



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

**JOANA INÊS TEIXEIRA DE MIRANDA**

***FATORES ASSOCIADOS À NECESSIDADE DE INTERDIÇÃO/INABILITAÇÃO EM DOENTES IDOSOS***

**ARTIGO CIENTÍFICO**

**ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:  
PROF. DR. JOAQUIM CEREJEIRA**

**MARÇO/2016**

**Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra**

**FATORES ASSOCIADOS À NECESSIDADE DE  
INTERDIÇÃO/INABILITAÇÃO EM DOENTES IDOSOS**

**Joana Inês Teixeira de Miranda<sup>1</sup>**

**Joaquim Manuel Soares Cerejeira<sup>2</sup>**

**1. Mestrado Integrado em Medicina - Faculdade de Medicina, Universidade de  
Coimbra, Portugal**

**2. Centro de Responsabilidade Integrada de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro  
Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal**

**Endereço de e-mail: joanaitmiranda@gmail.com**

*“ (...) elas não se consideravam velhas (...) Para essas mulheres, ainda, a velhice não estava referida à idade, mas à perda de autonomia (...)”*

Guita Grin Debert

## Índice

Resumo .....	1
Abstract .....	3
Introdução.....	4
Metodologia .....	6
Avaliação psiquiátrica-forense .....	6
Análise qualitativa.....	7
Análise quantitativa.....	7
Resultados .....	9
Global Deterioration Scale .....	10
Atividades de vida diária.....	10
Escolaridade .....	11
Profissões .....	11
Cuidados informais e ambiente familiar .....	11
Local de Residência .....	12
Função cognitiva .....	12
Patologia.....	12
Capacidade de decisão .....	13
Associações entre variáveis.....	13
Discussão.....	15
Associação entre variáveis e ferramentas para avaliação de capacidade .....	15
Grau de Escolaridade e Atividade Profissional .....	18
Apoio domiciliário e cuidador informal .....	18
MMSE .....	19
Patologia.....	20
Limitações .....	20
Considerações Finais.....	22
Agradecimentos.....	24
Bibliografia.....	25

## **Abreviaturas**

**GDS** – Global deterioration scale

**MMSE** - Mini Exame de Estado Mental

**AVD; ADL** – Atividades de vida diária

**CHUC** – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

## **Resumo**

### Introdução:

A interdição e inabilitação são dois mecanismos legais para proteger sujeitos maiores de idade que deixam de ser “capazes” de gerir a sua pessoa e bens. A decisão sobre o grau de incapacidade deve ter por base um parecer do psiquiatra. O objetivo deste trabalho é determinar qual o peso relativo dos diversos fatores nessa decisão.

### Métodos e Resultados:

Estudo de caso-controlo que incluiu 15 indivíduos submetidos a avaliação para eventual interdição (Grupo Experimental) e 14 indivíduos seguidos em ambulatório na Unidade de Gerontopsiquiatria dos CHUC (Grupo de Controlo), onde foram analisados os fatores que estão associados à promoção do processo de interdição/inabilitação e à decisão do psiquiatra. A informação recolhida foi submetida a análise estatística. Os dois grupos apresentaram características socio-demográficas e clínicas semelhantes à exceção do estado civil, nível de diferenciação profissional, escolaridade e apoio domiciliário. Verificou-se uma associação clara entre AVD instrumentais e a Capacidade de Decisão e entre GDS e MMSE em ambos os grupos.

### Discussão e Conclusão:

Observou-se uma maior tendência para a interdição em indivíduos com maior grau de formação escolar e que exerceram profissões mais diferenciadas. Observou-se uma diferença entre o apoio domiciliário nos diferentes grupos. Os quadros predominantes em ambos os grupos foram demências. Existe controvérsia em relação aos instrumentos utilizados para a avaliação da capacidade no idoso. Esta é uma problemática que necessita de um maior aprofundamento, nomeadamente do ponto de vista estatístico.

Palavras-chave: interdição; inabilitação; idoso; capacidade; incapacidade; demência;  
gerontopsiquiatria

## **Abstract**

### **Background:**

Interdiction or inabilitation are legal mechanisms of portuguese law to protect subjects older than 18 who lack capacity. The assessment of incapacity should be based on an opinion of the psychiatrist. The main objective of this work is to find out the relative weight of many different factors in that decision.

