conteúdos presentes no atual formato da interdição civil e da curatela e identificamos pouca comunicação textual com a Constituição Federal. Por fim, trazemos discussões acerca da possibilidade de flexibilização dos institutos com novos instrumentos, a fim de alcançar um melhor tratamento dos interditados e fornecer mais instrumentos para que curadores melhor exerçam seus encargos, tendo em vista algumas aberturas trazidas pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência.

No terceiro capítulo, apresentamos os dados da pesquisa bibliográfica feita em artigos publicados sobre pesquisas com cuidadores de idosos. Identificamos as principais dificuldades e características desses cuidados e buscamos as articular com as insuficiências dos institutos identificadas no Capítulo 2.

Nas considerações finais, indicamos algumas possibilidades ainda embrionárias de flexibilização dos institutos analisados e tecemos algumas observações acerca dos estudos atuais sobre velhice no direito brasileiro.

## **1. LIMITES DA INTERDIÇÃO E CURATELA FRENTE AO ENVELHECIMENTO E ADOECIMENTO POR DEMÊNCIA**

Neste estudo, a nossa proposta é analisar e identificar as insuficiências dos institutos da curatela e interdição civil no ordenamento brasileiro para os casos de idosos acometidos por demências. Faremos isso a partir de uma pesquisa bibliográfica sobre os institutos e artigos que analisam as condições concretas de prestação de cuidados aos velhos com demências.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência alterou o art. 3º do Código Civil de 2002, abolindo a incapacidade absoluta para pessoas com mais de 18 anos. Dessa forma, os velhos com demência passarão a ser considerados relativamente incapazes. Essa alteração abre novas possibilidades de adaptação dos institutos às situações concretas desses velhos.

Assim, tentaremos verificar as condições de existência dos velhos dementes mais pormenorizadamente no Capítulo 3 por meio de uma pesquisa bibliográfica em artigos acadêmicos sobre condições de prestação de cuidados aos velhos dementes. Esses artigos são propositalmente de áreas do conhecimento externas à jurídica, pois buscamos nos aproximar o máximo possível das dificuldades concretas da realidade dessas pessoas. Uma existência marcada pelo adoecimento e pela velhice em seus aspectos mais íntimos, porém não menos relevantes, não têm sido alvo de análise pelas pesquisas jurídicas.

Buscaremos também identificar a dinâmica familiar instaurada a partir da descoberta da doença, como os cuidados são prestados, quais as dificuldades de administração da vida dessa pessoa que se tornou dependente, tanto para o velho adoecido, quanto para as pessoas cuidadoras. Por fim, confrontaremos os dados obtidos com a análise dos institutos da Interdição Civil e da Curatela para pensarmos em formas mais flexíveis e adequadas às realidades vividas.

### **1.1 Linhas gerais sobre o envelhecimento no Brasil**

O fenômeno do envelhecimento vem se tornando cada vez mais agudo no Brasil. Cresce a parcela da população brasileira composta por pessoas que já completaram 60 anos. Além disso, os próprios idosos atingem idades mais avançadas com o aumento da expectativa de vida e passamos a viver mais próximos dos 80 anos. A população de idosos passou de 1,7 milhão em 1940 para 14,5 milhões, em 2000, e há perspectivas de que esse número suba para 30,9

milhões<sup>6</sup> em 2020.<sup>7</sup> Segundo dados do IBGE, no Censo de 2010, a população idosa já contabilizava 20,9 milhões, 10,8% da população total.

No censo de 2000, verificou-se o envelhecimento entre idosos, tendo em vista a tendência de aumento da população com mais de 80 anos<sup>8</sup>. Enquanto o ritmo de crescimento da população total no período de 1980 a 2000 foi de 55,3%, no mesmo período, o ritmo de crescimento da população idosa foi de 126,3%, e da população com mais de 80 anos, de 246,0%.<sup>9</sup>

O envelhecimento tem contornos próprios na sua constituição: é predominantemente feminino. A composição de gênero na velhice mostra que quanto mais se avança na idade mais a velhice se torna feminina, principalmente nas regiões urbanas; nas rurais, os homens prevalecem. É interessante pontuar que as mulheres têm maior probabilidade de se tornarem viúvas e passam a ocupar papéis ativos, mesmo depois da velhice, chefiando famílias enquanto suas forças forem preservadas. Por outro lado, as mulheres vivem por mais tempo o processo de debilitação do corpo, podendo viver mais tempo como dependentes de cuidados.<sup>10</sup>

A convivência da velhice com deficiências é um fator importante também nessa constatação. Em 1991, 24% dos deficientes no Brasil era representada por velhos,<sup>11</sup> uma super-representação, visto que, nesse mesmo censo, os velhos representavam 7,3% da população. Do total de velhos no Brasil, 4% eram deficientes. Os dados do censo de 2000, em razão da elaboração de quesitos mais detalhados para investigação de deficiências, mostrou uma elevação no número de velhos deficientes, correspondendo a 7,5% dos velhos. Entretanto, em relação a população total de deficientes, manteve-se proximidade com os resultados anteriores, correspondendo a 24% dos deficientes no Brasil.

Alteração interessante entre os dados sobre deficiência na velhice dos Censos de 1991 e 2000 é o aumento de velhos com deficiência mental. Em 2000, 51,4% dos deficientes homens possuíam deficiência mental, entre mulheres, era 58,5%, sendo que, em 1991, esses valores ficavam em torno de 15%, com número ligeiramente maior para mulheres.<sup>12</sup>

---

<sup>6</sup> Em comparação com a população total, a população idosa em 1940 era de 4% do total, em 2000, era de 8,6%.

<sup>7</sup> CARAMANO, 2004, p. 29.

<sup>8</sup> IDEM.

<sup>9</sup> KÜCHEMANN, 2012, p. 166.

<sup>10</sup> CARAMANO, 2004, p. 30.

<sup>11</sup> Dados do Censo de 1991. Segundo o Censo desse ano, o único quesito que se destinava a investigação de deficiências era a própria declaração de possuir deficiência física ou mental. No ano 2000, o quesito sobre deficiência foi aprimorado, possuindo opções como deficiência mental permanente, deficiência física, deficiência visual, deficiência auditiva e deficiência motora nos graus de incapacidade, grande dificuldade permanente, alguma dificuldade permanente e nenhuma dificuldade.

<sup>12</sup> CARAMANO, 2004, p. 30.

Essa alteração populacional de aumento de velhos também ganha relevância na formação das famílias e domicílios brasileiros. Segundo Ana Amélia Caramano (2004), em 1980, 21,6% dos domicílios contavam com um membro com mais de 60 anos; em 2000, esse número subiu para 24,1% dos domicílios. Entre idosos homens, a porcentagem que chefiava famílias permaneceu perto de 90% entre os anos de 1980 e 2000. Entre idosas mulheres, nesse período vem aumentando o número daquelas que passam a chefiar suas famílias: subiu de 30% para pouco mais de 40% das idosas.

Outra alteração que converge no sentido de ganho de autonomia pela população idosa são os dados sobre idosos “agregados”, que perdem autonomia para residirem sozinhos e passam a morar com parentes mais jovens. Esse número caiu de 32,9% para 19,7% entre mulheres e de 12,3% para 9% entre homens. Caramano sugere que o número mais elevado de idosas dependentes se deve à dependência financeira, por receberem menor rendimento.

Os idosos têm ocupado com maior frequência funções de chefia de seus lares e tornando-se menos dependentes em relação a décadas anteriores. Vivem também uma condição financeira e de saúde melhores. Por outro lado, seus descendentes atrasam a saída de casa, continuam a residir com seus pais por mais tempo em razão da instabilidade do mercado, além de viverem relações afetivas mais instáveis, o que faz com que retornem aos lares dos genitores em caso de rompimento da relação.<sup>13</sup>

Diante disso, percebemos o cruzamento de dois importantes fenômenos. Por um lado, por fatores socioeconômicos, verificamos o aumento de qualidade de vida dos idosos, ganho de autonomia e poder econômico, fazendo com que se tornem, com frequência, responsáveis por outros membros da família e assumam um papel ativo por mais tempo. Por outro lado, percebemos que são especialmente afetados pelas fragilizações biológicas decorrentes tanto do processo natural do envelhecimento, e conseqüentemente maior propensão ao adoecimento, como verificamos nos dados de super-representação dos idosos entre deficientes.

Cabe ressaltar que, apesar de serem inúmeras as fragilidades que se relacionam com a velhice, sejam adoecimentos diversos, sejam deficiências, o foco deste trabalho é a análise do grupo de velhos com demências, ou seja, abordaremos somente o adoecimento pelo espectro da classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, CID-10, de F00 a F03, que descrevem: F00 - Demência na Doença de Alzheimer; F01 - Demência Vascular; F02 - Demência em Outras Doenças Classificadas em Outra Parte e F03 - Demência Não Especificada.

---

<sup>13</sup> CARAMANO, 2004, p 53.

## 1.2 Adoecimento pelo Alzheimer e idade como fator de risco

O avanço da idade representa um fator de risco ao desenvolvimento de demências, cuja maior causa atualmente é a doença de Alzheimer. Quanto mais anos se têm, maior o risco de desenvolver a doença. Pesquisas em diversos países registram que a prevalência da doença aos 65 anos é de 1,5% ao passo que, aos 80 anos, a prevalência é de 30%.<sup>14</sup> No Brasil, os estudos apontam resultados semelhantes. Em pesquisa realizada no município de Catanduva, estado de São Paulo, com 100 mil habitantes, um quarto dos idosos da cidade foram estudados e a prevalência encontrada foi de 7,1% (118 habitantes) de casos de demência na população de 1.656 de idosos com mais de 65 anos, sendo que a maior causa das demências era a Doença de Alzheimer (55,1%).<sup>15</sup> Essa pesquisa aponta que tendências de outros países se repetem no Brasil, assim, a ocorrência entre 60 e 64 anos permanece em 0,7%, sobe para 5,6% entre 70 e 79 e chega a 38,6% aos 90.<sup>16</sup>

Sobre os reflexos do aumento de casos de demências com o envelhecimento da população sobre o judiciário, Maria Bernadette de Moraes Medeiros (2007), em sua pesquisa sobre processos de interdição no Rio Grande do Sul, verificou que as demências são a maior causa de interdição entre pessoas idosas. Entre os processos de interdição de mulheres idosas, num universo de 111, 61 tinham como causa o conjunto de doenças registradas entre os CID-10 de F00 a F09, os quais descrevem vários tipos de demência, incluindo aquelas cuja causa é a doença de Alzheimer. Entre os processos de interdição de homens idosos, também se verifica um alto número de acometidos por demências. Do total de 60 processos, 27 tinham como causa o mesmo espectro de demências F00 a F09. Ou seja, 51,46% das interdições de velhos tinha demências como causa, com ocorrência mais frequente em mulheres.

Esses dados ganham especial relevância ao justapormos aos apontamentos dos últimos Censos segundo o qual a população idosa tem alcançado idades mais avançadas, superiores a 80 anos. O dado de que 1/3 das pessoas na faixa dos 80 anos possuem a Doença de Alzheimer traz um apelo numérico para a importância da doença no país hoje e para os próximos anos. Os idosos aumentam o número de anos que esperam viver, mas enfrentam o risco de viverem uma velhice alienada pelo transtorno mental das demências.

---

<sup>14</sup> APRAHAMIAN; MARTINELLI; YASSUDA, 2009, p. 28.

<sup>15</sup> HERRERA; CARAMELLI; NITRINI, 1998.

<sup>16</sup> APRAHAMIAN; MARTINELLI; YASSUDA, 2009, p. 28.

Damos especial atenção à fragilização decorrente de transtornos mentais, pois essa tem o condão de alterar a essência de suas existências: o poder de escolher os destinos de suas vidas. Esses velhos assumem a chefia de seus lares, possuem dependentes, são autônomos e regem as suas vidas até que se tornam suscetíveis às demências, fragilizações típicas da velhice.

### **1.3 Insuficiência dos institutos da interdição civil e curatela**

Para essas situações, o nosso ordenamento previa, conforme menciona Célia Barbosa Abreu, medidas legais rígidas e, portanto, pouco sensíveis a uma enorme gama de transtornos mentais que exigiriam, cada uma, condições específicas de cuidados. Os institutos da curatela e interdição civil são aqueles previstos legalmente para a proteção e cuidados da pessoa acometida por transtornos mentais e de seu patrimônio. A interdição civil, por um lado, restringe a capacidade civil do interditado, impedindo-o de agir nas esferas civis de forma autônoma. A curatela, por outro, é o encargo atribuído a outrem de realizar atos em nome do interditado nas situações em que estiver impedido de fazê-lo, sempre observando o melhor interesse do curatelado e de seu patrimônio. Ocorre que ambos os instrumentos eram extremamente rígidos até as alterações sofridas pela Lei nº 13.146/15 e somente teriam papel após verificada a doença por meio de perícia ou diagnóstico médico.

A nossa posição a esse respeito é a de que o desenvolvimento de demências é um fenômeno extremamente complexo vivido, não só pelo velho adoecido, como por toda a sua família, rede de apoio e sociedade. E, por isso, os instrumentos da interdição e curatela se mostravam insuficientes enquanto instrumentos jurídicos para o enfrentamento dessa situação que provoca mudanças completas na dinâmica familiar.

A Lei nº 13.146/15, Estatuto da Pessoa com Deficiência, trouxe mudanças aos institutos que abriram possibilidades de interpretação e aplicação de novos instrumentos no exercício da curatela. Entretanto, dedica-se exclusivamente às pessoas com deficiência.<sup>17</sup> Para os casos de enfermidades dos velhos por demências, os dispositivos aplicáveis pouco sofreram modificações. Dentre as mudanças, aquelas que geram nosso interesse são: a) extinção da incapacidade absoluta para maiores de idade, o que será analisado no Capítulo 2, seções 2.2 e

---

<sup>17</sup> A Lei nº 13.146/15 define como: “Considera-se 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. ”

2.4, e b) a previsão de curatela compartilhada para deficientes, que será analisada no Capítulo 2, seção 2.4.

Seguimos o entendimento de Célia Barbosa Abreu de que os institutos da Curatela e Interdição têm sido frequentemente interpretados e aplicados sob uma preocupação principalmente patrimonialista e não com a existência dos interditados. Em razão desse viés patrimonialista, há uma grave falha na utilização das medidas. Isso porque, embora a capacidade civil de fato fosse restringida ou até totalmente suprimida, a personalidade civil e os direitos de personalidade dessa pessoa vigoravam, sem que houvesse, entretanto, previsão de como tais direitos seriam preservados, considerando a nova forma de existência desses velhos<sup>18</sup>. Com as alterações trazidas pela Lei nº 13.146/15, os artigos relativos à curatela e tutela, aplicáveis aos casos dos velhos com demência, quase não sofreram modificação.

Esses idosos que, por vezes, chefiavam suas famílias e passaram longos anos construindo suas relações familiares, conjugais e amorosas, apresentam perdas cognitivas em pouco tempo. Em razão disso, não conseguem realizar as tarefas cotidianas mais simples. Percebendo-se dependentes, com frequência, desenvolvem quadros depressivos, pois ainda compreendem aspectos de sua existência e suas limitações. Até o início de 2016, o velho nessa situação encontrava-se num limbo: por um lado, já apresentava características suficientes para ver comprovada judicialmente a sua completa incapacidade para atos da vida civil, por meio de perícia ou mera avaliação médica;<sup>19</sup> por outro, ainda possuía vontades e as manifestava dentro de suas limitações, principalmente em relação a seus laços afetivos e sobre a melhor forma de ser cuidado.

Essa delicada situação era agravada pelo fato ressaltado por Célia Barbosa Abreu e Maria Bernadette de Moraes Medeiros de que a previsão de uma interdição relativa – possibilidade de personalização da interdição por meio da análise pormenorizada das capacidades e incapacidades – fora praticamente ignorada pela prática judiciária. Isso porque

---

<sup>18</sup> ABREU, 2009, p. 20.

<sup>19</sup> O processo judicial de interdição requer que seja feita a perícia médica a pedido do juiz à luz do art. 145 do Código de Processo Civil. Porém, tem sido corriqueiro na prática judicial que a parte requerente, geralmente parente ou cônjuge do idoso interditando, logo em petição inicial, apresente relatório médico com dados do diagnóstico que pareçam suficientes naquele momento para concluir pela incapacidade. Isso se dá com o objetivo de obter a curatela provisória em sede de antecipação de tutela. Por vezes, o relatório produzido pelo próprio requerente, somado ao interrogatório do interditando feito pelo juiz, afastam a necessidade de uma perícia para que seja decretada a interdição em sentença.

quase a totalidade das interdições são absolutas,<sup>20</sup> ou seja, não existe adaptação do instituto de acordo com as condições específicas de cada doença ou deficiência.

Conforme abordaremos no Capítulo 3, as famílias em geral demoram para perceber que alterações na personalidade e comportamento de seus parentes velhos decorrem não de um processo natural de envelhecimento – muitas vezes visto como “rabugice” –, mas de um processo de adoecimento. O retardo no diagnóstico é preocupante, pois, no momento em que as medidas de adaptação da família àquela situação são tomadas e o tratamento é iniciado, a doença já está avançada e o velho já não possui condições de expressar suas vontades sobre a forma como quer que sejam conduzidos os próximos momentos de sua existência.

A situação do diagnóstico tardio evidencia pelo menos dois problemas. O primeiro deles é que, se verificado em seus estágios iniciais o desenvolvimento da demência e da incapacidade, a interdição ainda não representava a melhor resposta para a situação. Pois, como vimos, a resposta da prática judiciária era a interdição total, até o momento, sendo que os velhos conseguem responder por seus atos na maior parte das situações nesse momento. O segundo é que, sem a interdição na manifestação inicial das demências, esses velhos não contarão com a proteção oferecida pelo instituto, tornando-se vulneráveis em seus lapsos de memória e confusão mental.

A rigidez do instituto da interdição, conforme veremos, não se atinha à complexidade das demências que têm sua própria dinâmica e características quanto à forma como afetam a família. Neste trabalho abordamos especificamente os casos de enfrentamento da doença de Alzheimer por conveniência na seleção do material bibliográfico analisado no Capítulo 3, pois não localizamos trabalhos referentes a demências de causa não especificada.<sup>21</sup> Dessa forma, o alcance das reflexões por vezes se limitam aos casos de Alzheimer, em razão das características próprias de evolução da doença, por vezes podem ser aplicadas aos demais casos de demência, pela similaridade.

Sua dinâmica é própria e divide-se em fases de comprometimento. As fases estão divididas em inicial, moderada e final. Na primeira estão presentes o esquecimento e dificuldades comunicativas e duram, em média, de dois a quatro anos. Os esquecimentos se

---

<sup>20</sup> Maria Bernadette de Moraes Medeiros cita uma pesquisa de 2001 na qual 99,3% das interdições na cidade de São Paulo, determinavam a incapacidade total, apesar do Código de 1916 prever possibilidade de interdição parcial para alguns casos. Embora essa pesquisa seja relativamente antiga, tendo em vista a entrada em vigência do Código Civil de 2002 com previsões mais abrangentes de interdição parcial, Célia Barbosa Abreu menciona que tal realidade ainda persiste.

<sup>21</sup> Conforme será explicado no subitem do Capítulo 3 destinado à metodologia, em nossa busca por artigos publicados com o perfil desejado de dados, a totalidade daqueles encontrados foi de populações com demências decorrentes de Alzheimer.

iniciam com a perda de memória de fatos recentes e, conforme evolui a doença, passam para a perda de memórias de eventos remotos. Na fase moderada, há o declínio de habilidades físicas e mentais e os comportamentos dos velhos se alteram. Tornam-se agitados, podem se recusar a realizar tarefas. Há também relatos de que esses velhos passam a ter visões e alucinações. Essa fase pode durar de três a cinco anos. A fase final da doença é a de maior dependência, e pode durar de um a três anos. Nesse momento, verifica-se um grande comprometimento da mobilidade e perda do controle esfinteriano, causando incontinência urinária e fecal.<sup>22</sup> As avaliações das fases passam pela linguagem e cognição, recepção e compreensão da linguagem oral, compreensão de sentenças, compreensão e memorização de narrativas, produção da linguagem oral, linguagem escrita, produção escrita em narrativas e frases e produção escrita de palavras.<sup>23</sup>

A doença atualmente não possui cura e o processo acima é irreversível. O tratamento tem como objetivo o retardamento no avanço das fases. Assim, vemos que as fases de desenvolvimento da doença não são curtas e isso nos alerta para um fato grave: o velho pode permanecer anos sob um status jurídico inadequado.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146/15, revogou as hipóteses de incapacidade absoluta para pessoas maiores de 18 anos. Essa situação é nova e tem o condão de trazer significativas transformações, cuja análise extrapola demasiadamente os objetivos desse trabalho. Entretanto, essa alteração supostamente faria com que os velhos com demência não sejam mais considerados absolutamente incapazes, mesmo interditados. Ora, essa situação parece-nos, no mínimo curiosa, e a consideramos fértil para a reflexão acerca das possibilidades que ela traz e será feita no Capítulo 2.

Dessa maneira, tentaremos verificar nesse trabalho as condições de existência dos velhos dementes mais pormenorizadamente no Capítulo 3, por meio de uma pesquisa bibliográfica em artigos acadêmicos sobre condições de prestação de cuidados. Esses artigos são de áreas do conhecimento externas à jurídica, propositalmente, pois buscamos nos aproximar o máximo possível das dificuldades concretas da realidade dessas pessoas. E uma existência marcada pelo adoecimento e pela velhice em seus aspectos mais íntimos, porém não menos relevantes, não têm sido alvo de análise pelas pesquisas jurídicas.

O nosso objetivo é identificar a dinâmica familiar instaurada a partir da descoberta da doença, como os cuidados são prestados, quais as dificuldades de administração da vida dessa

---

<sup>22</sup> PAVARINI et al, 2008.

<sup>23</sup> MANSUR, 2005, p. 301.

pessoa que se tornou dependente, tanto para o velho adoecido, quanto para as pessoas cuidadoras. A partir disso, confrontaremos os dados obtidos com a análise dos institutos da Interdição Civil e da Curatela.

#### 1.4 O que é a velhice? Quem é velho?

Antes de avançarmos na nossa investigação, é imprescindível questionar o que é a velhice e o fenômeno do envelhecimento. É certo entre autores que se dedicam a compreender o fenômeno do envelhecimento, que não se pode falar em uma única velhice. Isso porque, tanto os critérios de definição da velhice são variáveis, quanto os fatores psicológicos, fisiológicos e sociais que interagem de forma única na vida de cada pessoa e as expõe de formas distintas ao envelhecimento.

Paulo Roberto Barbosa Ramos busca reunir os conceitos de velhice segundo algumas perspectivas utilizadas por Norberto Bobbio<sup>24</sup>, Leonard Hayflick<sup>25</sup> e Elida Séguin: a velhice cronológica ou censitária, a burocrática, a fisiológica e a psicológica ou subjetiva. Utiliza-se também de classificações próprias, como a velhice excluída e a pseudovelhice e, por fim, de Dirceu Nogueira Magalhães, a velhice precoce.

A *velhice cronológica* é aquela definição meramente formal em que uma idade é estipulada como marco da velhice; a *burocrática* se aproxima da cronológica, com a diferença de ser apropriada pelos regimes legais de alocação de recursos em razão da idade, como aposentadoria, meia entrada, utilização gratuita de transportes públicos ou transporte interestadual. A *velhice fisiológica* é a própria fragilização das funções orgânicas em razão da idade, dessa forma, sendo percebida no próprio corpo e saúde mental, está intimamente ligada aos fatores internos que fragilizam o organismo. Fala-se em *velhice subjetiva*, ainda, quando os comportamentos, valores, ideias já não correspondem aos predominantes na sociedade em que vivem, sendo identificados com comportamentos típicos de gerações passadas.<sup>26</sup> Essa última definição é um tanto delicada e desprovida de parâmetros relativamente seguros para definir um sujeito como velho. Ademais, não nos fornece uma ferramenta útil de análise da presente questão.

