UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS

CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

CRISTINA CASTELLANI MARTINS GARCIA

DOENÇAS COGNITIVAS RELACIONADAS AO DIREITO

JUIZ DE FORA – MG

2010

CRISTINA CASTELLANI MARTINS GARCIA

CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

DOENÇAS COGNITIVAS RELACIONADAS AO DIREITO

Monografia apresentada á Banca Examinadora da Universidade Presidente Antônio Carlos, como exigência parcial para obtenção do titulo de Bacharel em Direito sob a orientação do Professor Clorivaldo Correa.

JUIZ DE FORA – MG

2010

FOLHA DE APROVAÇÃO

CRISTINA OSTELONI MONTEIRO GARCIA

Aluno

DOENÇAS COGNITIVAS DEGENERATIVAS E SEUS REFLEXOS NO DIREITO

Tema

Monografia de conclusão de Curso apresentada ao Curso de Direito, da Universidade Presidente Antônio Carlos / Juiz de Fora, como exigência para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

BANCA EXAMINADORA

CLORIVALDO ROCHA CORREIA

SANDRA BARA ALVES

REGÉNICA CHEDID SERVIDEI SANT'ANNA

Aprovada em 20 / 11 / 2010.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ás pessoas queridas que me cercam, que sempre me deram o apoio necessário a fim de que eu concluísse meu curso de direito, que finalmente, no fim deste ano, após muito esforço tanto financeiro, quanto físico, chega ao seu final.

À minha adorada Mãe (in memorian), que sem seus incentivos, seus conselhos, sua luta, seus exemplos, seu caráter, sua força, sua dignidade, não teria chegado até onde cheguei, e que, não teria me tornado uma pessoa de bem. Tenho certeza, que ela encontra-se em um lugar de luz torcendo pelo meu bem estar e minha felicidade, onde espero um dia lhe reencontrar. Te Amo Muito!

Ao meu Pai, mesmo não tendo muito contato agora na vida adulta, muito obrigada por todos seus esforços comigo, desde meu nascimento.

Ao meu avô José Custódio (in memorian), pessoa firme de caráter, inteligente, altivo, alegre, paciente, companheiro, lutador, que me passou valores morais importantíssimos, os quais seguirei por toda minha vida.

À minha avó Nair, minha madrinha, minha segunda Mãe, que me criou com muito carinho e dedicação, apesar de algumas de nossas desavenças, normal em qualquer relacionamento humano, pela educação que me proporcionou, pelas noites sem dormir quando eu estive doente, pelas broncas necessárias, pelos ensinamentos tanto religiosos quanto morais, pelas horas de risos e prosas. Te Amo!

Aos meus amigos, poucos, porém verdadeiros, pelo incentivo de sempre, os quais me deram seu amor sincero em todos os momentos da minha vida, tanto felizes quanto outros nem tanto assim...

“A felicidade não é a ausência de problemas, mas a capacidade de lidar com eles” autor desconhecido.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Orientador Clorivaldo Correa, que fora o único que pôde me dar um rumo certo para a realização deste trabalho;

Aos meus amigos Jaqueline Rabello, Paloma Baptista, os quais me ajudaram com materiais, idéias, formatação do presente trabalho, e, principalmente, o apoio psicológico que me deram todo tempo.

E, especialmente a Deus, a força maior de minha vida, que tantas vezes escutou minhas incertezas quanto a presente monografia.

SINOPSE

Referido trabalho tem como finalidade dissertar sobre as doenças cognitivas relacionadas ao direito, dissertando principalmente sobre a doença de Alzheimer que é a fundamental causa de interdições no Brasil, suas características, etiologias e possíveis causas de tratamento, dentre outras demências as quais possam ser relacionadas ao direito, tanto civil, penal e previdenciário. Falar-se-á também, sobre a evolução histórica da Interdição ou Curatela até os dias atuais, demonstrando uma petição inicial deste instituto, e, ainda índices do IBGE e do CENSO, a fim de se ilustrar a quantidade de idosos que o Brasil terá daqui á 25 anos, possíveis portadores de alguma doença mental, demonstrando estatisticamente o aumento de ações judiciais de Interdição nos Tribunais, o que é um gravame para a saúde pública do país, que deverá investir na saúde, a fim de se evitar ou ao menos melhorar a qualidade e vida de pessoas portadoras de algum tipo de demência.

Palavras-chave: doenças cognitivas, demência, interdição/curatela, doença de Alzheimer, doença mental.

ABSTRACT

Such work is intended to elaborate on the cognitive disorders related to law, lecturing primarily on Alzheimer's disease that is the fundamental cause of interdictions in Brazil, its characteristics, etiology and treatment of possible causes, among other dementias which can be related to law, either civil, criminal and security areas. Will speak also about the historical evolution of interdiction or guardianship to the present day, showing an application of this institute, and also indexes the IBGE Census and, in order to illustrate the amount of seniors that Brazil will In 25 years, possible carriers of any mental illness, demonstrating statistically increased litigation in the Courts of Prohibition, which is a lien for the country's public health, which will invest in health, in order to avoid or at least improve the quality and life of people with some type of dementia.

Keywords: cognitive disorders, dementia, interdiction / guardianship, Alzheimer's disease, mental illness.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....09

2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA INTERDIÇÃO/CURATELA.....11

3. DA CURATELA.....13

4. A DOENÇA DE ALZHEIMER E SUAS CARACTERISITCAS.....18

5. DEMAIS DOENÇAS COGNITIVAS QUE POSSAM LEVAR A INTERDIÇÃO/CURATELA.....22

6. DOENÇAS COGNITIVAS RELACONADAS AO DIREITO PENAL.....29

7. DOENÇAS COGNITIVAS RELACIONADAS AO DIREITO PREVIDÊNCIÁRIO.....31

8. CONCLUSÃO.....33

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....34

10. ANEXOS.....35

10.1 UM EXEMPLO DE PETIÇÃO INICIAL DE INTERDIÇÃO/CURATELA.....35

10.2 . TABELA 1.....37

10.3 . TABELA 2.....38

10.4 TABELA 3.....39

1 – INTRODUÇÃO

Referente trabalho tem como objetivo dissertar sobre as doenças cognitivas relacionadas ao direito. Uma das principais demências que atingem a maioria da população, é o mal de Alzheimer dentre muitos outros, os quais alguns mais relevantes serão devidamente expostos no presente trabalho. Também será de suma importância, verificar os ramos do direito que possuem alguma ligação com as doenças cognitivas aqui relacionadas, assim como no direito civil, penal e previdenciário, dando destaque maior ao direito civil, no caso à Curatela/Interdição de pessoas portadoras de demência. Busca-se evidenciar também sobre o número de pessoas idosas, as quais são mais propensos a possuírem alguma doença mental, a serem interditados daqui á alguns anos, e, como poderia se investir em politicas de saúde pública, a fim de tentar evitar tal crescimento da referida doença, ou ainda, tentar melhorar a qualidade de vida dos portadores da mesma.

No segundo capitulo, falar-se-á brevemente sobre a evolução histórica do processo de interdição e curatela, onde surgiu, como eram tratadas as pessoas acometidas de doenças mentais pelos demais cidadãos.

Já no terceiro capitulo, serão expostos os requisitos da curatela.

Urge salientar também, sobre outras demências, como o alcoolismo, Doença de Creutzfeldt – Jakob, Doença de Huntington, Demência Vascular, Demência Mista, Demência de Corpos de Lewy, Demência Frontotemporal, Demências reversíveis, Demências infecciosas e outras etiologias, que causam danos á cognição.

Dar-se-á destaque maior a demência conhecida como Mal de Alzheimer, suas características, fases, origem histórica de tal termo, sintomas e um mini exame do estado mental do paciente que é aplicado pelos médicos atualmente, para se diagnosticar referida demência.

Já no Direito Penal, as doenças mentais tem seu destaque em vários dispositivos de seu Código, como a imputabilidade, abuso de incapazes, dentre outros direitos.

No direito Previdenciário, nota-se que também há uma proteção das pessoas incapazes, regido pela Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS e também pela aposentadoria por invalidez, caso o segurado, á época da filiação, não possuía qualquer tipo demência, ou se caso já possuísse, se agravou com o tempo, o impossibilitando a continuar seu labor, respeitando o tempo de carência, determinado na Legislação Especifica.

