

Jorge Tobias de Souza

**A avaliação compulsória dos idosos demenciados que residem sozinhos: uma proposta  
do Ministério Público de Minas Gerais em Juiz de Fora**

Belo Horizonte  
2021

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS  
ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITO SANITÁRIO

**A avaliação compulsória dos idosos demenciados que residem sozinhos: uma proposta  
do Ministério Público de Minas Gerais em Juiz de Fora**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas  
Gerais, como requisito parcial para obtenção  
do título de especialista em Direito Sanitário.

Orientadora: Ana Maria Caldeira Oliveira

Belo Horizonte  
2021

S729a

Souza, Jorge Tobias de.

A avaliação compulsória dos idosos demenciados que residem sozinhos: um proposta do Ministério Público de Minas Gerais em Juiz de Fora. /Jorge Tobias de Souza. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2021.

41 f.

Orientador(a): Ana Maria Caldeira Oliveira.

Monografia (Especialização) em Direito Sanitário.

Inclui bibliografia.

1. Assistência à Saúde. 2. Demência. 3. Estudo sobre Vulnerabilidade.  
I. Oliveira, Ana Maria Caldeira. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WT 161

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS  
ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITO SANITÁRIO

**A avaliação compulsória dos idosos demenciados que residem sozinhos: uma proposta  
do Ministério Público de Minas Gerais em Juiz de Fora**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas  
Gerais, como requisito parcial para obtenção  
do título de especialista em Direito Sanitário.

Banca Examinadora

Ana Maria Caldeira Oliveira  
Doutora em Saúde Pública  
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

---

Luciano Moreira de Oliveira  
Doutor em Direito Público  
CAO Saúde - Ministério Público de Minas Gerais

---

João André Tavares  
Mestre em Enfermagem  
Escola de Saúde Pública de Minas Gerais – ESPMG

---

Belo Horizonte  
2021

Aos meus pais, José e Olga, (*in memoriam*),  
pelo exemplo de dedicação.

Aos meus irmãos, Sandra, Kátia, Valnice e  
José Junior, com os quais dividi histórias e  
alegrias.

À minha bela e adorada Zani, pessoa que  
sempre está ao meu lado em uma caminhada  
que já rendeu frutos maravilhosos.

Aos meus filhos, Matheus Henrique, Lucas  
Henrique e Nicolle, jamais conseguiria  
descrever o amor que sinto por vocês.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha orientadora Ana Maria Caldeira Oliveira, cuja inteligência e entusiasmo me serviram de inspiração.

Aos professores e alunos da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, com os quais muito aprendi.

Aos servidores e estagiários da 20ª Promotoria de Justiça de Juiz de Fora/MG, pelo convívio amigável e pelas palavras de apoio.

## RESUMO

Como é cediço, o envelhecimento, apesar de ser um consectário natural da própria existência, nem sempre é acompanhado de condições satisfatórias de saúde, sendo tal circunstância resultante de fatores biológicos e sociais que impactam de forma significativa na vida de cada indivíduo. Em uma parcela considerável da população o processo de envelhecimento pode resultar em um declínio cognitivo que, dependendo da intensidade, acarretará a perda da capacidade de autogestão, em decorrência da instalação de quadros demenciais progressivos. Quando tal indivíduo é acometido de alteração cognitiva e reside sozinho, a situação transforma-se em fator de risco para o agravamento da doença, pois o idoso não será capaz de discernir que está descuidando de seus autocuidados e, com isto, está colocando sua vida em risco. Ante o exposto, a garantia da proteção integral do idoso, preconizada no art. 2º da Lei n.º 10.741/2003, torna necessária uma postura protetiva por parte de todos os órgãos que compõem a rede de proteção ao longo da vida, por meio de medida protetiva eficaz, como a avaliação compulsória deste vulnerado, a fim de garantir a promoção, proteção e recuperação de sua saúde.

Palavras-chave: Assistência à saúde. Demência. Estudo sobre vulnerabilidade.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	5
<b>2 DESENVOLVIMENTO</b> .....	6
2.1 Política de proteção da saúde do idoso .....	6
2.2 O serviço de atenção primária e o idoso .....	9
2.3 O serviço de atenção psicossocial.....	11
2.4 Integração entre SUS e SUAS .....	14
2.5 A rede de proteção dos idosos e o papel do MP .....	16
2.6 Demência: diagnóstico e tratamento .....	21
2.7 Autonomia do idoso x avaliação compulsória .....	24
2.8 A concessão da tutela de evidência/urgência para avaliação médica compulsória dos idosos demenciados que residem sozinhos .....	30
2.9 A experiência de Juiz de Fora/MG .....	32
<b>3 CONCLUSÃO</b> .....	39
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	40



## 1 INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa mundial é um fenômeno relativamente recente se levarmos em consideração o fato de que há 70 mil anos à espécie denominada *Homo Sapiens* surgiu e começou a se organizar em grupos que deram origem a nossa sociedade contemporânea.

Esse incremento do número de longevos é uma decorrência dos avanços tecnológicos nos tratamentos de saúde, da melhoria do saneamento básico, da queda da fecundidade e, em menor proporção, do desenvolvimento de hábitos saudáveis como a prática de exercícios físicos e a preocupação com a alimentação.

O crescimento do número de idosos na América Latina, contudo, não foi acompanhado pela melhoria da qualidade de vida de tal população e isto ocorreu por diversos fatores associados e resultantes de uma crise geral, política, social e econômica que vem há muitos anos afetando esta região. Nesse sentido concordamos com Lebrão que esclarece que o crescimento da população idosa na América Latina é diferente do que ocorreu nos países industrializados “(...) que foram testemunho de um aumento estável dos padrões de vida” (LEBRÃO, 2007, p. 137).

O aumento da população longeva na América Latina é decorrente das descobertas científicas que melhoraram a assistência à saúde pública e reduziram a mortalidade infantil após 1930, mas que, em contrapartida, não influenciaram na melhoria da qualidade de vida de forma geral, pois o fato dos idosos terem sido expostos à desnutrição e outras doenças em uma etapa precoce de suas vidas, ocasionou “efeitos fisiológicos duradouros que podem afetar consideravelmente o estado de saúde dos adultos” (LEBRÃO, 2007, p. 137).

O Brasil, dentro deste contexto, além de ver seus longevos sofrerem com tal “herança fisiológica”, testemunhou o aumento do crescimento de fatores como a obesidade e o sedentarismo que impactaram diretamente no incremento das doenças crônicas não transmissíveis. Tal circunstância, aliada ao contexto de desigualdades sociais vivenciadas pela população, fragilizou tal camada da população que demanda tratamentos de duração mais prolongada e de recuperação muito mais lenta, aumentando significativamente os gastos públicos com a terceira idade.

Assim é importante gizar que o progredir da idade muitas vezes ocasiona perdas de estruturas de suporte social e com bastante frequência no isolamento de idosos que passam a residir sozinhos, seja em razão da dificuldade de estabelecer relações íntimas, seja pelo

próprio abandono de seus familiares. Esse isolamento social pode entabular quadros depressivos que tanto podem estar relacionados a problemas físicos decorrentes do próprio processo de envelhecimento, como dores crônicas, distúrbios do sono e perda do apetite, como também podem estar associados ou sobrepostos a quadros demenciais que resultam em deficiências cognitivas que, se não forem adequadamente tratadas, podem gerar risco de vida para o idoso, já que o paciente tende a diminuir o autocuidado, passando a se alimentar de forma inadequada o que pode evoluir para o surgimento de diversas doenças e situações de perigo pessoal.

Nesse diapasão, torna-se indispensável estruturar uma cadeia de serviços específicos na área da saúde, da educação, da assistência social e da segurança ao longo socialmente vulnerado mediante a construção de uma rede integrada de proteção aos idosos que possibilitará, por meio de um trabalho preventivo, evitar o surgimento de diversas doenças, trazendo impactos positivos decorrentes da promoção do bem comum, além dos indissociáveis reflexos na diminuição dos custos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Não obstante o amplo campo de atuação que deve ser encetado no incremento da construção de políticas de proteção aos longevos em situação de vulnerabilidade social o presente artigo não tratará de todas as suas vertentes, mas tão-somente daquela ligada, especificamente, ao desenvolvimento pela rede de proteção dos idosos de mecanismos eficientes de detecção precoce do acometimento de doenças degenerativas que redundem na demenciação dos longevos que residam sozinhos em Juiz de Fora/MG e na consequente aplicação de medidas protetivas para tal público.

O objetivo do estudo é apresentar e discutir a avaliação compulsória dos idosos demenciados que residem sozinhos, proposta implementada pelo Ministério Público de Minas Gerais no município de Juiz de Fora/MG.

Empregou-se o método de revisão narrativa para desenvolver este estudo, a partir de uma pesquisa bibliográfica e documental por meio de livros e artigos científicos publicados em português. O recorte temporal da pesquisa abrange o período de 01 de outubro de 2003 a 31 de julho de 2021.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 Política de proteção da saúde do idoso**

Os idosos, ao longo da história da humanidade, receberam tratamentos antinômicos dependendo de onde viviam. Os senicídios (genocídios de idosos) fazem parte da herança

cultural de diversas sociedades antigas do mundo. Existem lendas Vikings que narram a ocorrência de assassinatos socialmente aceitos de pessoas idosas, no qual por meio de um ritual, os longevos se atiravam ou eram atirados de precipícios ou se enforcavam quando não eram capazes de se sustentar por conta própria ou ajudar em casa.

O ritual muitas vezes servia para incentivar ao próprio idoso a se matar com a promessa de que com tal atitude poderia ser recebido no paraíso, livrando com isto os mais jovens de ter que matá-los para não terem o ônus de cuidar dos mais velhos. Como nos esclarece Neury José Botega:

Em algumas sociedades guerreiras, a glorificação da morte violenta constituía, na verdade, uma estratégia para fomentar na população um espírito combativo. Entre os vikings, por exemplo, a morte em batalha representava a primeira das honras e a qualificação para entrar no paraíso; a segunda, era o suicídio. Odin, o supremo deus das guerras, também era conhecido como o Senhor das Forças. Em sua honra, homens e animais eram enforcados nas árvores sagradas de um bosque em Upsala, na Suécia.

Em certas sociedades nômades primitivas, o suicídio de idosos ocorria de forma ritualística e com certo grau de coerção social, ainda que velada. A pessoa idosa se matava em um ato de suprema honra e altruísmo, a fim de não se transformar em um ônus para seu povo. Fazia-o, também, para poupar os membros mais jovens da tribo do trabalho e da culpa de matá-los. (BOTEGA, 2015, p.14-15)

Por outro lado, alguns povos antigos viam na longevidade um sinônimo de sabedoria e de acúmulo de experiências que elevava de forma significativa o status social dos idosos. A Grécia e a China antigas tratam-se de exemplos claros de valorização da senescência como nos relata Marcos Ferreira de Paula:

Na Antiguidade, particularmente entre os gregos e durante todo o período helenista, havia uma relação muito íntima entre a sabedoria e a velhice. Aquilo que hoje chamamos de terceira idade sempre esteve, no passado, associado à sabedoria. Os velhos eram aqueles capazes e responsáveis por adquiri-la e transmiti-la. Não necessariamente a sabedoria de filósofos, como Sócrates, Epicuro ou Sêneca, mas pelo menos certo conhecimento de si, da natureza e da vida pública, capaz de proporcionar algum bem-estar, fosse individual ou coletivo. Ser mais velho era ser mais sábio. Não é por acaso que, no chinês antigo, uma mesma palavra era utilizada para designar o sábio e o velho, algo do que nos dá exemplo o nome do autor do Tao te king, Lao Tze, O Velho Sábio. A velhice representava de algum modo a possibilidade de acúmulo de experiência e aprendizado de vida. (PAULA, 2016, p. 262-263)

Essas visões dicotômicas da longevidade perduraram por um longo tempo, cabendo ressaltar que a maioria dos ordenamentos jurídicos dos países do mundo pouco se preocuparam em delinear os direitos e as medidas protetivas para os idosos, sendo que apenas, recentemente, com o envelhecimento da população mundial que tais questões passaram a fazer parte da agenda social.