---

<sup>24</sup> Norberto Bobbio utiliza os conceitos de velhice burocrática, fisiológica e psicológica em *O Tempo de Memória: de senectute e outros escritos autobiográficos*, p. 17 e 18.

<sup>25</sup> Leonard Hayflick utiliza os conceitos de velhice cronológica e biológica, diferenciando a mera contagem de anos de vida dos impactos que os anos vividos geram no organismo.

<sup>26</sup> RAMOS, 2014, p. 35.

Os conceitos de velhices de Paulo Roberto Barbosa Ramo, por outro lado, possuem aspectos interessantes para a nossa análise, tendo em vista que não se fixa em critérios estritamente objetivos, mas considera as condições em que determinado sujeito exerceu suas atividades de forma mais ou menos precarizada, o que influi significativamente para a percepção da velhice em seu corpo e mente. A primeira delas é a *velhice excluída* e corresponde à situação de exaustão da capacidade produtiva de indivíduos que viveram suas vidas nos meios rurais e suburbanos. Essa classificação possui a importante percepção de que a velhice não depende exclusivamente da idade, mas também das condições em que esses sujeitos viveram. Essas populações são identificadas como aquelas que exerceram atividades mais desgastantes e precarizadas em seus postos de trabalho. Assim, a velhice poderia ser identificada mais precocemente que a definição de velhice cronológica ou burocrática.<sup>27</sup>

A segunda categoria do autor é a *pseudovelhice*, na qual o sujeito possui capacidade produtiva, com idade de 40 anos ou menos, mas não é identificado pelo mercado de trabalho como o melhor profissional a ocupar uma função, em razão dos fatores conjugados de idade, qualificação e oferta de trabalho. Essa classificação está intimamente vinculada ao descarte desse profissional do mercado de trabalho. A última definição utilizada por Ramos, e de autoria de Dirceu Nogueira Magalhães, é a da *velhice precoce*. Nessa compreensão de velhice, o sujeito precocemente apresenta os sintomas de fragilização do organismo próprios do envelhecimento em razão das condições adversas de suas vidas. Essa compreensão de velhice se aproxima da velhice excluída. Entretanto, nesta prevalece a ideia de precocidade, enquanto naquela, prevalece a ideia de precarização da vida desse sujeito, a qual persiste em sua velhice, além de representar por si um fator de envelhecimento precoce.<sup>28</sup>

Percebe-se nessas múltiplas definições de velhice a prevalência de alguns fatores essenciais nessa tentativa conceitual. A primeira é o fator fisiológico, de fragilização do organismo, que pode acontecer mais ou menos precocemente, a depender das condições em que o sujeito viveu até ali. A segunda é o fator social, o conjunto de características que fazem com que a sociedade passe a reconhecer esse sujeito como velho e, a partir disso, passe a atribuir a ele o papel social de velho, como verificamos nos conceitos de *pseudovelhice* (inserção no mercado de trabalho), *velhice burocrática* (gerenciamento de políticas públicas) ou *velhice excluída* (localização geográfica como indicativo de exclusão social).

---

<sup>27</sup> IDEM, p. 36.

<sup>28</sup> IBIDEM.

Simone de Beauvoir (1970) destaca esses dois fatores – seus aspectos biológicos e a forma como a sociedade a percebe e que lugar destina a ela – como essenciais para compreensão da velhice:

Esta influência dos fatores econômicos nos indica os limites da gerontologia, enquanto esta define biologicamente a senescência individual. Os resultados aos quais conduz são do maior interesse: impossível compreender a velhice sem se reportar à gerontologia. Mas esses resultados não podem bastar-se. No estudo da velhice, representam apenas um momento abstrato. A involução senil de um homem produz-se sempre no seio de uma sociedade; ela depende estreitamente da natureza dessa sociedade e do lugar que nela ocupa o indivíduo em questão. O próprio fator econômico não poderia ser isolado das superestruturas sociais, políticas e ideológicas de que está revestido; considerado de maneira absoluta, o nível de vida não passa, ainda, de uma abstração; com recursos idênticos, um homem pode ser considerado rico no meio de uma sociedade pobre, e pobre no meio de uma sociedade rica. Para compreender, a realidade e a significação da velhice, é, portanto, examinar o **lugar que é destinado aos velhos**, que representação se faz deles em diferentes tempos, em diferentes lugares.<sup>29</sup>(grifo nosso)

Caramano (1999) distingue os conceitos de idoso segundo essas duas perspectivas, nomeando-as de velhice *biológica* e *instrumental*. A biológica corresponderia ao próprio conceito de velhice fisiológica mencionado acima. A velhice, vista sob a perspectiva instrumental, seria o “posicionamento em um ponto do ciclo da vida social”,<sup>30</sup> ou seja, se refere a um conjunto de papéis sociais esperados de pessoas que atingem determinada idade. De acordo com essa perspectiva, supõe-se que há modificações nas formas como o indivíduo se posiciona no mercado de trabalho, na família e outras áreas da vida social.

Frente a essa visão de que a forma como a sociedade enxerga seus velhos importa para a compreensão de como ela trata a velhice, Ramos destaca algumas terminologias muito atuais que refletem nossa visão a respeito das velhices. Segundo ele, as sociedades ocidentais assistem ao aumento da população idosa, entretanto, não é fácil encarar a velhice, que impõe a percepção da finitude do ser humano a todos os demais. Assim, terminologias como *terceira idade*, *melhor idade* e *pessoa idosa* trazem sentidos que acabam por higienizar a ideia de velhice como

---

<sup>29</sup> BEAUVOIR, 1990, p. 47.

<sup>30</sup> CARAMANO, 1999, p.

deterioração das condições físicas e mentais, mais próxima da ideia de morte. Por outro lado, o termo *velho* tem perdido espaço entre os termos que se pretendem menos ofensivos. Os usos dos termos, sustenta, ainda, varia conforme a classe social da pessoa.<sup>31</sup>

Segundo Ramos, o termo *terceira idade* foi proposto pelo gerontologista Jean Huet para se referir ao último estágio da vida, que se iniciaria por volta dos 60 anos. O termo contém três ideias essenciais para sua caracterização: a) reversão da ideia de velhos e aposentados como um setor desfavorecido da sociedade; b) referência à própria estrutura de organização das aposentadorias; c) o avanço da mercantilização sobre o corpo.<sup>32</sup> É possível depreender desses elementos essenciais do termo *terceira idade* que ele está limitado a setores populacionais envelhecidos privilegiados. Em primeiro lugar, porque são setores que puderam se aposentar, possuindo uma relativa inserção social ao longo de sua vida pelo trabalho. Em segundo lugar, carrega consigo a ideia de que correspondem a um grupo potencialmente consumidor pela percepção de sua aposentadoria. Dessa maneira, o reconhecimento desse velho se dá pela sua inserção econômica e tem o sentido da fragilização posto em segundo plano.

O termo *melhor idade* segue uma tendência semelhante de mercantilização e inclusão por meio do consumo. Suprime novamente o aspecto da fragilidade do velho e suas dificuldades. Enunciar o momento da velhice como o melhor dos momentos da vida é um contrassenso, tendo em vista, ao menos, as condições biológicas que se impõem sobre o corpo. O termo faz referência ao aspecto lúdico daqueles que se aposentam, podendo, assim, usufruir de uma qualidade de vida considerável e se inserir em atividades próprias para idosos por meio do consumo ou por meio de grupos de idosos. A ideia do lúdico e do recreativo aqui remete à uma infantilização dessas pessoas velhas e a supressão da ideia de dificuldades.<sup>33</sup>

Por sua vez, o termo mais utilizado nos meios institucionais atualmente é *pessoa idosa*. Esse termo foi utilizado pela Organização Mundial da Saúde, em 1957, e foi recebida pelos marcos legais sobre velhice no Brasil, tanto na Constituição Federal, de 1988, quanto no Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/2003, e na Política Nacional da Pessoa Idosa, Lei nº 8.842/1994. Com o termo apropriado pelos marcos legais sobre a velhice, os idosos passaram muitas vezes a serem assim considerados somente com mais de 60 anos (marco legal). O seu uso predominantemente estatal faz surgir um caráter de classificação de massas populacionais alvos de políticas públicas. Não possui tão fortemente a característica de supressão das dificuldades da velhice como ocorre com a *terceira idade* e *melhor idade*, mas suprime as

---

<sup>31</sup> RAMOS, 2014, p. 37.

<sup>32</sup> IDEM.

<sup>33</sup> IBIDEM, p. 39.

diversidades das existências como velho, passando a considerar as *peessoas idosas* como um grupo populacional relativamente homogêneo.

Diante disso, percebemos que os termos utilizados nos meios institucionais e de consumo referidos acima invisibilizam ou camuflam o aspecto que mais exige atenção e cuidado, que é a fragilidade corporal, social, econômica e familiar. Por esse motivo, neste trabalho, optamos por utilizar os termos *velhos* e *velhice*, uma vez que esses refletem os aspectos de vulnerabilidade decorrentes da idade, que são o alvo de nosso estudo. Entendemos que dar ênfase à fragilidade é pré-requisito para se pensar em formas de atender às suas necessidades específicas. Não será camuflando os sentidos de perdas de capacidades físicas e mentais e de maior proximidade da morte ou ressaltando a capacidade de consumo que a sociedade promoverá melhores formas de vida a esses velhos.

Pretendemos dar ênfase às fragilidades, tendo em vista também dados analisados nos artigos no Capítulo 3, nos quais as velhas e velhos têm menores condições de realizar atividades recreativas ou de consumo, como sugere o termo *melhor idade*. Pelo contrário, nesses grupos analisados as perdas estão em evidência e suas famílias, com exceção das cuidadoras identificadas, distanciam-se da vivência e do cuidado como forma de não enxergarem as perdas que a velhice traz. Queremos, assim, percorrer o caminho inverso: entender as fragilidades, para que, a partir delas, possamos identificar possibilidades de melhores condições de vida.

Ademais, trazer o termo velho como incorreto ou ofensivo reflete uma incapacidade da sociedade em lidar com os conceitos de morte e enfraquecimento. As pessoas não querem ser velhas, pois ser velho é ser frágil e estar mais próximo da morte. Objetivamos também o incentivo à superação do preconceito ao termo e às ideias as quais ele remete, além de uma maior naturalização da velhice como etapa da vida que, na melhor das hipóteses, todos viveremos.

Além disso, como vimos, nem todos os velhos são idosos por não terem chegado ao marco legal de 60 anos, apesar de já vivenciarem condições de fragilidade típicas da velhice. Assim, o uso do termo *idosos* será mais restrita, na medida em que exclui velhices anteriores aos 60 anos, geralmente vividas por aqueles que percorreram os anos de suas vidas sob condições mais precarizadas.

Assim, a concepção de velhice que mais parece adequada para esse estudo é a de fragilização individual do organismo que acarreta uma transformação no papel social ocupado pelo sujeito. Esse estudo apontará pessoas portadoras de Alzheimer que não chegaram aos 60 anos, estabelecidos pelo critério legal, ou burocrático, de velhice, mas apresentam, em razão do

acometimento da doença, um envelhecimento acelerado. Passam a ocupar locais sociais destinados aos velhos e a apresentar limitações e vulnerabilidades próprias da velhice.

Débora Diniz debate o lugar social da velhice. Afirma que ela expõe uma fragilidade potencial de qualquer pessoa e rompe com suposições comuns da nossa sociedade de que os personagens são indivíduos autônomos e independentes. A autora pontua que essa é uma suposição equivocada, pois vivemos de maneira interdependente ao longo de toda a vida. Segundo Diniz, a experiência da interdependência é vivenciada com maior frequência entre mulheres, de forma que o processo de diminuição das capacidades é menos contrastante com suas vidas até a velhice do que para homens, que transladam do local de suposta autonomia e independência para papéis sociais do feminino e da deficiência.<sup>34</sup>

Débora Diniz e Marcelo Medeiros aproximaram os debates acerca da velhice ao da deficiência. Esta é compreendida a partir do modelo social que deixa de atribuir a deficiência à lesão do corpo e passa a considerar deficiência a não adaptação de todo o ambiente social àqueles corpos que são diversos.<sup>35</sup> Consoante a esse entendimento, Wederson Santos compreende deficiência como a “desigualdade [que ocorre] quando as sociedades se mostram pouco preparadas para assimilar a diversidade corporal”<sup>36</sup>. Ao romper com a ideia de que a deficiência está intrinsecamente ligada à lesão, retira-se o juízo de inadaptabilidade do corpo lesionado a uma suposta normalidade e a passa para toda a sociedade, tornando todos os seus membros, em todos os espaços, responsáveis pelas limitações que esses corpos diversos sofrem.<sup>37</sup>

Ademais, segundo os autores, ao desfazer a relação necessária entre lesão e deficiência, é possível compreender que não só a lesão dá origem à deficiência, mas também diversos eventos naturais da vida, como infância, gravidez, doenças temporariamente incapacitantes e velhice. Dessa forma, rompe-se com a ideia de que deficiência decorre de acontecimentos traumáticos e excepcionais. A ideia é a de que os corpos são diversos por fenômenos naturais da vida e, por isso, enfrentam uma estrutura espacial e social pouco atenta às suas características. Assim, a deficiência não é um evento isolado e trágico, exceção ao curso normal da vida, mas está intimamente ligado aos seus ciclos e adversidades, fazendo com que todos nós, em momentos diversos, precisemos de cuidados específicos às nossas condições.

---

<sup>34</sup> DINIZ, 2006.

<sup>35</sup> DINIZ e MEDEIROS, 2004, p. 109 a 114.

<sup>36</sup> SANTOS, 2010, p. 173.

<sup>37</sup> DINIZ e MEDEIROS, 2004, p. 109 a 114.

Nesse cenário, é essencial distinguir os fenômenos de velhice e adoecimento. Entendemos que esses são fenômenos biológicos distintos. A velhice é um processo natural que pode ser vivido de forma saudável, embora os grupos populacionais envelhecidos possam estar mais suscetíveis ao adoecimento. Esses fenômenos se distinguem, mas se inter-relacionam de forma que ambos promovem a redução das capacidades dos sujeitos e a velhice vulnerabiliza especialmente o organismo ao adoecimento. De acordo com o Ministério da Saúde, seguindo o entendimento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o envelhecimento não se confunde com adoecimento:

O envelhecimento pode ser compreendido como **um processo natural**, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - **o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema**. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência – senilidade (BRASIL, 2007, p. 8). (Grifo nosso)

A vivência das pessoas velhas e adoecidas em processo demencial, alvo desse estudo, apresentam esses dois fenômenos inter-relacionados, pois, como vimos, a idade é um fator crucial para o desenvolvimento da maior parte das demências. Como veremos no Capítulo 3, socialmente, as experiências dos dois fenômenos são, com frequência, confundidas entre si. Tanto ao doente demente, quanto ao velho demente são atribuídos papéis sociais semelhantes de exclusão das vivências normais nos seus meios sociais e familiares, mas ainda mais agravadas quando esses sujeitos experienciam cumulativamente os dois fenômenos.

## 2 CUIDADOS COM A VELHICE DEPENDENTE

Neste capítulo daremos ênfase aos desafios jurídicos dos cuidados com velhos incapazes. Primeiramente, abordaremos a responsabilização da família, sociedade e Estado, feitas pela Constituição Federal, Estatuto do Idoso e demais marcos legais sobre a velhice, para a promoção e garantia dos direitos dos idosos e a doutrina da proteção integral de idosos.

Num segundo momento, analisaremos o conceito de personalidade jurídica sob uma perspectiva constitucional e os instrumentos da interdição civil e curatela em sua configuração atual e limitações.

Por fim, trataremos possibilidades de flexibilização dos institutos que os tornem mais adequados às vivências dos velhos com demências.

### 2.1 “Família, sociedade e Estado”

A Constituição Federal estabelece, em seu Capítulo VII, a família como base da sociedade (art. 226). Essa família possui contornos inclusivos e não mais pautados exclusivamente pelo casamento, sendo nomeada atualmente de “família democrática”. Segundo Maria Celina Bodin de Moraes e Ana Carolina Brochado Teixeira, essa família democrática se caracteriza pela possibilidade de constituição diversa e pela formação de um núcleo de pessoas unidas pela afetividade e reciprocidade. O núcleo de pessoas unidas por esses laços se organizam e ganham funcionalidade no sentido de promover o desenvolvimento pleno da personalidade de seus membros, pautando-se, assim, pela promoção da dignidade.<sup>38</sup>

Com base na pressuposição da existência desses laços de afetividade e reciprocidade, os membros recebem do Estado incumbências especiais para proteção de seus integrantes vulnerabilizados em razão da faixa etária.<sup>39</sup> Os artigos 229 e 230 delegam a promoção dos direitos dos velhos à família, à sociedade e ao Estado:

Art. 229. Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e **os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.**

---

<sup>38</sup> MORAES e TEIXEIRA, 2013, p. 2117.

<sup>39</sup> IDEM, p. 2140.

Art. 230. **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.

§ 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. [Grifo nosso]

A família como foco na garantia dos direitos dos velhos foi reforçada na Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994). Em seu art. 3º, no qual estabelece seus princípios, diz que “a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida”.

Da mesma forma, o Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003) endossa tal compromisso. Enquanto a Constituição Federal nos informa que é um *dever* da família e filhos *amparar* seus velhos, o Estatuto diz que é sua *obrigação* assegurar a *efetivação dos seus direitos*, sendo mais enfático na responsabilização desses agentes:

Art. 3º 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. [Grifo nosso)

A ideia dos estatutos legais é a de que o amparo às pessoas fragilizadas pela velhice não é um dever exclusivo do Estado, devendo haver compartilhamento de responsabilidades. E a lei reconhece a família como o mais importante agente de efetivação de direitos dos velhos. Em todos os dispositivos acima, a responsabilidade é atribuída em primeiro lugar à família, em segundo, à comunidade e à sociedade e, em último lugar, ao Estado.

Segundo Maria Berenice Dias, a ordem em que aparecem os agentes importa para a responsabilização, sendo exigível esse dever primeiramente da família, em segundo lugar, da sociedade e, por último, do Estado. Dada a relevância que o texto atribui à família, a autora a define como uma técnica originária de proteção social e o Estado se beneficia da sua estrutura e valores de solidariedade. Ao positivizar a solidariedade familiar e transformá-la em princípio jurídico, os sujeitos inseridos em relações familiares se tornam juridicamente responsáveis uns

pelos outros, devendo aqueles em melhores condições prestar apoio aos que estejam fragilizados.

A delegação de responsabilidade pela promoção dos direitos dos velhos para todos se insere na Doutrina da Proteção Integral, segundo a qual todos pertencentes à sociedade são corresponsáveis pelo bem-estar dos velhos. Um exemplo de responsabilização da sociedade pelos direitos dos idosos é o art. 6º, do Estatuto do Idoso:

Art. 6º Todo cidadão tem o dever de comunicar à autoridade competente qualquer forma de violação a esta Lei que tenha testemunhado ou de que tenha conhecimento.

A positivação desse entendimento parece-nos correta, pois condições especiais de fragilização das pessoas se torna uma questão pública. Sujeitos que não podem mais cuidar de si em razão do envelhecimento devem contar com ações coordenadas de toda a sociedade para a garantia de seus direitos, e não somente do Estado. A positivação transforma num dever jurídico imposto a toda a sociedade a atenção aos velhos. Essa questão tanto não se restringe à responsabilidade familiar, como, no âmbito público, não se restringe à atuação estatal.

Entretanto, existem críticas a essa delegação. Se, por um lado, tornar o cuidado com os velhos um dever jurídico de todos é uma forma a mais de proteção, por outro, o dever imposto ao Estado de cuidado é diminuído. Maria Berenice Dias e Ramos apontam que os dispositivos constitucionais acima representam uma forma do Estado se desonerar de grande carga da responsabilidade por esses velhos e delegá-la principalmente às famílias.<sup>40</sup> De fato, como vimos, ainda é a família a quem o Estado delega a maior responsabilidade, colocando-a como a primeira responsável pelos velhos, baseado no princípio da solidariedade familiar. Cabe questionar, entretanto, se as famílias possuem suporte para lidar com a complexidade que é o fenômeno da velhice.

Um indicativo de que as famílias estejam despreparadas para arcar com essa responsabilidade é o dado do Mapa da Violência contra idosos no Distrito Federal, produzido pela Central Judicial do Idoso, no qual 85,41% dos agressores de idosos eram seus familiares, dos quais 64,64% eram seus filhos.<sup>41</sup> Esse hiato entre a expectativa da norma e dados da violência vivida pelos idosos desperta a preocupação com o preparo dessas famílias para cuidar de seus velhos, principalmente os dependentes, e se há amparo para que ela exerça essa função.

---

<sup>40</sup> BERENICE DIAS, 2006, p. 56 e RAMOS, 2014, p. 186.

<sup>41</sup> BRASIL, 2013, p. 30-31.

## 2.2 Personalidade e capacidade

A nossa reflexão tem como foco a valorização da personalidade jurídica no processo de interdição e exercício da curatela. A personalidade jurídica é um bem e valor jurídico que emana da própria existência da pessoa. Adquire personalidade qualquer pessoa nascida viva.<sup>42</sup> Ela é inerente à existência da pessoa, e corresponde às suas qualidades próprias, como honra, liberdade, integridade física, identidade pessoal e vida.<sup>43</sup>

A tutela desse bem que é a personalidade se faz por meio dos consequentes direitos de personalidade. Esses possuem um alcance maior que a própria personalidade, pois, mesmo após a morte ou antes do nascimento com vida, os direitos de personalidade podem ser evocados. Segundo Pontes de Miranda, esses “são todos os direitos necessários à realização da personalidade, à sua inserção nas relações jurídicas”.<sup>44</sup> Assim, a personalidade jurídica é um atributo de todos os seres humanos vivos, independentemente de sua condição mental, biológica ou física. E o pleno desenvolvimento da personalidade das pessoas é um direito a ser efetivado por todos os seres humanos ao longo de suas vidas.

Conforme mencionamos no Capítulo 1, capacidade jurídica e personalidade jurídica são conceitos que não podem se confundir. A doutrina tradicional faz uma correspondência entre os conceitos de capacidade de direito e personalidade<sup>45</sup> ao trazer como definição de personalidade *a aptidão genérica para adquirir direitos e contrair obrigações*.<sup>46</sup> Essa definição associa demasiadamente a personalidade à possibilidade de figurar em relações jurídicas da vida civil, colocando em segundo plano a ideia de personalidade como alicerce da proteção da pessoa humana.<sup>47</sup>

Célia Barbosa Abreu defende que a personalidade jurídica deve ser vinculada ao conceito de dignidade da pessoa humana, a partir de uma interpretação constitucional. Em conjunto com diversos outros autores,<sup>48</sup> pontua:

---

<sup>42</sup> Adotamos nesse trabalho a teoria natalista da personalidade e reconhecemos as possibilidades de proteção dos direitos de personalidade do nascituro, entretanto, sob efeito suspensivo até o nascimento com vida, seguindo a adoção pelo ordenamento (artigo 2º do Código Civil de 2002: “A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro. “).

<sup>43</sup> BELTRÃO, 2014, p.10.

<sup>44</sup> PONTES DE MIRANDA, 1954, p. 214.

<sup>45</sup> ABREU, 2009, p. 22.

<sup>46</sup> BEVILÁQUA, 1975, p. 70-72, PEREIRA, 2004, p. 213-214, VENOSA, 2003, p. 147-149.