Assim, pode-se notar que as pessoas acometidas de doenças mentais, possuem proteção na legislação atual brasileira, tanto civil, penal quanto previdenciária, dentre outras, a fim de que possam ter seus direitos garantidos, e, uma melhora em sua qualidade de vida.

2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA INTERDIÇÃO/CURATELA

Nos primórdios dos tempos, as pessoas acometidas de qualquer doença mental eram totalmente excluídas da sociedade, de suas famílias. Perambulavam sozinhos nas ruas ou ficavam isolados em quartos distantes dos demais cômodos de suas casas, por causarem constrangimento aos demais familiares, por seu comportamento em desacordo com o normal. Eram até mesmo humilhados e pensava-se que estes eram tomados por "forças demoníacas". Não se pensava em um local apropriado e nem mesmo qualquer tratamento que fosse para a sua melhora. Em uma época da história, começaram a ser construídos vários manicômios, onde se internavam as pessoas acometidas por qualquer doença mental, sendo tratadas com choques dentre outras formas bizarras de possível cura de seu corpo e espirito.

O instituto da curatela no direito civil romano tinha como objetivo colocar sob a sua égide as pessoas loucas, pródigas e menores de 25 anos. Suas espécies eram as seguintes:

Cura furiosi: curatela das pessoas loucas. Consistia na administração de seus bens. A curatela cabia aos parentes mais próximos. Na falta desses, o pretor nomeava um curador.

Cura pródigi: curatela das pessoas pródigas. Provém da Lei das XII Tábuas. Em virtude dessa lei, o pretor poderia privar o indivíduo que esbanjasse seu patrimônio da administração de seus bens. Assim, o pródigo possuía capacidade limitada, necessitando sempre da autorização de seu curador para assumir obrigações. O curador era nomeado conforme as regras pelas quais se procedia a dos loucos.

Cura minoram: era uma curatela eventual, na qual os púberes menores de 25 anos solicitavam um curador por exigência das pessoas que receavam contratar com eles. Assim, a capacidade de fato também se tornava limitada.

A palavra curatela provém de "cura", mais o sufixo do verbo curare que significa cuidar, olhar, velar.

Segundo Belviláqua (2008, p.89) é adotado o conceito de *curatela* como "o encargo público, conferido, por lei, a alguém, para dirigir a pessoa e administrar os bens de maiores, que por si não possam fazê-lo".

Para Gomes (2006, p. 105): "destina-se a regência de pessoas incapazes, mas se organiza para a defesa e proteção daquilo cuja incapacidade não resulta da idade".

Berenice (2008, p. 68) trata do tema em sua obra, como: "a *curatela* é instituto protetivo dos maiores de idade, mas incapazes, isto é, sem condições de zelar por seus próprios interesses, reger sua vida e administrar seu patrimônio".

Pontes de Miranda (2001, p. 285) em sua obra Tratado de Direito de Família define, de forma genérica, o instituto da curatela como:

> [...] curatela ou curadoria é o cargo conferido por lei a alguém, para reger a pessoa e os bens, ou somente os bens, de pessoas menores ou maiores, que por si não podem fazer, devido a perturbações mentais, surdo-mudez, prodigalidade, ausência, ou por ainda não terem nascido.

Observa-se que o renomado autor procura abarcar na definição acima as diversas espécies de curatela previstas no ordenamento jurídico.

No código civil de 1916,

Assim, com o tempo foi-se aperfeiçoando o direito dos incapazes, tanto na esfera civil, quanto penal e previdenciária, dentre outros ramos do direito.

Atualmente, o Instituo da Curatela encontra-se respaldo em nosso ordenamento jurídico, no Código Civil de 2002 em seus artigos 1.767 á 1.783, os quais darei maior atenção no capitulo subseqüente.

3 – **DA CURATELA**

O instituto da curatela tem como objetivo, proteger o incapaz maior de idade. Segundo Diniz (2006, p. 290) "A curatela é o encargo público concedido, por lei, a alguém para reger e defender uma pessoa e administrar os bens dos maiores incapazes, que, por si sós, não estão em condição de fazê-lo, em razão de enfermidade ou deficiência mental." Dentre as pessoas denominadas como incapazes, estão listadas no Código Civil de 2002 em seu artigo 3º:

> "São **absolutamente incapazes** de exercer pessoalmente os atos da vida civil:
>
> I – os menores de dezesseis anos;
> II – os que, por enfermidade ou **doença mental**, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;
> III – os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade." (grifos meus).

Importante aqui esclarecer, que o nosso Código civil de 2002, também faz menção aos relativamente capazes, em seu artigo 4º:

> "São **incapazes, relativamente**, a certos atos, ou a 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;
> IV – os pródigos.

> Parágrafo Único: A capacidade dos índios será regulada por legislação especial.” (grifo meu).

Quanto às pessoas que estão sujeitas a serem curateladas, encontram-se descritas no art. 1.767, também do Código Civil de 2002:

> “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 tóxico;
> IV – os excepcionais sem completo desenvolvimento mental;
> V – os pródigos.”

Referido instituto corresponde ao artigo 446 do Código Civil de 1916, o qual repetia a expressão “loucos de todos os gêneros” constante da parte geral, que fora abandonada, pois, segundo a doutrina, trazia uma série de confusões pelo conteúdo demasiado amplo que possuía, ou seja, diz tudo e não diz nada. O artigo em questão deve ser apreciado em conjunto com o artigo 4º, incisos II e III, o qual trata dos relativamente incapazes.

Segundo o artigo 3º do Decreto 3298/99, o qual regulamenta a lei 7853/89, considera-se deficiência a perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade dentro do padrão considerado normal para o ser humano. A deficiência permanente é aquela que não permite recuperação ou alteração apesar do aparecimento de novos tratamentos, por já ter corrido tempo suficiente para a sua consolidação.

Já a incapacidade, é redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

O artigo 4º do referido decreto enumera as categorias em que se enquadram os portadores de deficiências, quais sejam:

a) Deficiente físico: é o portador de alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física;

b) Deficiente auditivo: o acometido de perda parcial ou total das possibilidades auditivas sonoras;

c) Deficiente visual: aquele que possui diminuição da acuidade visual, redução do campo visual ou ambas as situações;

d) Deficiente mental: aquele cujo funcionamento intelectual é significativamente inferior à média, sendo esta manifestação presente desde antes dos dezoito anos de idade e associada a limitações em duas ou mais áreas de habilidades adaptativas (comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho);

e) Deficiência múltipla: quando ocorrem associações de duas ou mais deficiências.

Importante salientar que o deficiente mental não é apenas protegido pelo Código Civil, tendo várias outras legislações com o intuito de protegê-los.

No presente trabalho, abarquei fora o código civil de 2002, a relação das doenças cognitivas com o direito penal e previdenciário.

Assim, o nosso ordenamento jurídico deixa bastante claro as definições de incapacidade, tanto absolutos quanto relativos.

Nota-se que não são apenas as pessoas acometidas por alguma doença mental que são protegidas pelo instituto da curatela, mas sim todos aqueles que não puderem exercer por si mesmo, atos da vida civil, assim como os casos alencados no artigo em epígrafe.

Claro é que, para que se possa ter a curatela de alguma pessoa que esteja acometida por alguma das especificadas no artigo 1.767 do Código Civil 2002, tem de ser uma pessoa idônea, de boa fé, que irá efetivamente cuidar da pessoa deficiente, com toda dignidade possível e de seus bens, se os tiver.

Importante salientar que também há menção do instituo da curatela no Código de Processo Civil em seus artigos 1.177 á 1.198, onde fala da Curatela dos interditos, Das disposições comuns da Tutela e da Curatela e finalmente da Remoção e Dispensa do tutor ou curador.

Há inúmeras outras leis que buscam regulamentar os direitos da pessoa portadora de deficiência. São leis esparsas dentro das esferas federal, estaduais e municipais, bem como

uma série de decretos regulamentares, portarias e resoluções, sendo que algumas se referem à deficiências específicas.

O vigente Código Civil brasileiro não trata explicitamente dos direitos dos deficientes, todavia os institutos relacionados à capacidade da pessoa natural afetam diretamente aos portadores de necessidades especiais.

Como consta do artigo 1º do Código Civil de 2002, toda pessoa é capaz de direitos e deveres, não havendo, portanto, nenhum tipo de discriminação. Ressalta-se, porém, que a capacidade se desenvolve com o correr da vida, assim determinadas condições próprias do ser humano podem oferecer-lhe restrições.