### **Methods and Results:**

This study included 15 patients that are evaluated for interdiction and 14 people followed by doctors in the Gerontopsychiatry Unity of CHUC and were analysed the factors that are associated with the process of interdiction and the decision of the psychiatrist.

The information collected was analysed in a statistical way. Both groups showed similar socio- demographic and clinical characteristics with the exception of the civil status, the type of job, level of education and support at home. A clear association between instrumental ADLs and capacity of decision and between GDS and MMSE was found in both groups.

### **Discussion and Conclusion:**

It's possible to see that more people with higher levels of education and with high differentiated job were more often in the process of interdiction. There was a difference between the home support in the different groups. The most common pathology in both groups were dementia. The perfect tool to evaluate the capacity in the elderly wasn't found yet. Further investigations are needed, specially in the statistical point of view.

**Keywords:** capacity; incapacity; elderly; dementia; gerontopsychiatry

## **Introdução**

O termo demência, no seu sentido atual, designa um conjunto de patologias que se caracterizam pelo declínio progressivo e global das funções cognitivas (défice de memória, alterações da linguagem, agnosia, apraxia, défices executivos) e da capacidade de desempenhar as atividades diárias, aumentando a dependência funcional do indivíduo. (1) Na maioria dos casos, os sintomas são secundários a morte neuronal irreversível (por processos neurodegenerativos ou lesões vasculares). Em face da estreita relação entre idade e prevalência de doenças neurodegenerativas, estima-se que nos próximos anos a proporção de indivíduos com demência na população aumente significativamente.

Em determinado momento do curso natural da demência, os défices cognitivos e funcionais acabam por comprometer a capacidade que o doente tem de compreender e exercer os seus direitos, deixando assim de ser um “sujeito capaz”. De facto, em Portugal a aplicação do Direito pressupõe que o destinatário das normas jurídicas seja maior de idade, tenha domínio da língua do País, tenha consciência do que é lícito, ou ilícito e que seja suscetível de um juízo de culpa, e se encontra em condições de entender o sentido dos atos e de agir ou deixar de agir (2). Nos casos em que estes pressupostos não se verificam, a Lei prevê o conceito de “incapacidade” para os indivíduos maiores de idade que, “em razão de uma alteração ou de uma insuficiência das suas faculdades pessoais, não se encontram em condições de compreender, exprimir ou tomar, de forma autónoma, decisões relativas à sua pessoa e ou aos seus bens, não podendo, em consequência, proteger os seus interesses”. (3)

Os meios duradouros de proteção da pessoa maior incapaz atualmente em vigor são a inabilitação e a interdição e foram instituídos pelo Código Civil de 1966. O efeito principal da interdição consiste na negação de capacidade geral de exercício ao incapaz e na nomeação de um tutor, inspirada no modelo pensado para a incapacidade por menoridade (artigo 139º). No caso da inabilitação, não existe um tutor, mas sim um curador, que apenas assista o incapaz

(artigo 153º, nº 1, do Código Civil). Ao restringir substancialmente a liberdade civil do sujeito, a interdição/inabilitação colide com o princípio jurídico da autonomia, sendo estas restrições usadas apenas quando estritamente necessárias e exigíveis para proteger o sujeito perante terceiros ou face a si próprio. (4)

No nosso país, o processo inicia-se pela avaliação da capacidade do indivíduo, que passa pelo parecer do psiquiatra, que deve avaliar de forma exaustiva a capacidade deste para desempenhar as atividades diárias (2) e concluir acerca da presença ou ausência de pressupostos médico-legais para a interdição ou a inabilitação, (5) baseando-se em informações clínicas e exames complementares de diagnóstico. (3, 6)

Embora as decisões sobre capacidade sejam, em última análise, uma decisão judicial, na prática a maioria das vezes são os profissionais de saúde e a família que reconhecem um estado de vulnerabilidade e que intervêm. Além disso, muitas situações de incapacidade são resolvidas sem qualquer determinação formal de incapacidade, passando um familiar a assumir as responsabilidades do idoso. No entanto, devido ao fenómeno do “duplo envelhecimento”, associado ao aumento da longevidade e à baixa natalidade, é previsível que os doentes idosos com demência terão cada vez menos apoio em ambiente familiar exigindo respostas de apoio social formais. (7) Esta conjugação de fatores conduzirá inevitavelmente a uma crescente solicitação por parte destas entidades para a determinação da capacidade de decisão dos indivíduos a seu cuidado. (8)

O objetivo do presente estudo é avaliar em que medida os casos em que é solicitada uma perícia psiquiátrica para processos de inabilitação/interdição se diferenciam dos casos em que a incapacidade dos indivíduos é suprida informalmente pelos respetivos cuidadores. Especificamente, pretende-se compreender qual a contribuição dos diversos fatores de vulnerabilidade (psico-sociais e ambientais) para a promoção de processo de interdição em indivíduos idosos e na decisão pericial sobre a existência de incapacidade.