A Constituição Federal de 1988 inscreve-se como um marco na história dos Direitos Sociais a medida que dotou o Estado de uma visão político-institucional que reafirma o Estado democrático e estabelece os direitos fundamentais de uma proteção social abrangente.

Tais diretrizes têm seu ápice por meio da consagração da fundamentabilidade da dignidade humana (art. 1º, inciso III, CF), a medida que restou estipulado na Magna Carta que as normas jurídicas devem ser interpretadas com vista a garantir a realização existencial do homem através da promoção e preservação de direitos que minimamente proporcionem uma vida com dignidade por meio do respeito a integridade física, psíquica, intelectual em um ambiente que proporcione o desenvolvimento livre e autônomo da personalidade.

Em decorrência da adoção de tais balizamentos sociais foi promulgada a Lei n.º 8.842/1994 que estabelecia a Política Nacional do Idoso, com o objetivo de assegurar os direitos sociais ao idoso, entabulando condições para promover a autonomia, participação afetiva e a integração do longo na sociedade. Posteriormente, foi instituído o Decreto n.º 4.227/2002, que criou o Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos, órgão vinculado ao Ministério da Justiça, com a atribuição de supervisionar e avaliar a Política Nacional do Idoso. Por fim, em janeiro de 2004, entra em vigor a Lei n.º 10.741/2003, denominada Estatuto do Idoso, na qual foram estabelecidas regras de direitos para proteção às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

Ademais, não se pode olvidar, que a Constituição Federal de 1988 não apenas traçou parâmetros normativos de proteção aos idosos e demais vulneráveis - por exemplo crianças, adolescentes e pessoas com deficiência -, mas também operou uma verdadeira mudança de paradigma na política sanitária ao incorporar o conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (estado de completo de bem-estar físico, mental e social, não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade) ao instituir que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196, CF).

A Lei Suprema entabulou as diretrizes da política brasileira da saúde especificando que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, mediante atendimento integral, com prioridade para as atividades

preventivas e sem prejuízo dos serviços assistenciais, contanto, para tanto, com a participação da comunidade (art. 198, CF).

Para atingir tal desiderato coube a Lei n.º 8.080/1990 disciplinar os supracitados parâmetros constitucionais descrevendo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo tal diploma legal sido regulamentado pelo Decreto n.º 7.508 de 28 de junho de 2011 que previu como portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços de I) atenção primária, II) de atenção de urgência e emergência, III) de atenção psicossocial e IV) especiais de acesso aberto (art. 9º, do Decreto n.º 7.508 de 28 de junho de 2011).

Nesta toada, sem deslembrar a importância das demais portas de entrada, o presente estudo direcionará seu foco na atenção primária e na atenção psicossocial, que são de extrema importância para, em um primeiro momento, promover medidas preventivas para detectar o surgimento da demência nos idosos mediante análise dos fatores de risco para tal comorbidade; bem como, num momento posterior, efetivar uma intervenção clínica multidisciplinar eficiente que garanta qualidade de vida para os idosos que já se encontram mentalmente cronicados.

## **2.2 O serviço de atenção primária e o idoso**

Preliminarmente, deve-se esclarecer que o serviço de atenção primária ou básica é o primeiro nível do sistema, sendo considerado a porta preferencial de entrada das Redes de Atenção à Saúde. As atividades são desenvolvidas nos centros ou unidades de saúde, com base territorial e população definida, onde os indivíduos, a família e a coletividade, de forma geral, têm acesso as equipes multiprofissionais que devem atuar de forma integrada no papel de ordenadoras da atenção à saúde, mediante o desenvolvimento de ações preventivas, de tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos que atendam a necessidade de saúde mediante o acompanhamento de todo o ciclo de vida dos indivíduos. Por isso nos alerta Juan Stuardo Yazlle Rocha que:

A atenção primária lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É o nível de atenção que tem a possibilidade de organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, tanto básicos quanto especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde, além das medidas de prevenção de doenças (ROCHA, 2012, p. 68).

Especificamente em relação aos idosos os profissionais do serviço de atenção básica devem partir da premissa de que o envelhecimento não corresponde necessariamente a certeza de um estágio avançado de decrepitude, pois é possível envelhecer de modo saudável, razão pela qual sua atuação demanda um enfoque que englobe a prevenção e a detecção precoce dos agravos à saúde.

Assim o Ministério da Saúde objetivando melhor capacitar por meio da reorganização das políticas de saúde o serviço de atenção básica a saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF). O Programa foca suas diretrizes centrais na busca da integralidade da assistência através da capacitação e envolvimento responsável de todos os profissionais de saúde, tendo por eixo o conhecimento da clientela da área adscrita (para o nosso estudo interessa, especificamente, a idosa), levando em consideração seu contexto familiar e social, como forma de promover os aspectos promocionais, preventivos e de recuperação da saúde. Este objetivo só poderá ser alcançado com os longevos se o olhar crítico do profissional levar em consideração, além da saúde física e mental do paciente, a sua capacidade funcional, pois as doenças crônicas tendem a comprometer a independência do idoso, às vezes, tornando-se o gatilho para o desenvolvimento da demenciação.

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria n.º 399/GM, o documento Pacto pela Saúde, que inclui o Pacto pela Vida, no qual foram estabelecidas como prioridades uma série de ações que redundaram no surgimento da Portaria n.º 2.528 de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

A PNSPI estabelece como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse público vulnerável.

Torna-se importante gizar, dentre as diversas medidas adotadas pelo PNSPI, a criação de instrumentos gerenciais baseados em levantamentos de dados sobre a capacidade funcional - inventários funcionais - e sociofamiliares da pessoa idosa a serem implementados pelos gestores municipais e estaduais do SUS, valendo-se de ações estratégicas como a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Essa caderneta constitui-se em instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, a elaboração e distribuição do Caderno de Atenção Básica sobre o

envelhecimento e saúde da pessoa idosa, dentre outros investimentos em diferentes formas de capacitação dos profissionais de saúde.

Como exemplo de caderneta pode-se citar o Programa de Educação Permanente a Distância que tem por escopo implementar programa específico na área do envelhecimento e saúde do idoso voltado para os profissionais que trabalham na rede de atenção básica, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.

Tais procedimentos visam possibilitar a identificação das pessoas idosas no território, mapeando os longevos mais vulneráveis, de forma a atender suas necessidades de saúde, além de acompanhar a evolução das condições fisiológicas do vulnerável com ênfase no monitoramento das suas funcionalidades.

Tal trabalho de monitoramento ao ser desenvolvido em conjunto com a rede de assistência social, buscando a identificação dos idosos independentes, dos idosos com potencial para desenvolver fragilidade e dos idosos em situação de fragilidade por meio da análise do risco social individual, desempenhará um papel relevante para identificação dos fatores que podem evidenciar indícios de desenvolvimento da demenciação nos longevos que residem sozinhos.

Assim, torna-se, imprescindível, um atendimento sistemático aos idosos na atenção primária possibilitando não só a prevenção de complicações e a melhoria na funcionalidade e qualidade de vida do longevo, mas também a detecção precoce dos problemas de ordem mental que demandam uma lógica de atenção à saúde diferenciada.

### **2.3 O serviço de atenção psicossocial**

Ao longo de muitos anos o sistema adotado no Brasil para o tratamento da saúde mental esteve fulcrado no modelo hospitalocêntrico e asilar, no qual o indivíduo permanecia encerrado em uma instituição, com pouco ou quase nenhum contato com a sociedade e sob uso de forte medicação.

O serviço de atenção psicossocial decorreu de uma evolução na maneira de se encarar o tratamento mental, que teve por origem um movimento político e social denominado Reforma Psiquiátrica que foi uma resposta a ineficiência dos tratamentos desumanos até então encetados em face do portador de transtorno mental.

Os denominados loucos, no alvorecer da formação da sociedade brasileira, não receberam nenhum cuidado ou mesmo atenção por parte do poder público, só vindo a ser percebidos quando se tornaram um problema social decorrente da miséria causada pelo agravamento das condições econômicas oriundas do desemprego e da ociosidade. Como nos dá notícia Heitor Resende citado por Maurício Requião:

No Brasil, de acordo com Resende, num primeiro momento mesmo as Santas Casas de Misericórdia, que tratavam dos doentes, órfãos, velhos e demais necessitados carentes no Brasil nos séculos XVI e XVII, não realizavam o acolhimento dos loucos.

Em verdade, os loucos só passam a ser merecedores de atenção social por força de fatores outros. É o que, segundo os relatos históricos, no período da escravocrata, seja pela falta de oportunidade, seja por opção, formou-se uma massa de sujeitos desocupados que em certo momento passa a causar transtorno social. É nesse contexto, como parte dos sujeitos perturbadores da ordem e paz social que o louco começa a ser notado.

Passam, inclusive, a ser recolhidos às Santas Casas de Misericórdia, embora recebendo tratamento diferente de seus regulares clientes, sendo lançados em locais fétidos, ‘amontoados em porões, sem assistência médica, entregues a guardas e carcereiros, seus delírios e agitações reprimidos por espancamentos ou contenção em troncos, condenando-os literalmente à morte por maus-tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas’, ou mesmo às prisões, tratados de modo igual a todos os criminosos ali encarcerados. (REQUIÃO, 2016, p. 92)

A resposta a tal quadro dada pelo Imperador Pedro II veio por meio da inauguração do primeiro hospício brasileiro em 1852, tendo recebido o nome de Hospício Pedro II, em homenagem ao seu fundador. Naquela época tais nosocômios, em vez de se aterem ao tratamento e a cura de seus pacientes, buscavam muito mais oficializar um mecanismo de higienização social que via na segregação da loucura a solução para conter a massa de ociosos e com isto proteger a sociedade contra revoltas. Trocou-se a figura do carcereiro pelo enfermeiro, como nos esclarecem Silveira e Braga:

A atenção específica ao doente mental no Brasil teve início com a chegada da Família Real. Em virtude das várias mudanças sociais e econômicas ocorridas e para que se pudesse ordenar o crescimento das cidades e das populações, fez-se necessário o uso de medidas de controle, entre essas, a criação de um espaço que recolhesse das ruas aqueles que ameaçavam a paz e a ordem sociais. Posteriormente, em 1852, é criado o primeiro hospício brasileiro.

Tendo o hospital psiquiátrico como cenário e o isolamento como principal técnica, o psiquiatra passou a necessitar de um profissional que servisse de vigilante e, ao mesmo tempo, seguisse suas instruções quanto ao tratamento: “o ‘enfermeiro’ é um agente situado entre o guarda e o médico do hospício, devendo estabelecer entre aquele e o doente a corrente do olhar vigilante”. Assim, no ano de 1890, foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras visando sistematizar a formação de enfermeiros para atuarem no espaço asilar. (SILVEIRA; BRAGA, 2005, p. 594)

Com o desenvolvimento da medicina e o conseqüente surgimento da psiquiatria como ciência, a segregação do alienado mental deixou de ser vista como forma exclusiva de tratamento, passando a ser acompanhada da terapia com possibilidade de intervenção e



tratamento para os distúrbios classificados. O recolhimento e isolamento dos pacientes passou a dar lugar a medicalização, amenização e em alguns casos a recuperação das disfunções mentais.

Posteriormente, após a Segunda Guerra Mundial, as atrocidades reveladas em tal conflito mundial, trouxeram uma insatisfação da sociedade que redundou em movimentos em prol da proteção dos direitos das minorias, o que aliado ao surgimento da psicofarmacologia, possibilitou uma interferência mais profunda e eficiente na melhoria do quadro clínico do portador de transtorno mental.