Estas restrições são aquelas reconhecidas pela lei e referem-se tanto a fatores gerais como a idade (maioridade, menoridade) quanto a condições especiais (deficiências). A estas restrições o direito atribui a denominação de incapacidades.

Segundo a Professora Maria Helena Diniz, o instituto da incapacidade busca proteger os portadores de uma deficiência jurídica apreciável. Esta proteção é assim graduada em: total privação do agir jurídico (absolutamente incapazes) ou privação parcial (relativamente incapazes). Aos primeiros a lei determina que, para que possam exercer os atos concernentes à vida jurídica, sejam representados; já os segundos serão, apenas, assistidos.

O artigo 3º do Código Civil vigente, em seu inciso II, apresenta alterações em relação ao Código Civil anteriormente vigente, de 1916, no que tange aos deficientes mentais.

A importância dos dispositivos acima citados para os portadores de necessidades especiais diz respeito à questão da interdição. Esta é processo judicial através do qual o considerado incapaz estará privado do exercício de determinados atos jurídicos e sujeito ao instituto da curatela.

Ressalta-se que, como já dito anteriormente, o deficiente mental não é apenas protegido pelo Código Civil, há inúmeras outras legislações que os resguarda. Dentre estas, normas internacionais como os "Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental", da Organização das Nações Unidas, de 17/12/91 e resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Dentre estas se destaca a Resolução CFM 1598/00 (6) a qual normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental. O fundamento desta resolução é a preservação da dignidade do paciente psiquiátrico, para que, quando da necessidade de internação do mesmo, não seja submetido a condições degradantes, nem submetidos a possíveis abusos.

Assim em seu art. 15 define as modalidades de internação passíveis de ocorrência em Psiquiatria, quais sejam: voluntária, involuntária, compulsória por motivo clínico e por ordem judicial, após processo regular.

A internação voluntária é feita de acordo com a vontade expressa do paciente em consentimento esclarecido firmado pelo mesmo. Já a involuntária é realizada à margem da vontade do paciente, quando este não tem condições de consentir mas não se opõe ao procedimento. Pode ocorrer por motivo clínico quando o paciente recusa medida terapêutica por qualquer razão. Trata-se de internação compulsória por decisão judicial quando resultante de decisão de um magistrado.

A referida resolução passa, então, a enumerar procedimentos que devem ser observados quando ocorram as citadas modalidades de internação, sendo a maior preocupação a normatização quando da involuntariedade e compulsoriedade do evento. Destaca-se que nas internações involuntárias e compulsórias não judiciais há necessidade de avaliação do paciente por junta médica e existência de um responsável legal pelo interno. para que os institutos da interdição e curatela não sejam utilizados em prejuízo deste.

Como já salientado pela jurisprudência e doutrina, a senilidade *per se* não é determinante de interdição.

O inciso II do citado artigo 1767 abrange aos surdos-mudos, com a ressalva de que não tenham recebido educação apropriada, portanto, não estejam aptos a exprimir sua vontade.

Inova no ordenamento o código atual ao permitir (artigo 1780) que o enfermo ou portador de deficiência física possa, por si próprio ou através de seus representantes legais, tenha legitimidade para requerer a curatela de todos ou parte de seus bens. Este dispositivo ampliou o escopo do instituto, restrito, até então aos deficientes mentais. A única ressalva, já salientada pela melhor doutrina, trata-se da abrangência do termo enfermo.

4 – A DOENÇA DE ALZHEIMER E SUAS CARACTERISTICAS

O Mal de Alzheimer é a principal doença cognitiva que mais afeta a população idosa na atualidade. Importante salientar-se que não são apenas os idosos acometidos da referida doença, mas a incidência da referida patologia, se dá com maior intensidade em pacientes já de idade avançada.

A origem do termo "Mal de Alzheimer" deu-se em 1901, quando o Dr. Alzheimer iniciou o acompanhamento do caso da Sra. August D., admitida em seu hospital. Em novembro de 1906, durante o 37° Congresso do Sudoeste da Alemanha de Psiquiatria, na cidade de Tubingen, Dr. Alois Alzheimer participou de uma conferência, com o qual seu tema a ser demonstrado tinha como título: "SOBRE UMA ENFERMIDADE ESPECÍFICA DO CÓRTEX CEREBRAL", onde relata sobre o caso de sua paciente, August D., e o define como uma patologia neurológica, não reconhecida, que cursa com demência, destacando os sintomas de déficit de memória, de alterações de comportamento e de incapacidade para as atividades rotineiras. Relatou também, mais tarde, os achados de anatomia patológica desta enfermidade, que seriam as placas senis e os novelos neurofibrilares. Dr. Emil Kraepelin, na edição de 1910 de seu "Manual de Psiquiatria", descreveu os achados de Dr. Alzheimer, cunhando esta patologia com seu nome, sem saber da importância que esta doença teria no futuro.

A Doença de Alzheimer, também conhecida como demência senil tipo Alzheimer, é a mais comum patologia que cursa como demência. E o que vem a ser demência? Popularmente, conhecida como esclerose ou caduquice, a demência apresenta como características principais: problemas de memória, perdas de habilidades motoras (vestir-se, cozinhar, dirigir carro, lidar com dinheiro...), problemas de comportamento e confusão mental.

Quando se fala que as demências estão constituindo um sério problema de saúde pública em todo o mundo, tem-se que demonstrar em números o que isto representa. Hoje tem-se, no mundo, 18 milhões de idosos com demência, sendo 61% deles em países do terceiro mundo. Daqui a 25 anos terão 34 milhões de idosos nesta situação e a grande maioria (71%), nos países mais pobres! No Brasil, existem atualmente 1,2 milhões de idosos, aproximadamente, com algum grau de demência, de acordo com a Revista de Psiquiatria Scielo.

Existem várias teorias que procuram explicar a causa da doença de Alzheimer, mas nenhuma delas está provada. Destaca-se: 1) Idade: quanto mais avançada a idade, maior a

porcentagem e idosos com demência. Aos 65 anos, a cifra é de 2-3% dos idosos, chegando a 40% , quando se chega acima de 85-90 anos; 2) Idade Materna: filhos que nasceram de mães com mais de 40 anos, podem ter mais tendência à problemas demenciais na terceira idade; 3) Herança Genética: já se aceita mais concretamente, que seja uma doença geneticamente determinada, não necessariamente hereditária (transmissão entre familiares); 4) Traumatismo Craniano: nota-se que idosos que sofreram traumatismos cranianos mais sérios, podem futuramente desenvolver demência. Não está comprovado; 5) Escolaridade: talvez, uma das razões do grande crescimento das demências, nos paises mais pobres. O nível de escolaridade pode influir na tendência a ter Alzheimer; 6) Teoria Tóxica: principalmente pela contaminação pelo alumínio. Nada provado.

Os sintomas, no começo, são os pequenos esquecimentos, normalmente aceito pelos familiares como parte normal do envelhecimento, mas que vão agravando-se gradualmente. Os idosos tornam-se confusos, e por vezes, ficam agressivos, passam a apresentar distúrbios de comportamento e terminam por não reconhecer os próprios familiares.

À medida que a doença evolui, tornam-se cada vez mais dependentes dos familiares e cuidadores, quando precisam de ajuda para se locomover, têm dificuldades para se comunicarem, e passam a necessitar de supervisão integral para suas atividades comuns de vida diária, até mesmo as mais elementares, tais como alimentação, higiene, vestir-se, dentre outras dificuldades.

Reconhecem-se três fases na evolução da doença de Alzheimer, onde os idosos manifestam determinadas características comuns, descritas a seguir:

Fase inicial: Distração, dificuldade de lembrar nomes e palavras, esquecimento crescente, dificuldade para aprender novas informações, desorientação em ambientes familiares, lapsos pequenos, mas não característicos de julgamento e comportamento, redução das atividades sociais dentro e fora de casa.

Fase Intermediária: Perda marcante da memória e da atividade cognitiva, deterioração das habilidades verbais, diminuição do conteúdo e da variação da fala, apresenta mais alterações de comportamento, tais como, frustração, impaciência, inquietação, agressão verbal e física, alucinações e delírios, incapacidade para o convívio social autônomo, perde-se com facilidade, tendência a fugir ou perambular pela casa, inicia a perda do controle da bexiga.