## **Metodologia**

Procedeu-se a um estudo de caso-controlo que decorreu no Centro de Responsabilidade Integrada de Psiquiatria e Saúde Mental (CRIP) do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC). Todos os indivíduos submetidos a avaliação psiquiátrica forense, entre setembro de 2014 e dezembro de 2015, para efeitos de eventual interdição/inabilitação pelo mesmo perito (JC) foram incluídos no estudo. Para cada caso foi selecionado um controlo com idade e grau de demência idêntica, de entre os doentes seguidos em consultas de Gerontopsiquiatria no CRIP do CHUC.

### ***Avaliação psiquiátrica-forense***

Os requeridos foram avaliados presencialmente e, em face dos previsíveis défices cognitivos e dificuldades de comunicação, foi solicitada a presença de um familiar/acompanhante que pudesse fornecer informações relevantes. Foram ainda consultados os autos (em particular a petição inicial) bem como os relatórios clínicos existentes. A avaliação psiquiátrica foi estruturada de forma a abranger os seguintes tópicos: identificação, dados demográficos, tipo de cuidados recebidos, história da doença atual, capacidade funcional, comorbilidades médicas, medicação habitual, função sensorial e comunicação, função cognitiva, sintomas comportamentais, estado nutricional e exames complementares de diagnóstico. O relatório pericial foi elaborado de acordo com a seguinte estrutura: identificação, introdução e informação, avaliação clínica (história pregressa, exame mental), parecer psiquiátrico-forense e conclusões.

Os seguintes domínios foram avaliados durante a avaliação psiquiátrica-forense:

a) **Sintomas neuropsiquiátricos** ocorridos nas quatro semanas prévias à avaliação através do *Neuropsychiatric Inventory* (9);

b) **Independência funcional**: as atividades de vida diária básicas foram avaliadas pelo Índice de Barthel (10) que atribui uma classificação entre 0 (totalmente dependente) a 100 (totalmente

independente); e as atividades de vida diárias instrumentais foram avaliadas pela escala interRAI e codificadas em 0 (sem dificuldade), 1 (dificuldade ligeira) e 2 (dificuldade significativa).

c) **Função cognitiva:** avaliada pela versão portuguesa do *Mini-Mental State Examination*;

d) **Co-morbilidades médicas:** quantificadas pelo *Charlson Comorbidity Index* (11);

e) **Diagnóstico da doença atual:** as patologias foram classificadas de acordo com a ICD-10;

f) **Gravidade de demência:** quantificada pela Global Deterioration Scale (12). Este instrumento divide a evolução da demência em 7 estádios de acordo com a função cognitiva, comportamento e incapacidade funcional. Os estádios de 1 a 3 correspondem a fases pré-demência; de 4 a 7 a demência. A partir do estádio 5 o doente já não consegue sobreviver sem assistência;

g) **Capacidade de decisão:** quantificada em 4 níveis de 0 (independente) a 4 (défice grave).

### ***Análise qualitativa***

Para esta investigação procedeu-se à análise dos autos e do relatório médico de cada indivíduo. Foi usado o relatório pericial de cada paciente, que tinha sido já elaborado previamente pelo perito (JC), decorrente do processo de interdição/inabilitação. Procedeu-se a uma análise qualitativa para identificar fatores de vulnerabilidade

### ***Análise quantitativa***

Foram recolhidas variáveis clínicas e demográficas dos requeridos bem como elementos que caracterizam a sua vulnerabilidade e risco. Foram determinados os fatores que estão associados à promoção do processo de interdição/inabilitação bem como à decisão clínica pericial de existência de incapacidade. A análise estatística foi realizada com o software SPSS-PASW, versão 22.0 (Chicago, Illinois, EUA). Foi realizada uma análise descritiva para caracterizar o grupo experimental e de controlo. A comparação entre os 2 grupos foi efetuada

com teste de Mann-Whitney para variáveis quantitativas e qui-quadrado para variáveis nominais. As correlações entre variáveis quantitativas foram avaliadas com o teste de Spearman. A significância estatística foi considerada para valores de p inferiores a 0.05.