Essa mudança de paradigma repercutiu no Brasil dando origem ao movimento antimanicomial, no início de 1970, que reivindicava um tratamento aos portadores de transtorno mental não mais centrado no modelo segregacional e hospitalocêntrico, redirecionando a intervenção médica através da adoção de recursos terapêuticos que valorizem o convívio social, preferencialmente, em estabelecimentos extra-hospitalares. Dentro desses parâmetros surge o hospital-dia, como nos dá notícia Stockinger:

Em decorrência da reforma sanitária, surge o hospital-dia na passagem das décadas de 1970 para 1980 como uma alternativa mais eficaz e humana para a terapêutica de pacientes com graves distúrbios psíquicos e como fonte de pesquisa para rediscussão dos conceitos de loucura. Trata-se de um novo modelo que oferece assistência sistemática aos casos, visando intervenção precoce, evitando agravamento e consequentes internações, interrompendo o ciclo internação/alta que caracterizava a população psiquiátrica com o objetivo de promover espaço para a reintegração e reabilitação sociolaborativa. (STOCKINGER, 2007, p. 57)

Não obstante o exposto, a reforma psiquiátrica somente se consolidou na legislação nacional com a promulgação da Lei n.º 10.216/2001, que abriu as portas para o fortalecimento do serviço de atenção psicossocial, conforme o testemunho de Requião (2016, p. 105):

A culminação formal destes movimentos pode ser apontada como a aprovação da Lei n.º 10.216/2001, que teceu importantes modificações na política de saúde mental brasileira. A partir de tal lei, rompeu-se com o padrão do sistema asilar, o que abriu as portas para o fortalecimento de programas como o dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados através da portaria n.º 336/2002, do Ministério da Saúde.

Destinam-se os CAPS ao atendimento tanto do sujeito portador de transtorno mental, como também àqueles que estejam com grave comprometimento psíquico, por conta de álcool e demais drogas. (REQUIÃO, 2016, p. 105)

Diante do que foi exposto, ao ser constatado o declínio da capacidade cognitiva do longo, como decorrência natural da demenciação, cabe aos profissionais de saúde do serviço de atenção psicossocial fazer um diagnóstico diferenciado do paciente para identificar a doença que deu origem a demência com o escopo de estabelecer um protocolo clínico individualizado (face ao agravo apresentado) e caso seja verificado que o quadro clínico do

idoso impõe necessidades pessoais, sociais e médicas que demandem constante supervisão das atividades diárias, medidas estas que não serão atendidas em razão da fragilização dos vínculos sociais mantidos pelo paciente, devem ser acionados os demais atores que compõem a rede de proteção dos idosos para fazer cessar a constatada situação de vulnerabilidade.

## **2.4 Integração entre SUS e SUAS**

O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, como adredemente explicitado, apesar de ter contribuído de forma significativa para melhoria do tratamento médico do público em geral, não atuaria de forma eficiente se não existisse um sistema correlato que desenvolvesse práticas de prevenção e promoção de serviços e recursos para a manutenção da vida com qualidade consubstanciada no acesso à garantia de direitos e proteção social.

Assim, não obstante a Assistência Social ser concebida como Política Pública no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988; bem como ter a Lei n.º 8.742 de 07 de dezembro de 1993 estabelecido as diretrizes para organização da Assistência Social no Brasil, somente após a IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada, em 2003, foi deliberada a implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que passa a regular e organizar em todo o território nacional uma rede de serviços socioassistenciais que rompeu como o antigo modelo assistencialista-clientelista baseado na lógica da submissão, gerada pelo compadrio, que subjulgava os menos favorecidos impossibilitando-os de exercerem livremente a plena cidadania.

Por consequência surge o Sistema Único de Assistência Social por meio de um modelo de gestão compartilhada e participativa que articula esforços e recursos dos três níveis de governo para a execução e o financiamento da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), razão pela qual a gestão, o financiamento, as competências e responsabilidades são compartilhadas entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

A União é responsável pelo financiamento, a coordenação e a elaboração das normas gerais, enquanto os Estados ficaram incumbidos de cofinanciar e prestar apoio técnico aos municípios, sendo que a estes últimos coube (além de alocar recursos próprios no financiamento) a execução dos serviços programas, projetos e benefícios socioassistenciais de forma direta ou por meio das entidades ou organizações de assistência social em níveis de complexidades subdivididos nas dimensões de Proteção Social Básica e de Proteção Social

Especial de média e alta complexidade, cujos principais equipamentos públicos correspondentes são os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros Especializados de Assistência Social (CREAS).

Insta gizar que as diretrizes e princípios da Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004) não poderiam se concretizar sem a aprovação pelo Conselho Nacional de Assistência Social da Resolução n.º 109 de 11 de novembro de 2009 que dispõe sobre a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, organizando-os por níveis de complexidade no SUAS.

Nesta vertente os serviços de proteção social básicas são executados nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), que são unidades públicas estatais de base territorial, que devem estar localizadas em locais onde se apresentam os maiores índices de vulnerabilidade social, justamente, para facilitar o acesso ao público que necessita de tal serviço. O objetivo do CRAS é a prevenção da ocorrência de situações de vulnerabilidade e riscos sociais, através do fortalecimento da função protetiva da família por meio do desenvolvimento do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários; bem como promover o acesso a benefícios, programas e serviços da Assistência Social. As famílias usuárias de tais serviços precisam apenas de apoio, orientações e acompanhamento para poderem fortalecer a sua função protetiva, que apesar de fragilizada, ainda perdura.

Os serviços de proteção social de média complexidade, por outro lado, destinam-se as famílias que já se encontram com seus direitos violados e em situação de risco e de total exclusão social. O que demanda a atuação dos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) que mediante uma acolhida e escuta qualificada contribuirão para promover a superação da situação de risco vivenciada e fomentar a reconstrução de relacionamentos familiares e comunitários fragilizados e interromper padrões de relacionamentos baseados na violência de direitos.

Já os serviços de proteção especial de alta complexidade tem por escopo garantir a proteção integral da oferta de serviços direcionados ao acolhimento institucional por meio de equipamentos que garantam a moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos com seus direitos violados que se encontram sem referência ou em situação de ameaça que as faça necessitar se afastar de forma temporária/permanente do grupo familiar ou de sua comunidade de origem.

Os serviços de proteção social especial de alta complexidade destinam-se a diversos públicos vulneráveis, a saber: 1) crianças e adolescentes; 2) adultos e famílias, 3) mulheres em situação de violência 4) jovens e adultos com deficiência e 5) idosos.

Todos os serviços sociais supracitados devem atuar de forma contínua e compartilhada com outras políticas setoriais que compõem o Sistema de Garantia de Direitos (art. 2º, parágrafo único, da Lei nº 12.435/2011).

No que tange especificamente ao objeto de estudo deste trabalho, as equipes do CRAS deve atuar de forma articulada com os profissionais do serviço de atenção básica do SUS para identificar as situações de risco social dos idosos que residam sozinhos e que apresentem fatores hereditários e ambientais para o desenvolvimento de doenças incapacitantes.

Por outro lado, as equipes do CREAS devem atuar de forma integrada com profissionais de saúde do serviço de atenção psicossocial do SUS auxiliando-os a identificar as condições pessoais, sociais e médicas dos longevos que residam sozinhos e cujo quadro clínico demande constante supervisão de suas atividades diárias.

Caso os citados profissionais do SUS e do SUAS, durante sua atuação multidisciplinar, identifiquem a existência de algum longevo que resida sozinho em situação de risco decorrente do seu declínio cognitivo, proveniente da instalação de algum quadro demencial progressivo, deverão acionar imediatamente o Ministério Público Estadual para que o promotor de justiça, com atuação na defesa dos idosos em situação de vulnerabilidade, adote algumas das medidas protetivas elencadas no art. 45 da Lei n.º 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), podendo, inclusive, dentre estas, promover o abrigo do longevo em algum equipamento social de proteção especial de alta complexidade.

## **2.5 A rede de proteção dos idosos e o papel do MP**

A Constituição Federal de 1988 atribui a três instituições o dever de zelar pela dignidade e bem-estar dos idosos, como garantias mínimas do direito à vida de tal público: a família, a sociedade e o Estado (art. 230, CF). Assim, pode-se extrair que o dever de cuidar dos longevos ultrapassa o ambiente familiar com o escopo de garantir a máxima efetividade dos direitos fundamentais deste grupo populacional. Desta forma o constituinte brasileiro destacou a responsabilidade do Poder Público sem, contudo, olvidar-se dos deveres impostos

a família e a sociedade no amparo à tal grupo vulnerável, assim, consagrando o princípio da solidariedade.

Tal preceito de ordem constitucional deu origem a doutrina da proteção integral dos idosos, que passou a ser explicitada no art. 2º, da Lei nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) que assim dispõe:

Art. 2º - O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Esta proteção integral estabelece a primazia em favor dos idosos em todas as esferas de interesse. Razão pela qual a concretude de tal diretriz, juridicamente estabelecida para os longevos, redundou na necessidade de se criar uma rede de proteção que amparasse tais vulneráveis garantindo-lhes de forma adequada a prestação de serviços públicos e de relevância pública mediante o fomento a elaboração/execução de políticas sociais para tal público com prioridade absoluta.

A rede de proteção dos idosos podem ser informais (decorrentes de vínculos espontâneos e recíprocos surgidos no ambiente familiar, na vizinhança ou mesmo por relações de amizades) ou formais (oriundos de políticas públicas direcionadas à população idosa em geral, agregando uma miríade de serviços sociais e jurídicos voltados a garantia dos direitos de tal público vulnerado). A respeito da estruturação desta rede de proteção formal dos idosos os ensinamentos de Marcus Aurélio de Freitas Barros (2016, p. 60):

Tal rede de proteção deve ser formada, ao menos nos Municípios maiores, por Promotoria do Idoso, Vara do Idoso, Defensoria do Idoso, Conselho de Direitos do Idoso, atendimento domiciliar ao idoso, residência temporária para idosos vítimas de violência, Centro-dia para atendimento de idosos que necessitam de atendimento diário especializado e contínuo, oficina abrigada de trabalho para que o idoso complemente sua renda, casas-lares, capacitação de cuidadores de idosos e conselheiros, reserva de leitos em hospitais gerais, atendimentos especializados nos consultórios dos hospitais gerais, atendimentos especializados nos consultórios dos hospitais públicos, os quais devem possuir médicos geriatras, dentre outros. (BARROS, 2016, p. 60)

No que tange aos órgãos e profissionais do SUS e do SUAS, que compõem a rede de proteção formal dos idosos, torna-se dispensável tecer maiores considerações por já terem sido exaustivamente comentados neste trabalho, razão pela qual teceremos breves considerações a respeito dos demais atores que compõem este sistema legalmente estruturado de proteção aos longevos.

As denominadas Varas de Idosos, apesar da expressa autorização legal para suas criações (artigo 70, da Lei nº 10.741/2003 - Estatuto do Idoso) ainda não foram incrementadas no Brasil. Daí se vê a diferença de tratamento que é dado aos idosos se comparado ao que é dado a crianças e adolescentes que já possuem tal estrutura protetiva espraiada por todo o país. Sempre foi regra no direito brasileiro a existência de juízos especializados para o atendimento de crianças e adolescentes. O Código Mello Mattos (Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927), em seu art. 146, criava um juízo privativo dos menores abandonados e delinquentes no Distrito Federal. Por sua vez o revogado Código de Menores (Lei nº 6.697/79), em seus arts. 6º e 84, denominava juiz de menores o magistrado com competência para conhecer das matérias constantes naquele diploma legal. Por fim, o art. 145, da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente) modificou a nomenclatura de tal órgão jurisdicional para Vara da Infância e Juventude e obteve respaldo para que estes Juízos fossem instalados por todas as regiões do País.

Infelizmente, a 1ª Vara Especializada do idoso do Brasil foi criada na estrutura do Tribunal Regional Federal da 4ª Região, com sede em Porto Alegre, na cidade de Maringá em 2005, existindo pouquíssimas iniciativas como esta por parte dos demais Tribunais brasileiros, o que fez com que um projeto de lei do Senado Federal (PLS 448/2018), de autoria da senadora Rose de Freitas (Pode-ES), previsse a obrigação do Poder Público criar varas judiciais especializadas e exclusivas para o atendimento de pessoas com mais de 60 anos. O texto altera a Lei nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) que apenas prevê, sem determinar, a criação de tais estruturas jurisdicionais.