Fase Avançada: A fala torna-se monossilábica e, mais tarde desaparece, continua delirando, transtornos emocionais e de comportamento, perda do controle da bexiga e do intestino, piora da marcha, tendendo a ficar mais assentado ou no leito, enrigecimento das articulações,

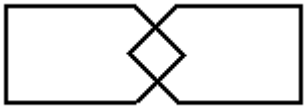
dificuldade para engolir alimentos, evoluindo para o uso de sonda enteral ou gastrostomia (sonda do estomago).

Morte.

Não há um teste específico que estabeleça de modo inquestionável a doença de Alzheimer. O diagnóstico de certeza só e feito através de exame patológico (biópsia do tecido cerebral), conduta não realizada quando o idoso está vivo.

Desse modo, o diagnóstico de provável Demência tipo Alzheimer é feito excluindo outras patologias que podem evoluir também com quadros demenciais, tais como: Doenças da Tireóide, Acidentes Vasculares Cerebrais, Hipovitaminoses, Hidrocefalia, Efeitos colaterais de medicamentos, Depressão, Desidratação, Tumores Cerebrais, dentre outros.

Tem-se atualmente um teste denominado avaliação neuro-psicológica, que pode mapear os vários aspectos da mente humana, em busca de possíveis pistas de alterações cognitivas (memória), de comportamento e de dificuldades em atuação nos vários aspectos do dia-a-dia (cuidar de finanças, gerenciar a vida e a sua casa, relacionar com parentes e amigos, depressão, dentre outros). Um dos testes mais comuns é chamado de mini-exame do estado mental, que é relativamente fácil de ser executado e não cansa o idoso, com perguntas relativamente fáceis e com um esquema de pontuação, para que seja notado o gruade demência que este possui. As perguntas são: 1) Orientação temporal (0-5 pontos): Ano, estação, mês, dia, dia da semana; 2) Orientação espacial (0-5 pontos): estado, rua, cidade, local, andar; 3) Registro (0-3 pontos): nomear: pente, rua e caneta; 4) Cálculo – tirar 7 (0-5 pontos): 100, 93, 86, 79, 65...; 5) Evocação (0-3 pontos): três palavras anteriores: pente, rua e caneta; 6) Linguagem 1 (0-2 pontos): nomear um relógio e uma caneta; 7) Linguagem 2 (0-1 ponto): repetir: nem aqui, nem ali, nem lá; 8) Linguagem 3 (0-3 pontos): siga o comando: pegue o papel com a mão direita, dobre-o ao meio, coloque-o em cima da mesa; 9) Linguagem 4 (0-1 ponto): ler e obedecer: feche os olhos; 10) Linguagem 5 (0-1 ponto): escreva uma frase completa; 11) Linguagem 6 (0-1 ponto) copiar o desenho:



Soma dos Pontos:( )

O Tratamento da referia demência é dividido em duas frentes: 1- Tratamento dos distúrbios de comportamento: para controlar a confusão, a agressividade e a depressão, muito comuns nos idosos com demência. Algumas vezes, só com remédio do tipo calmante e

neurolépticos (haldol, neozine, neuleptil, risperidona, melleril, entre outros) pode ser difícil controlar. Assim, temos outros recursos não medicamentosos, para haver um melhor controle da situação. Um dos melhores recursos são as dicas descritas no Manual do Cuidador - CONVIVENDO COM ALZHEIMER, onde se demonstra como agir perante aos mais diferentes tipos de comportamento que o idoso possa ter, no período da agitação; 2- Tratamento específico: dirigido para tentar melhorar o déficit de memória, corrigindo o desequilíbrio químico do cérebro. Drogas como a rivastigmina (Exelon ou Prometax), donepezil (Eranz), galantamina (Reminyl), entre outras, podem funcionar melhor no início da doença, até a fase intermediária. Porém seu efeito pode ser temporário, pois a doença de Alzheimer continua, infelizmente, progredindo. Estas drogas possuem efeitos colaterais (principalmente gástrico) que podem inviabilizar o seu uso. Também, somente uma parcela dos idosos melhoram efetivamente com o usos destas drogas chamadas anticolinesterásicos, ou seja, não resolve em todos os idosos demenciados. Outra droga, recentemente lançada, é a memantina (Ebix ou Alois), que atua diferente dos anticolinesterásico. A memantina é um antagonista não competitivo dos receptores NMDA do glutamato. É mais usado na fase intermediária para avançada, melhorando, em alguns casos, a dependência do portador para tarefas do dia-a-dia.

A doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência, respondendo por mais de 60% delas. Não se sabe ainda a causa ou as causas, não se tem ainda um exame de laboratório ou de imagem que possa dar o diagnóstico, ou mesmo que faça uma previsão mais acertada que a pessoa possa ter no futuro uma maior tendência para evoluir para uma demência. Não temos ainda um tratamento curativo ou que reduza a progressão desta doença, muito menos vacinas ou qualquer outro tipo de terapêutica que previna. O que se tem são medicamentos que podem melhorar um pouco a memória e o comportamento, o que já é um alento e uma esperança de tratamento para as pessoas acometidas da referida demência.

A ABRAz (Associação Brasileira de Alzheimer) não se cansa de afirmar, no estágio atual das pesquisas sobre demências, que o melhor a ser feito é o apoio ao familiar e ao cuidador de idosos com Alzheimer, mostrando-lhes que não estão sozinhos nesta luta, e que toda informação pertinente será colocada para todos os interessados.

5 – DEMAIS DOENÇAS COGNITIVAS QUE POSSAM LEVAR Á INTERDIÇÃO/CURATELA

Várias são as demências que possam levar a um declínio das funções cognitivas das pessoas, fazendo com que estas devam ser interditadas, a fim que possuam um representante legal para que tome as devidas providencias quanto sua vida civil.

Como existem diversos tipos de demência, procurei arrolar no presente trabalho, algumas das mais incidentes, tais como Demência vascular, Demência fronto – temporal, Demência com corpos de Lewy, Doença de Huntignton, Doença de Creutzfeldt – Jakob (DCJ), Demências reversíveis, Demências infecciosas, Alcoolismo, Mal de Parkinson e outras etiologias.

Resumidamente segue algumas, com dados de acordo com a Revista Brasileira de Psiquiatria:

Demência Vascular: É largamente aceito que as doenças cerebrovasculares possam ser responsáveis pelo desenvolvimento de quadros demenciais. As demências vasculares (DV) constituem a segunda maior causa de demência. Entretanto ainda não há consenso sobre os mecanismos fisiopatológicos exatos que levam á demência.

A definição de demência classicamente prioriza o comprometimento da memória (por acometimento cortical, tal como na DA; entretanto, falha na identificação de grande número de pacientes, cujo comprometimento primário ocorre em outros domínios cognitivos. Os pacientes com Doença Vascular tipicamente apresentam-se com síndrome demencial do tipocórticosubcortical, na qual os sintomas primários são de déficits nas funções executivas ou focais múltiplos.

A apresentação clínica da referida demência depende da causa e localização do infarto cerebral. Doença de grandes vasos leva comumente a múltiplos infartos corticais (com síndrome demencial cortical multifocal), enquanto uma doença de pequenos vasos, geralmente resultado de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes melito, causa isquemia da substância branca periventricular e infartos lacunares (com demência subcortical, alterações frontais, disfunção executiva, comprometimento de memória, prejuízo atencional, alterações depressivas, lentificação motora, sintomas parkinsonianos, distúrbios urinários e paralisia-pseudobulbar).

Em estudo recente, poucas diferenças consistentes foram identificadas entre DA e DV. Pacientes com DV mostraram taxas mais elevadas de depressão e comprometimento funcional, além de menor comprometimento cognitivo quando comparados a pacientes com DA. Duas classificações têm sido usadas para o diagnóstico de DV: o critério desenvolvido pelo NINDS-AIREN (National Institute of Neurological Disorders and Stroke and the Association Internationale pour la Recherche et l'Ènseignement en Neurosciences) e o critério do CAD-DTC (California Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers). Para ambos os critérios, três elementos são fundamentais: síndrome demencial, doença cerebrovascular e relação temporal razoável entre ambas. As principais diferenças entre as duas classificações encontram-se na Tabela 1 em anexo.