## Resultados

Foram incluídos no estudo 15 indivíduos submetidos a avaliação para eventual interdição (Grupo Experimental) e 14 indivíduos seguidos em ambulatório na Unidade de Gerontopsiquiatria (Grupo de Controlo). Todos os indivíduos pertencentes ao Grupo Experimental eram considerados idosos, com idades compreendidas entre 65 e 92 anos, com uma média de 79.2 ( $\pm$  8.1) anos. Como esperado, e de acordo com a metodologia utilizada, a idade dos indivíduos do grupo de controlo foi semelhante (79.9  $\pm$  7.8). A proporção de indivíduos do sexo feminino foi elevada e idêntica em ambos os grupos.

Os dois grupos apresentaram características socio-demográficas e clínicas semelhantes à exceção do estado civil e nível de diferenciação profissional (Tabela 1).

<b>Tabela 1 – Variáveis no Grupo Experimental e no Grupo de Controlo</b>			
<b>Variáveis</b>	<b>Grupo Experimental (n= 15)</b>	<b>Grupo Controlo (n= 14)</b>	<b>Valor p</b>
<b>Idade</b>	79.2 ( $\pm$ 8.1)	79.9 ( $\pm$ 7.8)	0.914 <sup>a)</sup>
<b>Género (feminino)</b>	12 (80.0%)	12 (85.7%)	0.684 <sup>b)</sup>
<b>Estado Civil</b>			
Casado	4 (26.7%)	9 (64.3%)	<b>0.045</b> <sup>b)</sup>
Não casado	11 (73.3%)	5 (35.7%)	
<b>Nível de diferenciação profissional</b>			
Baixo	6 (40%)	12 (85,7%)	<b>0.011</b> <sup>b)</sup>
Intermédio	9 (60%)	2 (14,3%)	
Elevado	0 (0%)	0 (0%)	
<b>Local de Residência</b>			
Cidade grande	6 (40%)	3 (21.4%)	0.387 <sup>b)</sup>
Cidade pequena/vila	4 (26.7%)	7 (50%)	
Aldeia	5 (33.3%)	4 (28.6%)	
<b>Com quem vive</b>			
Sozinho	1 (0.67%)	0 (0%)	0,177 <sup>b)</sup>
Famíliares/outros	7 (46.7%)	11 (78.6%)	
Instituição	7 (46.7%)	3 (21.4%)	
<b>Cuidados informais em casa</b>	4 (26.7%)	10 (71.4%)	0.024 <sup>b)</sup>
<b>GDS- Global deterioration scale</b>	5.93 ( $\pm$ 1.16)	5.93 ( $\pm$ 1.20)	0.949 <sup>a)</sup>

<b>Atividades vida diária básicas</b>	24.4 (±35.4)	23.9 (±34.7)	0.354 <sup>a)</sup>
<b>Atividades vida diária instrumentais</b>			
Dificuldade significativa	13 (86.7%)	11 (78.6%)	0,651 <sup>b)</sup>
<b>MMSE</b>	9.47 (±9.8)	7.86± 8.7)	0,715 <sup>a)</sup>
a) Teste de Mann-Whitney b) Teste de Qui-quadrado			

### ***Global Deterioration Scale***

No Grupo Experimental, um dos doentes apresentava apenas um Grau de defeito cognitivo ligeiro (GDS 3) com diminuição da performance social, mas com evidência de défice de memória apenas depois de uma intensiva e exaustiva entrevista; a maioria necessitava de ajuda para o dia-a-dia e podia por vezes não se lembrar do próprio nome e ser já incontinente (GDS 5 e 6); 40% (n=6), já não possuía habilidades verbais, com ausência de discurso e incontinência (GDS 7). No Grupo de Controlo, à semelhança do Grupo Experimental, só um dos doentes apresentava um Grau de defeito cognitivo ligeiro; um outro doente não conseguia realizar tarefas complexas; 50% (n=7) precisavam já de alguma ajuda para sobreviver, sendo que apresentavam já alteração na orientação; os restantes 35.7 % encontravam-se no grau 7.