<sup>47</sup> ABREU, 2009, p. 24.

<sup>48</sup> TEPEDINO; BARBOSA; MORAES, 2004, p 4 e RODRIGUES, 2004, p. 2-3.

Faz-se necessário então conceber dois sentidos para a noção de personalidade: de um lado, o conhecido significado de atributo conferido pela ordem jurídica a todas as pessoas, que lhes permite figurar nas relações jurídicas; de outro, enquanto valor jurídico emanado da pessoa humana, valor fundamental do ordenamento jurídico pátrio.

Esse conceito de personalidade visto segundo a ótica constitucional representa, segundo a mesma autora, tanto um valor como um bem “que se realizam de forma dinâmica desde o nascimento até a morte da pessoa, desenvolvidos por meio de uma *educação própria*, por meio de *escolhas próprias*”.<sup>49</sup> A personalidade é um valor fundamental no ordenamento, que não pode ser subordinado a outros. A sua proteção e a garantia de seu desenvolvimento nas mais diversas situações de existência são um objetivo de nosso ordenamento. Dessa forma, representa um bem cuja proteção é questão de ordem pública e não somente pressuposto subjetivo para figurar nas relações jurídicas.

Deles decorrem diversas consequências relativas à sua proteção que, embora relevantes, são de difícil previsão pelo legislador, devido à elasticidade da personalidade.<sup>50</sup> A vasta gama de situações existenciais que não podem ser previstas pelos legisladores demanda uma compreensão da personalidade não restrita ao sistema do Código Civil. Faz-se necessária uma interpretação guiada pela Constituição Federal, que estabelece previsões de proteção das garantias fundamentais das pessoas, como são o artigo 5º, inciso X; artigo 220 e artigo 5º, incisos IV e V.<sup>51</sup> Somente com essa visão do ordenamento como um todo, guiado por princípios e não fragmentado e contraditório, é possível realizar o valor máximo constitucional que é a proteção da pessoa humana.<sup>52</sup>

Quanto ao método interpretativo tradicional de compreensão da personalidade de forma apartada da Constituição e enclausurada no Código Civil de 2002 e a necessidade de

---

<sup>49</sup> ABREU, 2009, p. 4.

<sup>50</sup> ABREU, 2009, p. 29.

<sup>51</sup> Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

IV - é livre a manifestação do pensamento, sendo vedado o anonimato;

V - é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem;

X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;

Art. 220. A manifestação do pensamento, a criação, a expressão e a informação, sob qualquer forma, processo ou veículo não sofrerão qualquer restrição, observado o disposto nesta Constituição.

<sup>52</sup> ABREU, 2009, p. 26.

interpretação segundo a Constituição Federal, seguimos o posicionamento de Célia Barbosa Abreu em sua síntese a seguir:

Quanto ao prosseguimento do estudo dos direitos da personalidade, mantido o apego ao método tradicional, outra coisa não há de ser senão que este compreende lamentável opção ideológica e cultural daqueles que insistem em tal postura. [...] a norma constitucional de tutela da personalidade é a chave para a proteção integral da pessoa humana, sob pena de se estar negando que esta constitui um valor unitário, a ser protegido em todas as suas manifestações.<sup>53</sup>

A valorização da personalidade como forma de proteção da pessoa apresenta especiais dificuldades quando falamos de pessoas incapazes ou relativamente incapazes. Ao dar ênfase na possibilidade de figurar em relações jurídicas, o desenvolvimento da personalidade seria praticamente suprimido no caso de incapacidade, tendo em vista que a figuração em relações se daria por meio de representação ou assistência. Entendemos que, ao darmos ênfase à compreensão constitucional da personalidade como bem e valor fundamental, é possível falar em proteção e desenvolvimento da personalidade mesmo em caso de incapacidade, em flexibilização da interdição civil e do exercício da curatela.

A capacidade civil, segundo os manuais de Direito Civil, possui duas formas de existência. A primeira delas é a capacidade de direito que, como dito, é muitas vezes confundida com a própria personalidade. Entretanto, capacidade de direito é a possibilidade de figurar como polo em relações jurídicas atribuída pelo ordenamento jurídico às pessoas,<sup>54</sup> ao passo em que a personalidade emana da própria pessoa<sup>55</sup>. A segunda é a capacidade de fato, que é a “aptidão da pessoa para exercer *por si mesma* os atos da vida civil”.<sup>56</sup> Essa última depende de fatores como idade e condição mental ou física para o exercício pleno. Apesar disso, é a regra no ordenamento. Para qualquer pessoa com idade superior a 18 anos, a presunção é de que tenha capacidade plena, ou seja, que goze de capacidade de direito e capacidade de fato.

A restrição da capacidade é um procedimento de consequências graves tanto para a pessoa interditada, quanto para a sociedade. Por esse motivo, o procedimento de restrição da

---

<sup>53</sup> IDEM, p. 30.

<sup>54</sup> Artigo 1º do Código Civil de 2002: “Toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil.”

<sup>55</sup> ABREU, 2009, p. 31 e 32.

<sup>56</sup> VENOSA, 2003, p. 162.

capacidade, a interdição civil, possui rigidez e uma série de exigências como entrevista do interditando pelo juiz, assistido por equipe multidisciplinar,<sup>57</sup> e perícia ou relatório médico e, ainda, a presença do Ministério Público.<sup>58</sup>

Em janeiro de 2016 entrou em vigor a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, nomeado de Estatuto da Pessoa com Deficiência, que altera as situações de incapacidade absoluta e relativa. Anteriormente à lei, as incapacidades podiam ser divididas da seguinte maneira, segundo os artigos 3º e 4º do Código Civil de 2002:

Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

I - os menores de dezesseis anos;

II - os que, **por enfermidade** ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;

III - os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade

Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer:

I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;

II - os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;

III - os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;

Ou seja, anteriormente às alterações, os velhos incapazes em decorrência de demências em geral e Alzheimer seriam absolutamente incapazes. Mas não havia especificação acerca das condições próprias da doença para avaliação do grau de incapacidade. A nova redação trazida pela lei que recentemente entrou em vigor exclui todas as hipóteses de incapacidade absoluta para maiores de 18 anos, inclusive no caso de enfermidade:

Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesseis) anos.

Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer:

I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;

II - os ébrios habituais e os viciados em tóxico;

<sup>57</sup> A exigência de assistência do juiz por equipe multidisciplinar na entrevista com o interditando foi trazida pela Lei nº 13.146/15, Estatuto da Pessoa com Deficiência.

<sup>58</sup> BERENICE DIAS, 2006, p. 489.

III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade;

IV - os pródigos.

Essa situação nova, relativamente à incapacidade absoluta, nos gera certo estranhamento pois é certo que, em determinadas situações, existe limitação total das capacidades cognitivas ou de expressão. Em comentário à nova lei, Flávio Tartuce elucida a inexistência de pessoas absolutamente incapazes com mais de 18 anos:

Em suma, **não existe mais, no sistema privado brasileiro, pessoa absolutamente incapaz que seja maior de idade. Como consequência, não há que se falar mais em ação de interdição absoluta no nosso sistema civil**, pois os menores não são interditados. Todas as pessoas com deficiência, das quais tratava o comando anterior, passam a ser, em regra, plenamente capazes para o Direito Civil, o que visa a sua plena inclusão social, em prol de sua dignidade.<sup>59</sup> [grifo nosso]

Embora as mudanças tenham ocorrido para a promoção da autonomia e dignidade das pessoas com deficiências, a nova lei gera uma lacuna sobre a situação dos velhos com perdas cognitivas severas decorrentes das demências. Ao mesmo tempo, o entendimento de que essas pessoas não são mais consideradas absolutamente incapazes traz à discussão novas possibilidades de proteção, que serão discutidas a seguir.

Entretanto, é certo que as alterações são demasiadamente recentes e contam com o amadurecimento de toda a sociedade e do ambiente jurídico para adaptações em relação a proteção dos velhos com perdas cognitivas severas.

### 2.3 Interdição civil e curatela

Relativamente aos velhos incapazes e dependentes, foco da nossa investigação, são a Interdição Civil e a Curatela os instrumentos jurídicos mais presentes na condução da vida e efetivação de direitos desses velhos dependentes. A Interdição Civil, até aprovação do Estatuto da Pessoa com Deficiência, tratava-se de um procedimento judicial por meio do qual uma pessoa já emancipada ou maior de 18 anos era declarada absoluta ou relativamente incapaz de

---

<sup>59</sup> TARTUCE, 2016.

realizar atos da vida civil por si mesma, em razão de incapacidade total ou parcial, causada por doença, lesão ou deficiência cognitiva. Com a alteração da lei, não há mais interdição por incapacidade absoluta. As previsões, anteriores à Lei nº 13.146/15, orientavam quais eram as pessoas que deveriam ser interditadas:

Art. 1.767. Estão sujeitos a curatela:

- I - aqueles que, **por enfermidade** ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil;
- II - aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade;
- III - os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos;
- IV - os excepcionais sem completo desenvolvimento mental;

Assim, estava prevista a hipótese aplicável aos velhos com demências. Entretanto, o Estatuto da Pessoa com Deficiência também alterou o dispositivo da seguinte maneira:

Art. 1.767. Estão sujeitos a curatela:

- I - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade;
- II - (Revogado);
- III - os ébrios habituais e os viciados em tóxico;
- IV - (Revogado);
- V - os pródigos.

Novamente, o inciso que previa explicitamente a hipótese de enfermidade foi suprimida, deixando uma lacuna. Na falta de previsão mais precisa e necessidade de interdição frente aos casos concretos, poder-se-ia interpretar a situação vivida pelos velhos com demência, segundo o inciso I, pois efetivamente, a doença comprometer-lhes-ia a capacidade de manifestação de vontade em estágios mais avançados.

Conforme vimos acima, com as alterações sobre incapacidades absolutas e relativas, não existe mais a hipótese de interdição absoluta, mas persiste a interdição por incapacidade relativa.

A doutrina se divide quanto à natureza do ato decisivo à interdição. Parte a considera de natureza constitutiva,<sup>60</sup> o que significaria que seria somente a decisão judicial que geraria a incapacidade, gerando efeitos *ex nunc*. E parte a considera declaratória,<sup>61</sup> o que significa que a Jurisdição não constitui nova relação, somente reconhece uma situação já existente, gerando efeitos *ex tunc*. Tendo em vista que a condição de incapacidade, cuja causa seja transtorno mental, existe por si, independentemente de sentença, mesmo aqueles que entendem que a natureza é declaratória, pontuam a necessidade de comprovação da incapacidade à época de realização de ato anterior à sentença.<sup>62</sup>

Diante dessa controvérsia, Orlando Gomes trouxe um conceito importante para a discussão jurídica que é a incapacidade natural. Ele a define como a própria “incapacidade de entender e de querer, que não está judicialmente declarada”.<sup>63</sup> Adotada também por Jussara Maria Leal de Meirelles e Eduardo Didonet Teixeira, o conceito de incapacidade natural deve ser alegado com o fim de exigir a anulação de atos nas situações em que o incapaz ainda não interditado realizou negócios nos quais seus interesses entrem em conflito com o contratante.<sup>64</sup>

Assim, a partir da sentença de interdição, torna-se público e reconhecido o *status* jurídico, a amplitude da capacidade civil daquele interditado. Uma vez reconhecida a incapacidade, passam a valer os seus efeitos de nulidade de negócios realizados por ele e sem a presença do curador. Os atos anteriores à interdição ficam suscetíveis a anulação, caso reste comprovado que, no momento do ato, estava presente a causa da incapacidade.

Nesse contexto, a Curatela é um encargo de extrema importância para a defesa dos direitos de personalidade do interditado. Isso porque o Curador é o ator legitimado para atuar em defesa do interditado na lacuna de sua capacidade. Esse é o encargo atribuído a uma pessoa para administrar o patrimônio, zelar pelo bem-estar e reger a vida civil do interditado como um todo, devido a sua incapacidade de realizar tais tarefas por si. O seu exercício é destinado prioritariamente a membros da família do incapaz. A lei estabelece uma ordem de atribuição do múnus da Curatela, privilegiando textualmente os membros mais próximos da própria família:

Art. 1.775. O cônjuge ou companheiro, não separado judicialmente ou de fato, é, de direito, curador do outro, quando interdito.

---

<sup>60</sup> DIAS, 2006, P. 489; VENOSA, 2003, p. 458.

<sup>61</sup> PONTES DE MIRANDA, 1983, p. 313.

<sup>62</sup> IDEM, p. 313.

<sup>63</sup> GOMES, 2007, p. 153 e 154.

<sup>64</sup> ABREU, 2009, p. 33.

§1º Na falta do cônjuge ou companheiro, é curador legítimo o pai ou a mãe; na falta destes, o descendente que se demonstrar mais apto.

§ 2º Entre os descendentes, os mais próximos precedem aos mais remotos.

§ 3º Na falta das pessoas mencionadas neste artigo, compete ao juiz a escolha do curador.

Entretanto, é pacífico entre autores que essa ordem não é rígida, nem obrigatória.<sup>65</sup> O nosso interesse na ordem de convocação da lei para que parentes assumam o encargo se deve à constatação, no Capítulo 3, de que os parentes se mobilizam nessa ordem para atender aos cuidados diários dos idosos dependentes, com o adendo de que existe preferência por mulheres.

Maria Berenice Dias sustenta que a curatela possui caráter *protetivo e assistencial* aos maiores de idade incapazes e que se trata de um *múnus público*.<sup>66</sup> Pontes de Miranda também sustenta que o instituto é um “benefício da lei”, visto que outra pessoa regerá sua vida civil e seu patrimônio, o que o interditado não pode fazer por si.<sup>67</sup> Apesar do destaque para o caráter benéfico e protetivo do instituto, essa proteção faz referência principalmente à administração patrimonial, pouco dispondo sobre direitos personalíssimos, questões da vida civil, como casamento, divórcio, ou de cuidados ao interditado.

Ao analisarmos a Curatela, cabe também a análise da Tutela, pois preconiza a lei que, em caso de lacuna, aplicam-se à curatela os dispositivos relativos à tutela (arts. 1.774 e 1.781, do Código Civil Brasileiro<sup>68</sup>). A tutela é encargo que objetiva a administração de bens de incapazes e relativamente incapazes em razão da menoridade. Interessante notar que, mesmo no Código Civil de 2002, tanto na tutela, quanto na curatela, a preocupação da lei se refere principalmente à administração do patrimônio das pessoas incapazes e não exatamente com seus bem-estares.<sup>69</sup>

Os dispositivos acerca da tutela, aplicáveis à Curatela, pouco sofreram modificação com a entrada em vigência do Código Civil de 2002, possuindo ainda um amplo rol de

---

<sup>65</sup> BERENICE DIAS, 2006, p.

<sup>66</sup> IDEM, p. 484.

<sup>67</sup> PONTES DE MIRANDA, 1983, p. 317.

<sup>68</sup> Não alterados pela Lei nº 13.146/15: “Art. 1.774. Aplicam-se à curatela as disposições concernentes à tutela, com as modificações dos artigos seguintes.

[...]

Art. 1.781. As regras a respeito do exercício da tutela aplicam-se ao da curatela, com a restrição do [art. 1.772](#) e as desta Seção.”

A Seção para a qual as disposições sobre tutela não se aplicam correspondem a outros dois artigos, o primeiro deles trata da interdição dos pródigos, o segundo trata do regime de bens em caso do curador ser cônjuge do curatelado.

<sup>69</sup> BERENICE DIAS, 2006, p. 473.

disposições sobre como o patrimônio do interdito ou do tutelado devem ser administrados, sobre responsabilidades sobre os bens e prestação de contas quanto à administração e pouco dispendo sobre a pessoa curatelada. Portanto, o caráter predominantemente patrimonialista do instituto da Curatela no Código Civil de 2002 se manteve, a despeito da adoção pela Constituição Federal da prevalência do princípio da promoção da dignidade dos membros da família. Como vimos, pouco se fala, em termos de regulamentação, da forma como os Curadores devem promover a dignidade dos interditados ou a proteção e desenvolvimento de sua personalidade, se compararmos ao grau de detalhamento dado à preocupação com a administração patrimonial. Um exemplo do grau de detalhamento é que se positivou a hipótese de avaliação de objetos em ouro, prata e pedras preciosas de propriedade do interdito (art. 1.753, § 1º<sup>70</sup>).

Quanto a isso, Orlando Gomes analisa a influência do privatismo doméstico na formulação do Código Civil de 1916, destacando como, no âmbito do direito de família, a normatização buscava facilitar a conservação e a concentração do patrimônio sob poder de um chefe familiar, tendo em vista a proteção de uma família *legítima*. A própria preocupação com a indissolubilidade do casamento, monogamia e prevalência dos direitos de filhos nascidos da união conjugal são formas de proteção do patrimônio por meio da concentração dos bens somente aos juridicamente legitimados por essa estrutura restritiva de família.<sup>71</sup> Os dispositivos atuais que tratam da Tutela e Curatela seguem essa tendência de preocupação predominante com a conservação do patrimônio em nome do incapaz, como exemplo, o instrumento da garantia de tutela, mediante caução (art. 1.745, parágrafo único<sup>72</sup>), apesar de ter sido ponderada com a nova compreensão constitucional de família e de proteção dos sujeitos vulneráveis.

---

<sup>70</sup> Não alterado pela Lei nº 13.146/15: “Art. 1.753. Os tutores não podem conservar em seu poder dinheiro dos tutelados, além do necessário para as despesas ordinárias com o seu sustento, a sua educação e a administração de seus bens.

§ 1º Se houver necessidade, os objetos de ouro e prata, pedras preciosas e móveis serão avaliados por pessoa idônea e, após autorização judicial, alienados, e o seu produto convertido em títulos, obrigações e letras de responsabilidade direta ou indireta da União ou dos Estados, atendendo-se preferentemente à rentabilidade, e recolhidos ao estabelecimento bancário oficial ou aplicado na aquisição de imóveis, conforme for determinado pelo juiz.”

<sup>71</sup> GOMES, 2006, p. 14 a 17.

<sup>72</sup> Não alterado pela Lei nº 13.146/15: “Art. 1.745. Os bens do menor serão entregues ao tutor mediante termo especificado deles e seus valores, ainda que os pais o tenham dispensado.

Parágrafo único. Se o patrimônio do menor for de valor considerável, poderá o juiz condicionar o exercício da tutela à prestação de caução bastante, podendo dispensá-la se o tutor for de reconhecida idoneidade.”

O único artigo que trata do bem-estar da criança ou adolescente tutelado sem fazer referência ao patrimônio é o art. 1.740, inciso I, segundo o qual incumbe ao tutor: “dirigir-lhe a educação, defendê-lo e prestar-lhe alimentos, conforme os seus haveres e condição”.<sup>73</sup> Quanto à Curatela, as orientações não patrimoniais vigentes até o fim de 2015 acerca do interditado são as dos artigos 1.776 e 1.777:

Art. 1.776. Havendo meio de recuperar o interdito, o curador promover-lhe-á o tratamento em estabelecimento apropriado.

Art. 1.777. Os interditos referidos nos incisos I, III e IV do art. 1.767 serão recolhidos em estabelecimentos adequados, quando não se adaptarem ao convívio doméstico.

Entretanto, o Estatuto da Pessoa com Deficiência revogou o art. 1.776 e deu nova redação ao art. 1.777, passando à seguinte redação:

Art. 1.777. As pessoas referidas no inciso I do art. 1.767 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.

Assim, tivemos um avanço no sentido de promoção de integração, convivência familiar e comunitária, não só das pessoas com deficiência, mas a todas aquelas sujeitas à interdição. Esse avanço se aproveita para velhos com demência que frequentemente são afastados do convívio familiar e mantidos reclusos no ambiente doméstico sob cuidados, na maioria dos casos, de um único familiar.

Ainda sobre o caráter patrimonialista predominante, Maria Celina Bodin de Moraes e Ana Carolina Brochado Teixeira, relembram que Constituições anteriores também possuíam um enfoque jurídico patrimonialista, produtivo e estritamente econômico, fazendo referência aos velhos somente em matéria previdenciária. Uma vez fora da cadeia produtiva, já não ocupavam papéis socialmente relevantes para ganharem a atenção desse sistema jurídico cujo enfoque é patrimonialista.<sup>74</sup>

---

<sup>73</sup> Não alterado pela Lei nº 13.146/15.

<sup>74</sup> MORAES e TEIXEIRA, 2013, p. 2144 e 2145.

Apesar da mudança paradigmática trazida pela Constituição Federal de 1988, com a ideia de “família democrática” e proteção de pessoas fragilizadas, o Código Civil de 2002 preservou diversos dispositivos no direito de família, conservando o viés patrimonialista. À defesa da dignidade e proteção dos membros mais frágeis da família, foram destinadas prioritariamente legislações específicas como Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069, de 13 de julho de 1990), Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003), ou mesmo a Lei Maria da Penha (Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006), que guardam maior sintonia com as diretivas constitucionais.

As alterações promovidas pela Lei nº 13.146/15, Estatuto da Pessoa com Deficiência, embora tragam grandes avanços nos institutos para pessoas deficientes, entendemos, ao menos num primeiro momento, que não se destinam aos demais casos de interdição, como no de velhos com demência. Além disso, pouco alteram os dispositivos acerca da curatela no Código Civil de 2002 aplicáveis aos velhos com demência, preservando o conteúdo predominantemente patrimonialista.

Por esse motivo, ainda é necessário que seja feita a devida crítica aos institutos de forma a adequá-los à valorização da pessoa humana da Constituição Federal. Nesse sentido:

[...] uma *ratio* contemporânea do regime jurídico das incapacidades pressupõe, sem dúvida, a proteção adequada das situações extrapatrimoniais de que tais pessoas participem, em consonância com o processo de construção do Direito Civil em chave constitucional.

Não se pode continuar tutelando ou deixando de tutelar seres humanos em função de considerações estritamente patrimonialistas, sob pena de se estar desrespeitando a ótica introduzida pela CRFB/1988. A nova ordem constitucional impõe o respeito à pessoa humana, vista como valor supremo no sistema, sendo seu desenvolvimento e sua tutela questões prioritárias. Nesse sentido, não é possível manter entendimentos que fazem confusões entre as capacidades necessárias à prática de atividades patrimoniais e as exigidas para as escolhas existenciais.<sup>75</sup>

Assim, o caráter protetivo e assistencial dos institutos de Interdição e Curatela, mencionado por Maria Berenice Dias, ainda é restrito, pois, por si, são pouco sensíveis às condições reais de vivência desses velhos incapazes e de seus responsáveis. A proteção efetiva

---

<sup>75</sup> ABREU, 2009, p. 52.

presente neles é reflexa, ou seja, ocorre na medida em que administração patrimonial é uma das formas de zelo da pessoa incapaz, não oferecendo, entretanto, recursos adequados à proteção integral de sua pessoa.

Por esse motivo, ainda é necessária a abertura para a flexibilização das formas de exercício da curatela, pois o texto legal pouco dispõe sobre as possibilidades de proteção da personalidade das pessoas interditadas, dando ênfase à preservação de bens. Não seria possível harmonizar o Código Civil de 2002 à Constituição Federal de 1988 nos restringindo ao seu texto legal e não atentando a novas formas de administração da vida dessas pessoas.