Na prática clínica, o escore isquêmico de Hachisnki também providencia elementos adicionais para o diagnóstico da Demência Vascular. Escore maior ou igual a 7 é consistente com Demência Vascular (DV), escore menor ou igual a 4 com Demência de Alzheimer (DA) e escore de 5 a 6, é sugestivo de DA associada a DV. Em metanálise recente, os eventos mais freqüentemente encontrados em DV que em DA são os seguintes: deterioração em "degraus", curso flutuante, história prévia de HAS ou acidente vascular cerebral (AVC), além da presença de déficits neurológicos focais.

Demência Mista: A demência mista é entidade nosológica caracterizada pela ocorrência simultânea de eventos característicos de DA e DV. De acordo com estudos patológicos, estimase que mais de um terço dos pacientes com DA apresentem também lesões vasculares, e proporção similar de pacientes com DV exibam alterações patológicas características de DA.

A presença de lesões vasculares nos pacientes com DA pode estar subestimada e parece estar associada à deterioração clínica mais rápida. A apresentação mais comum de demência mista é a de um paciente com sintomas e características clínicas típicas de DA que sofre piora abrupta, acompanhada pela presença de sinais clínicos de AVC – acidente Vascular Cerebral. Esta forma de demência mista foi chamada de demência pré-AVC por Hénon e sua detecção pode ser auxiliada pelo uso do IQCODE, entrevista com parentes ou cuidadores.

Apesar do número de similaridades entre Demência de Alzheimer e Demência Vascular, tem relativamente função superior a memória verbal de longo prazo e mais comprometimento da função frontal executiva.

Demência por corpos de Lewy: A demência por corpúsculos de Lewy (DCL) acomete cerca de 20% dos pacientes com demência. O diagnóstico clínico é feito quando o declínio cognitivo é flutuante, acompanhado por alucinações visuais e sintomas extrapiramidais. O quadro demencial apresenta-se com rápido início e declínio progressivo, com déficits proeminentes na função executiva, resolução de problemas, fluência verbal e performance audio-visual. As alucinações visuais são os únicos sintomas psicóticos que diferenciam DCL de Alzheimer ou Demência Vascular. Quanto aos sintomas parkinsonianos, encontra-se hipomimia, bradicinesia, rigidez e, menos comumente, tremor de repouso. Sensibilidade a neurolépticos, quedas e síncopes também estão presentes. A definição exclui casos em que o parkinsonismo precede a síndrome demencial em mais de 12 meses. Este critério operacional pretende excluir pacientes com doença de Parkinson que se tornaram demenciados depois, mas a praticidade deste critério diagnóstico é questionável.

Os eventos patológicos marcantes são os corpúsculos de Lewy, que são inclusões intracitoplasmáticas eosinofílicas hialinas, encontrados geralmente no córtex cerebral e no tronco encefálico, neocorticais e uma quantidade variável de eventos patológicos relacionados com Alzheimer, como placas senis e em menor extensão emaranhados neurofibrilares.

A presença de declínio cognitivo associado a parkinsonismo, ataxia e instabilidade autonômica com início gradual ao redor da quinta ou sexta década de vida deve levantar a suspeita de atrofia de múltiplos sistemas. Clinicamente, a atrofia de múltiplos sistemas tem apresentação variada, de acordo com a área do sistema nervoso central afetada. Distinguem-se três apresentações clínicas, mas a sobreposição entre elas é comum. A variante estriatonigral apresenta-se com início gradual de parkinsonismo, hiper-reflexia, mioclonias, ataxia e insuficiência autonômica. A variante olivo-pontocerebelar apresenta-se com parkinsonismo leve, disartria, fala escandida e instabilidade autonômica. Raramente, esta variante pode ser acompanhada de mudanças na personalidade e demência. A variante Shy-Drager é caracterizada por falência autonômica, com incontinência ou retenção urinária, síncopes, impotência, e, menos freqüentemente, incontinência fecal. Uma história associada de distúrbio do comportamento do sono REM pode, com freqüência, auxiliar o diagnóstico de atrofia de múltiplos sistemas.

Demência Frontotemporal: O termo demência frontotemporal (DFT) caracteriza uma síndrome neuropsicológica marcada por disfunção dos lobos frontais e temporais, geralmente associada à atrofia dessas estruturas, e relativa preservação das regiões cerebrais posteriores. Estima-se que a DFT responda por 10% a 15% dos casos de demência degenerativa,

ocorrendo principalmente após os 40 anos de idade, com igual incidência em homens e mulheres.

Os achados histopatológicos típicos da DFT são consideravelmente heterogêneos e a presença dos corpúsculos de Pick não é patognomônica. Embora a DFT e a DA só possam ser definitivamente diagnosticadas através do estudo histopatológico, algumas características clínicas distinguem as duas síndromes durante a vida.

Os déficits mais característicos da DA envolvem a memória episódica, refletindo o prejuízo funcional nas áreas cerebrais mais susceptíveis à patologia da DA (lobo temporal médio). Na medida em que há progressão para outras regiões cerebrais, os sintomas passam a envolver outros déficits cognitivos, sociais e comportamentais. A DFT, entretanto, tem início seletivo nos lobos frontais e temporais anteriores e os pacientes nos estágios iniciais da doença mostram discreto comprometimento da memória episódica, mas exibem importantes alterações comportamentais. Tais alterações incluem mudanças precoces na conduta social, desinibição, rigidez e inflexibilidade mentais, hiperoralidade, comportamento estereotipado e perseverante, exploração incontida de objetos no ambiente, distraibilidade, impulsividade, falta de persistência e perda precoce da crítica. O início dos sintomas antes dos 65 anos de idade, história familiar positiva em parentes de primeiro grau e a presença de paralisia bulbar, acinesia, fraqueza muscular e fasciculações (doença do neurônio motor) dão suporte ao diagnóstico. Na DFT os prejuízos cognitivos começam tipicamente nas funções executivas (Perry e Hodges, 2000), mas podem também envolver a linguagem. As várias características clínicas associadas à DFT raramente são vistas em pacientes com Alzheimer. Baseado nestas características, em 1998, desenvolveu-se consenso para o diagnóstico clínico da DFT (Neary et al., 1998), dividindo-a em três síndromes clínicas: DFT, afasia progressiva não-fluente e demência semântica. Tal classificação reflete a heterogeneidade clínica da DFT, mas está embasada nos diferentes acometimentos do lobo frontal e temporal, bem como no envolvimento distinto dos hemisférios cerebrais, e suas respectivas manifestações clínicas. O envolvimento predominante do lobo frontal está associado com alterações comportamentais, incluindo desinibição, apatia, embotamento afetivo e perda da crítica da conduta pessoal. Esta síndrome clínica continua sendo reconhecida como DFT, mas pode ser referida por alguns autores com variante frontal da DFT. Há ainda algumas evidências que apontam a associação entre a variante frontal da DFT com atrofia frontal à direita. Em contraste, o acometimento cerebral em lobo frontal esquerdo está associado com perda progressiva da fala, caracterizada por fala hesitante, dita não-fluente. Tal apresentação clínica tem sido chamada de afasia progressiva

não fluente. Já o envolvimento primordial em lobo temporal anterior esquerdo está associado com perda do conhecimento em relação a palavras e objetos, e é, portanto, conhecido como demência semântica. Na demência semântica, as alterações comportamentais apresentam-se de forma muito semelhante às alterações da DFT, em contrapartida, na afasia progressiva não-fluente as alterações de comportamento quase sempre estão ausentes nos estágios iniciais da doença, podendo aparecer mais tardiamente.

Doença de Huntington: É doença autossômica dominante heredodegenerativa caracterizada por distúrbio do movimento, sintomas psiquiátricos e demência. É causada pela expansão do trinucleotídeo CAG no gene que codifica a proteína huntingtina, localizado no cromossomo 4 (4p16.3). A demência torna-se usualmente aparente após o surgimento dos sintomas coréicos e psiquiátricos. A memória é afetada em todos os aspectos e o aparecimento de afasia, apraxia, agnosia e disfunção cognitiva global ocorrem mais tardiamente.