### ***Atividades de vida diária***

A capacidade de desempenho das atividades de vida diária (AVD) básicas foi semelhante em ambos os grupos, com a maioria dos participantes a obter valores inferiores a 25% no Índice de Barthel. O número de indivíduos com valores entre 76 e 100% era também semelhante, sendo que existia um membro em cada grupo completamente independentemente (100). Em relação às AVD instrumentais, o grupo experimental e de controlo apresentaram elevadas taxas de dificuldade significativa (86,7% e 78,6% respetivamente) sendo que esta variável não diferiu entre os 2 grupos (Tabela 1).

### ***Escolaridade***

A maioria dos indivíduos do Grupo Experimental (46.7%), tinham até 4 anos de escolaridade; 2 indivíduos eram analfabetos e os restantes estudaram para além do 4º ano, sendo que 3 têm mesmo estudos universitários. No Grupo de Controlo verificou-se que dois indivíduos eram analfabetos; a maioria (57.1%) tinha até 4 de escolaridade e nenhum elemento deste grupo frequentou a escola para além do 6º ano. Estas diferenças, porém, não atingiram significância estatística.

### ***Profissões***

Analisando o nível profissional dos indivíduos verificou-se uma diferença significativa entre os 2 grupos. No Grupo Experimental, a maioria (60%) situava-se num nível de diferenciação intermédio (Tabela 1). Pelo contrário, no Grupo de Controlo, a maioria (85,7%) apresentava um nível de diferenciação baixo, sendo que todos os doentes tinham exercido trabalhos domésticos ou rurais ou nunca tinham trabalhado. De realçar, no entanto, que dois dos indivíduos do grupo de controlo tinham exercido trabalho doméstico, mas em casa de outras pessoas (França).

### ***Cuidados informais e ambiente familiar***

Verificou-se uma diferença significativa entre os grupos no que se refere a proporção de indivíduos a receber cuidados informais em casa. Assim, no Grupo Experimental, apenas 26.7% dos indivíduos tinha um cuidador informal que residia com o doente. Esta proporção era significativamente maior (71.4%) no Grupo de Controlo ( $p= 0.027$ ). Um dos elementos no Grupo Experimental vivia sozinho, mas tinha um cuidador informal (vizinho ou familiar) que lhe providenciava alguma ajuda. Em cerca de um terço dos casos ( $n=4, 27%$ ) os doentes deste grupo viviam com o cônjuge. Quase metade dos participantes ( $n=7, 46.7%$ ) vivia numa instituição, mas 5 deles tinham, para além desses cuidados, apoio de

cuidadores informais. No Grupo de Controlo nenhum doente vivia sozinho. Metade dos participantes deste grupo (n=7, 50%) vivia com o cônjuge; relativamente aos indivíduos que viviam numa instituição, nenhum deles tinha o apoio dos filhos como cuidadores.

### ***Local de Residência***

Relativamente à morada dos indivíduos no Grupo Experimental (ou antiga morada para aqueles que agora moram numa instituição), o número de elementos que morava numa cidade grande, cidade pequena /vila e numa aldeia é relativamente o mesmo, existindo uma heterogeneidade relativamente a esta variável. No Grupo de controlo, a distribuição também é heterogénea, sendo que há uma maioria (50.0%) que mora numa cidade pequena/vila.

### ***Função cognitiva***

Numa percentagem significativa dos indivíduos de ambos os grupos (40% no Grupo Experimental e 42.9% no Grupo de Controlo) não foi possível proceder à avaliação com o MMSE. No Grupo Experimental, 4 requeridos obtiveram uma classificação igual ou superior a 20, o que ocorreu em 3 casos do Grupo de controlo. Em média, o desempenho cognitivo não diferiu entre os 2 grupos.

### ***Patologia***

Dos 15 indivíduos do Grupo Experimental, 14 tinham diagnóstico de patologia neuropsiquiátrica. Dos diagnósticos presentes (Demência Vascular, D. Parkinson, D. Alzheimer) as demências predominam, nomeadamente a Doença de Alzheimer, mas também existe uma doente com atraso mental. Um individuo não tem qualquer diagnóstico de patologia. No Grupo de Controlo todos são doentes neuropsiquiátricos; a maioria sofre de Doença de Alzheimer e os restantes de outras demências.