Se por um lado verificamos o sentido patrimonialista preservado no texto da lei, mesmo após a codificação de 2002, por outro, percebemos que, em relação à pessoa do interditado, a preocupação era a de mantê-lo em exclusão do convívio social. Maria Bernadette de Moraes Medeiros reforça a afirmação de que os institutos não sofreram grandes alterações nas transições dos textos normativos. A autora vai além ao retomar a estrutura dos institutos no Direito Romano e suas transformações até os dias atuais. Sua tese é a de que a interdição possui uma genealogia de exclusão dos sujeitos considerados inadequados à convivência em sociedade em razão de desvios mentais (*furiosus*, *mentecaptus* e portadores de *dementia*<sup>76</sup>). O objetivo do instituto era excluir esses sujeitos do convívio como forma de proteção dos integrantes sãos da sociedade e a curatela cumpria a função de controle da pessoa em sofrimento mental.<sup>77</sup>

Os sentidos de proteção e tratamento da pessoa incapaz viriam a surgir com o cristianismo e, posteriormente, com a modernidade que passou a compreender o sofrimento mental sob o olhar clínico. Sob um sentido ou outro, a interdição perpetuava o caráter da exclusão, ganhando novas roupagens como, no entendimento Iluminista, o não reconhecimento da cidadania em razão da valorização da racionalidade e capacidade de manifestação de vontade, conceitos nucleares dessa concepção de dignidade do homem.<sup>78</sup>

Apesar de aparentemente longínquas essas ideias, é possível identificar tais sentidos no próprio Código Civil de 1916. O antigo Código prescrevia que “Os *loucos* [suscetíveis à interdição], sempre que parecer inconveniente *conserva-os em casa*, ou o exigir o seu tratamento, serão também *recolhidos em estabelecimento adequado*. ” E, ao estabelecer em

---

<sup>76</sup> “O *furiosus* era o indivíduo cuja loucura se manifestava por ideias extravagantes, episódios de excessos e violência permeados por intervalos de lucidez. ” “O *mentecaptus* era aquele que apresentava transtorno mental contínuo. ” “A *dementia* era resultado da evolução da moléstia com sério comprometimento das faculdades do entendimento” (VIEIRA, 2003 apud MEDEIROS, 2008).

<sup>77</sup> MEDEIROS, 2008, p. 24.

<sup>78</sup> IDEM, p. 28.

que hipóteses a atuação do Ministério Público seria possível, elenca em seu inciso I a interdição no caso de “*loucura furiosa*” (sem grifos no original)<sup>79</sup>. Está explícito o sentido de exclusão e controle, ao ordenar que se mantivessem restritos aos lares ou recolhidos em estabelecimentos. O Código Civil de 2002 não manteve a orientação de que se mantivesse os incapazes com transtornos psiquiátricos em casa, somente fazendo referência à internação e tratamento em estabelecimento adequado, na medida em que sua condição mental o exigisse. Entretanto, esse é o comportamento verificado entre as famílias cuidadoras de velhos em processo demencial como veremos no Capítulo 3. Além disso, a reclusão ao lar se dá em razão da dinâmica de cuidados<sup>80</sup> que se comunica com as limitações dos institutos de curatela.

Outro ponto relevante nesse debate é a observação dos termos utilizados pela lei para se referir aos incapazes. Em seu art. 446, no Capítulo II, em que trata da Curatela, dizia que estavam sujeitos à interdição “*Loucos de todo gênero*”. A identificação dos sujeitos incapazes em razão de doenças psiquiátricas e neurológicas como “loucos de todo gênero” expõe o precário conhecimento acerca das especificidades dos transtornos mentais e, portanto, das necessidades dessas pessoas.

Sensível à imprecisão dos termos, Pontes de Miranda tenta especificar essas situações. Divide a Curatela em seis espécies, dentre elas, as que fazem referência a curatelados em razão da saúde mental ou deficiência cognitiva estão a “curatela de loucos (*furiosi e mente capti*)” e a “curatela dos neuróticos e dos psicóticos”. O autor justifica sua classificação com a mesma preocupação que temos presente nesse estudo: unir todas as categorias de pessoas suscetíveis à interdição em “loucos” era antiquado em termos práticos pois não se atinha à sua etiologia e a seus sintomas, classificando todos como absolutamente incapazes. Dessa forma, a interdição pouco se aproveitaria ao interditando, usurpando a finalidade benéfica do instrumento jurídico.<sup>81</sup>

Segundo a classificação de Pontes de Miranda, a primeira das categoria de curatela de loucos compreendia os “fracos de espírito (imbecis)” (sic), “dipsómanos (impulsão irresistível a beber)”, “demência afásica”, “fraqueza mental senil”, “degeneração”, “psicastenia”, “psicose autotóxica (morfinismo, cocainismo, alcoolismo)”, “psicose infectuosa”, “paranóias”, “demência arteriosclerótica”, “demência sífilítica”. A segunda categoria de curatela de neuróticos e dos psicóticos compreendia os “psicopatas, assim declarados por perícia

---

<sup>79</sup> Código Civil de 1916.

<sup>80</sup> Percebe-se que tanto as cuidadoras se constroem com o comportamento desconexo dos velhos com demência, quanto os demais familiares se afastam do convívio.

<sup>81</sup> PONTES DE MIRANDA, 1983, p. 311 e 317.

médica”<sup>82</sup>. Percebe-se que foi feita uma tentativa de precisar as condições a que o termo *loucura* fazia referência, entretanto, muitos dos termos persistiram imprecisos.

O Código Civil atual procurou a utilização de termos mais precisos, como “*enfermidade*”, “*deficiência mental*”, “*excepcionais sem desenvolvimento mental completo*”, “*doença mental grave*”, mas que também é confusa se tentarmos achar conceitos precisos dos termos. Apesar das alterações dos termos obsoletos, a estrutura dos institutos permanece a mesma no texto legal, com viés ainda patrimonialista e com pouca atenção dada ao bem-estar tanto dos velhos incapazes, quanto de seus curadores, que se confundem com a figura dos cuidadores, principalmente entre as famílias de rendas mais baixas.

O desconhecimento acerca das doenças, lesões ou deficiências causadoras da incapacidade e sobre o seu correto tratamento levava a medidas homogeneizadoras de exclusão desses sujeitos que não se adequam à ideia de normalidade com o objetivo de proteger a sociedade dos seus “comportamentos incompreensíveis”. Assim, a exclusão era a solução social e a Interdição Civil e Curatela, os instrumentos legais de confinamento, seja no lar, seja em instituições psiquiátricas.<sup>83</sup>

O Código Civil de 2002 pouco modificou a estrutura dos institutos, permanecendo nos moldes em que se encontravam no Código Civil de 1916. Dessa forma, permaneceram diversas lacunas quanto à proteção do interditado e, por muitas vezes, é alheia à ordem constitucional, que tem como valor máximo a dignidade da pessoa humana. A Lei nº 13.146/15 trouxe diversas inovações e avanços, mas esses avanços se voltam principalmente às pessoas com deficiência. Aproveitam-se às situações vividas pelos idosos com demência alguns poucos dispositivos, como é o caso do art. 1.777 e o art. 1775, como se verá na seção seguinte. Apesar disso, as alterações abolindo incapacidades absolutas, ao mesmo tempo em que gera dúvidas a respeito das condições dos velhos com demência, possibilita novas interpretações e investigação de novas possibilidades, que também serão analisadas a seguir.

#### **2.4 Possibilidades de uma curatela voltada para a pessoa**

Inicialmente, diante da nossa preocupação, é importante trazer alguns conceitos externos ao Direito, mas que se relacionam intimamente à dinâmica de cuidado e administração da vida civil da curatela. São elas as categorias de cuidados primários e secundários. Segundo

---

<sup>82</sup> PONTES DE MIRANDA, 1983, p. 318 a 21.

<sup>83</sup> MEDEIROS, 2007, p. 85.

Neri, o cuidado primário é exercido por aquela que possui responsabilidade total pelo velho, estando sob sua responsabilidade as tarefas no ambiente domiciliar, como hospedar, prestar cuidados pessoais e de saúde e cuidar do ambiente doméstico. O cuidado secundário corresponde a responsabilidades menos diretas no dia-a-dia, como transporte, promoção de atividades sociais, gestão de questões legais e burocráticas e apoio emocional e espiritual. Embora esse cuidado represente um ônus menor à cuidadora, tem funções igualmente relevantes ao velho fragilizado. Enquanto isso, o cuidado primário exige mais energia e disponibilidade do cuidador que o exerce.

Esses cuidados assim categorizados podem ser exercidos pelos cuidadores de forma acumulada ou não. Aquele que exerce somente os cuidados primários ou que exerce os cuidados primários de forma cumulada com os secundários são categorizadas como cuidadores primários. Aquele que exerce somente as atividades secundárias são categorizadas como cuidadores secundários. Nesse sentido, na dinâmica de cuidados trazida pela autora, as tarefas típicas de curador estão entre as funções do cuidado secundário e podem estar acumuladas aos cuidados primários.

Neri informa que é comum que ambos os cuidados sejam exercidos por uma mesma pessoa.<sup>84</sup> A dinâmica de eleição de membros da família para exercer o cuidado do seu idoso é realizada muitas vezes em razão de um “papel normativo ou esperado na vida de um cuidador, na medida em que ele o exerce em virtude de expectativas sociais baseadas em relações de parentesco, de gênero e idade, expectativas típicas de seu grupo social”.<sup>85</sup>

Entretanto, a literatura tem descrito que a atribuição da totalidade das responsabilidades sobre a vida de um velho dependente não tem tido resultados saudáveis principalmente para os cuidadores. Esses cuidadores são submetidos a situações de estresse e a própria capacidade de cuidado fica prejudicada. Dentre as respostas que podem ser apresentadas por um cuidador em situação de estresse estão a depressão, irritabilidade, alterações de humor, propensão a doenças e a acidentes pessoais, afastamento de amigos, negativismo, distorções no julgamento das situações e das próprias capacidades, reações exageradas e hostilidade.<sup>86</sup>

Essas respostas às situações de estresse vivido pelos cuidadores são preocupantes na medida em que os velhos contam com um cuidador também fragilizado e menos apto a administrar a sua vida e os próprios cuidadores se veem em condições propícias ao adoecimento.

---

<sup>84</sup> NERI, 2000, p. 238 e 239.

<sup>85</sup> NERI, 1999, p. 239.

<sup>86</sup> MEICHEMBAUM, 1985 *apud* NERI, 1999, p. 245.

Ademais, as situações de estresse tornam o ambiente do cuidado potencialmente perigoso para o velho dependente, conforme será visto no próximo Capítulo. Além disso, como vimos na seção 2.1 deste Capítulo, há registro no Distrito Federal de que 85,41% das violências contra idosos são cometidas por familiares, o que é um indicativo preocupante sobre como esses são exercidos.

### **i Curatela Compartilhada**

A Lei nº 13.146/15, Estatuto da Pessoa com Deficiência, incluiu o relevante art. 1.775-A, no Código Civil de 2002, que prevê a possibilidade de curatela compartilhada para pessoas com deficiência nos seguintes termos: “Na nomeação de curador para a pessoa com deficiência, o juiz poderá estabelecer curatela compartilhada a mais de uma pessoa. ”

O novo artigo se destina à curatela de pessoas com deficiência. Apesar disso, não há motivo para a restrição de aplicabilidade aos casos de deficiência e não se verificam óbices de aplicação à situação dos velhos com demências. Isso porque diversas condições que levam à interdição contam com as mesmas dificuldades na prestação de cuidados e assistência e não somente deficientes mentais necessitam desse instrumento.

Conforme a literatura especializada citada acima e o estudo do Capítulo 3, um dos principais problemas vivenciados pelos familiares cuidadores dos velhos com Alzheimer é a sobrecarga de tarefas. Em geral, tarefas primárias e secundárias são realizadas por uma só pessoa e os demais familiares se afastam do convívio do velho adoecido e do cuidador.

A estrutura da curatela exercida por uma única pessoa reforça a sobrecarga e a exclusão do cuidador e do velho dependente. Uma possibilidade de melhor administração de cuidados na dinâmica familiar seria a atribuição do papel de curador a um cuidador secundário de forma a desonerar o cuidador primário. Entretanto, essa solução é insuficiente. Aquele que realiza o cuidado diário e doméstico, sem o poder da curatela, pode se ver desamparado juridicamente e ver-se imobilizado para cuidar. Diversas tarefas rotineiras, como recebimento de aposentadoria ou Benefício de Prestação Continuada,<sup>87</sup> compras com cartões bancários, entre outras, são comumente realizadas pelo cuidador primário, apesar de tarefas mais trabalhosas poderem ser

---

<sup>87</sup> O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é uma política social prevista pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Assistência Social, Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1991, que se destina à transferência de renda de valor mensal de um salário mínimo, sem necessidade de contribuição prévia àqueles que não possuem meios de auferir renda por sua própria força de trabalho.

realizadas pelo cuidador secundário. Tal divisão poderia dificultar demasiadamente as suas tarefas, ao depender da presença do curador.

Assim, a possibilidade de nomear mais de uma pessoa como curadores representaria uma forma de desonerar o cuidador primário sem lhe remover poderes necessários aos cuidados diários.

O posicionamento doutrinário a respeito da divisibilidade do encargo tem sido no sentido de que o múnus é indivisível<sup>88</sup> e que, portanto, somente poderia ser realizado por uma pessoa. A defesa desse posicionamento se dá sob o argumento de que a nomeação de mais de um curador traria insegurança na preservação do patrimônio do curatelado e dificuldades na prestação de contas. Certamente o controle sobre mais de um curador seria dificultada ao menos pela razão numérica. Mas, novamente, verificamos que a preocupação que prepondera nesse argumento não é especificamente com as melhores condições de cuidado à pessoa interditada, mas sim na preservação de seu patrimônio.

---

<sup>88</sup>MONTEIRO e SILVA, 2013, p. 614. E nesse sentido: Informativo nº 59, Ministério Público do Estado do Paraná, 2013, disponível em: <http://www.civel.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=89>

Anteriormente à Lei do Estatuto da Pessoa com Deficiência, havia julgados que vinham enfrentando essa análise, por vezes concedendo,<sup>89</sup> por vezes negando a possibilidade.<sup>90</sup>

---

<sup>89</sup> Julgados nesse sentido: CURATELA COMPARTILHADA INTERDIÇÃO INTERDITO PORTADOR DE SÍNDROME DE DOWN INEXISTÊNCIA DE BENS - Para o desenvolvimento do portador da Síndrome de Down, e sua inserção na sociedade e no próprio mercado de trabalho, exige-se muito mais do que vencer o preconceito e a discriminação, mas a dedicação incansável de pais e irmãos na educação e estimulação, desde o nascimento, e o acompanhamento em cursos e atividade especiais, e os cuidados perenes, havendo atualmente sobreviva até os 50 anos, mas com uma série de problemas, como o Mal de Alzheimer, de forma, até a recomendar, no caso específico, que a curatela seja compartilhada entre os genitores, e, eventualmente, pelos irmãos - **Divergências podem surgir, como, também, ocorrem no exercício do poder familiar e da guarda compartilhada, e se for necessário, caberá ao juiz dirimir a questão** Ausência de vedação legal, recomendando-a a experiência no caso concreto Recurso parcialmente provido. [...] Pelo exposto, DÁ-SE PROVIMENTO PARCIAL ao agravo para deferir-se a curatela compartilhada do interdito aos seus genitores, sob compromisso, no Juízo de origem. (TJSP - Agravo de Instrumento nº 0089340-38.2012.8.26.0000/SP, Rel. Alcides Leopoldo e Silva Júnior, 1ª Vara de Família e Sucessões, j. em 02.10.12). [Grifo nosso]

PROCESSUAL CIVIL - AÇÃO DE INTERDIÇÃO - CURATELA PROVISÓRIA - PERÍCIA JUDICIAL CONCLUSIVA DA INCAPACIDADE DO ENFERMO - ADMINISTRAÇÃO DO PATRIMÔNIO - CURATELA COMPARTILHADA – ANUTENÇÃO DA DECISÃO. 1 - Diante da prova nos autos no sentido de que o agravado é incapaz para os atos da vida civil, é de se determinar a sua interdição provisória, ficando a curatela compartilhada entre sua esposa e sua irmã, situação que provisoriamente melhor atende aos interesses do incapaz. 2 - Recurso parcialmente provido. [...] Em face do exposto, dou parcial provimento ao recurso para determinar a interdição provisória de A. S. S. e conceder a curatela compartilhada do interditado à sua esposa A. R. D. S. e à sua irmã M. S. da S., e reservadas ao Juízo de primeira instância a adoção das medidas para cumprimento da presente decisão, nos termos acima, e a alteração da medida provisória ora confirmada, atento aos interesses maiores do incapaz, a qualquer tempo e até a sentença de mérito, inclusive. (TJMG - Agravo de Instrumento nº 0073787-79.2010.8.13.0000/MG, Rel. Des. Edgard Penna Amorim, 8ª Câmara Civil, j. em 06.10.11)

<sup>90</sup> Julgados nesse sentido: AGRAVO DE INSTRUMENTO CURATELA - Insurgência de terceiro interessado contra decisão que nomeou curador provisório. Agravante, filho da interditanda, que almeja ser nomeado curador de sua mãe, no lugar de seu irmão, sob alegação de que este possui intenções obscuras. Não comprovação das alegações. Pedido subsidiário de curatela compartilhada Impossibilidade Munus indivisível Decisão mantida. Recurso desprovido. [...] a despeito de o amparo e cuidados ao incapaz poder ser prestado por todos os parentes, o munus de curador deve recair sobre uma só pessoa. De acordo com o artigo 1.733 do Código Civil, cuja aplicação se justifica pela disposição do artigo 1.774 do mesmo diploma legal, a tutela e a curatela se caracterizam pela unicidade e indivisibilidade. [...] Nesse sentido, destaca-se entendimento exarado em julgado deste E. Tribunal, no qual se assentou que: “o exercício da curatela, enquanto relação jurídica, deve ser exercida por uma só pessoa, isto é, para o caso em apreço, um só curador, sendo que os cuidados que devem ser atribuídos ao interdito são situações que devem ser compartilhadas por todos, mesmo porque se trata de situação inerente à dignidade da pessoa humana e dever de solidariedade que deve existir entre todos os seres humanos, sendo desnecessária, para tanto, a nomeação de vários curadores”. (Agravo de instrumento nº 652.599-4/7-00, Rel. Roberto Mac Cracken, 5ª Câm. Dir. Privado, j. em 09.09.09) [...] (TJSP - Agravo de instrumento nº 0098886-83.2013.8.26.0000/SP, Rel. Carlos Alberto De Salles, 3ª Câm. Dir. Privado, julgado em 06.08.13)

APELAÇÃO CÍVEL. INTERDIÇÃO. IDOSA VITIMADA POR MAL DE PARKINSON E ALZHEIMER. INTERDIÇÃO DECLARADA. CURADORA NOMEADA NA PESSOA DA FILHA QUE RESIDE COM A INTERDITADA HÁ VÁRIOS ANOS E ATENDE SOZINHA TODOS OS SEUS CUIDADOS. PRESTAÇÃO DE CONTAS. LAPSO DE DOIS ANOS. TERMOS DOS ARTS. 1.781 E 1.757 DO CCB. Descabe a alteração da curatela deferida em favor de filha da interditada, que sempre residiu com a mãe e ministra-lhe, sozinha, os cuidados necessários desde que a mesma passou a apresentar problemas de saúde, para determinar a curatela compartilhada com os outros dois filhos daquela, que apenas revelam preocupação com a dilapidação do

Entretanto, devemos ponderar que as condições concretas em que as decisões foram proferidas são de conflito familiar e desconfiança acerca da administração dos bens entre os irmãos presentes previamente. Ademais, a própria razão do pedido de curatela compartilhada se faz em razão da desconfiança e desacordo com a forma como o curador administra os bens. Ora, certamente numa situação de conflito de interesses não seria prudente atribuir poderes sobre o mesmo objeto a partes conflitantes. Entendemos que a curatela compartilhada seria cabível no caso de coordenação de interesses entre os possíveis curadores no sentido de prestar os cuidados da melhor forma possível ao velho com demência.

Atualmente a lei exige determinados rigores no curso da ação de interdição civil para verificação da melhor pessoa a exercer a curatela.<sup>91</sup> Ou seja, já existe um momento propício para a avaliação da coordenação de interesses entre os possíveis curadores. No mesmo momento em que é avaliada a adequação de determinada pessoa ao exercício do encargo, poderia ser feita a avaliação não só de ambas as pessoas candidatas ao exercício como também da harmonização de interesses sobre como conduzir o compartilhamento ao longo de seu exercício.

Nos julgados identificados que concediam a curatela compartilhada, ainda que em caráter excepcional, percebemos que fora concedida por melhor atender ao interesse do curatelado. Percebe-se que, nesses casos, não há menção a conflitos de interesses pré-existentes. Quando se fala em possíveis colisões de entendimento, dá-se a sensata orientação de que tais divergências sejam dirimidas em juízo.

Diante disso, percebemos que não existe exatamente uma vedação à curatela compartilhada para outros casos, que não o de deficiência, apenas é necessário que os casos sejam analisados minuciosamente para que se tenha a certeza de que a curatela compartilhada atende da melhor forma os interesses do interditado. Assim como a nomeação de um único curador exige que não haja conflito de interesses com o interditado e que não tenha sido digno de desconfiança do curatelado em tempos de lucidez,<sup>92</sup> determinados cuidados deverão ser tomados na escolha dos possíveis curadores, como a inexistência de conflito de interesses quanto à forma de cuidado.

---

patrimônio materno pela irmã. Ausência de alegação de maus tratos ou prova nesse sentido pelos recorrentes. A eventual má administração do patrimônio da interditada, pela curadora, deve ser objeto de análise quando da prestação de contas determinada pelo art. 1.757 do CCB, no lapso de dois anos, ou de pedido próprio de destituição e substituição da curadora. Negaram provimento à apelação. (TJRS - Apelação Civil nº 70032383614/RS, Rel. André Luiz Planella Villarinho, 7ª Câmara Civil, j. em 16.12.09).

<sup>91</sup> Como exemplo, a lei exige que o Ministério Público se pronuncie.

<sup>92</sup> MONTEIRO e SILVA, 2013, p. 614.

Tendo em vista a grande possibilidade de conflitos relativos à forma de exercício da curatela, a subseção seguinte apontará alguns instrumentos que podem ter utilidade nesse contexto para dirimir tais conflitos, pois o curatelado teria a possibilidade de manifestar determinados interesses em anterior estado de lucidez.

Por fim, o modelo de curatela compartilhada se coaduna com a proteção integral das pessoas idosas, vigente por força do Estatuto do Idoso. Além disso, traz a oportunidade para que as famílias reorganizem a dinâmica de cuidados distribuindo tarefas e desonerando um único curador que, conforme é apontado no Capítulo 3, exerce também tarefas de cuidados diários.

## **ii Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)**

Conforme visto no Capítulo 1, os velhos cada vez mais adquirem autonomia e chefiam suas famílias, possuindo, inclusive, dependentes. A perda progressiva das capacidades em razão de demências traz uma série de problemas em relação a como devem ser conduzidas as relações jurídicas nas quais estava inserido. Os problemas tocam tanto relações patrimoniais como extrapatrimoniais e personalíssimas.

Anteriormente à vigência do Estatuto da Pessoa com deficiência, as pessoas acometidas por demências sofriam interdição absoluta, mesmo com condições de se manifestar acerca de assuntos mais restritos. Com o advento da nova lei, não existe mais a hipótese de incapacidade absoluta para interdição civil. O momento da perda progressiva da aptidão cognitiva seria compreendido como forma do inciso II, do art. 4º (“São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade”) e inciso I, do art. 1.767 (“Estão sujeitos a curatela aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade”). Porém, mesmo na situação de causa permanente que impedisse expressão de vontade, os velhos com demência não podem mais ser considerados absolutamente incapazes.