Comentando o art. 70, da Lei nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) e as dificuldades para criação de tais varas especializadas a doutrina de Lauro Luiz Gomes Ribeiro (2016, p. 207):

Embora haja esta faculdade do Poder Público – leia-se, mediante alteração da lei que organiza o serviço judiciário no Estado (art. 125 da CF) por iniciativa do Tribunal de Justiça respectivo –, ainda são raras as Varas especializadas e exclusivas do idoso; citamos como exemplo a Vara Especial Cível e Criminal de Belém.

São comuns aquelas Varas para cuidar da criança e do adolescente, e de algum tempo para cá têm surgido Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e também de atendimento à pessoa com deficiência.

Caso sejam instaladas, essas Varas deverão estar aparelhadas suficientemente para atender à demanda para a qual foram concebidas, com boa estrutura de pessoal (assistente social, psicólogo etc.), eliminação de barreiras físicas e garantia de plena acessibilidade (rampas, banheiros com barra de apoio etc.), além de fácil acesso por meio de uma ampla rede de transporte público.

O ideal é garantir o provimento dos cargos respectivos (no Judiciário e no Ministério Público) com profissionais (juízes e membros do Ministério Público) que tenham perfil para atender a essa demanda específica. (RIBEIRO, 2016, p. 207)

Por consequência do que foi exposto, embora no âmbito dos Ministérios Públicos e Defensorias Públicas de todo o país a distribuição das atribuições, nas comarcas que possuam mais de um membro destas instituições, naturalmente, incuba a um deles para o exercício da defesa dos direitos individuais e coletivos dos idosos vulneráveis. É importante esclarecer que a ausência de atribuição exclusiva em tal matéria e o aumento da demanda da proteção de tal público impactam de forma negativa na qualidade do serviço a ser prestado.

Os Conselhos Municipais, também denominados conselhos de políticas públicas, são órgãos colegiados que possibilitam a participação ativa dos cidadãos no processo de criação de políticas públicas no Brasil. Diversos dispositivos da Constituição Federal preveem a participação popular, sendo que, no que tange especificamente ao Conselho dos Idosos, sua criação se deu em decorrência da Lei nº 8.842/1994 que dispõe sobre a política nacional do idoso.

Estes são órgãos de representação dos idosos e de interlocução junto a comunidade e aos poderes públicos na busca de soluções compartilhadas e apesar de se tratarem de organismos híbridos integram a administração municipal, como nos esclarece Rodrigo Bordalo (2016, p. 217/218):

A construção teórica desenvolvida na presente obra acerca da organização administrativa colegiada toma como premissa a natureza jurídica dessas unidades. São elas órgãos públicos, conforme desenvolvido no capítulo anterior. Correspondem a núcleos integrantes da Administração, inseridos no aparato organizacional do Poder Público. São a sua estrutura interna, no âmbito da qual as competências públicas estão dispostas.

A questão refere-se aos órgãos colegiados constituídos, parcial ou totalmente, por representantes da sociedade. Cite-se o exemplo dos conselhos de políticas públicas, cuja situação jurídica é considerada por alguns autores como de “difícil definição, uma vez que se trata de organismos híbridos, nem inteiramente comunitários, nem propriamente estatais”. A bem da verdade, tal afirmação merece uma análise sob duplo prisma. Pelo primeiro, relacionado à natureza jurídica, compreende-se que tais colégios consubstanciam verdadeiros órgãos públicos estatais, porquanto integrantes do arcabouço administrativo. Excluir tais unidades da condição de órgãos representa situá-las em vácuo organizacional, de modo a afastar o seu adequado entendimento. Assim, “trata-se efetivamente de órgãos públicos *sui generis*”, por conta de sua composição. (BORDALO, 2016, p. 217-218)

Nesta senda, o Conselhos Municipais dos idosos desempenham um papel significativo na rede de proteção dos idosos a medida que 1) estimulam os idosos para que participem da formulação de políticas públicas; 2) sensibilizam os Poderes Públicos Municipais quanto às responsabilidades no atendimento das demandas dos segmentos em conformidade com as políticas públicas dos idosos; 3) procuram formar parcerias que promovam os direitos dos idosos; 4) estimulam a organização de idosos e sua efetiva participação social, visando a sua

integração e exercício da cidadania; 5) incentivam e apoiam ações concretas em favor dos idosos e 6) formulam, implantam e supervisionam e avaliam as Políticas Públicas dos idosos.

A Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso, também, faz parte da rede de proteção formal dos longevos tendo por atribuições adotar as medidas necessárias para investigação, prevenção, repressão e apuração das infrações penais lesivas aos idosos, para tanto estabelecendo um acompanhamento psicossocial de tal público vulnerável e de seus familiares. É importante ressaltar que, infelizmente, a criação de tais órgãos dentro da estrutura das Polícias Judiciárias ainda é bem incipiente, o que levou o Deputado Federal Juninho do Pneu (DEM/RJ) a apresentar o Projeto de Lei n.º 4.078/2019 que propõe a modificação da Lei n.º 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) para prever a criação de tais órgãos. Assim, nos locais onde não existam a Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso, tais serviços de relevância pública são exercidos por qualquer delegacia de Polícia Judiciária.

A rede de proteção formal ao idoso, também, pode contar com a Defensoria Pública que é uma instituição essencial à função jurisdicional do Estado que, de forma permanente, é responsável por oferecer ao cidadão pobre/necessitado o serviço gratuito de orientação jurídica e defesa em processos judiciais, extrajudiciais ou em outras ocasiões em que se fizer necessário o atendimento jurídico. A pobreza na forma da lei significa que uma pessoa não pode pagar assessoria jurídica particular sem prejuízo de sua sobrevivência e de sua família.

Por fim, para o presente trabalho, não se poderia deixar de tecer as devidas considerações sobre o papel do Ministério Público na rede de proteção dos idosos.

O Ministério Público, conforme preconizado na Constituição Federal, tem papel fundamental na efetivação da proteção universal dos direitos humanos, razão pela qual lhe foi atribuída a missão de defender a ordem jurídica, o regime democrático e os interesses individuais indisponíveis (art. 127, da CF).

Desta forma, o Ministério Público tem por escopo a promoção da justiça social obrigando os governantes a não se olvidarem de sua obrigação de efetivar os direitos constitucionais do cidadão, os quais necessitam dos serviços públicos para terem acesso ao mínimo existencial que lhes é devido. Na defesa dos idosos a Lei n.º 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) incumbiu ao Ministério Público uma ampla atuação, como nos dá notícia Emerson Garcia:

A Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, dispõe sobre o Estatuto do Idoso e se destina a regular os direitos das pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos. Além de prever um extenso rol de direitos, veiculando obrigações para a família, a sociedade e o Estado, a Lei n. 10.741/2003 disciplina inúmeros instrumentos



voltados à sua implementação, variando desde a aplicação de medidas protetivas ao idoso em situação de risco, passando pela fiscalização das entidades de atendimento e pela proteção coletiva dos idosos, e alcançando a fixação de uma ampla tipologia de infrações penais e administrativas praticadas em detrimento dessa camada da população (GARCIA, 2017, p. 403).

Não obstante tudo que foi explicitado a respeito da atuação da rede de proteção formal dos idosos é importante esclarecer que o fato de uma pessoa ser idosa não a coloca em uma situação de inferioridade face aos demais cidadãos. Neste sentido, o magistério de Marcos Antonio Vilas Boas:

O direito à dignidade e ao respeito direciona aos idosos as garantias de caráter constitucional e os equipara a todos os cidadãos do País. O equiparar a todos, teoricamente, é o mesmo que evitar a exclusão e a discriminação sociais. O respeito relativo a inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, tanto pode abranger a preservação da imagem, da identidade, da autonomia de valores, ideias e crenças, como também os direitos de propriedade e posse sobre espaços e objetos pessoais. A dignidade humana já pressupõe o tratamento respeitoso a todas as gentes. Quase todas as proteções estão no âmago dos Direitos e Garantias Fundamentais da Carta Suprema, no seu art. 5º. (VILAS BOAS, 2015, p. 22)

Por isso a rede de proteção ao idoso, da qual faz parte o Ministério Público, somente deve atuar na efetivação dos direitos fundamentais dos longevos quando verificar a existência de riscos para os mesmos. Neste sentido, os comentários de Marcus Aurélio de Freitas Barros:

Enfim, ao que parece, pode o Parquet, na condição de substituto processual, exigir que, mesmo no âmbito da tutela individual, que sejam preservados, por exemplo, o direito à vida, ao nome, à imagem do idoso. Existem apenas duas condicionantes para a atuação ministerial: a primeira que se esteja diante de direitos indisponíveis; a segunda é que o idoso esteja em situação de risco, nos termos do art. 43 do Estatuto do Idoso. Caso contrário, não restará obedecido o disposto na norma prevista no art. 74, III, da mesma legislação protetiva do longevo. (BARROS, 2016, p. 138)

A proteção dos idosos deve ser efetivada com o devido respeito a autonomia do longevo que precisa ter sempre preservada a sua liberdade e seus valores de espírito, que estão umbilicalmente ligados ao exercício pleno de sua felicidade, sob pena de seus protetores transmudarem-se em seus algozes.

## **2.6 Demência: diagnóstico e tratamento**

A demência é caracterizada pelo declínio cognitivo ou por modificações comportamentais, em regra, evidenciadas pela perda da independência ou da autonomia funcional de determinada pessoa para as atividades da vida diária. Uma definição mais atualizada da demência é apresentada por Jacy Bezerra Parmera e Ricardo Nitrini no artigo “Demências: da investigação ao diagnóstico”, que definem tal estado de saúde como “(...) condição na qual ocorre decréscimo cognitivo comparado a um nível prévio do indivíduo,

com comprometimento de suas funções sociais e funcionais” (PARMERA; NITRINI, 2015, p. 179).

É interessante observar que o declínio cognitivo é um consectário natural do processo de envelhecimento que redundará na perda da atenção e da memória, mas tal circunstância pode estar relacionada a diversos fatores ao longo da senescência, tais como: 1) o declínio cognitivo subjetivo; 2) o declínio cognitivo leve; 3) a demenciação; 4) a depressão; ou 5) ser efeito colateral de alguma medicação.

Nessa toada faremos uma breve exposição do que seja cada um dos supracitados fatores, deixando para analisar por último a demenciação, seu diagnóstico e tratamento pelo fato de estar intrinsecamente ligada ao objetivo deste trabalho.

O declínio cognitivo subjetivo é uma condição na qual há uma queixa consistente de memória, em particular sobre onde foram colocados objetos e acerca do nome de pessoas bem conhecidas.

O declínio cognitivo leve é um estágio intermediário entre o envelhecimento normal e a demência, diferenciando-se do declínio cognitivo subjetivo porque, nesse caso, a perda da memória é percebida também pelas pessoas que convivem com quem é afetado por tal condição.

A depressão, assim como a demenciação, é uma síndrome, ou seja, uma reunião de sintomas e sinais que estão associados a mais de uma causa. Assim, a tristeza, a desesperança e a sensação de abandono, características desta condição, podem ser demonstradas por queixas vagas de cansaço ou mal estar indefinido ou até mesmo por meio de alterações fisiológicas, como má digestão e dores musculares. A depressão pode sinalizar para uma evolução de tal condição para a demência, como nos alerta Alberto Stoppe Jr.:

A correta identificação dos sintomas relacionados à depressão, diferenciando-os das manifestações próprias do envelhecimento, é decisiva para o seu diagnóstico. O idoso pode, por exemplo, apresentar quadros depressivos que são reações a perdas, (físicas como psíquicas) muitas vezes relacionadas com o próprio processo de envelhecimento. Queixas somáticas, dores crônicas, distúrbios de sono e apetite podem, com frequência, ser as principais queixas de idosos deprimidos (Klerman, 1983, Blazer et. al. 1987, Newmann, 1989, Newmann et al., 1991a). Além disso, os transtornos depressivos em idosos estão frequentemente associados ou sobrepostos a quadros demenciais (Teri & Wagner, 1991) ou outras doenças orgânicas preexistentes (Turner & Beiser, 1990, Devins et al., 1992). (STOPPE JR., 1997, p. 48)

A perda de memória como efeito colateral de medicação tem sido objeto de diversas críticas e de recentes estudos no campo da medicina. Medicamentos, como os usados para o tratamento de ansiedade, insônia e algumas doenças psiquiátricas podem interferir com a

atenção e prejudicar a memória, razão pela qual é importante determinar se há relação entre o início das reclamações de dificuldade de memorização de determinados fatos e nomes de objetos/pessoas com a introdução de um novo medicamento.