### **Capacidade de decisão**

A capacidade de decisão foi considerada gravemente comprometida em 66,7% dos casos e 78,6% dos controlos embora a diferença não tenha sido significativa ( $\chi^2(1)=0,514$ ;  $p=0,682$ ).

### **Associações entre variáveis**

No Grupo Experimental verificaram-se correlações de intensidade moderada a forte entre diversas variáveis (Tabela 2). Salienta-se que a GDS se relacionou fortemente com as variáveis que avaliaram a capacidade funcional (AVD básicas e instrumentais), linguagem (expressão, compreensão) e função cognitiva (MMSE). Por outro lado, a função auditiva não se associou com a maioria das variáveis excetuando a compreensão. A capacidade funcional (AVD básicas e instrumentais) esteve associada à expressão e função cognitiva. Como esperado, a função cognitiva correlacionou-se com a Expressão e Compreensão.

<b>Tabela 2 – Relação entre variáveis quantitativas no grupo experimental</b>							
	<b>AVD instrumentais</b>	<b>Audição</b>	<b>Expressão</b>	<b>Compreensão</b>	<b>MMSE</b>	<b>GDS</b>	<b>Capacidade Decisão</b>
<b>AVD básicas</b>	-0,574* (0,025)	0,179 (0,523)	0.804* (<0.001)	-0,618 (0,014)	0,630 (0,012)	0.735* (0,002)	-0,429 (0,111)
<b>AVD instrumentais</b>	-	0,024 (0,932)	0,480 (0,070)	0,472 (0,076)	-0,516 (0,049)	0,550 (0,034)	0,630 (0,012)
<b>Audição</b>		-	0,455 (0,088)	0,617 (0,014)	-0,378 (0,165)	0,351 (0,200)	0,045 (0,874)
<b>Expressão</b>			-	0.781* (0,001)	0.875* (<0.01)	0.920* (<0.001)	0,599 (0,018)
<b>Compreensão</b>				-	0.660 (0,007)	0.721* (0,002)	0,417 (0,123)
<b>MMSE</b>					-	0.952* (<0.001)	-0,761 (0,001)
<b>GDS</b>							0,746 (0,001)
Coeficiente de correlação de Spearman em valor absoluto (significância do teste bilateral) *valores estatisticamente significativos							

No Grupo de Controlo, verificou-se que a GDS se relacionou com as restantes variáveis à exceção de AVD básicas. Adicionalmente, o desempenho de AVD básicas não se associou à maioria das variáveis excetuando AVD instrumentais e expressão (Tabela 3). A capacidade de

decisão relacionou-se com todas as variáveis exceto audição, tendo-se verificado uma correlação de elevada intensidade com o desempenho das AVD instrumentais (Tabela 3).

<b>Tabela 3 – Relação entre variáveis quantitativas no grupo de controlo</b>							
	<b>AVD inst</b>	<b>Audição</b>	<b>Expressão</b>	<b>Compreensão</b>	<b>MMSE</b>	<b>GDS</b>	<b>Capacidade Decisão</b>
<b>AVD básicas</b>	-0,724* (0,003)	0,267 (0,355)	0,572 (0,033)	0,222 (0,445)	0,325 (0,258)	0,432 (0,123)	-0,727 (0,003)
<b>AVD instrumentais</b>	-	0,046 (0,877)	0,683 (0,007)	0,605 (0,022)	0,540 (0,046)	0,599 (0,024)	-0,991 (<0,001)
<b>Audição</b>		-	0,081 ,783	0,043 (0,883)	-0,286 (0,321)	0,706* (0,005)	0,107 (0,716)
<b>Expressão</b>			-	0,736* (0,003)	-0,478 (0,084)	0,785* (0,001)	0,667 (0,008)
<b>Compreensão</b>				-	-0,570 (0,033)	0,652 (0,012)	0,618 (0,018)
<b>MMSE</b>					-	0,788* (0,001)	-0,574 (0,032)
<b>GDS</b>							0,629 (0,016)
Coeficiente de correlação de Spearman em valor absoluto (significância do teste bilateral) *valores estatisticamente significativos							

## **Discussão**

O aumento de prevalência de doenças neurodegenerativas, disfunção cognitiva e da fragilidade física na população idosa e o seu impacto no funcionamento e na tomada de decisões tem levado a um crescente número de processos de interdição/inabilitação. No entanto, na maioria dos casos de idosos com demência são os seus cuidadores a assumir informalmente as decisões relevantes para a gestão do dia-a-dia. Este estudo pretendeu estudar em que medida os casos em que é solicitada uma decisão judicial para determinação de incapacidade diferem dos restantes.