Essa mudança é interessante na medida em que poderão ser considerados *relativamente* incapazes. Ou seja, é atribuída a eles capacidade para realizar *alguns atos* e de *maneira específica* ou limitada. Estamos diante de uma situação nova e sem regulamentação específica, o que gera a necessidade de reflexão e estudo aprofundado diante dos casos concretos. É certo que essa alteração representa uma abertura e uma oportunidade de se pensar formas mais apropriadas para a proteção dos direitos de personalidade dos velhos dependentes, conforme defendemos nas seções anteriores.

Nesse sentido, analisamos as diretivas antecipadas de vontade. Elas representam o gênero do qual são espécies o testamento vital<sup>93</sup> e o mandato duradouro. Ambas as espécies são aplicáveis a situações de incapacidade em razão de adoecimento e o alcance usual tem sido para a orientação quanto ao tratamento que será aplicado ao paciente. Porém, defendemos aplicabilidade também aos casos de demências em velhos, outras situações além daquelas inseridas num contexto de tratamento médico. Esses instrumentos têm como objetivo a preservação da autonomia privada e a possibilidade de escolha dos pacientes sobre os destinos de suas vidas e mortes. Parece-nos um instrumento fértil para a busca da proteção da personalidade de velhos adoecidos, inclusive no momento de adoecimento por demência.

O mandato duradouro, segundo Luciana Dadalto, é o ato

no qual o paciente nomeia um ou mais “procuradores” que deverão ser consultados pelos médicos em caso de incapacidade do paciente – definitiva ou não, quando estes tiverem que tomar alguma decisão sobre recusa de tratamento. O procurador de saúde decidirá tendo como base a vontade do paciente.<sup>94</sup>

Esse documento tem como objetivo principal indicar uma pessoa que poderá ser consultada para que determinada decisão sobre tratamento seja tomada, quando estiver incapacitado de fazê-lo. Com isso, possíveis conflitos entre familiares sobre quem poderia decidir sobre o tratamento seriam dirimidos. Segundo a autora, não é necessário, nesse tipo de documento, que o paciente esteja em estado terminal, tendo um alcance mais abrangente que o testamento vital.<sup>95</sup>

Miguel Kfoury Neto faz referência ao decisor substituto como *procurador para cuidados de saúde* (PCS) e orienta que ele só terá poderes quando for declarada a incapacidade. O autor traz à tona a discussão a respeito da viabilidade do instrumento no ordenamento brasileiro. Há, segundo ele, o questionamento acerca da forma de mandato para assuntos de saúde, pois, originalmente, o instrumento de procuração destina-se a realização de negócios jurídicos. Entretanto, pondera, com o posicionamento de Massimo Bianca, que a procuração deve ser

---

<sup>93</sup> O termo testamento vital, embora tenha uso corrente, apresenta uma imprecisão conceitual decorrente de sucessivas traduções do termo original *living will*, isso porque testamento é um documento de manifestação de vontade cuja característica essencial é a produção de efeitos *post mortem* e solenidade (DADALTO, 2015, p. 2 e 3).

<sup>94</sup> DADALTO, 2015, p. 91.

<sup>95</sup> IDEM, 2015, p. 96.

compreendida em termos mais amplos, podendo ser utilizada para representação em qualquer ato lícito.<sup>96</sup>

Nesse instrumento, é importante destacar que o mandatário deve decidir segundo aquilo que ele acredita que a pessoa adoecida decidiria e não segundo suas próprias convicções. Por esse motivo, discute-se que seja necessário que a pessoa indicada tenha tido proximidade suficiente para poder especular sobre as possíveis decisões do paciente.<sup>97</sup>

Por sua vez, o testamento vital, segundo a autora, é um ato

de manifestação de vontade pelo qual uma pessoa capaz manifesta seus desejos sobre suspensão de tratamentos, a ser utilizado quando o outorgante estiver em estado terminal, em EVP<sup>98</sup> ou com uma doença crônica incurável, impossibilitado de manifestar livre e conscientemente sua vontade.<sup>99</sup>

Esse instrumento tem eficácia mais restrita, pois tem sido utilizado somente para casos terminais de saúde<sup>100</sup> e é válido somente na medida em que é elaborado pela pessoa enquanto tinha completo discernimento. A rigidez desse instrumento se deve ao fato de que possui como objeto a opção por tratamentos que acarretem prolongamentos dolorosos, que causam enorme sofrimento, ou a morte, pela administração somente de cuidados paliativos. Nesse contexto, entendemos que a rigidez nos casos em que seriam aplicáveis se dá pelo objeto, que é a disposição sobre a própria saúde ou vida.

As diretivas antecipadas de vontade tiveram grande papel no conflito entre médicos e pacientes quanto à responsabilização civil dos médicos. No Brasil, em 2012, o Conselho Federal de Medicina regulamentou a prática por meio da Resolução nº 1.995/2012. Os instrumentos de testamento vital e mandato duradouro estão presentes, respectivamente, nos artigos 1º e 2º, §1º e, no artigo 2º caput, aponta o estado de incapacidade do paciente:

Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e

---

<sup>96</sup> KFOURI NETO, 2013, p. 316.

<sup>97</sup> MANZINI, 2007, p. 41 apud DADALTO, 2015, p. 92, tradução de DADALTO.

<sup>98</sup> “O EVP é quando o paciente está em situação clínica de completa ausência da consciência de si e do ambiente circundante, com ciclos de sono-vigília e preservação completa ou parcial das funções hipotalâmicas e do tronco cerebral por mais de três meses após anóxia cerebral e doze meses na sequência de traumatismo craniano.” (DADALTO; TUPINAMBAÍ; GRECO, 2013, p. 466)

<sup>99</sup> DADALTO, 2015, p. 97.

<sup>100</sup> DADALTO, 2015, p. 97 e KFOURI NETO, 2013, p. 317.

tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

Luciana Dadalto informa que o cerne das diretivas antecipadas de vontade são decisões quanto ao fim da vida. Diversos estudos têm considerado que as diretivas antecipadas de vontade não se aplicam somente às situações terminais, mas também àquelas condições que tenham o condão de levar o paciente ao fim da vida. Lista três situações: doença terminal, EVP e demências avançadas.<sup>101</sup>

Dadalto, em um estudo com pacientes em estado de incapacidade e seus familiares, sustenta que, devido ao aumento da população idosa e a ocorrência frequente de demências, essas situações devem estar previstas entre aquelas a serem contempladas pelas DAV. Ilustra tal necessidade com o seguinte depoimento de familiar em entrevista concedida à Dadalto em sua pesquisa:

Porque ele tá com uma demência, e ele tá... é... perdendo um monte de outras coisas, capacidade motora, precisa de ajuda, ele vai ficando cada vez mais dependente, essa que eu acho que tem que decidir muito antecipadamente porque a cognição vai perdendo...<sup>102</sup>

Entretanto, a possibilidade ventilada pela autora ainda se restringe às situações nas quais questões sobre tratamento devem ser decididas. Tendo o potencial de cumprir o seu papel nas relações médico-paciente e na valorização da autonomia do paciente, defendemos que esses modelos possuem estruturas úteis também a outras situações. Os modelos acima tratam da possibilidade de disposição de direitos personalíssimos (vida, saúde, integridade física) mesmo após declarada a incapacidade da pessoa, isso é, têm a possibilidade de fazer valer determinada

---

<sup>101</sup> DADALTO, 2015, p. 25 e DADALTO; TUPINAMBAÍ; GRECO, 2013, p. 466.

<sup>102</sup> IDEM.

vontade em estado de incapacidade em relação a direitos extrapatrimoniais e personalíssimos, que são irrenunciáveis e intransmissíveis no nosso ordenamento jurídico.<sup>103</sup>

Por esse motivo, os instrumentos ganham grande relevância para esse estudo, pois podem representar uma possibilidade de disposição sobre direitos na lacuna dos dispositivos que tratam da curatela. Se a curatela é extremamente detalhista para tratar de direitos patrimoniais das pessoas interditadas, omite-se quanto aos personalíssimos. E o testamento vital e mandato duradouro possuiriam eficácia justamente nessa lacuna. Assim, sustentamos que disposições antecipadas de vontade possam ter como objeto outras questões extrapatrimoniais, além da vida, tratamento de saúde e morte.

Como exemplo de utilização do mandato duradouro, mencionamos a possibilidade de declaração de preferência por determinada pessoa para o exercício da curatela em instrumento semelhante ao mandato duradouro, no qual o idoso, ainda capaz e tendo conhecimento precoce da presença da doença, teria a liberalidade de indicar a pessoa mais apta para assumir o encargo da curatela segundo seu entendimento.

Com a entrada em vigor do Estatuto da Pessoa com Deficiência e a respectiva supressão da incapacidade absoluta para maiores de idade, manifestações nesse sentido, ainda em estágios embrionários da doença não encontrariam grandes óbices. Entretanto, exigiria um cuidado a mais, pois é necessário certificar-se de que a manifestação efetivamente corresponde ao seu interesse.

Essa possibilidade se coaduna com a exigência de que não haja conflito de interesses com o interditando e que não tenha sido digno de desconfiança do curatelado em tempos de lucidez<sup>104</sup>. Com a utilização desse documento, a avaliação da melhor pessoa a exercer a curatela contaria com outros recursos que não somente aqueles utilizados pelo juiz.

Como exemplo de utilização do testamento vital, relativamente ao conteúdo das decisões a serem tomadas pelo curador, o idoso, também em estado de lucidez e consciente da doença em estágio embrionário, poderia indicar diretivas acerca dos assuntos mais relevantes acerca, principalmente, de questões extrapatrimoniais, mas podendo também dispor sobre a administração do patrimônio.

Dadalto informa que tanto o testamento vital quanto o mandato duradouro têm efeito *erga omnes*<sup>105</sup>. Isso poderia gerar a interpretação de que o mandato, nesse caso, vinculasse a

---

<sup>103</sup> Kfourri Neto aponta que são características definidoras das DAV a disposição sobre questões personalíssimas e extrapatrimoniais (KFOURI NETO, 2013, p. 309).

<sup>104</sup> MONTEIRO e SILVA, 2013, p. 614.

<sup>105</sup> DADALTO, 2015, p. 191.

decisão do juiz quanto ao curador. Essa, entretanto, não é a nossa posição. Não seria prudente que esse documento tivesse tal peso em detrimento do rigor e de todos os procedimentos do processo de interdição. A curatela representa um encargo público, como vimos. Por isso, o mandato duradouro, enquanto documento de caráter privado, teria limitações tanto em razão da segurança do interditando, quanto em razão da aceitação pela pessoa indicada para assunção do encargo. Dessa maneira, segundo nosso entendimento, o mandato duradouro pode ser um importante instrumento nesse momento, mas deveria ser relativizado com outros elementos avaliados pelo juiz acerca do melhor interesse do interdito.

Cabe ressaltar ainda que tem sido frequente o uso inadequado de mandatos comuns para casos de incapacidade, a fim de driblar ou postergar a interdição civil. São duas principais situações recorrentes no uso inadequado de mandatos comuns. Na primeira delas, a pessoa já teria outorgado poderes a um terceiro em estado de lucidez e capacidade plena e posteriormente adoece, tem a capacidade reduzida e seu mandatário continua a realizar atos em seu nome, mesmo após a perda da capacidade. Numa segunda hipótese, a pessoa começa a apresentar falhas cognitivas e não consegue realizar atos por si. Buscando suprir a incapacidade, um terceiro elabora por si um mandato no qual a pessoa já incapaz simplesmente assina, já sem consciência plena de seus atos. Ora, essas situações são completamente irregulares e representam uma completa insegurança para a pessoa incapaz. No primeiro caso, perde eficácia o mandato a partir do momento em que a pessoa perde a capacidade, tendo em vista que poderia revogá-lo a qualquer momento, se estivesse lúcida – necessitando ou não o fazer por meio de ação judicial. No segundo caso, o instrumento já nasce nulo, pois foi constituído sem a capacidade natural para realizá-lo, mesmo sem a interdição.

Os instrumentos, tanto de mandato duradouro, quanto de testamento vital, têm o potencial de suprir essa dificuldade, tendo em vista que possui como termo inicial a alteração da capacidade de manifestação de vontade, ou seja, redução da capacidade. Isso não significa que o papel da interdição civil e curatela venham a ser substituídos pelos instrumentos. Pelo contrário, entendemos que o rigor dos procedimentos atuais é essencial na garantia da proteção do incapaz e serve, ademais, como forma de verificação de seus requisitos e de controle do curador no exercício do múnus.

Conforme visto na subseção anterior, o momento do exercício da curatela é fértil ao surgimento de divergências quanto à administração patrimonial, condução da vida do interditado e de escolha do curador. Nesse sentido, a manifestação prévia desse idoso teria o poder de dirimir diversos conflitos sem que houvesse a necessidade de se recorrer ao judiciário

para que se pronunciasse acerca do melhor interesse do curatelado com base em avaliações que poderiam não se comunicar com a real vontade do velho, enquanto estava lúcido.

Célia Barbosa Abreu menciona que esse modelo de manifestação antecipada de vontades tem sido uma tendência em alguns países como Alemanha, Espanha, Itália, Suíça e Inglaterra.<sup>106</sup> Demos destaque à experiência inglesa quanto ao regime de pessoas incapazes, que conta com elementos interessantes para a nossa discussão. Até 2005 não havia um regime específico para pessoas incapazes e o enfrentamento da questão se dava por meio da interpretação conjunta de uma lei de 1985, sobre mandatos permanentes, e outra de 1983, sobre saúde mental. O mandato permanente correspondia à designação pela pessoa que viria a se tornar incapaz de quem deveria cuidar de seus assuntos em caso de incapacidade e de que maneira. No caso de ausência de mandato permanente, o Tribunal especializado (Protection Court) decidiria quem se tornaria responsável pelos interesses do incapaz.<sup>107</sup>

Em 2005 uma lei foi aprovada concentrando regras legislativas e jurisprudências e aperfeiçoou o regime sobre incapazes segundo o melhor interesse da pessoa incapaz. A lei manteve a possibilidade de organização antecipada da proteção do incapaz e a necessidade de designação pela Protection Court da pessoa responsável, em caso de ausência de manifestação prévia<sup>108</sup>. Destacamos, nessa lei, a interessante solução para possíveis graus de incapacidade. Ela revela especial preocupação com os direitos de personalidade dos incapazes, dedicando-se a preservação das vontades enquanto for possível, conforme explica Célia Barbosa Abreu:

Assim, a lei proíbe que o representante substitua a pessoa protegida nas áreas em que esta ainda pode exercer a sua capacidade. Quando ela não puder participar das decisões concernentes a si mesma, seus desejos, seus sentimentos e suas convicções, atuais ou passados, devem ser levados em conta. A lei explicita que escritos ou relatos de conversas com pessoas próximas podem constituir indícios reveladores de sua vontade.<sup>109</sup>

Essa solução contempla de forma muito mais satisfatória a diversidade de situação que podem levar uma pessoa, antes lúcida, à impossibilidade de manifestar sua vontade. Seria possível que se manifestasse sobre seus afetos, sobre o desejo de se manter onde residiu ao longo de sua vida, sobre o interesse em manter como sua dependente financeira outra pessoa

---

<sup>106</sup> ABREU, 2009, p. 82.

<sup>107</sup> IDEM, p. 78 e 79.

<sup>108</sup> IBIDEM.

<sup>109</sup> ABREU, 2009, p. 79.

incapaz de quem sempre cuidou ao longo da vida, se isso não lhe afetar a sobrevivência, dentre outras possibilidades concretas. Ademais, quando não se puder mais consultar diretamente a pessoa incapaz, sua manifestação anterior ainda seria considerada para a administração de sua vida, por meio de organização prévia ou de investigação sobre manifestações esparsas, como conversas, escritos, etc.

Por fim, embora tenhamos trazido novas possibilidades à discussão, são inúmeros os possíveis desdobramentos de utilização para situações de decisão sobre direitos personalíssimos, extrapatrimoniais e patrimoniais, o que certamente exigiria um estudo aprofundado que extrapola os objetivos desse trabalho.

### **3 UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO SOBRE OS CUIDADOS PRESTADOS POR FAMILIARES AOS VELHOS DEMENTES**

Nesse capítulo faremos a exposição da pesquisa bibliográfica realizada em artigos publicados a partir de pesquisas de campo com cuidadores de velhos adoecidos por demências. Buscamos investigar as condições concretas de prestação de cuidados e confrontar tais dados com as insuficiências dos institutos da interdição civil e curatela abordadas até o momento no Capítulo 2.

Essa pesquisa se mostra necessária, na medida em que argumentamos que a curatela e interdição civil são pouco sensíveis às situações vividas pelos velhos adoecidos e suas famílias cuidadoras. Ora, como se poderia dizer que os institutos são insuficientes se não investigarmos os fatos? Como poderíamos pensar em propor flexibilizações dos institutos sem conhecer suas necessidades reais?

Ademais, as alterações trazidas pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência geram uma grande lacuna no regime das incapacidades no Brasil. Isso nos provoca para a reflexão sobre como garantir a proteção dos velhos dependentes diante da previsão de que somente serão considerados relativamente incapazes.

Por esse motivo, sentimos necessidade de identificar quais são as condições de existência desses velhos e de que forma a família se articula para oferecer cuidados e suprir suas demandas.

Inicialmente apresentaremos os caminhos metodológicos seguidos para identificação do problema, busca e seleção de artigos e organização e análise de dados. Posteriormente, faremos uma análise dessas condições com os pontos abordados nos capítulos anteriores.

#### **3.1 Metodologia**

A inquietação com o tema do envelhecimento e fragilização das capacidades cognitivas da pessoa idosa surgiu com a minha aproximação como estagiária e servidora da Defensoria Pública do Distrito Federal, em atuação na Central Judicial do Idoso (CJI) – centro de atendimento constituído a partir da parceria entre a Defensoria Pública do DF, o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT) e o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT), instituída no TJDFT por meio da Resolução nº 001 de 24 de fevereiro

de 2006 e que tem como objetivo oferecer um serviço de acolhimento e resolução de conflitos ao idoso que tenha tido seus direitos violados ou postos em risco.<sup>110</sup>

A atuação na CJI era realizada no Núcleo de Acolhimento (NAC) e consistia no atendimento inicial de identificação das demandas de idosos e no respectivo encaminhamento para as redes de atendimento do Distrito Federal. As demandas eram apresentadas por familiares de idosos, meros conhecidos ou os próprios idosos, nomeados Demandantes, que tivessem conhecimento acerca de um problema jurídico e social enfrentado pelo idoso. O atendimento era sempre realizado por duplas de profissionais, sendo um da área jurídica e outro da área de Serviço Social ou Psicologia, em salas reservadas que comportavam entre duas e três pessoas em um mesmo atendimento.

Como o acolhimento no NAC é a porta de entrada para a atuação da CJI e de outros serviços públicos, as demandas possuem uma grande diversidade de temas, desde situações de violência, conflitos familiares, passando por Direito do Consumidor, até Interdição Civil de idosos com demências. Entretanto, nenhuma dessas situações permitia um atendimento exclusivamente técnico jurídico, sendo essencial a participação de profissionais de Serviço Social e Psicologia. Nessa experiência, foi possível verificar que o atendimento multidisciplinar é imprescindível para a melhor compreensão e atendimento às demandas dos idosos.

O tema não pode ser compreendido unicamente a partir do conhecimento jurídico, mas deve ser compreendida toda a configuração familiar, rede de suporte social, condição socioeconômica e psicológica do idoso para que, então, possa ser feita uma intervenção com os instrumentos jurídicos disponíveis em nosso ordenamento e adequados àquela configuração. Por esse motivo, buscamos aproximar do estudo os saberes produzidos pelos campos da saúde, psicologia e serviço social sobre as condições concretas de cuidados com esse idoso dependente em seu ambiente domiciliar. E, a partir disso, buscar responder à pergunta desta pesquisa: os institutos da Interdição Civil e Curatela, em sua configuração atual, oferecem à família recursos para reger a vida de seus entes dependentes de forma digna?

Pela experiência de atendimentos, em grande parte dos casos, não havia contato direto com os idosos com demência, somente com seus cuidadores. E uma observação pertinente advinda da experiência de atendimentos é a de que, com regularidade, as pessoas que iniciavam uma ação de Interdição Civil com pedido de curatela no Núcleo de Assistência Jurídica de Defesa do Idoso correspondiam àquelas identificadas como cuidadoras principais dos idosos.

---

<sup>110</sup> Relatório Anual da Central Judicial do Idoso 2014.

Assim, nessa fase, cumpriremos o objetivo de analisar as condições de cuidados com idosos portadores de demências senis. É uma exploração qualitativa das condições em que ocorrem os cuidados a idosos em processo demencial, coletando dados sobre o perfil sociodemográfico dos idosos e de seus cuidadores, sobre o grau de comprometimento da doença e sobre as condições em que os cuidadores realizam essa tarefa, em uma amostra de artigos de pesquisas dos campos da saúde, psicologia e serviço social sobre cuidadores de idosos com Alzheimer. Os resultados desta serão então utilizados para verificar a adequação dos recursos jurídicos do instituto da interdição civil disponibilizados pelo ordenamento às realidades enfrentadas pelos idosos e por seus cuidadores.

A investigação possui uma abordagem qualitativa na organização e análise de dados. Essa abordagem possibilita uma exploração dos dados e atribuição de sentido aos dados por meio de uma análise indutiva das situações registradas nos estudos.<sup>111</sup> A presente pesquisa se dividiu nas seguintes etapas: 1. Levantamento de literatura acerca dos direitos da pessoa idosa, da interdição civil, da personalidade jurídica preponderantemente na área jurídica e, em áreas diversas, acerca da velhice, demências e doença de Alzheimer e cuidados com a pessoa idosa dependente; 2. Elaboração do projeto de pesquisa; 3. Seleção de artigos sobre o tema a serem analisados; 4. Análise preliminar dos artigos e organização segundo disponibilidade de dados; 5. Coleta de dados por agrupamento de temas; 6. Análise de dados e articulação com os instrumentos jurídicos levantados.

### **i Seleção de artigos**

Foi feita uma coleta inicial por critério de conveniência em bancos de dados de pesquisas publicadas em língua portuguesa na forma de artigos entre os anos de 2003<sup>112</sup> e 2015 que contivessem estas duas informações: a) caracterização de portadores de demências decorrentes da idade e b) a atenção a eles dispensados por seus cuidadores. Foi feita a opção por artigos que estudassem tanto o idoso com demência, quanto o cuidador, pois pretendemos compreender a dinâmica de cuidados ao idoso empreendidas pela família.

Não foram considerados nesse trabalho os idosos que se encontravam em estado de abandono ou de violência familiar, uma vez que foram considerados apenas aqueles que possuíam cuidadores identificados. Os cuidadores foram identificados em serviços de atendimento especializado de saúde ou em redes de compartilhamento de experiência entre

---

<sup>111</sup> CRESWELL, 2010, p. 26.

<sup>112</sup> Quando fora sancionada o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de outubro de 2003).

cuidadores. Por esse motivo, compreendemos que os grupos analisados, por contarem com familiares e cuidadores que buscam redes de apoio, apresentam relativa segurança social se comparados a grupos em situação de violência ou inseridos em conflitos familiares. Esse recorte foi realizado tendo em vista que essas situações de vulnerabilização extrema exigem a compreensão de condições mais complexas de outros fatores que não seria possível analisar por meio dos recursos disponíveis nesta monografia.