Por fim, o declínio cognitivo decorrente de um processo de demenciação é a forma mais grave de perda de memória em virtude do impacto que causa na capacidade funcional, no desempenho social e/ou profissional do indivíduo. Existem vários tipos de demências, razão pela qual o diagnóstico de tais síndromes demandam levantamentos detalhados da história clínica do paciente, confirmada por algum parente, amigo ou cuidador, sem descurar-se da necessária realização de exames clínicos, como nos alerta Rodrigo Rizek Schultz:

Portanto, devemos entender que, para o diagnóstico sindrômico de demência, a avaliação clínica neurológica não tem tanta utilidade como quanto para o diagnóstico diferencial entre as suas causas. Uma história clínica adequadamente obtida, além de um exame neurológico detalhado, podem nos trazer subsídios que serão somados à avaliação neuropsicológica e exames de neuroimagem para um diagnóstico mais preciso. (SCHULTZ, 2013, p. 55)

Diante das dificuldades apresentadas para o diagnóstico preciso das demências, que em regra causam um declínio cognitivo progressivo e irreversível, salvo nos raros casos decorrentes de hipotireoidismo e de déficit de vitamina B12, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e a Academia Brasileira de Neurologia (ABN) esclarecem que os pacientes com demência podem ser avaliados e tratados pelos médicos em atenção primária à saúde e indicam quando devem tais pacientes ser encaminhados para níveis secundários ou terciários de atenção à saúde, conforme trecho a seguir do artigo intitulado “Demência do Idoso: Diagnóstico na Atenção Primária à Saúde”:

A maioria dos pacientes com demência pode ser avaliada, tratada e medicada adequadamente por médicos em atenção primária à saúde. O encaminhamento para um outro nível de atenção em saúde deve ser considerado nas seguintes condições: quando houver dúvidas sobre o diagnóstico após avaliação e seguimento, exigência pela família ou paciente de outra opinião, presença de depressão importante, sem resposta ao tratamento, falha no tratamento específico para doença de Alzheimer, diante de quadros atípicos ou sugestivos de etiologias menos comuns e quando se considerar o aconselhamento genético para a realização de estudos científicos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2009, p. 7)

Dessa forma, é imprescindível, como alhures já alertado, que os profissionais médicos de atenção primária à saúde efetivem um acompanhamento dos longevos que potencialmente possam incorrer num processo crônico de demenciação para que, em conjunto com a rede de proteção dos idosos, se possa evitar que o declínio da saúde e da autonomia do senescente fique irremediavelmente comprometido, dificultando sobremaneira o exercício dos seus direitos constitucionalmente previstos.

## 2.7 Autonomia do idoso x avaliação compulsória

Como é cediço o avanço da idade, por si só, não é sinônimo de adoecimento e nem redundante de forma inexorável no aparecimento de comorbidades que resultem na perda da autonomia do longo ou na sua incapacidade intelectual ou funcional.

Isto porque o processo de senescência, por si só, não torna o idoso incapaz e nem o coloca em uma situação de inferioridade face aos demais cidadãos, razão pela qual não cabe ao Estado, sob o argumento de garantia a proteção integral do longo, retirar do cidadão o exercício de seus direitos fundamentais.

Nesse sentido, Ana Carolina Brochado Teixeira e Maria de Fátima Freire de Sá publicaram o artigo “Envelhecendo com autonomia”, vejamos:

É de grande relevância distinguir incapacidade natural, inerente à velhice, da incapacidade jurídica, por nós referida até agora. Sabemos que o avançar da idade traz muitas mudanças. Entre elas, podemos nomear a mais relevante, que se consubstancia na situação de fragilidade do idoso. Mas ela nem sempre significa fragilidade mental, impeditiva da autodeterminação. É por essa razão que o envelhecer não está atrelado à incapacidade jurídica, pois é possível um envelhecimento saudável.

(...)

Como já dissemos, o idoso, por sua fragilidade, é alvo de proteção especial. Sociologicamente, está numa fase de “colheita dos frutos” plantados no decorrer da vida, em todos os aspectos, principalmente, o afetivo e o material. Todavia, isso nem sempre acontece, colocando-o em situação de extrema fragilidade e dependência física, mental e econômica. É exatamente por essa razão que se fez necessária a criação de mecanismos de proteção especial, como ocorre no caso da criança e do adolescente.

Por outro lado, mesmo não estando economicamente produtiva, há que se reconhecer que a terceira idade vem melhorando muito sua qualidade de vida, por meio da valorização desta etapa, reinventando a sexualidade e investindo na afetividade. Ter mais de sessenta anos não significa subdesenvolvimento afetivo, muito pelo contrário, pois a afetividade tem-se fortalecido e ganhado novas formas de amar. O próprio idoso vem se conscientizando do seu valor, participando na atuação das garantias dos próprios direitos, envolvendo-se nos processos de construção e reivindicação dos mesmos. Numa acepção moderna, a busca pelo envelhecer com dignidade. É na alteridade, reciprocidade e no relacionamento com o outro que a personalidade se constrói, como um processo dialético e dialógico. Por isso, a necessidade da convivência familiar e comunitárias, para construir e edificar a afetividade, além de possibilitar a inserção social.

Eis a justificativa constitucional para considerar-se a convivência com “o outro” como direito fundamental e é nessa convivência inter-relacional que se faz possível a verdadeira experiência da autonomia, do exercício das próprias escolhas, pois, mesmo já estando em fase mais avançada da vida, o idoso continua no processo de construção de sua personalidade.

Por essa razão, Fernando Noronha, baseando-se em Larenz, afirma a necessidade da convivência do homem para que ele possa exercitar-se em sua inteireza. O homem vive em frequente comunicação com os outros, precisando, por isso, da autonomia privada para decidir livremente os assuntos que o afetam, de modo a conformá-los de forma responsável, pois “somente quando está em condições para tal, pode promover-se e afirmar-se como pessoa”.

Assim, concluímos que a autonomia é fundamental para um envelhecimento com dignidade, pois é por meio dela que se dá continuidade ao processo de autoconstrução, de busca da própria essência. (TEIXEIRA; SÁ, 2009, p. 7)

Não obstante o exposto, em razão de diversos fatores, desde aqueles decorrentes de herança genética ou até mesmo as opções adotadas pelo indivíduo ao longo de sua vida (com relação a alimentação, sedentarismo, tabagismo e o próprio consumo de álcool e/ou outras drogas) podem tornar o processo de envelhecimento do organismo mais suscetível a doenças degenerativas e incapacitantes.

Assim, apesar da capacidade de adquirir direitos e contrair deveres ser um consectário natural do amadurecimento, não podendo, em regra, sofrer restrições legais quanto ao seu exercício, sob pena de descaracterizar a qualidade da pessoa a medida que acaba por desprovê-la dos atributos inerentes a sua personalidade. Não se pode olvidar que a intercorrência de fatores como a demência com seu caráter crônico, incapacitante e evolutivo, de curso prolongado, até descambar na dependência total do indivíduo, provoca impacto considerável nas esferas familiar, social, econômica e política da sociedade.

Nessa toada, o reconhecimento da incapacidade, como restrição legal ao exercício dos atos da vida civil, tem por escopo garantir a proteção das pessoas que tiveram o infortúnio, decorrente de um problema de saúde, de perder o poder de emitir a denominada manifestação válida da vontade. Neste sentido os ensinamentos de Maria Helena Diniz (2019, p. 171):

O instituto da incapacidade visa proteger os que são portadores de uma deficiência jurídica apreciável, graduando a forma de proteção que para os absolutamente incapazes (CC, art. 3º) assume a feição de representação, uma vez que estão completamente privados de agir juridicamente, e para os relativamente incapazes (CC, art. 4º) o aspecto de assistência, já que têm o poder de atuar na vida civil, desde que autorizados. Por meio da representação e da assistência, supre-se a incapacidade, e os negócios jurídicos realizam-se regularmente. (DINIZ, 2019, p. 171)

Assim, a situação de risco social decorrente do declínio do estado fisiológico e psicológico resultante da instalação de doenças crônico-degenerativas que impliquem na incapacidade funcional (ou disabilidade) que limite a autonomia e a capacidade do idoso na execução das atividades diárias, reduzindo a sua qualidade de vida e aumentando o potencial surgimento do risco de morte autorizam a atuação da rede de proteção do idoso para que sejam adotadas providências a fim de fazer cessar a situação de vulnerabilidade instalada.

Resta claro que a autonomia inerente aos direitos decorrentes da personalidade deve ser resguardada e ainda ser objeto de proteção do Estado a quem cabe promovê-la no maior patamar possível, mas o espaço dedicado à autonomia deve ser mitigado quando começa a necessidade de proteção, pois as pessoas em estado de vulnerabilidade decorrentes do

surgimento de um processo de demenciação irreversível demandam um regime específico de proteção para salvaguardar a sua vida.

Isto faz com que, apesar do paciente, em regra, ter direito de consentir ou recusar procedimentos, diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados de forma livre, voluntária e esclarecida, de forma excepcionalíssima, diante de situações em que o tratamento médico é indispensável e inadiável ou face a um quadro de iminente perigo de vida, o consentimento do enfermo torna-se despidendo, mormente, diante da incapacidade deste emitir validamente o seu consentimento. Nesse sentido, os esclarecimentos de Genival Veloso de França:

Admite-se também que, em qualquer momento da relação profissional, o paciente tem o direito de não mais consentir uma determinada prática ou conduta, mesmo já consentida por escrito, revogando assim a permissão outorgada (princípio da revogabilidade). O consentimento não é um ato imutável e permanente. E ao paciente não se pode imputar qualquer infração ética ou legal.

Por outro lado, há situações em que, mesmo existindo a permissão tácita ou expressa e consciente, não se justifica o ato permitido, pois a norma ética ou jurídica pode impor-se a essa vontade, e a autorização, mesmo escrita, não outorgaria esse consentimento. Nesses casos, quem legitima o ato médico é sua indiscutível necessidade e não a simples permissão (princípio da não maleficência).

O mesmo se diga quando o paciente nega autorização diante de uma imperiosa e inadiável necessidade do ato médico salvador, frente a um iminente perigo de vida. Nesse caso estaria justificado o tratamento arbitrário, onde não se argui a antijuridicidade do constrangimento ilegal nem se pode exigir um consentimento. (FRANÇA, 2021, p. 32-33)

Insta observar que, no caso dos pacientes demenciados, mesmo que exista uma manifestação de vontade antecipada no sentido de impedir seu tratamento médico, expressada formalmente pelo enfermo, antes de instalada a incapacidade de fato que retira do sujeito o discernimento e por consequência a sua autonomia. Tal fato não impediria o tratamento compulsório. Isto porque o consentimento informado (ou consentimento esclarecido) demanda para sua validade a sua revalidação ao longo do tratamento médico por um indivíduo capaz civilmente e apto para entender e considerar razoavelmente as mudanças significativas que ocorrem nos procedimentos terapêuticos.

As denominadas diretivas antecipadas de vontade dos pacientes, aplicáveis por força da Resolução do Conselho Federal de Medicina n.º 1995, de 31 de agosto de 2012, que levam em consideração o conjunto de desejos prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente sua vontade, não dão respaldo ético e jurídico ao enfermo em processo de demenciação a se negar ao tratamento compulsório em decorrência do inafastável processo de agravamento de tal síndrome. Isto porque a própria Resolução do Conselho Federal de Medicina n.º 1995/2012, em seu artigo 3º estabelece que o

médico não deve aceitar a recusa terapêutica de paciente que não esteja no pleno uso de suas faculdades mentais, independente de estarem representados ou assistidos por terceiros; bem como não deve ser aceito pelo médico, nos termos do art. 5º, § 1º, inciso I, da Resolução do Conselho Federal de Medicina n.º 1995/2012, a recusa terapêutica quando esta caracterizar abuso de direito por colocar em risco a saúde de terceiros (a demenciação gera comportamentos disruptivos que podem descambar para a agressão a terceiros, isto sem contar o risco que as demais pessoas são expostas a medida que os enfermos não conseguem executar com segurança tarefas diárias como, por exemplo, desligar o forno aceso ou fechar o gás do fogão). Posteriormente, tais diretrizes foram ratificadas por meio da Resolução do Conselho Federal de Medicina n.º 2.232, de 17 de julho de 2019.