A necessidade de avaliação da capacidade de adultos idosos tem aumentado, porque a percentagem de população idosa a nível mundial tem aumentado também, prevendo-se que a população mais velha adulta duplique entre 2000 e 2030.(13) Apesar de a maioria dos adultos mais velhos não terem demência, idosos com mais de 65 anos apresentam maior risco de comprometimento cognitivo do que adultos mais jovens, o que justifica o facto de a maioria dos indivíduos no nosso estudo ter mais de 70 anos. (13) A predominância de indivíduos do sexo feminino no presente estudo reflete o panorama demográfico da população portuguesa em que o número de mulheres idosas excede o número masculino.(7)

### ***Associação entre variáveis e ferramentas para avaliação de capacidade***

Ao contrário da perspetiva tradicional que valorizava, antes de mais, o diagnóstico para inferir a incapacidade, a verdadeira prioridade na avaliação da capacidade é determinar em que medida estão comprometidas as competências necessárias para o funcionamento pessoal e para a gestão dos bens. No presente estudo, verificou-se que a GDS se correlacionou com diferentes domínios atingidos por doenças neuropsiquiátricas que afetam a capacidade de decisão, incluindo as AVDs, função cognitiva e expressão verbal. Isto sugere que a GDS é um instrumento com validade de conteúdo para avaliar em que medida uma determinada patologia se reflete nas capacidades e funções necessárias ao exercício das atividades diárias. Na

Demência vascular, foi descrita uma relação significativa entre a classificação da GDS e o desempenho em testes cognitivos, podendo este ser utilizado no estadiamento geral da gravidade de demência. (14) No caso da Doença de Alzheimer, a GDS pode ser usada em conjunto com a FAST (Functional Assessment Scale), permitindo a monitorização de vários fatores no grau de capacidade do indivíduo. (15) Para além da GDS, vários instrumentos têm sido desenvolvidos para aferir o funcionamento do indivíduo nos vários domínios (ex.: capacidade financeira). No entanto, uma das principais dificuldades no desenvolvimento destes instrumentos é que não existe um critério de validade consensual para definir “capacidade” (16). Vários estudos em diferentes países procuram encontrar a ferramenta de avaliação de capacidade perfeita, sendo por vezes necessário aliar vários testes diferentes para atingir um resultado mais fiável, como é o caso do ACED – Assessment of Capacity for Everyday Decision-Making, desenvolvido na China, que avalia as decisões de vida diárias, e parece correlacionar-se tanto com parâmetros funcionais como cognitivos (ultrapassando as limitações de outras ferramentas). (17)

Uma boa performance nas AVD dos pacientes idosos está dependente da sua eficiência mental e intelectual.(18) Um dos domínios avaliados no desempenho de AVD instrumentais inclui a gestão e decisão financeira, que constitui uma das questões que frequentemente motiva processos de interdição/inabilitação. Em comparação com as AVD básicas (higiene, vestuário, deambulação), as AVD instrumentais, incluindo a capacidade financeira, são mediadas por funções cognitivas de complexidade superior. A competência financeira exige diversas competências como cálculo (ex.: transações de dinheiro), avaliação e gestão do património, fazer um testamento, fazer um contrato ou decidir um investimento. Estas competências dependem, em larga medida, no perfil socio-económico do indivíduo, do tipo de ocupação prévia e da sua experiência financeira ao longo da vida. Estudos prévios sugerem que a capacidade financeira é mediada por 3 elementos (19): a) memória semântica e episódica

(conhecimento do dinheiro, conceitos relacionados com finanças, dados financeiros pessoais); b) memória procedimental (capacidade de executar tarefas aprendidas previamente como fazer trocos ou usar multibanco); c) funções executivas (decisões financeiras consistentes com o auto-interesse em situações rotineiras e novas).