Doença de Creutzfeldt – Jakob: é o protótipo de doença causada por príons em humanos. Trata-se de uma enfermidade infecciosa e invariavelmente fatal, que atinge o sistema nervoso central e caracteriza-se por demência rapidamente progressiva e envolvimento focal variável do córtex cerebral, gânglios da base, cerebelo, tronco cerebral e medula espinhal. Embora a transmissão de humanos para animais tenha sido demonstrada experimentalmente, a transmissão entre seres humanos (por transplante de córnea, implantação de eletrodos corticais etc.) parece ser rara. O agente infeccioso está presente no cérebro, medula espinhal, olhos, pulmões, linfonodos, rins, baço, fígado, no líquido cefalorraqueano, mas não em outros fluídos corporais.

Demências Reversiveis: As demências reversíveis são causas raras de demência. Entretanto, são importantes do ponto de vista diagnóstico, pois o tratamento adequado pode reverter o declínio cognitivo.

Hidrocefalia de pressão normal: A HPN é causa potencialmente reversível de demência e caracteriza-se pela tríade clássica: demência, ataxia e incontinência urinária. Pode ser idiopática ou secundária a condições que interfiram na absorção liquórica, como meningite ou hemorragia subaracnóide.

A demência é freqüentemente leve e de início insidioso, e é tipicamente precedida por distúrbio de marcha e incontinência urinária. A deterioração da memória é comum, mas o

aparecimento de apraxia e agnosia é incomum.

Pelagra: Causada pela deficiência de ácido nicotínico (niacina), afeta os neurônios do córtex cerebral, gânglios da base, tronco cerebral, cerebelo e corno anterior da medula espinhal. Manifesta-se por diarréia, glossite, anemia e lesões cutâneas eritematosas. Pode produzir demência, psicose, estados confusionais, sinais cerebelares e extrapiramidais, polineuropatia e neuropatia óptica.

Deficiência de Vitamina B12: A deficiência de vitamina B12 é causa rara de demência reversível e psicose orgânica. A demência é caracterizada por disfunção cognitiva global, lentificação mental, perda de memória e dificuldade de concentração. Déficits corticais focais não ocorrem. As manifestações psiquiátricas são proeminentes e incluem depressão, mania e quadros psicóticos com alucinações auditivas e visuais.

Hipotireoidismo: O hipotireoidismo é causa de demência reversível e psicose crônica. A demência é caracterizada por lentificação mental, perda de memória e irritabilidade. Déficits corticais focais não ocorrem. As manifestações psiquiátricas são proeminentes e incluem depressão, paranóia, alucinações auditivas e visuais, mania e comportamento suicida.

Depressão: A depressão é o quadro que gera maior confusão diagnóstica com demência. Como a depressão é condição potencialmente tratável, a distinção entre as duas condições torna-se obrigatória. Tanto a depressão quanto a demência causam lentificação psíquica, apatia, irritabilidade, descuido pessoal, dificuldades com concentração e memória, e mudanças no comportamento e personalidade. Além disto, a depressão pode ser um sintoma da demência e, não raramente, ambas as situações coexistem. Na tabela 2, a qual se encontra no anexo, demonstra as características clínicas que auxiliam no diagnóstico diferencial entre depressão e demência.

Demências infecciosas: Complexo aids-demência

O complexo aids-demência é a complicação neurológica mais comum da síndrome da imunodeficiência adquirida. Ocorre mais freqüentemente em pacientes gravemente imunocomprometidos, em estágios avançados da doença. Entretanto, pode ser uma das apresentações iniciais da aids. A demência é de início subagudo e caracteriza-se por apatia, dificuldade de concentração, prejuízo de memória verbal e funções executivas, disfunção

motora e distúrbios de comportamento. Com a progressão pode haver ataxia, disartria, mutismo, delírios e alucinações visuais..

Neurossífilis: Era causa freqüente de demência antes do aparecimento e disseminação do uso da penicilina no tratamento das fases iniciais da doença. Embora incomum nos dias de hoje, a demência por neurossífilis ainda constitui diagnóstico diferencial a considerar-se diante de síndromes demenciais atípicas ou com manifestações frontais, particularmente em populações menos favorecidas socialmente.

Encefalite Herpética: Embora incomum, permanece como a principal causa de encefalite esporádica na América do Norte. Quando não tratada precocemente tem prognóstico desfavorável. Cerca de metade dos pacientes morre em dias ou poucas semanas. Dos que sobrevivem, a maioria tem seqüelas significativas, tais como as síndromes de Korsakoff e Kluver-Bucy, sinais neurológicos focais como hemiparesia e afasia, tiques vocais e motores, e demência.

Neurocisticercose: Em nosso meio, a neurocisticercose é considerada doença endêmica e pode levar a comprometimento cognitivo por inflamação crônica das meninges, hidrocefalia obstrutiva e pela presença de cistos corticais. O quadro clínico resulta do próprio processo inflamatório, do número e localização das lesões, além de prejuízos secundários a infecções prévias. São comuns manifestações típicas da demência vascular.

Alcoolismo: Algumas complicações do alcoolismo podem causar demência. Estas incluem o hematoma subdural crônico por traumatismo craniano, a degeneração hepatocerebral por cirrose hepática e deficiências nutricionais. A demência como acometimento neurológico por efeito tóxico direto do álcool tem sido proposta, embora nenhuma anormalidade distintiva tenha sido observada nos cérebros dos pacientes com demência pelo uso do álcool.

Síndrome de Wernicke-Korsakoff: A síndrome de Wernicke ocorre pela deficiência de tiamina associada ao uso crônico de álcool, e é transtorno neurológico agudo caracterizado por ataxia, disfunção vestibular, delírio e pela variedade de anormalidades da motricidade ocular (nistagmo, paralisia dos retos laterais e paralisia da fixação). Se não tratada adequadamente pode evoluir para síndrome amnéstica crônica conhecida com síndrome de

Korsakoff, onde os aspectos essenciais são o prejuízo grave de memória recente e aprendizado (amnésia anterógrada) e confabulações, com pobre resposta ao tratamento.

Outras Etiologias: Diversas outras condições médicas estão associadas com a presença de sintomas demenciais. Elas incluem diversos distúrbios metabólicos e uso de medicações (principalmente com efeitos anticolinérgicos, analgésicos opiáceos e esteróides adrenocorticias). A tabela 3, que se encontra nos anexos, reúne as diferentes etiologias para as síndromes demenciais.

6 – DOENÇAS COGNITIVAS RELACIONADAS AO DIREITO PENAL

No direito penal brasileiro, há a proteção dos incapazes, neste caso, os doentes mentais, tratando-se primeiramente da Imputabilidade Penal, onde no Titulo III da parte Geral do Código Penal Brasileiro, em seu artigo 26, isenta de pena o agente que á época do crime era acometido de alguma doença mental que o impedia de distinguir o certo do errado, ou seja, de distinguir que aquele ato que havia praticado contra outrem era criminoso, ilícito.

Importante esclarecer, que tal medida adotada pelo código penal brasileiro, é a mais acertada, tendo em vista que uma pessoa com deficiência mental, não possui discernimento para distinguir seus atos para com os demais cidadãos. Em nada adiantaria se, neste caso, o agente portador de alguma demência cumprisse pena em presídios juntamente com outros criminosos, o que poderia ser prejudicial aos outros, uma vez que uma pessoa portadora de doença mental, dependendo do seu grau, poderá colocar em risco os demais presos, e, ainda, não receber o tratamento ambulatorial adequado, o que seria desumano.

No Titulo V, Sessão III, artigo 52 do Código Penal, aduz que, caso sobrevenha ao condenado qualquer tipo de doença mental, haverá a suspenção da pena de multa, a qual consiste no pagamento ao fundo penitenciário da quantia fixada na sentença e calculada em dias-multa, que será no mínimo de dez dias multa e no máximo de trezentos e sessenta dias multa. Referido valor de dia multa será estipulado na sentença condenatória, pelo Exmo. Juiz de Direito, e não poderá ser inferior a um trigésimo do maior salário mínimo vigente do fato ocorrido, nem mesmo superior ao equivalente a cinco vezes tal salário, a qual deverá ser quitada no prazo de dez dias a contar do transito em julgado da sentença, e que, dependo do caso, e a requerimento do condenado, o Juiz de Direito poderá parcelar referida multa, podendo até mesmo ser descontadas diretamente dos vencimentos ou salário do condenado, em casos descritos no artigo 50, §1º, a), b), e c), sendo atualizadas pelos índices de correção monetária no processo de sua execução.