Atualmente, no Brasil existem 02 (duas) espécies de tratamentos médicos involuntários/compulsórios. O tratamento compulsório em regime ambulatorial, denominado DOTS (Directly Observed Treatment Short Course), ou seja, o Tratamento Diretamente Supervisionado de Curto Prazo, que se caracteriza pela observação diária e direta da tomada do medicamento pelos pacientes tuberculosos que resistem ao tratamento ambulatorial voluntário e a internação involuntária/compulsória prevista na Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001.

No que tange ao DOTS, de forma sintética, cabe apenas esclarecer que é um tratamento oriundo do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), implantado em 1998 pelo Ministério da Saúde, como uma estratégia para diminuir as taxas de abandono ao tratamento autoadministrado de tal enfermidade, dirigido aos grupos de alto risco para abandono do tratamento da tuberculose como etilistas, população em situação de rua, adictos de drogas injetáveis e pessoas com histórico de abandono da automedicação. O comparecimento dos profissionais de saúde na residência dos pacientes com o intuito de assegurar por parte do enfermo a tomada do medicamento tem apresentado resultados promissores para o controle da tuberculose.

Para o presente estudo, nos interessa avaliar os requisitos legais que autorizam a internação involuntária/compulsória, porque são estas mesmas circunstâncias que dão suporte legal a avaliação médica compulsória dos idosos demenciados que residem sozinhos.

A segregação dos alienados mentais, conforme adredemente explicitado, após o surgimento da psiquiatria como ciência, deixou de ser vista como forma exclusiva de tratamento médico. Isto não significa dizer que, até hoje, em casos excepcionais, não se possa

lançar mão da internação involuntária para as situações mais sensíveis que demandem uma atuação coercitiva do Estado para fazer cessar a situação de risco de vida, decorrente do agravamento da enfermidade, para o paciente ou para terceiros.

O primeiro diploma legal brasileiro que tratou da internação involuntária foi o decreto-lei nº 891, de 25 de novembro de 1938 (aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes), que em seu artigo 29, § 1º, previa a internação obrigatória, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou for conveniente à ordem pública. Tal internação demandava representação da autoridade policial ou de requerimento do Ministério Público, sendo que só se tornava efetiva após decisão judicial. Da mesma forma o decreto-lei nº 891, de 25 de novembro de 1938, em seu no artigo 30 previa a simples internação para tratamento como interdição plena ou limitada, sendo decretada pelo tempo que os peritos julgarem conveniente segundo o estado mental do internado. A alta do internado só podia ser autorizada pelo Juízo que decretou a internação e mediante novo exame pericial que a justificasse (art. 30, § 4º, do decreto-lei nº 891, de 25 de novembro de 1938).

Tal dispositivo legal sofreu severas críticas, pois a alta da pessoa internada por uso de drogas somente poderia ocorrer mediante uma nova decisão judicial, após ser atestada a sua cura pelo médico encarregado (art. 29, § 9º, do decreto-lei nº 891, de 25 de novembro de 1938); bem como nos demais casos de internação simples mediante autorização do Juízo, após novo exame pericial que a justificasse.

A alta de uma internação é um direito do paciente, devendo ocorrer quando cessado os motivos pelos quais esta foi determinada e não levando em conta parâmetros como a cura da enfermidade, mormente, quando estamos diante de uma doença crônica ou de uma dependência química, como no caso dos usuários de drogas.

Por isso, dentre outros motivos, tal dispositivo legal foi revogado pela Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001 (dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental), cujos seus artigos 4º e 6º, dispõem que qualquer modalidade de internação só será indicada após esgotarem os recursos extra-hospitalares e que a internação psiquiátrica somente será realizada com um laudo médico circunstanciado caracterizando o motivo desta. Neste sentido, a doutrina de Gabriel Schulman:

Assim, diante da normatividade constitucional, somente é admissível a imposição de internação quando esgotadas todas as demais alternativas de tratamento, embora a



recíproca não seja verdade. Mesmo se inexistentes alternativas diversas à internação, a medida não se impõe, continua a ser excepcional, a depender de outros requisitos, entre os quais, naturalmente o mais elementar consubstancia-se na recomendação por parte da equipe multidisciplinar de atenção à saúde. Vale lembrar que o caráter absolutamente excepcional da internação forçada foi consagrado na jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos, justamente ao condenar o Estado brasileiro.

Em nosso país, a conclusão do caráter excepcional da internação ganha reforço também com a incorporação da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que se estende em sentido amplo na proteção da atenção à saúde mental. Acrescenta-se ainda o teor da Lei de Saúde Mental (Lei n. 10.216/2001), cujo art. 4º é claro ao advertir que: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. Esta redação é repetida no art. 23-A, §6º da Lei n. 11.343/2006, consoante a redação estabelecida pela Lei n. 13.840/2019. (SCHULMAN, 2020, p. 176)

Ademais, com a entrada em vigor da Lei nº 12.842/2013, conhecida como Lei do Ato Médico (Regulamenta o exercício da Medicina), esclarecendo em seu artigo 6º a conceituação de tal profissional de saúde e especificando as atividades que são privativas destes e as atividades que podem ser realizadas por outros profissionais sanitários ficou bem delineado no ordenamento jurídico que a indicação de internação, o tratamento proposto (consuabstanciado em prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios) e alta médica tratam-se de atos médicos (art. 4º, II e XI), logo a análise de sua regularidade deve ser encetada por outro profissional médico (dada as especificidades de tal ciência), tendo em conta para tanto as regras de conduta impostas no Código de Ética Médica, mormente a necessidade de se adotar a prática adequada, observando o dever de informação e de se obter o consentimento válido do paciente/responsável e manter o sigilo/confidencialidade.

Com isto a alta de um paciente internado não pode depender de uma nova avaliação judicial do magistrado que decretou anteriormente a internação compulsória, conforme restou assentado pelo Conselho Nacional de Justiça, durante a II Jornada de Direito da Saúde, que editou o Enunciado nº 48, nos seguintes termos: “As altas de internação hospitalar de paciente, inclusive de idosos e toxicômanos, independem de novo pronunciamento judicial, prevalecendo o critério técnico profissional do médico”.

De tudo o que foi explicitado é possível concluir que estando um idoso em situação de vulnerabilidade, decorrente de um processo de demenciação que coloque sua vida ou de outrem em risco, poderá ser ajuizado um pedido de avaliação psiquiátrica compulsória que determinará qual o tratamento médico involuntário é necessário não só para proteger a vida do longo, que constitui direito indisponível, como também para retirá-lo da situação de risco em que ele se encontra. Assim, se faz necessária a intervenção do Estado, através de um de

seus poderes — o Poder Judiciário — a fim de que o tratamento médico passe a ser compulsório, uma vez que a ausência de discernimento por parte do enfermo o impossibilita de validar legalmente por meio de seu consentimento a realização do tratamento médico adequado.

## **2.8 A concessão da tutela de evidência/urgência para avaliação médica compulsória dos idosos demenciados que residem sozinhos**

A atividade jurisdicional, ou seja, a pacificação dos conflitos por meio do julgamento dos interesses contrapostos de 02 (duas) ou mais pessoas, surgiu mesmo antes das leis. Isto porque no alvorecer da civilização inexistia um Estado com soberania e autoridade, razão pela qual não havia um conjunto de regras a serem seguidas pelas pessoas. Quem pretendesse alguma coisa de outrem, deveria obtê-la por meio de sua própria força e na medida dela, tendo tal regime recebido o nome de autotutela. Com o passar dos tempos e o surgimento de pequenas sociedades oriundas da junção de diversos clãs, ficou a cargo do líder local exercer tal tarefa e isto era feito sem a observância de quaisquer normas ou parâmetros adredemente estipulados.

O crescimento das sociedades antigas, a (in)justiça das decisões que eram tomadas pelos líderes e a insatisfação generalizada com o fato de não existir segurança, quanto ao que as pessoas teriam direito ou não, fez com que o líder delegasse para seus representantes tal tarefa, cabendo a estes como árbitros (que normalmente eram sacerdotes) supostamente julgar de acordo com a vontade dos deuses e os costumes locais, o que, em tese, passou a garantir maior imparcialidade as decisões. Assim, surge o juiz antes mesmo do legislador.

Com o passar dos anos, a medida que o Estado vai se afirmando como detentor de poderes em face do indivíduo, a necessidade de colocar um pouco de ordem na sociedade fez com que a atividade jurisdicional passa-se a ser um monopólio estatal e seu aperfeiçoamento, ainda que de forma incipiente, passa-se a ser balizado por um código de condutas a ser observado, em tese, por todos.

Do Código de Hamurábi, com sua pena de talião (olho por olho, dente por dente), a legislação mais antiga que se tem conhecimento, até os dias atuais, muito progresso ocorreu em prol da busca da verdadeira Justiça, que pode ser consubstanciada na expressão “dar a cada um o que é seu”. Hoje o operador do direito dispõe de leis que garantem o direito material propriamente dito, ou seja, o conjunto de normas jurídicas que atribuem direitos a serem

obtidos pelos indivíduos; bem como dispõem de parâmetros a serem seguidos para obtenção de tal direito, o que se denomina de direito processual.

No entanto, mesmo com tal avanço da ciência jurídica, até recentemente, os operadores do direito tinham uma grande obstáculo a superar para poder efetivar um julgamento justo e equânime. A espera pelo julgamento final de um litígio, muitas vezes, se arrasta por anos, sendo que tal demora para o resultado definitivo do litígio acabava impossibilitando a parte mais fragilizada da relação processual que (ao término do confronto jurídico) terminava por não obter o provimento jurisdicional definitivo de seu direito por perecimento do mesmo. Daí surgiu o instituto jurídico da tutela provisória de urgência antecipada que preserva o direito a ser obtido a medida que evita a ocorrência do dano decorrente do tempo demandado para obtenção do julgamento final, como nos esclarece a doutrina de Eduardo Arruda Alvim:

A tutela antecipada, de seu turno, visa evitar que suceda dano à parte no plano empírico. É o que ocorre, por exemplo, quando alguém necessita de internação hospitalar urgente e o obrigado pelo plano de assistência médica recusa-se indevidamente a custear as despesas. O interessado necessita da antecipação da tutela jurisdicional. É preciso que um ou alguns dos efeitos que advirão da provável sentença de mérito sejam antecipados, para evitar ditos danos. (ALVIM, 2017, p. 28)

Assim, a tutela provisória de urgência antecipada implica no adiantamento dos efeitos do provimento definitivo da sentença, tendo em vista que a demora do julgamento da situação controvertida (*periculum in mora*) pode impossibilitar a obtenção do bem da vida a ser tutelado (art. 300, do Código de Processo Civil).