Nessa coleta inicial, obtivemos 26 artigos nas áreas de Enfermagem (16),<sup>113</sup> Medicina (4),<sup>114</sup> Psicologia (3),<sup>115</sup> Serviço Social (1)<sup>116</sup> e multidisciplinares de Saúde (2),<sup>117</sup> Na totalidade dos artigos coletados, a demência apresentada pelo idoso era decorrente da doença de Alzheimer e os estudos se propunham verificar as condições de vida dos cuidadores primários. Também verificamos que a totalidade dos cuidadores eram familiares em razão do próprio critério de seleção dos grupos analisados pelos estudos. Para a seleção dos artigos, inicialmente demos prioridade para aqueles que faziam pesquisa de campo, para que pudéssemos avaliar as realidades vividas pelos cuidadores e idosos doentes no ambiente residencial. Dos 26 artigos iniciais, quatro consistiam em análise da produção bibliográfica e foram descartados.<sup>118</sup> Num segundo momento, selecionamos aqueles que possuíam dados tanto de cuidadores quanto do diagnóstico, tempo de convivência com a doença e grau de dependência dos idosos. Cinco dos artigos possuíam dados escassos sobre os idosos e sua convivência com a doença e também foram descartados.<sup>119</sup> Tendo em vista o objetivo deste trabalho, um estudo multidisciplinar de saúde que apresentava resultados de aplicação de uma combinação medicamentosa experimental aos idosos e o impacto nos cuidadores foi também removido da lista.<sup>120</sup> Dessa forma, restaram 16 artigos, sendo 14 de Enfermagem, 1 de Serviço Social e 1 de Psicologia.

---

<sup>113</sup> ARRUDA; ALVAREZ; GONÇALVES, 2011. DA SILVA COELHO; TITONELLI ALVIM, N. A., 2004. DE OLIVEIRA GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2004. CELICH; BATISTELLA, 2007. FREITAS, 2008. LENARDT, 2011. LUZARDO, 2006. LUZARDO; WALDMAN, 2004. PAES; SANTO, 2005. PAVARINI, 2008. PINTO, 2009. SANTOS; PELZER; RODRIGUES, 2007. SEIMA; LENARDT, 2011. VALIM, 2010.

<sup>114</sup> DE PAULA; ROQUE; ARAÚJO, 2008. GARRIDO; ALMEIDA, 1999. LEMOS; GAZZOLA; RAMOS, 2006. VILELA; CAMELLI, 2006.

<sup>115</sup> DA NOVA CRUZ; HAMDAN, 2008. DA SILVA FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009. DE OLIVEIRA; CALDANA, 2012.

<sup>116</sup> IMPERATORI, 2009.

<sup>117</sup> BOTTINO, 2002. INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2010.

<sup>118</sup> DE PAULA; ROQUE; ARAÚJO, 2008. DA SILVA FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009. DA NOVA CRUZ; HAMDAN, 2008. GARRIDO; ALMEIDA, 1999.

<sup>119</sup> SEIMA; LENARDT, 2011. INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2010. LEMOS; GAZZOLA; RAMOS, 2006. VILELA; CAMELLI, 2006, DA SILVA COELHO; TITONELLI ALVIM, N. A., 2004.

<sup>120</sup> BOTTINO, 2002.

Por fim, cabe uma observação acerca de um dos artigos. Identificamos que o artigo de serviço social “O cuidado da família ao idoso com doença de Alzheimer: um estudo qualitativo no Hospital Universitário de Brasília”, de Thaís Kristosch Imperatori, tem origem numa pesquisa feita para monografia de graduação. Como o texto da monografia apresentava dados mais completos, optamos por analisá-la.

## ii Coleta de dados

Para a coleta de dados, realizamos uma divisão inicial entre os artigos, em razão da metodologia utilizada, que favorecia mais ou menos a coleta de certos tipos de informações. A grande maioria das pesquisas possuíam uma abordagem qualitativa, sendo que apenas quatro possuíam abordagem predominantemente quantitativas, com maior número de cuidadores estudados. No conjunto de artigos com abordagem qualitativa, 11 possuíam como unidades de análise prioritariamente as falas dos cuidadores e dois possuíam unidades de análise dados sociodemográficos, índices de Atividade da Vida Diária,<sup>121</sup> Mini Exame de Estado Mental,<sup>122</sup> dados de nível socioeconômico e dados sobre as características do cuidado prestado,<sup>123</sup>

Os artigos de abordagem qualitativa cujas unidades de análise prioritárias eram as falas dos cuidadores foram agrupadas no Grupo 1 de artigos. Nesse grupo, pudemos coletar dados sobre aspectos mais subjetivos das relações de cuidado.

Os artigos com abordagem predominantemente quantitativa que possuíam como unidade de análise os dados sociodemográficos, econômicos, de AVD e MEEM foram agrupados no Grupo 2 de artigo. Nesse grupo, os artigos tinham o benefício de caracterizar a população, tendo em vista que possuíam dados em grande escala sobre os cuidadores e velhos.

Inicialmente elegemos temas a serem localizados nos estudos, quais sejam: a) gênero dos velhos; b) idade dos velhos; c) gênero dos cuidadores; d) idade dos cuidadores; e) se

---

<sup>121</sup> O índice Katz de Atividades da Vida Diária é um dos instrumentos mais utilizados para “medir se uma pessoa é ou não capaz de, independentemente, desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma e de seu entorno e, caso não seja, verificar se essa necessidade de ajuda é parcial (em maior ou menor grau) ou total.” (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007, p. 318.)

<sup>122</sup> Mini Exame de Estado Mental (MEEM ou MMES) é uma das escalas mais utilizadas no mundo na avaliação das funções cognitivas. Os pontos avaliados nessa escala são: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de 3 palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos), e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore pode variar de 0 a 30 e o corte na faixa de 23/24 tem sido um bom indicador para o diagnóstico de demências (ALMEIDA, 1998, p. 606).

<sup>123</sup> No Grupo 2, a comparação de dados foi dificultada quanto à avaliação do estado de comprometimento dos velhos dependentes. Isso porque a forma de utilização dos índices variava de um artigo para outro e não tínhamos com instrumentos para reunir os dados e fazer uma análise única, como foi o caso no Grupo 1.

cuidadores exerciam o encargo da curatela; f) grau de comprometimento com a doença; g) demandas de administração da vida civil dos velhos e h) dificuldades enfrentadas nos cuidados. Para esse último tema, não especificamos o conteúdo a ser coletado, mas analisamos os artigos um a um para identificar dificuldades recorrentes em diversos grupos de cuidadores.

### **iii Análise de dados**

Na fase de análise de dados, procuramos aglutinar os temas recorrentes nos artigos em grupos de problemas a serem analisados. As situações que foram relatadas como frequentes em um artigo, ou que apareceram em mais de um artigo foram agrupadas em tópicos temáticos. Buscamos identificar de que forma o problema identificado em mais de um artigo se comunicava com as insuficiências trazidas nos capítulos anteriores.

### **iv Os artigos**

Conforme dito anteriormente, separamos os artigos em grandes grupos conforme a abordagem metodológica e unidades de análises utilizadas. O Grupo 1 é formado por artigos cujos estudos são qualitativos e tiveram como unidade de análise primordial depoimentos dos cuidadores. Possuem também outras informações, como dados socioeconômicos, gênero e idade dos velhos e dos cuidadores.

Listamos os títulos dos artigos associando-os a uma numeração, que será utilizada ao longo desse trabalho, a fim de facilitar a leitura e acesso aos dados.

| <b>Título</b>  | <b>Autor</b>  | <b>Numeração</b> |
|--|---|------------------|
| <b>Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador</b>   | FREITAS, Iara Cristina Carvalho et al.  | Artigo 1         |
| <b>Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer</b>   | LUZARDO, Adriana; WALDMAN, Beatriz Ferreira.  | Artigo 2         |
| <b>Ser cuidador familiar do portador de doença de Alzheimer: vivências e sentimentos desvelados</b>                                      | CELICH, Kátia L. S.; BATISTELLA, Maribel.   | Artigo 3         |
| <b>Limites e possibilidades no cotidiano do familiar que cuida do idoso com Alzheimer no ambiente domiciliar</b>                         | PAES, Poliana de França Albuquerque; SANTO, F. H. E.                                    | Artigo 4         |
| <b>Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares</b>   | PAVARINI, Sofia Cristina Iost et al.  | Artigo 5         |
| <b>A doença de Alzheimer na visão do cuidador: um estudo de caso</b>   | VALIM, Marília Duarte et al.  | Artigo 6         |
| <b>As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer</b>  | OLIVEIRA, Ana Paula Pessoa; CALDANA, Regina Helena Lima                                 | Artigo 7         |
| <b>Condições de enfrentamento dos familiares cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer</b>                                  | SANTOS, Silvana Sidney Costa; PELZER, Marlene Teda; RODRIGUES, Mônica Canilha Tortelli. | Artigo 8         |
| <b>O cuidado da família ao idoso com doença de Alzheimer: um estudo qualitativo no Hospital Universitário de Brasília.<sup>124</sup></b> | IMPERATORI, Thaís Kristosch.  | Pesquisa 9       |
| <b>O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer.</b>   | CALDEIRA, Ana Paula S.; RIBEIRO, R. C. H. M.  | Artigo 10        |

<sup>124</sup> Nesse caso, como os dados não foram analisados somente no artigo, mas também na monografia, optamos pela identificação como “Pesquisa 9”. A identificação será possível a partir da referência com data, tendo o artigo sido publicado posteriormente.

O Grupo 2 possui estudos qualitativos e quantitativos, com unidades de análises diversas de depoimentos dos cuidadores. Os principais dados coletados são sociodemográficos dos idosos e cuidadores, Atividades da Vida Diária e Mini Exame de Estado Mental para idosos, além de medidores de qualidade de vida dos cuidadores.

Listamos os artigos do Grupo 2 e também atribuímos uma numeração a eles. Da mesma forma, as referências a eles ao longo desse trabalho serão feitas por meio desta numeração:

| <b>Grupo 2</b>  |  |                  |
|---|--|------------------|
| <b>Título</b>   | <b>Autor</b>   | <b>Numeração</b> |
| <b>Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer</b>  | PINTO, Meiry Fernanda et al.   | Artigo 1         |
| <b>Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria.</b> | LUZARDO, Adriana Remião; GORINI, M. I. P. C.; SILVA, A. P. S. S.   | Artigo 2         |
| <b>O familiar cuidador de portador de doença de Alzheimer participante de um grupo de ajuda mútua</b>                           | ARRUDA, Micheli Coral; ALVAREZ, Ângela Maria; GONÇALVES, Lucia H. Takase                                     | Artigo 3         |
| <b>Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência</b>   | GAIOLI, Cheila Cristina Leonardo De Oliveira; FUREGATO, Antônia Regina Ferreira; SANTOS, Jair Lício Ferreira | Artigo 4         |
| <b>A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer</b>                                  | LENARDT, Maria Helena et al.   | Artigo 5         |
| <b>Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores</b>   | BORGHI, Ana Carla et al.   | Artigo 6         |

## 3.2 Resultado

Nessa seção iremos apresentar os dados dos artigos de forma articulada com os problemas trazidos nos capítulos anteriores. Durante a análise dos dados, agrupamos as informações sobre os velhos, cuidadores e seus desafios, conforme eles surgiam na literatura estudada. Tivemos acesso predominantemente aos dados acerca de como se dava a dinâmica familiar do cuidado com o velho dependente, quem exercia essa tarefa, como isso impactava na sua vida e como isso se refletia de volta na qualidade do cuidado prestado.

Em muitos dos artigos, a doença de Alzheimer foi relatada como uma doença familiar,<sup>125</sup> na qual todos os membros são afetados e os familiares cuidadores passam a não dividir suas vidas das vidas dos velhos dependentes e tornam-se mais suscetíveis ao adoecimento. Há uma regularidade em uma única pessoa assumir a totalidade das tarefas de cuidado e administração da vida do velho dependente e os demais membros se afastarem do convívio, conforme a doença progride.

Em nenhum dos estudos localizamos a informação de forma explícita de que as cuidadoras eram as curadoras dos velhos, mas foi possível verificar com regularidade que eram as cuidadoras quem assumiam tarefas de administração de bens, recebimento da renda, pagamento de contas, ou mesmo atuação perante serviços públicos em nome do velho.

Por fim, foi mencionado que os atendimentos aos familiares cuidadores e velhos era deficiente porquanto possuía um viés curativo, individual e fragmentado.<sup>126</sup> Alguns dos grupos de cuidadores acompanhados nos estudos possuíam conformações de cuidados mais propícias ao compartilhamento de tarefas, mas há a possibilidade de que isso se deva ao fato de que as cuidadoras foram selecionadas em centros de referência de atendimento multidisciplinar, de forma que essas contavam com maior número de informações e amparo para realizar suas tarefas.

### **i Velhos:**

#### **1 Quem são os velhos com Alzheimer:**

Ao investigarmos o sexo dos velhos dependentes com Alzheimer, verificamos que a imensa maioria era formada por mulheres. Quando foi possível verificar as idades, percebemos

---

<sup>125</sup> CELICH; BATISTELLA, 2007, p. 148; LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006, p. 136.

<sup>126</sup> LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006, p. 138.

também que a concentração estava no intervalo de 70 a 89 anos. Dois dos artigos apontaram mais precisamente a concentração maior entre 70 e 79 anos (7 das 20 idosas no primeiro estudo e 15 das 30 idosas no segundo) e 80 e 89 (8 das 20 idosas no primeiro estudo e 10 das 30 idosas no segundo),<sup>127-128</sup> o que converge para os dados apresentados no Capítulo 1 de que o Alzheimer encontra maior ocorrência quanto mais a idade aumenta, ao se aproximar dos 70-80 anos.

Nas tabelas abaixo estão os números por sexo dos velhos acompanhados nos estudos:

Tabela 1 – Grupo 1

| <b>Grupo 1</b>    | <b>Total</b> | <b>Mulheres</b> | <b>Homens</b> | <b>Idade</b>      |
|-------------------|--------------|-----------------|---------------|-------------------|
| <b>Artigo 1</b>   | 11           | 8 de 8*         | 0 de 8*       | -                 |
| <b>Artigo 2</b>   | 4            | 2               | 2             | 73, 84, 85,<br>86 |
| <b>Artigo 3</b>   | 5            | 5               | 0             | 80 a 86           |
| <b>Artigo 4</b>   | 5            | 5               | 0             | -                 |
| <b>Artigo 5</b>   | 14           | 7 de 7*         | 0 de 7*       | -                 |
| <b>Artigo 6</b>   | 1            | 1               | 0             | 75                |
| <b>Artigo 7</b>   | 20           | 8 de 13*        | 5 de 13*      | -                 |
| <b>Artigo 8</b>   | 14           | -               | -             | -                 |
| <b>Pesquisa 9</b> | 20           | 12              | 8             | 67 a 91           |
| <b>Artigo 10</b>  | 8            | -               | -             | -                 |
| <b>TOTAL</b>      | 110          |                 |               |                   |

Tabela 2 – Grupo 2

| <b>Grupo 2</b>  | <b>Total</b> | <b>Mulheres</b> | <b>Homens</b> | <b>Idades</b>   |
|-----------------|--------------|-----------------|---------------|-----------------|
| <b>Artigo 1</b> | 118          | 91              | 27            | 79,6 (63 a 93)  |
| <b>Artigo 2</b> | 36           | 24              | 12            | 75,19 (61 a 86) |
| <b>Artigo 3</b> | 30           | 21              | 9             | 52 a 84         |
| <b>Artigo 4</b> | 101          | 84              | 17            | -               |
| <b>Artigo 5</b> | 208          | -               | -             | -               |

<sup>127</sup> IMPERATORI, 2009.

<sup>128</sup> ARRUDA; ALVAREZ; GONÇALVES, 2008.

|                 |     |    |    |   |
|-----------------|-----|----|----|---|
| <b>Artigo 6</b> | 50  | 33 | 17 | - |
| <b>TOTAL</b>    | 543 |    |    |   |

Em ambos os grupos de artigos, dentre aqueles em que foi possível extrair dados acerca da composição por gênero das idosas,<sup>129</sup> a grande maioria era composta por mulheres. No Grupo 1 de artigos, 25 das 30 idosas dos estudos com informações claras eram mulheres e, no Grupo 2, 75,52% (253 de 335) das idosas dos estudos com informações sobre sexo eram mulheres. A grande presença de mulheres também converge para os dados dos censos no Capítulo 1 de que a velhice é predominantemente feminina e, quanto mais envelhecida, maior o número de mulheres.

Notamos também a presença de pessoas que ainda não haviam atingido a velhice burocrática de 60 anos e apresentavam a demência decorrente do Alzheimer. Apesar de não ser dado recorrente,<sup>130</sup> um deles identificou 3 pacientes não idosos<sup>131</sup> em um grupo de 30 velhos. Esse dado é relevante porque são os típicos casos de velhice precoce, nos quais os sujeitos ocupam papéis sociais reservados aos velhos.

Muitas das políticas voltadas aos velhos somente atendem os idosos, ou seja, aqueles com mais de 60 anos. Dessa forma, esse grupo pode se tornar mais suscetível às lacunas de serviços públicos. Apesar disso, podem estar amparadas por outros marcos legais reservados, por exemplo, às pessoas enfermas ou às pessoas com deficiência.

## **2 Grau de comprometimento com a demência:**

Nos estudos, os familiares começaram a perceber o adoecimento quando surgiram os sintomas de esquecimento, mudanças de personalidade e surtos de perda de memória. No Grupo 1 de artigos, as unidades de análise eram as falas das cuidadoras e não havia nos artigos referência à avaliação por meio de índice ADV de Katz ou Mini Exame de Estado Mental. Então realizamos uma divisão dos sintomas de acordo com a descrição da literatura das fases de evolução da doença, conforme brevemente mencionado no Capítulo 1, seção 1.3.

<sup>129</sup> Os artigos 1, 3, 6, 8, 9 e 11 do Grupo 1 não possuíam dados sobre a totalidade dos idosas, mas mesmo assim, na medida em que foi possível identificar o gênero das idosas, verificamos a partir das falas das cuidadoras que a grande maioria eram mulheres. Nos artigos 1, 3, 6 e 8, do total de 53 idosas, identificamos o gênero de 34 dos velhos e 28 deles eram mulheres. No Grupo 2, o artigo 5 não oferecia meios de identificação de gênero das idosas.

<sup>130</sup> Vários deles tinha como critério de escolha o paciente possuir mais de 60 anos ou simplesmente não havia dados sobre as idades.

<sup>131</sup> ARRUDA; ALVAREZ; GONÇALVES, 2008.

Na primeira fase da doença, os sintomas mais percebidos são o esquecimento e dificuldades de comunicação. Todos os artigos do Grupo 1 faziam referência à perda de memória. Inclusive, alguns deles mencionavam que os cuidadores associavam a perda de memória, um dos primeiros sintomas da doença, ao processo natural de envelhecimento. Dessa forma, essa confusão fazia com que o diagnóstico fosse dado tardiamente, somente quando os familiares percebiam que a condição era crônica e progressiva. Ademais, também se verificou que o processo de perda de memória ocorre primeiro em relação a fatos recentes e depois há a perda de memória de longo prazo.

Grande parte dos relatos fazia referência à fase moderada da doença, na qual há mudança de comportamento,<sup>132</sup> agitação, agressividade,<sup>133</sup> aparente teimosia,<sup>134</sup> declínio das habilidades físicas e mentais, além de relatos de alucinações ou visões<sup>135</sup> e paranoia.<sup>136</sup>

Menos numerosos foram os relatos relativos à última fase da doença, na qual o declínio físico é mais acentuado, havendo perda motora acentuada e incontinência fecal e urinária.<sup>137</sup> Nessa fase a dependência é total.

| Fase inicial                      |  |
|-----------------------------------|--|
| Artigo 9: IMPERATORI, 2007, p. 40 | <i>“Uma vez ela deixou uma panela no fogo, deixou lá e esqueceu. Ela sentou no sofá e esqueceu mesmo. Ela dormiu e só acordou com a casa cheia de fumaça. A panela ficou preta. Às vezes ela pergunta muito ‘Que dia é hoje?’. Ela fala três, quatro vezes. É como se desse um branco.”</i>            |
| Artigo 9: IMPERATORI, 2007, p. 40 | <i>“No começo, quando ela começou a esquecer as coisas, a gente achava que era normal, que toda pessoa mais velha esquece as coisas, mas um dia ela se perdeu. Saiu de casa e ninguém sabia onde tava. Daí a gente chamou os vizinhos e encontrou ela lá longe, perto do mercado, sozinha. Ela não</i> |

<sup>132</sup> VALIM, 2010; OLIVEIRA, 2012, p. 680.

<sup>133</sup> PAVARINI et al, 2008; OLIVEIRA, 2012, p. 680.

<sup>134</sup> LUZARDO; WALDMAN, 2004.

<sup>135</sup> PAVARINI et al, 2008.

<sup>136</sup> FREITAS, 2008, p. 510.

<sup>137</sup> PAVARINI et al, 2008.

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <i>sabia como voltar pra casa. Não sabia nem o nome dela. Foi por isso que a gente procurou o médico.”</i> |
|--|--|--|

| Fase moderada              |   |  |
|----------------------------|---|--|
| Alteração de comportamento | Artigo 6: VALIM, 2010, p. 530             | <i>“Faz três anos que começou a mudar, foi ficando quieta, esquecida, fora do ar, assim, bem esquisita, quieta mesmo. O médico pediu uma tomografia, deu uma mancha no cérebro, então ele falou que ela tinha Alzheimer”</i>   |
|                            | Artigo 7: OLIVEIRA, 2012, p. 680.         | <i>“[...] evito sair com ele [marido], não vou mais a igreja [...] ele não tem mais noção das coisas, não usa direito o banheiro, tira a calça em qualquer lugar e faz xixi, eu morro de vergonha [...] fica no portão de casa chamando as pessoas que conhece, sabe? [...] me dá muita vergonha quando ele fala na frente das pessoas que não sou sua mulher. ”</i> |
|                            | Artigo 9: IMPERATORI, 2007, p. 42         | <i>“Eu também vejo também que ele mudou muito o jeito de ser. Agora ele faz coisas que não fazia antes e deixou de fazer coisas que ele gostava muito.”</i>  |
| Agressividade              | Artigo 5: PAVARINI et al, 2008, p. 8.     | <i>“E o mais dificultoso pra mim é o banho... às vezes não consigo, aí ela começa a ficar agitada, ela briga, fica violenta, se recusa, aí eu paro, nem dou banho, nada, sabe...”</i>  |
|                            | Artigo 7: OLIVEIRA, 2012, p. 680.         | <i>“[...] Ela está começando a ficar agressiva na hora de tomar banho, machuca a gente, tem horas que peço ajuda a Deus, pois às vezes perco a paciência e isso me entristece...”</i>  |
| Aparente teimosia          | Artigo 2: LUZARDO; WALDMAN, 2004, p. 139. | <i>“Tem dias que ela fica olhando para a comida. Falo com ela e ela não me atende. Então eu falo mais enérgica e aí ela come. ” [Cuidadora identificada é filha da idosa e cadeirante]</i>   |

|             |  |  |
|-------------|--|--|
|             | Artigo 9: IMPERATORI, 2007, p. 43.     | <i>“Às vezes eu não sei se é Alzheimer mesmo e acho que é só birra dela. Ela xinga, reclama, responde, fala palavrão, coisa que nunca tinha feito antes. Eu sei que o médico disse que é isso, mas não sei se realmente é. Parece que ela faz só pra irritar, só pra incomodar mesmo.”</i>   |
| Alucinações | Artigo 5: PAVARINI et al, 2008, p. 11. | <i>“As toalhas penduradas ela acha que é homem, ela acha que a porta tá aberta. Eu vou tirando tudo de perto dela e ela fala, ‘tem gente olhando pra mim’... às vezes ela vê o Seu João na sala, ela fala, ‘eu tenho medo desse homem’.”</i><br><i>“... ela acha que tem homem dentro do banheiro. Ela vê homem dentro do banheiro, ela tem medo, sabe. Ela tem vergonha de tirar a roupa. ”</i> |
| Paranoia    | Artigo 1: FREITAS, 2008, p. 510.       | <i>“Era muito difícil porque se chegava alguém aqui em casa ela dizia que a gente não tava dando as coisas pra ela, dizia que eu tava roubando ela e tava faltando às coisas [sic] pra ela, eu dava as coisa, acabava de dar e ela: não, não me deram nada [...]”</i>  |
|             | Artigo 9: IMPERATORI, 2007, p. 43.     | <i>“...tentamos colocar uma cuidadora para morar com ela, mas não deu certo. A titia sempre brigava com ela, reclamava que ela tava roubando comida, e por isso resolvemos levar ela pra morar lá em casa com a gente.”</i>  |

| Fase avançada                |  |   |
|------------------------------|--|---|
| Incontinência fecal/urinária | Artigo 5: PAVARINI et al, 2008, p. 14. | “... a hora que eu voltei... já tinha posto a mão no coco, já tava toda suja sabe, já tinha feito anarquia. ”<br>“... eu chego e vejo o banheiro molhado, ela com a roupa molhada cheirando urina.”   |
| Perda motora                 | Artigo 9: IMPERATORI, 2007, p. 43.     | “...quando o médico disse que era Alzheimer e não tinha cura e que ia chegar uma hora que ele ia parar de caminhar, de falar, de fazer tudo, eu fiquei chocada. Não acreditei. Mas essa fase está chegando e ele não está mais falando, anda de cadeira de roda, usa fralda. Qual será a próxima fase?” |

No Grupo 2 de artigos, a avaliação do estado dos velhos foi feita mediante a utilização de índices de medição das capacidades. Os índices possuíam variações e não dispusemos de dados para tratá-los de forma homogênea. Dessa forma, apenas apresentamos de forma descritiva os dados dos artigos.