Nos casos em que sobrevém ao condenado, qualquer tipo de doença mental, este deverá ser removido imediatamente da penitenciária a um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, ou, na falta deste, a outro estabelecimento adequado. Esta é uma espécie de medida de segurança. Há também, a imposição da medida de segurança para o inimputável, onde o Juiz determinará a internação do agente, comprovado seu estado mental á época do fato, ou, se a pena a que lhe seria atribuída, fosse de detenção, o agente será então submetido a tratamento ambulatorial. Em ambos os casos, tais internações serão por tempo

indeterminado, até que se possa comprovar através de pericia médica o término de periculosidade do agente.

Insta salientar sobre os crimes contra a Curatela, os quais estão previstos nos artigos 248 e 249 do Código Penal, em que se penaliza com detenção o induzimento a fuga, entrega arbitrária, sonegação ou subtração de incapazes.

Já dos crimes contra a pessoa humana, o Código Penal expõe que caso aconteça o crime de aborto provocado com o consentimento da gestante, e, a mesma for portadora de doença mental, será aplicada a pena de reclusão de três a dez anos, ao terceiro que provocou tal aborto, e não a gestante, uma vez que, como a mesma está acometida de doença mental, não possui discernimento do fato em questão, de acordo com o artigo 125.

Há também a proteção contra o abuso de incapazes, mediante estelionato e outras fraudes, ou seja, é punível o agente que induz o incapaz á prática de ato suscetível de produzir efeito jurídico em prejuízo próprio ou de terceiro, segundo o artigo 173 do CP.

7 – DOENÇAS COGNITIVAS RELACIONADAS AO DIREITO PREVIDENCIÁRIO

O Direito Previdenciário, regido pela seguridade social, que é um instrumento estatal especifico protetor de necessidades sociais, individuais e coletivas, e cuja proteção preventiva, reparadora e recuperadora, têm direito os indivíduos, nas extensões, limites e condições que as normas disponham segundo permite sua organização financeira.

Assim sendo, os incapazes possuem direitos previdenciários, tais como aposentadoria por invalidez, o qual se encontra base na Lei nº 8.213/91, em seus artigos 42 á 47, onde descreve que o segurado que for acometido de qualquer incapacidade que o impossibilite de dar continuidade a seu labor, tem direito a se aposentar.

Importante se esclarecer que se o segurado já possuía referida doença ou lesão, ao filiar-se junto ao Regime Geral da Previdência social, este não possui direito ao beneficio da aposentadoria por invalidez, conforme se elucida o artigo 42, § 2º da Lei, porém, se o segurado já possuía referida doença ou lesão, á data de sua filiação, e teve seu estado agravado ou progredido, devidamente comprovado pelo perito a cargo da Previdência Social, fará jus da referida aposentadoria, desde que respeitado o período de carência, que nestes casos é de doze contribuições mensais, de acordo com artigo 25, I da Lei nº: 8.213/91.

Certo é que, se uma pessoa é portadora de alguma demência, que incapacite suas funções cognitivas, esta não conseguirá trabalhar, não sendo possível sua filiação junto ao INSS. Todavia, há várias demências que inicialmente não são tão severas, conforme já explicitado no capitulo anterior, não retirando totalmente as funções cognitivas do seu portador, e que poderão, caso não haja nenhum tratamento médico, sua progressão e ou agravamento.

Há também de se falar do Auxílio-doença, o qual poderá preceder ou não a aposentadoria por invalidez, tendo o mesmo período de carência da referida aposentadoria, ou seja, doze contribuições mensais (artigo 25, I, Lei n: 8.213/91).

Outra assistência de suma importância para os portadores de deficiência mental (física também) é o LOAS (Lei Orgânica da assistência social), que em seus artigos 20 e 21, dispõe sobre o direito de pessoas com qualquer tipo de deficiência que não possuem qualquer outro beneficio previdenciário, que não possam prover por seus próprios meios sua própria manutenção e nem ao menos ser provido pela sua família, a perceber mensalmente a quantia de um salário mínimo nacional, intransferível, a fim de que estes possam ter uma condição financeira menos agravante. È também requisito para que se possa ser beneficiado por tal

assistência mensal, que a renda familiar de tal individuo acometido de incapacidade não ultrapasse ¼ do salário mínimo nacional vigente.

Importante esclarecer ainda, que na própria Lei nº: 8.742/93, há as especificações da pessoa portadora de deficiência, em seu artigo 20, § 2º, que é aquela que não possui capacidade para a vida independente e para o labor, onde se encaixa todos os casos de demências que comprometam as funções cognitivas de seu portador.

Referido beneficio ao portador de deficiência mental, está sujeito a ser revisto de dois em dois anos, por peritos nomeados pelo Instituto Nacional da seguridade Social, a fim que se possa avaliar as condições do beneficiado, avaliando se o mesmo ainda possui a demência, a qual originou o direito de perceber tais rendimentos. Tal pericia é importante, a fim de se evitar fraudes no sistema, e, caso seja descoberto que o beneficiado tenha retornado a sua lucidez mental, o que, dependendo da doença em que está acometido é praticamente impossível de ocorrer, uma vez que a maioria das demências são degenerativas, tal beneficio será cancelado.

É claro, que os artigos 20 e 21 da Lei Orgânica da Assistência Social, não tratam apenas de benefícios destinados a doentes mentais. É também segurado o idoso que não possui qualquer outra fonte de rendimentos e demais requisitos, porém, a presente monografia encontra-se focada nas doenças cognitivas, as quais darei maior atenção.

8 – CONCLUSÃO

Conclui-se assim, que qualquer distúrbio nas funções cognitivas do ser humano, dificultam e muito tanto sua saúde física, quanto mental, tendo os portadores de referidas demências necessitarem do apoio da família ou de outras pessoas idôneas que possam ser os responsáveis legais dos mesmos.

Viu-se ainda, que a população idosa é a que mais possui incidência de tais doenças cognitivas, elevando-se assim a quantidade de ações de interdição no tribunais de nosso País.

Denota-se também, que os direitos dos doentes mentais encontram-se explicitados tanto no Código Civil, Penal e Previdenciário, dentre outros, porém destacam-se no presente trabalho, as doenças cognitivas relacionadas ao Direito penal, civil e previdenciário.

Também importante se esclarecer que a maioria das demências não possuem cura, mas sim tratamento, e, com a ajuda da família do portador de tal doença, poderá ter um significativa melhora em sua qualidade de vida.

Há que se atentar porém, quanto ás politicas de saúde pública, uma vez que tendem a aumentar os casos de doenças mentais no Brasil, á medida em que a população envelhece, não que tais doenças mentais incidem apenas nessa faixa de idade, mas são mais comuns do que possamos imaginar.

Assim, deverá o governo investir em campanhas de prevenção e orientação á população sobre seus direitos e deveres, para que o doente mental não volte, como em tempos primórdios, ficar a margem da sociedade, não obtendo qualquer expectativa de vida, de saúde nem mesmo melhora de suas condições.

Importante dizer que PODEM TER AINDA DOENÇAS INCURÁVEIS. MAS NÃO HÁ DOENTES INTRATÁVEIS, e que todos merecemos uma vida digna, com saúde e bem estar, principalmente àqueles, que não possam buscar por si mesmos, como no caso dos doentes mentais.

9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEVILAQUA, Clóvis. Direito de Família. Rio de Janeiro; Saraiva, 2008. p.89;

BRASIL, Código Penal Brasileiro. Disponível em www.planalto.gov.br. Acesso em setembro de 2010;

BRASIL, Código Civil Brasileiro. Disponível em www.planalto.gov.br. Acesso em setembro de 2010;

BRASIL, Lei nº: 8.213/93. Disponível em www.google.com.br. Acesso em setembro de 2010.

BRASIL, Lei nº: 8.742/93. Disponível em google.com.br. Acesso em setembro de 2010;

CLINICA, Revista Brasileira de Psiquiatria – Diagnósticoas diferenciais das Demências. Disponível em www.hcn.usp.com.br. Acesso em agosto de 2010;

CRETELLA JÚNIOR, J. Curso de direito romano. 21. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1999;

CRETELLA JÚNIOR, J. Direito romano moderno: 7. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1998;

CONSTANZE, Bueno Advogados. (Curatela). Bueno e Costanze Advogados, Guarulhos, 21.09.2007. Disponível em :<http://www.buenoeconstanze.adv,br>. acesso em agosto de 2010;

SANTOS, Maria Ferreira dos. Direito Previdênciário, 2 ed., São Paulo, Saraiva, 2007;

SITE, Revista Brasileira de Psiquiatria. Disponível em www.scielo.com.br. Acesso em agosto de 2010;

SITE. Wikipédia. Disponível em: wikipédia.com.br. Acesso em setembro de 2010.