Por outro lado, muitas vezes, além do risco supramencionado na demora do julgamento, é possível vislumbrar de forma evidente a probabilidade de acolhimento da pretensão jurisdicional requerida pela parte, tanto que quaisquer medidas contrárias requeridas pela defesa para impedir o gozo do direito são inconsistentes e/ou procrastinatórias, beirando o abuso do direito de defesa, razão pela qual a tutela de evidência é concedida independente da demonstração de perigo de dano ou de risco ao resultado útil do processo (art. 311, do Código de Processo Civil). Explicitando a diferença entre a tutela provisória de urgência antecipada e a tutela antecipatória fundada na evidência os ensinamentos de Daniel Mitidiero:

A necessidade de tutela adequada aos direitos impõe ao legislador infraconstitucional não só o dever de viabilizar a técnica antecipatória diante do perigo na demora, isto é, nos casos em que a tutela jurisdicional deve ser prestada de forma urgente, mas também nos casos em que a evidência do direito postulado em juízo não justifica qualquer retardo na sua realização. (MITIDIERO, 2019, p. 157)

O fundamento legal para tornar evidente a necessária concessão de liminar pelo Poder Judiciário, de forma *inaudita altera pars* (ou seja sem ouvir a parte ajuizada) para retirar o longo prazo da situação de vulnerabilidade, sem incorrer em grave risco de vida para o mesmo, é a adoção pelo ordenamento jurídico brasileiro da doutrina da proteção integral do idoso que autoriza medidas protetivas para os senescentes, sem se preocupar com os riscos causados pela demora da concessão do provimento final do processo, em decorrência da evidente obrigação constitucionalmente imposta ao Estado de proteger os vulneráveis. Neste sentido, os ensinamentos de Guilherme Peña de Moraes e Hélio Nascimento de Oliveira Neto:

O fundamento nuclear dessa proteção integral deflui do axioma de se amparar os mais fracos, incrustado na concepção de Estado de Bem-Estar Social (Welfare State), que, no Brasil, funde-se à noção de Estado Liberal para formar o Estado Democrático de Direito. Firme neste fio, que equilibra liberdade, igualdade e fraternidade, empenha-se o Estado em respaldar as pessoas vulneráveis, definidas, em termos gerais, como “grupo de pessoas momentaneamente incapazes de exercer sua liberdade por uma contingência física ou como consequência de seu percurso de vida, como a um grupo também incapaz, mas, por consequências ‘sociais’ e / ou ‘políticas’”. (MORAES, OLIVEIRA NETO, 2021, p. 7)

Assim, o Poder Judiciário, por ser um dos integrantes do sistema de garantias de direitos dos idosos integrados por diversas instituições públicas do sistema de justiça e pela sociedade civil, deve atuar de forma célere, diante de um quadro de saúde precário de um longo prazo demenciado que reside sozinho, para garantir uma avaliação médica compulsória do senescente que resguarde sua vida, em caso de ausência de tratamento sanitário adequado ante a falha do Estado na prestação do serviço de atenção integral a saúde do vulnerável.

## **2.9 A experiência de Juiz de Fora/MG**

Preliminarmente, torna-se necessário fazer uma breve digressão a respeito do Município de Juiz de Fora/MG, para que seja possível compreender as razões que levaram ao presente estudo.

O Município de Juiz de Fora localiza-se na Zona da Mata Mineira, na região sudeste do Estado de Minas Gerais. A cidade tem um PIB per capita de R\$ 6,2 mil, possuindo uma das mais altas expectativas de vida do país, conforme dado do site da Prefeitura.

Insta observar que segundo o Censo do IBGE de 2010, Juiz de Fora/MG possui 70.288 habitantes idosos, o que representa 13,61% da população total. Esta porcentagem é maior do que a referente ao estado de Minas Gerais (11,9%) e ao Brasil (11%). Isto fez com que em

2016 Juiz de Fora ocupasse a posição de 3ª cidade do país, com mais de 500.000 habitantes, em concentração de idosos, vide dados da Wikipédia.

O Ministério Público de Minas Gerais para atender ao cidadão mineiro instalou 25 (vinte e cinco) Promotorias de Justiça para atuar na comarca de Juiz de Fora, que também abrange os Municípios de Chácara e Coronel Pacheco, tendo nos termos da Resolução CAPJ n.º 17, de 21 de novembro de 2017, atribuído a 20ª Promotoria de Justiça de Juiz de Fora a função de atuar cível e criminalmente na defesa da saúde, dos idosos e das pessoas com deficiência.

Assim, como aqui já foi exposto, por fazer parte da rede de proteção aos idosos, a 20ª Promotoria de Justiça de Juiz de Fora procurou articular-se com os demais órgãos que compõem o sistema de garantias de direitos dos longevos, tendo sido noticiados diversos casos, envolvendo pessoas idosas em processo de demenciação, o que demandou o ajuizamento de ações de obrigação de fazer em face do Município de Juiz de Fora com pedido de busca e apreensão de longevos vulneráveis para avaliação clínica para determinar qual o tratamento médico involuntário é necessário para resguardar a vida do senescente em risco.

No intuito de exemplificar tal fato, será efetivada a narrativa de 03 (três) casos em que o Ministério Público precisou se utilizar de tal instrumento jurídico em defesa dos longevos, ressaltando que para proteger a intimidade dos envolvidos serão mencionadas unicamente as iniciais de seus nomes.

#### \* 1º CASO

A equipe do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS Centro I) protocolou na 20ª Promotoria de Justiça pedido de providências, tendo em vista que realizou um estudo social, no qual foi constatado que a idosa A.D.P. possuía um quadro delirante, decorrente de doença de Alzheimer, no qual não aceitava fazer uso de medicação, recusando qualquer tipo de tratamento ou intervenção de terceiros.

Constava no relatório oriundo do CREAS, que a longeva já teve câncer de mama e que era viúva há seis anos (à época), período em que seu quadro de saúde mental foi se agravando, tendo apresentado também sinais de depressão e episódios de agressividade relatados por familiares e vizinhos.

A equipe do CREAS entrou em contato com a imobiliária Souza Lima, que informou que a idosa não realizava o pagamento do aluguel do imóvel onde residia, motivando o acionamento judicial pelo proprietário do imóvel, uma vez que A.D.P. não aceitava as cobranças, mostrando-se agressiva quando contrariada, pois não reconhecia as dívidas.

Foi relatado pela equipe do CREAS que a idosa recebia a ajuda de alguns amigos, a senhora D., que a acompanhava no recebimento de seu benefício previdenciário e fornecia alimentação à mesma; e também de I.E.S., que assumiu o pagamento do plano de saúde Plasc da longeva, contudo, tal suporte era insuficiente para adequação dos cuidados as necessidades da idosa.

No relatório, foi juntada uma declaração médica que esclarecia que a idosa “é portadora de doença neurológica permanente e incapacitante, iniciada com aproximadamente 70 anos. (...) CID 10 (Doença de Alzheimer) atualmente sem condições de gerir bens e pessoas, sem capacidade de autocuidado, higiene estando em risco para si e terceiros”.

Por fim, as senhoras D. e S., amigas de A.D.P., compareceram na 20ª Promotoria de Justiça para informar que a idosa não se alimentava regularmente, apesar de serem fornecidos alimentos a ela (se levavam comida suficiente para uma semana, a requerida consumia os alimentos em poucos dias e se esquecia de ter comido), não realizava higiene pessoal nem limpava o apartamento onde vivia, recusando qualquer tipo de ajuda ou interferência de terceiros.

A constatação de tal quadro fez com que o Ministério Público, em 12/12/2017, ajuizasse uma ação civil pública em face do Município de Juiz de Fora com pedido de busca e apreensão para avaliação clínica e tratamento médico da idosa A.D.P., sendo que a tutela antecipada de urgência foi deferida pelo Juízo da 2ª Vara da Fazenda e Autarquias Municipais da Comarca de Juiz de Fora, sendo a longeva conduzida pelo serviço médico municipal para o Hospital de Pronto Socorro Doutor Mozart Geraldo Teixeira (HPS) de Juiz de Fora em 23/02/2018 e posteriormente foi transferida para o Hospital Ana Nery em 27/02/2018, local mais adequado para o seu tratamento médico.

\* 2º CASO

Neste segundo caso, a constatação da ocorrência do processo de demenciação se deu após a hospitalização, sendo que apesar da idosa C.G.L. residir com um parente, este não prestava quaisquer cuidados a longeva, o que fez com que, também, fosse requisitada pelo Ministério Público a instauração de inquérito policial em face do mesmo pelo crime de maus tratos (art. 99, da Lei n.º 10.741/2003), sendo que a narrativa de tal caso é importante para demonstrar a que ponto a falta de tratamento adequado a uma longeva sem autonomia pode resultar em risco para sua vida.

Instaurou-se, perante a 20ª Promotoria de Justiça, o Procedimento Administrativo-Interesse Individual indisponível n.º MPMG-0145.17.003297-6, em virtude de pedido de providências aviado pelo CREAS Centro I, através do ofício n.º 576, e comunicação do 4º Departamento de Polícia Civil, através do ofício n.º 001/GAB-NAI/2017/1º DRPC, em face da situação da C.G.L.

Restou constatado no relatório informativo que C.G.L., de 97 (noventa e sete) anos de idade, residia com o sobrinho I.M.G. desde 2014, quando este passou a assumir os cuidados com a idosa e a administrar seus rendimentos.

Ao realizar visita na residência da longeva, a equipe do CREAS verificou que a idosa encontrava-se com a saúde muito debilitada, pesando apenas 33 quilos, tendo em vista que não se alimentava corretamente, nem recebia cuidados médicos, sendo vítima de maus-tratos praticados pelo sobrinho.

Ao tomar conhecimentos dos fatos narrados pelo CREAS, o Ministério Público imediatamente comunicou a situação à Delegacia de Polícia Civil e solicitou a verificação *in loco*, o que foi feito e relatado no ofício n.º 001/GAB-NAI/2017/1º DRPC.

A Polícia Civil compareceu no prédio onde morava C.G.L. e conversou com vizinhos, que relataram que a idosa teve seu comportamento alterado após o sobrinho ter se mudado para o apartamento, passando a ficar reclusa, não comparecendo mais às consultas médicas. Informaram, ainda, que I.M.G. não auxiliava à idosa nos cuidados com a higiene, deixando sua tia sem tomar banho, além de oferecer alimentos estragados à idosa, que encontrava-se abatida, fraca, pesando apenas 33 quilos.

No dia 04/12/2017, a funcionária do prédio, M.C.R.O., preocupada com a idosa, conseguiu entrar no apartamento e verificou que a longeva estava com um corte na perna que, segundo ela, foi feito com a própria unha, que estava grande, tendo feito, então, um curativo.

Os policiais civis entrevistaram o L.Q.A., médico que atendia a anciã até outubro de 2012, tendo este informado que C.G.L. comparecia às consultas com regularidade a cada três meses, porém, deixou de realizar o tratamento e, numa das consultas, reclamou do sobrinho I.M.G., dizendo que não estava “*se dando bem com ele*”.

Assim, conforme verificado pelos policiais civis, restou demonstrado que I.M.G. vinha expondo a perigo a integridade física e psíquica da anciã, submetendo-a, de forma continuada, a condições desumanas e degradantes, privando-a de cuidados básicos e de alimentação, colocando em risco a vida da idosa, o que redundou na instauração de inquérito policial em face do mesmo pelo crime de maus tratos (art. 99, da Lei n.º 10.741/2003) que ainda está em andamento.

A constatação de tal quadro fez com que o Ministério Público, em 15/12/2017, ajuizasse uma ação civil pública em face do Município de Juiz de Fora com pedido de busca e apreensão para avaliação clínica e tratamento médico da idosa C.G.L., sendo que a tutela antecipada de urgência foi deferida pelo Juízo da 2ª Vara da Fazenda e Autarquias Municipais da Comarca de Juiz de Fora, sendo a longeva conduzida pelo serviço médico municipal para o Hospital de Pronto Socorro Doutor Mozart Geraldo Teixeira (HPS) de Juiz de Fora em 22/01/2018 e posteriormente abrigada em uma Instituição de Longa Permanência de Idosos em Juiz de Fora.

### \* 3º CASO

Foi instaurado perante a 20ª Promotoria de Justiça de Juiz de Fora o Procedimento Administrativo n.º MPMG-0145.19.004357-3, objetivando apurar a situação de vida do idoso e deficiente W.R.G.

Constam das cópias dos autos da Ação de Substituição de Curatela n.º 5020595-55.2017.8.13.0145 em face de W.R.G. tentativa de realização de estudo social com o objetivo de apurar a existência de pessoa adequada para assumir o múnus da curatela do idoso. Contudo, em visita ao domicílio do idoso, foi verificado que a residência encontra-se em péssimas condições de limpeza e conservação, aparentando abandono.



Averiguou-se ainda por meio de informações prestadas por vizinhos, que o idoso W.R.G. encontra-se vagando pelo bairro como andarilho e que seu filho F.A.G., apesar de receber os recursos do idoso, não lhe prestava nenhuma assistência.

O CRAS relatou nos autos a dificuldade de acesso ao longevo W.R.G. e a seu filho F.A.G., sendo o deficiente referenciado no Centro de Atenção a Saúde Mental (CASM) e com histórico de atendimentos no Serviço Especializado em Abordagem Social.