O Artigo 1 do segundo grupo realizou a avaliação por meio do Mini Exame de Estado Mental, cuja pontuação varia de 0 a 30, no qual obteve a média 16,00 entre os 118 idosos, e o Índice Katz de Atividades da Vida Diária, obtendo média de 5,7. Nesse artigo, foi estabelecido como critério de seleção o resultado do MEEM entre 12 e 24, para pacientes com mais de quatro anos de escolaridade, e 8 e 17, para aqueles com até quatro anos de escolaridade.<sup>138</sup> Para o índice Katz, o escore variava de 0 a 18 e quanto maior a pontuação, maior a dependência. O Artigo 1 relaciona que quanto maior a pontuação no MEEM, menor será a dependência.

O Artigo 2 do Grupo 2 avaliou 36 velhos, todos com diagnóstico de Alzheimer. Não foi feita avaliação por meio de MEEM, somente das Atividades da Vida Diária. Foi

<sup>138</sup> Esse critério é estabelecido pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 843, de 31 de outubro de 2002, segundo a qual o diagnóstico é possível quando o velho, tendo “sido avaliado por um neurologista e/ou psiquiatra e/ou geriatra; preencher os critérios clínicos de demência por doença de Alzheimer possível ou provável; apresentar Mini-Exame do Estado Mental com escore entre 12 e 24 para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade e entre 8 e 17 para pacientes com até 4 anos de estudo”.

identificado que oito deles apresentavam independência, oito apresentavam dependência parcial e 20, dependência importante.

No Artigo 3 do Grupo 2, por meio do MEEM, foi verificado que, do total de 30 velhos, um apresentava grau moderado da doença de Alzheimer, seis apresentavam fase grave e todos os demais não tiveram sequer condições de responder, devido ao grau avançado da doença.

No Artigo 4 do Grupo 2, a avaliação do grau de comprometimento foi realizada por meio da escala Clinical Dementia Rating (CDR).<sup>139</sup> Nessa avaliação, dos 101 velhos, foram identificados que 50 apresentavam demência leve, 44 apresentavam demência moderada e 7, demência grave.

O Artigo 5, do mesmo Grupo, também utilizou a escala CDR e dos 208, 58 apresentavam demência leve, 16 apresentavam demência moderada, 72 apresentavam demência de moderada a grave e 62, demência grave.

### **3 Quais são as demandas da vida civil desses velhos?**

Em todos os artigos selecionados, o enfoque dado era para os cuidados diários com alimentação e saúde. Evidentemente não foram abordados pelos estudos as questões da vida civil desses velhos, mas foi possível verificar que quase a totalidade das questões de suas vidas estavam restritas a esse ambiente do cuidado e da doença.

Foi apontado pelos estudos principalmente dificuldades financeiras ao lado do afastamento do restante da família nos cuidados<sup>140</sup>. Essa situação pode ser suportada pelas cuidadoras e pela renda dos velhos por algum tempo, mas é frágil e tende a se tornar insustentável. Com frequência, tal situação se acirra e pode levar à necessidade de pedir alimentos aos demais familiares afastados.

Ademais, foi identificada a demanda por políticas assistenciais governamentais principalmente em relação à concessão gratuita de medicamentos de custo elevado. Tal situação também evoca a necessidade de representação, tendo em vista a necessidade de inclusão desses velhos em programas assistenciais.

---

<sup>139</sup> “A CDR é uma escala de avaliação do estadiamento da demência que varia de 0 (CDR 0 - sem demência) a 3 (CDR 3 - demência grave), de acordo com memória, orientação, julgamento e solução de problemas, assuntos na comunidade, lar e passatempos e cuidados pessoais.” (SANTOS; BORGES, 2015, p. 342.)

<sup>140</sup> LUZARDO; WALDMAN, 2004.

|                        |                                 |  |
|------------------------|---------------------------------|--|
| Dificuldade financeira | LUZARDO; WALDMAN, 2004, p. 140. | <p><i>“A parte financeira também é difícil. A gente gasta muito. Tenho que comprar lençol novo, porque ele faz na cama, molha tudo”</i> [cuidadora identificada é esposa de 76 anos]</p> <p><i>“Acho que a maior dificuldade é a financeira. Eu sou sozinha. Não tenho uma renda certa. A gente luta com dificuldade.”</i> [cuidadora identificada é filha de 52 anos e cadeirante]</p>  |
|                        | LUZARDO; WALDMAN, 2004, p. 140  | <p><i>“Agora com a fisioterapia ela está respondendo. O custo aumentou, mas vale a pena. Estou providenciando toda a burocracia para conseguir o remédio”</i></p> <p><i>“A dificuldade financeira, bem material é em relação à dificuldade de medicamentos. Agora estão mencionando que o Estado vai garantir o Excelon, que é um remédio mais caro. Sempre os gastos são superiores. Ela usa fraldas constantemente, usa medicamentos.”</i> [cuidadora identificada é filha. Cuidados são divididos com a irmã]</p> |

## ii Cuidadoras:

### 1 Quem são as cuidadoras:

Investigamos o sexo das cuidadoras nos Grupos 1 e 2 e foi identificado que elas eram predominantemente mulheres. Em todos os estudos quantitativos<sup>141</sup> a expressiva maioria de cuidadores eram mulheres. Com frequência, quando o artigo fornecia dados, percebemos também que essas cuidadoras eram idosas. Não foi possível mensurar a proporção de idosas, pois muitos dos artigos não fornecerem esse dado.

<sup>141</sup> GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012, p. 152; LENARDT et al, 2011, p. 19; BORGHI et al, 2011, p. 753.

Do total dos cuidadores estudadas nos artigos do Grupo 1, verificamos que 81,7% das cuidadoras eram mulheres.<sup>142</sup> No Grupo 2, 88,11% dos cuidadores eram mulheres. Esses dados reforçam a ideia presente no Capítulo 1 de que não só a velhice e a deficiência são espaços do feminino, mas também o cuidado.

A literatura vem apontando que esses cuidados são assumidos prioritariamente por mulheres. Ademais, a presença de idosas como cuidadoras também converge para dados da literatura que dizem que esses cuidados são preferencialmente exercidos pelas esposas e posteriormente pelas filhas, de preferência solteiras, conforme será visto na seção seguinte.

Tabela 3

| <b>Grupo 1</b>    | <b>Total<br/>(n)</b> | <b>Mulheres<br/>(n)</b> | <b>Homens<br/>(n)</b> | <b>Idade<br/>(anos)</b> | <b>Idosas<br/>(n)</b> |
|-------------------|----------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| <b>Artigo 1</b>   | 11                   | 10                      | 1                     |                         |                       |
| <b>Artigo 2</b>   | 4                    | 4                       | 0                     | 39 a 76                 | 1                     |
| <b>Artigo 3</b>   | 5                    | 5                       | 0                     |                         |                       |
| <b>Artigo 4</b>   | 5                    | 5                       | 1                     |                         |                       |
| <b>Artigo 5</b>   | 14                   | 12                      | 2                     | 39 a 80                 |                       |
| <b>Artigo 6</b>   | 1                    | 0                       | 1                     | 74                      | 1                     |
| <b>Artigo 7</b>   | 20                   | 17                      | 3                     | 26 a 82                 | 7                     |
| <b>Artigo 8</b>   | 14                   | 11                      | 3                     | 40 a 92                 | 6                     |
| <b>Pesquisa 9</b> | 20                   | 20*                     | 0                     | 32 a 81                 | 8                     |
| <b>Artigo 10</b>  | 8                    | 8                       | 0                     | 43 a 65                 |                       |
| <b>TOTAL</b>      | 110                  |                         | 11                    |                         |                       |

\*O Artigo 10 utilizou como critério de seleção das cuidadoras ser do sexo feminino.

Tabela 4

| <b>Grupo 2</b>  | <b>Total</b> | <b>Mulheres</b> | <b>Homens</b> | <b>Idade (anos)</b> |
|-----------------|--------------|-----------------|---------------|---------------------|
| <b>Artigo 1</b> | 118          | 101             | 17            |                     |
| <b>Artigo 2</b> | 36           | 30              | 6             |                     |
| <b>Artigo 3</b> | 30           | 26              | 4             |                     |
| <b>Artigo 4</b> | 101          | 84              | 17            | 81,2% > 46          |

<sup>142</sup> Não foram considerados nessa análise os dados do Artigo 9, pois a totalidade das cuidadoras eram mulheres em razão do critério de seleção do grupo na própria pesquisa.

|                 |     |     |    |
|-----------------|-----|-----|----|
| <b>Artigo 5</b> | 208 | 178 | 30 |
| <b>Artigo 6</b> | 50  | 41  | 9  |
| <b>TOTAL</b>    | 543 | 460 | 83 |

## 2 Cuidado como papel feminino:

O papel de cuidador, em geral, é assumido pelas mulheres da família. No conjunto dos estudos, verificamos que, em primeiro lugar, a tarefa do cuidado é exercida pela esposa, caso o portador de Alzheimer seja homem. No caso de impossibilidade de o cuidado ser realizado pela esposa, estando ela mesma doente ou ausente, dentre os filhos, são as mulheres que assumem preferencialmente o papel. Ainda dentre as filhas, são as solteiras que assumem essa tarefa. Nos casos em que a portadora da doença de Alzheimer era mulher, a prevalência do cônjuge como cuidador cai, passando diretamente para as filhas, com preferência pelas solteiras.

Em um dos estudos, essa relação de sucessão para atribuição de papéis é mencionada como uma regularidade<sup>143</sup>, em que a esposa assume a tarefa e, na sua ausência, assume a filha. Outro, menciona que a escolha do cuidador pela família segue os critérios: 1. parentesco direto; 2. gênero do cuidador; 3. distância física entre o idoso e cuidador; 4. proximidade afetiva.<sup>144</sup>

Ademais, foi identificada também a situação de cuidadora, esposa e idosa de 76 anos, que nunca havia assumido papéis externos ao lar. Esses papéis eram assumidos pelo marido e ela assumia apenas tarefas domésticas. Com o adoecimento do marido foi a ela imposta a necessidade de assumir todas as demais tarefas. Em sua fala, abaixo, apresenta-se desorientada quanto a realização de tarefas externas.

| Cuidado como papel feminino                 |  |
|---|--|
| Artigo 3: CELICH; BATISTELLA, 2007, p. 146. | <i>“Sempre morei com a mãe, não casei, fiquei responsável pelos cuidados dela. Se fui a escolhida para carregar essa cruz, vou fazer o quê?”</i> |

<sup>143</sup> SANTOS; PELZER; RODRIGUES, 2007, p. 119; LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006, p. 591; ARRUDA; ALVAREZ; GONÇALVES, 2008, p. 341.

<sup>144</sup> IMPERATORI, 2009, p. 4.

|   |  |
|---|--|
| Artigo 3: CELICH; BATISTELLA, 2007, p. 146. | <i>“Eu sou a filha mais nova de 10 irmãos. Passei a ser cuidadora porque, além de amar muito minha mãe, era a única que morava com os pais. Tenho cuidadores profissionais que me auxiliam, pois são 13 anos de tratamento.”</i>   |
| Artigo 2: LUZARDO; WALDMAN, 2004, p. 141.   | <i>“Eu não sabia nada, eu era só dona de casa, então, tive que cuidar de tudo. Ir ao banco eu não sabia, tudo era tarefa dele” [cuidadora identificada é esposa e idosa de 76 anos]</i>  |
| Artigo 9: IMPERATORI, 2007, p. 43.          | <i>“Desde que minha mãe morreu eu cuido dele porque só tenho irmãos e eles não cuidam bem dele. Na verdade nem sabem cuidar.”<br/>“Lá em casa, quando meu pai ainda tava vivo, eu cuidava dos dois porque eu não tenho marido, filhos, e como morava com eles, era mais fácil porque meus irmãos têm a família deles já, e daí fica difícil pra eles virem aqui cuidar”[cuidadora identificada é filha e idosa, com 69 anos]</i> |

No Artigo 2 do Grupo 2, foi verificado que as cuidadoras eram mulheres, esposas ou filha dos velhos:

Os cuidadores preferencialmente são os cônjuges, do sexo feminino, que vivem junto do idoso e que têm proximidade efetiva, conjugal ou entre pais e filhos, dados também observados em outros estudos, revelando que 16 (44,4%) eram filhas e 11 (30,6%) eram esposas. Os cuidadores com frequência são as mulheres de meia-idade e idosas.

### 3 Solidão da cuidadora:

No conjunto dos estudos, foi possível perceber um grande número de cuidadoras que realizam esse papel de forma solitária no contexto familiar. Não só essas mulheres assumem esses papéis, como os demais familiares mostram um distanciamento, se comparada à proximidade familiar antes do surgimento da doença.<sup>145</sup> No estudo referido foram identificadas as seguintes falas de cuidadoras de diferentes famílias nesse sentido:

| Solidão da Cuidadora                  |  |
|---------------------------------------|--|
| CELICH; BATISTELLA, 2007, p. 146.     | <i>“A família continua num processo de distanciamento. Somos em cinco e só duas, eu e minha irmã, é que estamos fazendo esse processo de cuidar da mãe.”</i> [Cuidadoras identificadas são duas filhas de cinco irmãos, uma exerce cuidados predominantemente primários e a outra predominantemente secundários] |
| CELICH; BATISTELLA, 2007, p. 146.     | <i>Meu irmão é mais indiferente, tem a vida dele. Eu é que o ajudo. Alguns parentes se afastaram. Isso eu notei. Eu não espero nada deles, mas eu fico triste por ela. Não virem nem visitar ela? Sabe, se afastaram mesmo...</i> [Cuidadora identificada é a filha, que é cadeirante]                           |
| LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006, p. 141. | <i>Não é fácil. Sou sozinha. Meus filhos são adultos, moram longe. A gente fica sentida, porque eu e meu marido nos sacrificamos para eles poderem estudar.</i> [Cuidadora identificada é a esposa, de 76 anos]  |
| LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006, p. 141. | <i>Eu sou a única pessoa aqui dos filhos, disponível pra fazer esse trabalho; está sendo muito difícil, eu abandonei a minha</i>   |

<sup>145</sup> LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006, p. 141.

|   |  |
|---|--|
|   | <i>casa, as minhas coisas [...] estou sendo sacrificada. Sinceramente, não sei até quando vou aguentar. [Cuidadora identificada é filha]</i>   |
| CELICH; BATISTELLA, 2007, p. 146 e 147. | <i>Com o passar dos dias a mãe está cada vez mais dependente de nós. Para mim, infelizmente, é muito triste dizer que tem filhos que moram aqui próximo e nem se importam com ela. Estou muito cansada, desanimada, pois ninguém dos meus irmãos fica aqui para eu descansar um pouco. A mãe fala, fala e se você não falar com ela, fica irritada. [Cuidadora identificada é filha]</i> |
| CELICH; BATISTELLA, 2007, p. 146 e 147. | <i>Eu estou me sentindo bastante sozinha. 24 horas do dia quem está lá com ela sou eu.</i>   |
| CALDEIRA; RIBEIRO, 2004, p. 5.          | <i>“Choro muito, não tenho apoio da família”</i>   |

Ademais, verifica-se uma relação de não reconhecimento do trabalho realizado pelas cuidadoras pelo restante da família que, em alguns casos, sequer visita seu familiar fragilizado.

No Artigo 1 do Grupo 2, 53,4% das cuidadoras não recebia nenhuma ajuda de outras pessoas para o cuidado. No Artigo 5 do Grupo 2, foi descrito que do grupo de 208 cuidadoras, 135 relataram dividir os cuidados com o idoso com uma ou mais pessoas e 73 não dividiam.<sup>146</sup>

O Artigo 6 do Grupo 1 realizou um estudo de caso no qual foi avaliada a dinâmica de um único cuidador, que era esposo da idosa com Alzheimer. Nesse caso, a percepção do isolamento foge à regularidade dos demais estudos, visto que o cuidador contava com amplo apoio de suas três filhas frente à doença, que reorganizaram sua rotina para dividir tarefas e não sobrecarregar o cuidador, que também era idoso.<sup>147</sup>

No Artigo 9 do Grupo 1, em estudo realizado no Hospital Universitário de Brasília, num serviço multidisciplinar referência em diagnóstico e tratamento de doenças demenciais,

<sup>146</sup> LENARDT; WILLIG; SEIMA; PEREIRA, 2011, p. 19.

<sup>147</sup> VALIM, 2010.

foi verificado nas falas das cuidadoras que muitas delas contavam com ajuda de outras pessoas no cuidado, como vizinhos, familiares, amigos e cuidadores profissionais.<sup>148</sup> Foi interessante constatar nesse estudo uma discrepância em relação aos demais estudos quanto à colaboração nos cuidados, pois o local em que foram selecionadas as cuidadoras é um centro de referência no atendimento multidisciplinar não só do velho com demência, mas também da família cuidadora.<sup>149</sup> Acreditamos que o atendimento continuado e com atenção global ao contexto do velho favoreçam essa configuração mais colaborativa no cuidado.

No Artigo 10 do Grupo 1, das 8 cuidadoras, 4 relataram que o restante da família é indiferente à situação enfrentada, 3 disseram que outros familiares cooperam e uma diz que os familiares somente dão conselhos desnecessários e que não se esforçam para colaborar.<sup>150</sup>

#### **4 Acumulação de cuidados primários e secundários:**

Nos estudos, fica claro que a pessoa responsável pelos cuidados primários assume também novos papéis na família, acumulando tarefas antes exercidas pelo velho acometido pelo Alzheimer, de forma que exerce papéis acumulados de cuidados primários e secundários. Em um dos casos acompanhados pelo estudo do Artigo 2 do Grupo 1,<sup>151</sup> a esposa foi identificada como cuidadora primária com acumulação de tarefas primárias e secundárias. Destaque-se que uma de suas dificuldades era o fato de que, ao longo de sua vida, exerceu apenas papéis domésticos, que sempre estiveram sob responsabilidade do marido. Com o adoecimento do cônjuge, teve que aprender a realizar tarefas antes não exercidas.

Ainda nesse estudo, na fala de uma cuidadora,<sup>152</sup> a sobrecarga aparece nos seguintes termos “Faz mais ou menos dois anos que eu estou *absorvendo tudo*”. Foi verificado posteriormente que “absorvendo tudo” se referia a cuidados como gerenciamento de recursos financeiros do núcleo familiar e compromissos próprios da vida social, mencionados como exemplos a moradia, impostos e outros. Ou seja, tratava-se da acumulação de

---

<sup>148</sup> IMPERATORI, 2009.

<sup>149</sup> “O Centro Multidisciplinar do Idoso baseia suas práticas nos princípios da abordagem geriátrica e gerontológica. Desta forma eles buscam fazer uma avaliação do indivíduo, quantificando seu grau de comprometimento funcional global, identificando as enfermidades e avaliando rotineiramente a dimensão familiar e social. Essa avaliação visa enxergar os problemas biopsicossociais trazidos pelo paciente e sua família, criando um plano terapêutico capaz de recuperar ou manter a autonomia e independência do idoso. (MORAES, 2008). Essa abordagem é a mudança de paradigma no atendimento ao idoso, de acordo com Ramos (2003).” (SILVA, 2013, p. 26.)

<sup>150</sup> CALDEIRA; RIBEIRO, 2004, p. 5.

<sup>151</sup> LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006, p. 141.

<sup>152</sup> LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006, p. 139.

responsabilidades relativas à vida civil tanto dela quanto do velho cuidado. A constatação de que é uma tendência a acumulação da totalidade de tarefas de cuidados a uma só pessoa é confirmada ainda por outro estudo.<sup>153</sup>

Essa situação de sobrecarga de tarefas se mostra excessivamente onerosa para os cuidadores. Mas, para além da sobrecarga, impõe dificuldades objetivas para o cumprimento de tarefas. Por exemplo, identificamos que a preocupação com a segurança dos velhos impede que eles sejam deixados sozinhos por muito tempo. O fato de que a maioria dessas cuidadoras não contam com o auxílio dos demais familiares contribui para que elas permaneçam restritas ao ambiente doméstico, pois temem deixá-los sozinhos. Por um lado, isso contribui ainda mais para o isolamento e confinamento ao lar da cuidadora e do velho. Por outro, impede que a principal responsável pelo velho tenha mobilidade para tratar de questões relativas a uma possível curatela.

Consoante vimos no Capítulo 2, seção 2.4, a responsabilidade pelas tarefas primárias dificultam demasiadamente o exercício das secundárias, como está ilustrado abaixo:

|   |   |
|---|---|
| Artigo 2: LUZARDO; WALDMAN, 2004, p. 140. | <i>“Hoje ela não sai mais sozinha. Da última vez ela se perdeu. Outra dificuldade e esta de ter que sair e não ter com quem deixar ela” [cuidadora identificada é filha da idosa e cadeirante]</i>                          |
| Artigo 2: LUZARDO; WALDMAN, 2004, p. 140. | <i>“ Eu não posso deixar ele só. Sempre tem que ter uma pessoa com ele e essa pessoa sou eu. A porta tem que estar trancada se não ele sai pra rua.” [cuidadora identificada é a esposa]</i>                                |
| Artigo 9: IMPERATORI, 2007, p. 47.        | <i>“Quando eu tenho que sair, eu chamo a vizinha pra ficar com ele, e ela aceita, cuida direitinho. Não posso deixar ele em casa sozinho. Mas é difícil porque às vezes eu tenho que sair e não tem quem ficar com ele”</i> |

<sup>153</sup> PAES; SANTO, 2005, p. 196.

|  |  |
|--|--|
|  | <p><i>“A gente fica muito presa cuidando dele, não pode sair. Eu acho que eu estou cansada, precisando viajar. Mas se eu sair, não sei quem vai ficar cuidando dele, se vai cuidar direito, se vai saber dar os remédios.”</i></p> |
|--|--|

No Grupo 2, o Artigo 1 apresentou o resultado que confirma estudos anteriores de que quanto mais a doença avança, mais o cuidador amplia suas responsabilidades, passando a administrar finanças, a administrar medicamentos e a assumir cuidados pessoais, como higiene e alimentação do velho dependente.