10 – ANEXOS

10.1. UM EXEMPLO DE PETIÇÃO INICIAL

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA VARA DE FAMÍLIA, INFÂNCIA, JUVENTUDE E IDOSO DA COMARCA DE TRÊS RIOS-RJ.

FULANA DE TAL, brasileira, viúva, aposentada, residente e domiciliada à Rua X nº 00, Centro, Comendador Levy Gasparian/RJ, CEP: 25870-030, portadora do RG nº xxxxxxx e inscrita no CPF sob o nº xxxxxx, **telefone.: xxxxxx**, vem, pela Defensoria Pública, com fulcro no artigo 1.177, II e seguintes do C.P.C. c/c o artigo 1767 e seguintes do Código Civil, requerer a

I N T E R D I Ç Ã O

De seu filho, CILCANO DE TAL**,** brasileiro, solteiro, desempregado, residente e domiciliada no mesmo endereço da requerente, pelos fatos e fundamentos que a seguir aduz:

Inicialmente, afirma sob as penas da lei e de acordo com o art. 4º e seu § 1º da Lei nº 1060/50, com as modificações introduzidas pela lei nº 7510/86, ser juridicamente necessitada por não dispor de condições financeiras de arcar com custas judiciais e honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio e de sua família, razão pela qual faz jus aos benefícios da GRATUIDADE DE JUSTIÇA, indicando a Defensoria Pública para o patrocínio de seus interesses.

A requerente é mãe do interditando, estando tal pedido fundado no art. 1768, II do Código Civil sendo pessoa idônea, de boa saúde física e mental, e que sempre dedicou total atenção e tempo para os cuidados que seu filho necessita.

O interditando conta atualmente com 41 anos de idade e é incapaz de reger a sua pessoa, conforme declarações médicas em anexo. Assim é que não tem compreensão da realidade, necessitando de ser submetido à curatela.

A requerente informa que o interditando não possui bens e não faz jus a nenhum tipo de benefício previdenciário.

A demora em conseguir a curatela poderá acarretar danos irreparáveis para a parte, uma vez que necessita de acompanhamento médico contínuo.

DO DIREITO

O Art 1767, do Código Civil estabelece:

> " Estão sujeitos a curatela:
>
> I- Aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessáio discernimento para os atos da vida civil ."

Por todo o exposto, requer a V.Exa., ouvido o Ministério Público:

a) seja deferida a gratuidade de justiça;

b) concessão da **CURATELA PROVISÓRIA**, haja vista a demonstração da deficiência, bem como os danos que podem advir da demora na prestação jurisdicional;

b) a citação do interditando, CICLANO DE TAL e a designação de audiência de interrogatório;

c) a nomeação de perito para proceder ao exame do interditando;

d) que, ao final, após a constatação da alegada incapacidade, seja julgado procedente o pedido para que seja declarada por sentença a interdição, com a nomeação da requerente para o encargo de curadora do interditando.

Protesta pela produção de todas as provas em direito admitidas, em especial, documental, testemunhal e pericial.

Dá-se à causa o valor de R$ 415,00

P. Deferimento.

Três Rios, 02 de dezembro de 2009.

10.2- TABELA 1: Disponível em www.hcn.usp.com.br. Acesso em setembro de 2010.

Tabela 1. Principais diferenças entre os critérios diagnósticos para demência vascular segundo NINDS-AIREN e CAD-DTC.

	NINDS AIREN*	CAD-DTC**
Demência	Comprometimento de memória em pelo menos dois domínios, suficientes para interferir nas atividades de vida diária.	Deterioração da função intelectual suficiente para interferir nas atividades corriqueiras da vida diária, que não é isolada a uma única categoria da performance intelectual e independente do nível de consciência.
Doença carebrovascular(DCV)	Sinais neurológicos focais de DCV no exame, além de evidência de DCV relevante em CT ou RNM.	Evidência de dois ou mais acidentes vasculares cerebrais (AVCs) pela história, sinais neurológicos e/ou neuroimagem ou um único AVC com relação temporal clara entre ele e o início da demência. Evidência de pelo menos um infarto fora do cerebelo por exames de imagem cerebral CT ou RNM.
Relação temporal	Início da demência dentro de três meses do AVC com deterioração abrupta das funções cognitivas e um curso flutuantes em *stepwise*.	Relação temporal clara.
Sensibilidade	0,58	0,63
Especificidade	0,80	0,64

**NINDS AIREN :* National Institute of Neurological Disorders and Stroke and the Association Internationale pour la Recherche et Enseignement en Neurosciences; ***CAD-DTC:* California Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers

10.3 – TABELA 2 – Disponível em www.hcn.usp.com.br. Acesso em setembro de 2010.

Tabela 2. Características clínicas que contribuem para o diagnóstico diferencial entre depressão com déficits cognitivos e demência (Forlenza e Nitrini, 2001).

Demência com sintomas depressivos	Depressão com déficits cognitivos
Início insidioso	Início agudo
Sintomas geralmente de longa duração	Sintomas geralmente de curta duração
Flutuações do humor e do comportamento	Humor persistentemente deprimido
Justificativas dos erros cometidos	Respostas do tipo "não sei"
Minimização dos déficits pelo paciente	(Hiper) valorização dos déficits
Déficits cognitivos relativamente estáveis	Flutuação dos déficits cognitivos

10.4– TABELA 3 – Disponível em www.hcn.usp.com.br. Acesso em setembro de 2010.

Tabela 3. Diagnóstico diferencial das demências (Sadock e Sadock, 1999).

Degenerativas primárias	*Doença de Alzheimer (DA)*	DA senil (DA de início tardio, esporádica); DA pré-senil (DA de início precoce, familiar).
	Degeneração lobar frontotemporal (DFT)	Doença de Pick; Afasia progressiva primária (APP); Afasia não-fluente.
	Demências subcorticais	Doença de Wilson (degeneração hepatolenticular); Doença de Huntington.
	Parkinson-plus	Demência com corpúsculos de Lewy; Demência na doença de Parkinson; Paralisia supranuclear progressiva (PSP); Degeneração corticobasal; Atrofia de múltiplos sistemas.
	Doenças priônicas	Doença de Creutzfeldt-Jakob; Insônia familiar fatal; Doença de Gertsmann-Sträussler-Scheinker.
Vasculares	*Grandes vasos* *Infartos isolados (estratégicos)*	Demência por múltiplos infartos corticais; Giro angular, tálamo, prosencéfalo basal, territórios; das artérias cerebrais anterior e posterior.
	Microangiopatia (substância branca)	Leucodistrofia subcortical difusa; Doença de Binswanger.
Lesionais	*Lesões cerebrais focais (lesões que ocupam espaço)*	Tumores cerebrais; Hematoma subdural; Esclerose múltipla; Hidrocefalia de pressão normal (HPN).
	Traumáticas	Demência pugilística; Traumatismo cranioencefálico.
	Infecciosas	Demência associada à aids; Neurossífilis (paralisia geral progressiva); Neurocisticercose, sarcoidose; Meningoencefalites (criptocócica, tuberculosa, fúngica); Encefalites víricas (herpes simples).
	Inflamatórias	Vasculites do sistema nervoso central; Lúpus eritematoso sistêmico; Outras doenças reumatológicas.
Tóxico-metabólicas	*Intoxicações crônicas*	Demência alcoólicaIntoxicação por metais pesados (chumbo, mercúrio, arsênico).
	Anóxicas / hipóxicas	Intoxicação por monóxido de carbono (anóxia); Anóxia aguda: arritmias cardíacas, parada cardiorrespiratória, anóxia pós-anestésica; Crônica: anemias, DPOC.
	Metabólicas	Tireoidopatias, hiperparatireoidismo; Distúrbios hipofisários-adrenais; Estados pós-hipoglicêmicos; Encefalopatia hepática progressiva crônica; Uremia crônica (demência dialítica).
	Nutricionais	Deficiências vitamínicas: tiamina (B_1), niacina (B_3), cobalamina (B_{12}), ácido fólico.