Em fevereiro de 2020, o CREAS NORTE encaminhou relatório sobre a situação de vida do idoso W.R.G., informando que:

(...) Sr. W.R.G. foi logo falando que não precisa de nada, de nenhuma ajuda e questionou porque estávamos ali. Falando estar muito bem fisicamente e seu único problema é psicológico, mas faz tratamento em São João Nepomuceno. Nossa conversa com ele foi bastante difícil, pois sua fala é muito desconexa, delirante, é verborrágico, falava sem parar, misturando todos os assuntos e apresentando uma grande confusão mental. Está bastante emagrecido, em condições muito precárias de higiene pessoal, cabelo e barba por fazer, roupas bem suja e aparentando ter algum tempo que não toma banho e nem troca de roupa. (...) Através do prontuário dele foi possível confirmar o diagnóstico de esquizofrenia iniciada aos 22 anos e um histórico de 19 internações para tratamento psiquiátrico. Ele foi abordado várias vezes na rua em situação de mendicância, mas não aceitou qualquer tipo de ajuda que lhe foi oferecida. Não havíamos conseguido falar com o filho dele antes deste estudo de caso e ficou acordado que iríamos continuar insistindo neste contato para que pudéssemos ouvir o que ele teria a nos dizer sobre o pai. Foi sugerida uma internação do Sr. W.R.G. que deverá ser orientada pela equipe do CASM para que o mesmo possa se estabilizar fazendo uso correto de medicação que lhe é necessária e após sua melhora, estando prevista sua alta hospitalar, novo estudo seria feito para se verificar qual a melhor opção de moradia para ele; continuar morando com o filho, uma institucionalização ou uma residência terapêutica. F. foi chamado no CASM dia 19/02 e conforme informação telefônica da assistente social V. ele compareceu no horário agendado, foi acordado com ele a internação do pai no HPS (F. vai acionar o SAMU) e depois o CASM vai solicitar a transferência do Sr. W. para o Hospital João Penido (...)"

Em março de 2020, F.A.G. compareceu nesta unidade ministerial, conforme Ficha de Atendimento n.º MPMG-0145.20.000851-7, para tratar sobre a situação de vida do seu genitor. Na ocasião, relatou que W.R.G. não tomava os remédios, nem aceitava realizar tratamento, ficando extremamente agressivo, e fugindo de casa.

O CREAS NORTE, em junho de 2020, encaminhou outro relatório, narrando que o F.A.G. conseguiu acionar o Corpo de Bombeiros que levou W.R.G. para o HPS, tendo sido o deficiente transferido para o Hospital Ana Nery a fim de realizar tratamento do seu quadro de saúde mental.

Ocorre que em janeiro do corrente ano, F.A.G. solicitou auxílio da 20ª Promotoria de Justiça para solucionar a situação vivenciada pelo seu genitor W.R.G.

Após ser enviado pelo Ministério Público um ofício ao Departamento de Saúde Mental, foi informado pelo Centro de Atenção à Saúde Mental (CASM) por meio de um relatório, que a equipe do CASM, composta por J.P.F.N. (Psicólogo), R.L.L.C.L. (Médico Psiquiatra), e V.S.K. (Assistente Social), concluíram pela situação de risco vivenciada pelo usuário W.R.G., nos seguintes termos:

(...) A equipe do CASM chegou a encontrar o Sr. W.R.G. algumas vezes perambulando pelas ruas, chegou a orientá-lo sobre a ida dele ao serviço, mas o mesmo se recusou alegando não precisar de atendimento. O idoso permanece sem tratamento e em constante risco.

Trata-se de grave quadro psicótico, cuja a sintomatologia é compatível com o diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide (CID: F 20.0) associado ao uso abusivo de crack (CID: F 19) e requer internação em caráter de urgência, mesmo que de forma involuntária, ou coercitiva, em leito de saúde mental sob pena de correr sério risco de cometer um ato de natureza médico legal. (...)

Diante da situação de vulnerabilidade vivenciada pelo idoso W.R.G. que em decorrência do seu quadro de saúde apresentava risco a si e a terceiros, vivendo em situação de rua, isto sem ser considerado que o impedimento da estabilização do quadro e avanço nos tratamentos propostos impedia que outros problemas de saúde sejam solucionados, pois inviável o seu submetimento a exames médicos e avaliações.

Diante da supracitada situação de urgência, uma vez que o W.R.G. não aparentava estar em condições de se auto gerir e prezar pela sua saúde e colocava em risco a si mesmo e a terceiros ao apresentar comportamento negligente com a sua própria saúde, o que resultou em recomendação médica pela internação do idoso, o Ministério Público, em 25/03/2021, ajuizou uma ação civil pública em face do Município de Juiz de Fora com pedido de busca e apreensão para avaliação clínica e tratamento médico do idoso W.R.G., sendo que a tutela antecipada de urgência foi deferida pelo Juízo da 2ª Unidade Jurisdicional Cível-4ª Juiz de Direito da Comarca de Juiz de Fora, sendo o idoso conduzido pelo serviço médico municipal para o Hospital de Pronto Socorro Doutor Mozart Geraldo Teixeira (HPS) de Juiz de Fora em 24/06/2021, onde permanece em tratamento até a presente data.

Nesta senda, os casos supramencionados apontam claramente a necessidade da atuação integrada de toda a rede de proteção a saúde dos idosos para fazer um acompanhamento pormenorizado dos longevos em processo de demenciação, pois a impossibilidade destes exercerem os autocuidados, sem dúvida, os colocam em situação de risco de vida e a demora em prestar-lhes socorro pode ser fatal.

### 3 CONCLUSÃO

Este texto realizou uma reflexão sobre os avanços que foram alcançados na política de proteção aos idosos, destacando a necessidade de se aperfeiçoar a integração entre os órgãos que compõem a rede de proteção aos longevos, por meio do aprimoramento dos mecanismos de acompanhamento da saúde e da qualidade de vida dos senescentes, mormente daqueles que residem sozinhos e que podem vir a desenvolver doenças degenerativas associadas a demência.

Este acompanhamento sistemático dos idosos que residem sozinhos, conforme foi adremente explicitado, não só encontra amparo no ordenamento jurídico brasileiro, como também se justifica diante dos casos relatados ocorridos em Juiz de Fora/MG, que demandaram a atuação da 20ª Promotoria de Justiça para judicializar ações civis públicas em face do município com pedido de busca e apreensão para avaliação clínica e tratamento médico para fazer cessar a situação de risco de vida em que tais longevos se encontravam em decorrência da perda da sua capacidade de autogestão.

Tal atuação visa remediar os efeitos degenerativos da demenciação que levam o paciente a uma dependência progressiva para a execução de atividades básicas até chegar ao ponto do indivíduo não conseguir mais sozinho se alimentar, deambular, vestir e banhar-se, dentre outras atividades diárias.

O Ministério Público, neste contexto, precisa ser diligente, para concretizar sua legitimidade para defender em nome próprio os interesses das pessoas idosas em situação de risco, assegurando o funcionamento de um sistema que garanta abrigo e amparo aos vulneráveis.

Assim, o grande desafio a ser implementado consiste no aperfeiçoamento de tal trabalho, por meio da conscientização dos integrantes do sistema de garantias de direitos dos longevos, e na divulgação de sua importância para que se possa garantir uma efetiva proteção de tal público.

## REFERÊNCIAS

ALVIM, Eduardo Arruda. *Tutela provisória*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

BARROS, Marcus Aurélio de Freitas. In: PINHEIRO, Naide Maria; RIBEIRO, Gabrielle Carvalho (Coord.). *Estatuto do Idoso Comentado*. 4. ed. Campinas: Servanda, 2016.

BORDALO, Rodrigo. *Os órgãos colegiados no Direito Administrativo Brasileiro*. São Paulo: Saraiva, 2016.

BOTEGA, Neury José. *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed, 2015. Disponível em: <<https://statics-submarino.b2w.io/sherlock/books/firstChapter/123515768.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2021.

DINIZ, Maria Helena. *Curso de Direito Civil Brasileiro*. 36. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019. v. 1: Teoria Geral do Direito Civil.

ENUNCIADO n.º 48 do CNJ. Disponível em: <[www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/96b5b10aec7e5954fcc197847e4cd80.pdf](http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/96b5b10aec7e5954fcc197847e4cd80.pdf)>. Acesso em: 30 ago. 2021.

FRANÇA, Genival Veloso de. *Direito Médico*. 17. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2021.

GARCIA, Emerson. *Ministério Público: organização, atribuições e regime jurídico*. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

JUIZ DE FORA. In: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. Wikipédia, 2021. Disponível: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Juiz\\_de\\_Fora#cite\\_note-95%\\_dos\\_idosos-82](https://pt.wikipedia.org/wiki/Juiz_de_Fora#cite_note-95%_dos_idosos-82)>. Acesso em: 22 jul. 2021.

LEBRÃO, Maria Lúcia. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*, v. 4, n. 17, 2007.

MITIDIERO, Daniel. *Antecipação da Tutela: da Tutela Cautelar à Técnica Antecipatória*. 4. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019.

MORAES, Guilherme Peña de; OLIVEIRA NETO, Hélio Nascimento de. *Estatuto do Idoso: comentários à Lei 10.741/2003*. 2. ed. Indaiatuba, SP: Foco, 2021.

PARMERA, Jacy Bezerra; NITRINI, Ricardo. Demências: da investigação ao diagnóstico / Investigation and diagnostic evaluation of a patient with dementia. *Ver. Med.*, São Paulo, v. 94, n3, jul./set. 2015.

PAULA, Marcos Ferreira de. Os idosos do nosso tempo e a impossibilidade da sabedoria no capitalismo atual. *Serv. Soc. Soc.*, n. 126, maio/ago. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.068>> <<https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n126/0101-6628-sssoc-126-0262.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2021.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. Site oficial. Disponível: <<https://www.pjf.mg.gov.br/cidade/#:~:text=Com%20cerca%20de%20500%20mil,expectativ as%20de%20vida%20do%20Brasil.>>. Acesso em: 22 jul. 2021.

REQUIÃO, Maurício. *Estatuto da pessoa com deficiência, incapacidades e interdição*. Coordenador Fredie Didier Jr. Salvador: Juspodivm, 2016.

RIBEIRO, Lauro Luiz Gomes. In: GARCIA, Maria; ALMEIDA, Flávia Piva; SERAPHIM, Carla Matuck Borba. *Comentários ao Estatuto do Idoso*. São Paulo: Saraiva, 2016.

ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. *Manual de Saúde Pública e Saúde Coletiva no Brasil*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2012.

SCHULMAN, Gabriel. *Internação forçada, saúde mental e drogas: é possível internar contra a vontade?*. Indaiatuba, SP: Foco, 2020.

SCHULTZ, Rodrigo Rizek. Avaliação clínica neurológica das demências. In: SILVA, Rosimeire Vieira da; SILVA, Rosiris Vieira da; ROMERO, Simone Barbosa (Org.). *Demência: uma questão multiprofissional*. São Paulo: Livraria Médica Paulista Ed., 2013. v. 1, p. 53-56.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 4, jul./ago.2005. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 30 ago. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Demência do idoso: diagnóstico na atenção primária à saúde. Academia Brasileira de Neurologia. 08 de jul. 2009. Participantes: Ramos AM, Stein AT, Castro Filho ED, Chaves MLF, Okamoto I, Nitrini R.

STOCKINGER, Rui Carlos. *Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas humanistas e existenciais*. Petrópolis: Vozes, 2007.

STOPPE JR., Alberto. *Depressão e demência no idoso: tratamento psicológico e farmacológico*. Editores: Orestes V. Forlenza e Osvaldo P. Almeida. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; SÁ, Maria de Fátima Freire de. In: FIUZA, César; SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira (Coord.). *Direito civil: da autonomia privada nas situações jurídicas patrimoniais e existenciais*. Belo Horizonte: Del Rey, 2007. Atualidades II.

VILAS BOAS, Marco Antonio. *Estatuto do Idoso Comentado: artigo por artigo*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2015.