No Artigo 2 do segundo Grupo, é feita referência ao acúmulo de administração das rendas dos cuidadores e dos velhos:

A carga financeira da doença de Alzheimer representa mais um fator estressante na gama de tarefas do cuidador, já que ele passa a administrar as questões financeiras do idoso além das suas. Por essa razão, é que frequentemente os cuidadores contabilizam sua renda em conjunto com a dos idosos como medida de facilitar o manejo dos recursos.<sup>154</sup>

### **5 Estresse e sobrecarga da cuidadora como fator de risco:**

Em diversos artigos, foi identificado que o cuidador estava submetido a uma situação de estresse devido ao acúmulo e falta de compartilhamento de tarefas com outros familiares. A literatura vem apontando que o estresse e sobrecarga do cuidador tem se mostrado um fator de risco para o velho dependente. O risco para o idoso sob os cuidados de uma pessoa em fase de exaustão e estresse englobam a possibilidade de sofrer com a negligência ou mesmo com violência física.<sup>155</sup>

As falas que indicavam exaustão alertam ainda para outra consequência. Um número grande de cuidadoras era também de idosas e essas condições de prestação de cuidados expunham mais intensamente a cuidadora ao risco de adoecimento.

<sup>154</sup> LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006, p. 591.

<sup>155</sup> GONÇALVES; MEIRA; XAVIER, 2008, p. 175.

|  |   |
|--|---|
| <p>Artigo 2: LUZARDO; WALDMAN, 2004, p. 140.</p>   | <p><i>“Eu fico junto dizendo o que ela tem que fazer. Às vezes eu não tenho muito tempo e a deixo sozinha tomando banho, porque eu sei que um dia antes eu estava junto. Esses dias no banheiro eu me irritei. Eu dizia para ela fazer uma coisa e ela fazia outra.”</i><br/> <i>[cuidadora identificada é filha e cadeirante]</i></p> <p><i>“O familiar fica muito deprimido. Não dorme na hora que tem pra dormir, não consegue, fica preocupado.”</i><br/> <i>[cuidadora identificada é filha]</i></p> |
| <p>Artigo 7: OLIVEIRA, 2012, p. 680.</p>           | <p><i>“No dia a dia, o meu filho me pede muito para ter paciência com o Zé [marido], mas já estou com a minha esgotada, todo dia é a mesma coisa. Tem horas que me dá raiva dessa situação, dessa doença, de tudo [pausa] quando estamos sozinhos tenho que ficar o tempo todo atrás dele com medo dele fazer uma bobagem [...] É difícil a situação [...] é muito trabalho, muito trabalho, muito trabalho mesmo. Deixei de viver para viver a vida dele, e que vida...”</i></p>                         |
| <p>Artigo 10: CALDEIRA; RIBEIRO, 2004, p. 5.</p>   | <p><i>“Já pensei em me matar e matá-la também pra acabar com nosso sofrimento.”</i></p>   |
| <p>Artigo 3: CELICH; BATISTELLA, 2007, p. 146.</p> | <p><i>“Eu to assim muito cansada, não durmo direito, vou acabar ficando doente, já estive depressiva, durante a semana. Sou eu para cuidar, e final de semana também, qual pessoa aguenta isso?”</i></p>  |

No Grupo 2, o Artigo 1 indicou que 55,2% das cuidadoras declararam dedicar entre 19 e 24 horas diárias aos cuidados. Além disso, apontou que essas cuidadoras possuem mais chances de desenvolver sintomas psiquiátricos, depressão, problemas de saúde, conflitos familiares e problemas no trabalho, quando comparadas a pessoas de mesma idade que não realizam essas tarefas.

No Artigo 2 do segundo grupo, foi avaliado o sentimento das cuidadoras em relação à sobrecarga. De um total de 36 cuidadoras, 21 (58,3%) manifestaram que os velhos não solicitavam ajuda mais que o necessário, 14 (38,9%) informaram sentir estresse alguma vez pelo acúmulo das tarefas. Ademais, fora avaliado o grau de sobrecarga das cuidadoras, sendo verificado que 31 (86,2%) das cuidadoras apresentavam sobrecarga de moderada a severa.<sup>156</sup>

### 3.3 Discussão do Resultado

No estudo bibliográfico, foi possível perceber que os velhos com demência acompanhados estavam, em sua maioria, na fase intermediária da doença, já não possuindo condições de manifestação de vontades, segundo os moldes de interdição civil anterior à Lei nº 13.146/15. Mesmo na fase inicial, na qual a perda de memória recente é o principal sintoma, já não seria possível considerar que a manifestação de vontade não estivesse viciada, pois poderia se dar em lapsos de lucidez e, segundo o entendimento prevalente, não se admite validade dos atos nesses intervalos.<sup>157</sup> Esses velhos também possuíam um alto grau de dependência para atividades da vida diária, o que exige a presença permanente de uma pessoa que lhe preste cuidados.

Verificamos que o reconhecimento da doença se dá de forma tardia. Isso se deve ao desconhecimento quanto às características do Alzheimer e a presença no senso comum da ideia de que os velhos naturalmente se tornam esquecidos e rabugentos. Percebemos que essa ideia entre os familiares acarretava o retardo do diagnóstico e do tratamento.

Essa informação contribui para a análise crítica da proposta presente no Capítulo 2 das DAV, a partir do contexto anterior a Lei nº 13.146/15. Isso porque a utilização do instrumento pressuporia um certo preparo dos velhos em relação ao possível adoecimento, tendo em vista que sua manifestação por meio das DAV seria feita em momento de capacidade. A demora na

---

<sup>156</sup> “5 (13,9%) cuidadores apresentavam uma pequena sobrecarga, sendo que a maioria dos cuidadores, 20 (55,6%), apresentaram sobrecarga moderada, enquanto que 9 (25,0%) mostraram sobrecarga de moderada a severa e apenas 2 (5,6%) cuidadores apresentaram sobrecarga severa.” (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006, p. 592.

<sup>157</sup> VENOSA, 2003, p. 166.

percepção da doença ou a imprevisibilidade para essas pessoas mostram que, embora o instrumento tenha um potencial de utilidade, há poucas condições propícias para que sejam utilizadas atualmente.

Por outro lado, a supressão da incapacidade absoluta trazida pela Lei nº 13.146/2015, torna mais factível a reflexão acerca do modelo inglês de respeito às vontades daqueles em processo de perda de aptidões cognitivas. Uma vez que esses velhos serão considerados relativamente incapazes, poderiam ser consultados acerca de suas vontades naqueles assuntos nos quais ainda tiverem condições de se manifestar.

A dinâmica de organização familiar identificada segue a tendência da literatura sobre o tema em relação à escolha do cuidador, à distribuição de tarefas e à sobrecarga da cuidadora. Em primeiro lugar, em todos os trabalhos analisados, com exceção de um, que se tratava de estudo de caso de um único cuidador, os cuidadores eram mulheres em sua maioria. Os estudos apontavam que havia expectativas sociais acerca de quem seria a pessoa a exercer a tarefa convergindo para o apontamento Neri.<sup>158</sup> As esposas apareciam com frequência entre as cuidadoras e, em grande parte das vezes, eram também idosas. As filhas assumiam a tarefa principalmente em duas situações. Na primeira, assumiam porque eram as únicas mulheres dentre filhos homens, e isso, por si, justificava a sua escolha. Na segunda, era a única que não havia constituído outro núcleo familiar com marido e filhos. Quando era feita referência aos filhos homens, por vezes era dito que eles não estariam aptos à tarefa pois não saberiam cuidar.

Ademais, na maioria das vezes a eleição era feita para que uma única pessoa assumisse a totalidade dos cuidados com o velho dependente. Uma vez feita a eleição da pessoa cuidadora, o restante dos familiares passava a se distanciar do convívio. Em poucos estudos verificamos certa colaboração entre familiares. Dentre eles está a Pesquisa 9 realizada com cuidadores acompanhados pelo Hospital Universitário de Brasília no Centro Multidisciplinar do Idoso e o Artigo 6, no qual o cuidador era homem também idoso e cônjuge da velha dependente. Nesse caso, ele possuía filhas mulheres que prestavam apoio regular nas tarefas de cuidado.

Surgiu o apontamento em relação a dificuldades financeiras dos velhos dependentes e dos cuidadores. As principais dificuldades financeiras relatadas foram a insuficiência de recursos para adquirir medicamentos de custo elevado. Essa situação de isolamento e de dificuldades financeiras também apontam para um ambiente propício ao ajuizamento de ação

---

<sup>158</sup> NERI, 1999, p. 239. Nesse sentido, também: GONÇALVES; MEIRA; XAVIER, 2008, p. 176.

de alimentos em nome dos velhos contra os demais familiares. Entretanto, em nenhum dos trabalhos surgiu a informação de que havia interesse nesse sentido.

Também não verificamos em nenhum dos estudos informações sobre curatela dos velhos. Apesar disso, no conjunto deles, era a regra que as cuidadoras assumissem cumulativamente tarefas primárias e secundárias, dentre as quais estava conduzir questões legais e burocráticas.<sup>159</sup>

Ao tentar identificar possíveis demandas na vida civil dos velhos dependentes também não obtivemos um grande número de informações. Dois dos maiores estudos<sup>160</sup> fazem referência à fonte de renda dos idosos, sendo a maioria de aposentados. Esse dado se relaciona com a necessidade de interdição. Segundo estudo realizado por Alexandre Zarias, uma das principais razões que faziam com que os familiares procurassem o judiciário para promover a interdição de seus entes incapazes era a exigência burocrática.<sup>161</sup> Isso ocorria porque necessitavam ter um curador nomeado para que pudessem realizar procedimentos perante o INSS e acessar a renda, seja aposentadoria ou Benefício de Prestação Continuada (BPC).

O acúmulo de tarefas verificado apresenta diversas consequências. A primeira que pudemos identificar é que, devido à alta dependência dos velhos, não é possível deixá-los sozinhos nas residências para que a cuidadora possa sair e realizar tarefas externas. A segunda é que ambas as tarefas exigem grande energia e a realização de forma solitária gera sobrecarga, estresse à cuidadora e favorece o adoecimento.

A conjunção desses fatores levanta dois principais alertas. O primeiro é que as idosas que realizam de forma solitária a tarefa de cuidadora estão especialmente expostas ao adoecimento, pois, além dos fatores estressores da tarefa de cuidado, ampliada pela falta de auxílio, elas contam com a própria fragilização da velhice. O segundo é que tem sido apontado que cuidados prestados em situação de estresse é fator de risco para os velhos que ficam mais vulneráveis à negligência e a violência física.<sup>162</sup>

Diante dessa configuração familiar, acreditamos que a atribuição das tarefas primárias e secundárias a uma única pessoa tem sido nociva para ambos nessa relação. No mesmo sentido, a atribuição do encargo de curador ao cuidador primário, que, portanto, acumula funções, possui grandes chances de ser conduzida de maneira insuficiente, tendo em vista que são extremamente exigidos pelas tarefas primárias. Assim, no caso de nossa hipótese de

---

<sup>159</sup> NERI, 2000, p. 238 e 239.

<sup>160</sup> PINTO et al, 2009 e LUZARDO et al, 2006.

<sup>161</sup> ZARIAS, 2003, p. 64.

<sup>162</sup> GONÇALVES; MEIRA; XAVIER, 2008, p. 175.

curatela compartilhada, percebemos que esse modelo é mais favorável às dinâmicas de cuidado e assistência mais propícias ao atendimento das demandas desses velhos e mais saudáveis aos cuidadores. Essa constatação endossa a necessidade de interpretação extensiva do art. 1775-A, do Código Civil de 2002, inserida pela Lei nº 13.146/15 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), para outros casos de curatela e não somente para pessoas com deficiência.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento como fenômeno cada vez mais numeroso vem trazendo desafios que devem ser compreendidos sob um olhar multidisciplinar. A existência na velhice não pode ser vista sob um olhar meramente jurídico, médico ou social. É necessário que seja feita a comunicação entre os campos de conhecimento para a melhor efetivação de direitos fundamentais dos velhos.

A partir dos estudos bibliográficos tanto das características dos institutos da curatela e interdição, quanto das condições de prestação de cuidados, foi possível perceber que ambos corroboram para condições insuficientes de atendimento das demandas dos velhos com demências.

Verificamos que o regime das incapacidades foi essencialmente modificado pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência ao inadmitir incapacidade absoluta para pessoas maiores de 18 anos. Mesmo com essa alteração e diversas outras no caso de interdição e curatela para pessoas com deficiência, a situação dos velhos permanece sem assistência. Os dispositivos sobre curatela aplicáveis a eles, e subsidiariamente sobre a tutela do Código Civil de 2002, quase não sofreram alterações. Assim, no âmbito da administração de sua vida civil, permanecem assistidos por um regime jurídico de caráter patrimonialista que pouco se preocupa com sua dignidade e direitos extrapatrimoniais

Diante dos resultados da pesquisa, percebemos uma configuração pouco favorável à nossa hipótese de aplicação de instrumentos de manifestação antecipada de vontades (DAV) em razão do diagnóstico tardio da doença. Apesar disso, a pesquisa não refuta a hipótese. Entendemos que devam ser realizados esforços nesse sentido de maior circulação de informações sobre a doença para promover diagnósticos precoces e superação de tabus sobre o envelhecimento para que as pessoas se preparem para esse momento das vidas.

Vimos que os modelos de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) representam uma possibilidade de integração do sistema jurídico para que a curatela entre em maior consonância com o paradigma constitucional de proteção da pessoa. Por esse motivo, ponderamos que a nossa primeira hipótese necessita de estudos mais aprofundados sobre as possibilidades de utilização nos casos concretos para situações extrapatrimoniais.

Quanto à nossa segunda hipótese de curatela compartilhada, encontramos dados mais favoráveis à sua aplicação imediata aos casos de velhos com demências. O principal argumento

encontrado na defesa de aplicação é que a sobrecarga de tarefas vividas pelas cuidadoras dificulta a prestação dos cuidados e do bom exercício de uma possível curatela.

Nesse sentido, defendemos a tese de que a curatela compartilhada é aplicável aos casos de velhos com demência. Esse modelo possui maior sintonia com a doutrina de proteção integral dos velhos e pode trazer às famílias a ideia de compartilhamento de tarefas como possibilidade de reorganização da dinâmica de cuidados.

Para isso, faz-se necessária uma mudança na compreensão da doença e da velhice. É imprescindível que se construa socialmente uma preocupação de todos com a velhice e com suas formas de existência para que se possa pensar preventivamente em formas jurídicas que promovam condições dignas nos anos finais da vida. A construção de uma sociedade e um direito mais atento aos velhos depende também da superação de tabus sobre a morte e da não ocultação da realidade de que, na melhor das hipóteses, envelhecemos e fragilizamo-nos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Célia Barbosa. **Curatela e interdição civil**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.
- APRAHAMIAN, Ivan; MARTINELLI, José Eduardo; YASSUDA, Mônica Sanches. **Doença de Alzheimer: revisão da epidemiologia e diagnóstico**. Rev Bras Clin Med, v. 7, n. 6, p. 27-35, 2009.
- BELTRÃO, Silvio Romero Beltrão. **Direitos da Personalidade**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2014.
- BOBBIO, Norberto. **O tempo de memória: De senectute e outros escritos autobiográficos**. Tradução: Daniela Versiani. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Cadernos de atenção básica nº 19. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- \_\_\_\_\_. Dicas em saúde: doença de Alzheimer. Biblioteca virtual em saúde. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/226\\_alzheimer.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/226_alzheimer.html) >. Acesso em 05 jan. 2015.
- BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Defensoria Pública do Distrito Federal. Central Judicial do Idoso. **Mapa da violência contra a pessoa idosa no Distrito Federal**. 1ª ed. Brasília: Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, 2013.
- CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana L. Como vive o idoso brasileiro. **Muito além dos 60?**, p. 19-71, 1999.
- CANOTILHO, J. J. Gomes [et al]. **Comentários à Constituição do Brasil**. 1ª ed. São Pulo: Saraiva/ Almedina, 2013.
- CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- DADALTO, Luciana. **Testamento vital**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2015.
- DADALTO, Luciana; TUPINAMBAÍ, U.; GRECO, Dirceu Bartolomeu. **Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro**. Rev. bioét.(Impr.), v. 21, n. 3, p. 463-76, 2013.
- DINIZ, Debora. **A velhice**. Revista E – Em Pauta, dezembro, 2006.
- DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; ANDRADE, Claudia Laranjeira de; LEBRÃO, Maria Lúcia. **O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos**. Rev Esc Enferm USP, v. 41, n. 2, p. 317-25, 2007.

GOMES, Orlando. **Raízes históricas e sociológicas do código civil brasileiro**. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GONÇALVES, Lucia Hisako Takase; MEIRA, Edméia Campos; XAVIER, Jacilene de Oliveira. **Relatos orais de cuidadores de idosos doentes e fragilizados acerca dos fatores de risco para violência intrafamiliar**. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 6, n. 2, p. 171-180, 2008.

HAYFLICK, Leonard. **Como e por que envelhecemos**. Tradução de Ana Beatriz Rodrigues, Priscila Martins Celeste. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

HERRERA J., Emilio; CARAMELLI, Paulo; NITRINI, Ricardo. **Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva—estado de São Paulo—Brasil**. *Rev Psiq Clin*, v. 25, n. 2, p. 70-73, 1998.

KÜCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012.

MEDEIROS, Maria Bernadette de Moraes Medeiros. **Interdição civil: proteção ou exclusão?** São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. **A antonímia proteção/exclusão presente nos estatutos da interdição/curatela**. *Revista do Ministério Público do RS*, nº 60, Porto Alegre, 2008.

NERI, A. L. **Bem-estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência**. In: NERI, A. L. (Org.). *Qualidade de vida e idade madura*. 3 ed. São Paulo, 2000. p. 237-285.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. **Curso de direito do idoso**. São Paulo: Saraiva, 2014.

SANTOS, Wederson. **O que é a incapacidade para proteção social brasileira?** In: Medeiros, Marcelo. (Org.) *Deficiência e igualdade / Debora Diniz, Marcelo Medeiros, Livia Barbosa (Organizadores)* -- Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2010.

SILVA, Laisla Monique Rodrigues da. **Transformando a clínica médica: o caso do Centro Multidisciplinar do Idoso – CMI/HUB**. 2013. 57 f. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva)—Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

SANTOS, Michelle Didone dos; BORGES, Sheila de Melo. **Percepção da funcionalidade nas fases leve e moderada da doença de Alzheimer: visão do paciente e seu cuidador**. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2015; 18(2):339-349.

PONTES DE MIRANDA. **Tratado de direito privado**. Parte geral. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Borsoi, Tomo I, 1954.

\_\_\_\_\_. **Tratado de direito privado**. Parte especial. 4ª ed. São Paulo: Ed. RT, Tomo IX, 1983.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito civil: parte geral**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

\_\_\_\_\_. **Direito civil: direito de família**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2004.

ZARIAS, Alexandre. **Negócio público e interesse privado: análise dos processos de interdição**. Campinas, SP, 2003.

### **Lista de artigos**

ARRUDA, Micheli Coral; ALVAREZ, Ângela Maria; GONÇALVES, Lucia H. Takase. O familiar cuidador de portador de doença de Alzheimer participante de um grupo de ajuda mútua. **Cienc. cuid. saude**, v. 7, n. 3, p. 339-345, 2008.

BORGHI, Ana Carla et al. Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 32, n. 4, p. 75-8, 2011.

CALDEIRA, Ana Paula S.; RIBEIRO, R. C. H. M. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. **Arq Ciênc Saúde**, v. 11, n. 2, p. 100-4, 2004.

CELICH, Kátia Lílian Sedrez; BATISTELLA, Maribel. Ser cuidador familiar do portador de doença de Alzheimer: vivências e sentimentos desvelados. **Cogitare enferm**, v. 12, n. 2, p. 143-149, 2007.

COELHO, Gleani da Silva; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. A dinâmica familiar, as fases do idoso com alzheimer e os estágios vivenciados pela família na relação do cuidado no espaço domiciliar. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 541-544, 2004.

FREITAS, Iara Cristina Carvalho et al. Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador. **Rev. bras. enferm**, v. 61, n. 4, p. 508-513, 2008.

GAIOLI, Cheila Cristina Leonardo De Oliveira; FUREGATO, Antônia Regina Ferreira; SANTOS, Jair Lício Ferreira. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 150-157, 2012.

LENARDT, Maria Helena et al. A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Colombia Médica**, v. 42, n. 2, p. 17-25, 2011.

LUZARDO, Adriana Remião; GORINI, M. I. P. C.; SILVA, A. P. S. S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 4, p. 587-94, 2006.

- LUZARDO, Adriana; WALDMAN, Beatriz Ferreira. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. **Acta sci., Health sci**, v. 26, n. 1, p. 135-145, 2004.
- PAES, Poliana de França Albuquerque; SANTO, F. H. E. Limites e possibilidades no cotidiano do familiar que cuida do idoso com Alzheimer no ambiente domiciliar. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 9, n. 2, p. 192-98, 2005.
- PAVARINI, Sofia Cristina Iost et al. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. **Rev. Eletr. Enf**, v. 10, n. 3, p. 580-90, 2008.
- PINTO, Meiry Fernanda et al. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 5, p. 652-7, 2009.
- SANTOS, Silvana Sidney Costa; PELZER, Marlene Teda; RODRIGUES, Mônica Canilha Tortelli. Condições de enfrentamento dos familiares cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 4, n. 2, 2007.
- SEIMA, Marcia Daniele; LENARDT, Maria Helena. 14. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 10, n. 2, p. 388-398, 2011.
- VALIM, Marília Duarte et al. A doença de Alzheimer na visão do cuidador: um estudo de caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 528-34, 2010.
- PAULA, Juliane dos Anjos de; ROQUE, Francelise Pivetta; ARAÚJO, F. S. Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. **J bras psiquiatr**, v. 57, n. 4, p. 283-287, 2008.
- GARRIDO, Regiane; ALMEIDA, Osvaldo P. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto sobre a vida do cuidador. **Arq. neuropsiquiatr**, v. 57, n. 2B, p. 427-34, 1999.
- LEMOS, Naira Dutra; GAZZOLA, Juliana Maria; RAMOS, Luiz Roberto. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 3, p. 170-9, 2006.
- VILELA, Luciana Pricoli; CARAMELLI, Paulo. A doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes. **Rev Assoc Med Bras**, v. 52, n. 3, p. 148-52, 2006.
- DA NOVA CRUZ, Marília; HAMDAN, Amer Cavalheiro. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 2, p. 223-229, 2008.
- DA SILVA FALCÃO, Deusivania Vieira; BUCHER-MALUSCHKE, Júlia Sursis Nobre Ferro. CUIDAR DE FAMILIARES IDOSOS COM A DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA REFLEXÃO SOBRE ASPECTOS PSICOSSOCIAIS<sup>1</sup>. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 4, p. 777-786, 2009.

OLIVEIRA, Ana Paula Pessoa de; CALDANA, Regina Helena Lima. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 675-685, 2012.

IMPERATORI, Thaís Kristosch. O cuidado da família ao idoso com doença de Alzheimer: um estudo qualitativo no Hospital Universitário de Brasília Série Anis, Ano IX, n.64, p.1-8, Brasília, Letras Livres, maio de 2009.

BOTTINO, Cássio MC et al. Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de trabalho em equipe multidisciplinar. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 60, n. 1, p. 70-9, 2002.

INOUE, Keika; PEDRAZZANI, Elisete Silva; PAVARINI, Sofia Cristina Iost. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo Implications of Alzheimer's disease for the caregiver's quality of life: a comparative study. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 891-899, 2010.