No presente estudo, verificou-se uma associação clara entre AVD instrumentais e a Capacidade de Decisão em ambos os grupos. Esta associação foi particularmente forte no grupo de controlo sugerindo que nos doentes seguidos em consultas de Gerontopsiquiatria a avaliação clínica da Capacidade de Decisão depende, em larga medida, da avaliação funcional. Neste grupo, os défices de Capacidade de Decisão associaram-se a dificuldades de expressão e de compreensão. Ao contrário, no grupo experimental o desempenho de AVD instrumentais não esteve relacionado com a capacidade de comunicação ou de linguagem. Este resultado sugere que nos indivíduos avaliados para efeitos de interdição, a incapacidade funcional de desempenho das AVD instrumentais ocorria sem défices evidentes de comunicação ou de linguagem.

O facto de a associação entre MMSE e variáveis como Poder de Decisão, Expressão e Compreensão ser mais forte em um dos grupos, mostra mais uma vez que esta pode não ser a ferramenta mais indicada para avaliar o poder de decisão do doente, assim como a sua função executiva (13), não devendo ser usada isoladamente para diagnóstico de demência. (20)

A forte associação entre GDS e MMSE em ambos os grupos vem de encontro com a correlação já indicada entre as duas escalas (apesar de em certas situações poder estar ausente). Esta associação será inversa, sendo que aumentando o score no MMSE, diminuirá a escala do GDS. (21)

### ***Grau de Escolaridade e Atividade Profissional***

No caso da variável escolaridade, apesar de estatisticamente não haver diferenças significativas (o que pode ter sido devido ao número reduzido da amostra), observa-se que no Grupo Experimental os indivíduos apresentam níveis de escolaridade superior comparativamente aos do Grupo de Controlo. Adicionalmente, no Grupo Experimental encontram-se indivíduos com profissões de nível de diferenciação intermédio, enquanto no Grupo de Controlo, todos os doentes exerciam trabalhos de nível de diferenciação baixo. Assim, é possível que doentes que sempre trabalharam em casa ou na agricultura, sem que tenha sido necessário durante toda a sua vida lidar com decisões difíceis e trabalhos muito exigentes do ponto de vista intelectual, mesmo com um certo grau de demência poderão facilmente lidar com a seu dia-a-dia tal como anteriormente, sem que a falta de algumas capacidades impeça a tomada de decisões com que sempre tiveram de lidar. Já num doente com um grau mais leve de demência que sempre ocupou um cargo mais exigente, com necessidade de lidar com diversas tarefas e decisões, o défice de capacidade para certas atividades será facilmente notado pelos outros, e até pelo próprio, o que poderá levar a um processo de interdição. Esta explicação está de acordo com a Hipótese de Reserva Cognitiva, (22) segundo a qual indivíduos com níveis mais elevados de educação, QI e funcionamento ocupacional prévio têm maior resistência às lesões cerebrais. Por isso, apresentam menor prevalência e incidência de demência, mas o declínio cognitivo é mais rápido e a patologia cerebral mais exuberante. (23) A Reserva Cognitiva parece ser baseada na utilização mais eficiente das redes neuronais já existentes ou habilidade para recrutar novas.(24)

### ***Apoio domiciliário e cuidador informal***

No Grupo Experimental, a maior parte dos doentes vivia numa instituição, enquanto no Grupo de Controlo o maior número residia com o cônjuge. No entanto, deve-se também olhar para as variáveis relacionadas com o cuidador informal, sendo que no Grupo Experimental os

cuidadores eram predominantemente os filhos e os amigos, enquanto no Grupo de Controlo desdobram-se em amigos e cônjuge. Poderá haver então uma relação entre o facto de os filhos, que têm a sua própria vida familiar e profissional, serem os cuidadores, os idosos viverem numa instituição e a necessidade de processo de interdição. Já os indivíduos que vivem com o cônjuge e que o têm como cuidador informal, parecem ter menos necessidade de um processo de interdição, apesar de sofrerem das mesmas limitações que os outros indivíduos. A explicação pode residir exatamente no tempo que o cônjuge e os vizinhos podem despende para ajudar o doente, ao contrário dos filhos, que veem o seu tempo mais limitado. Tudo isto afeta diretamente os idosos, devido à importância de uma rede de apoio social nas suas condições de saúde.(25)

No entanto, esta análise é feita de uma forma qualitativa e subjetiva, já que estatisticamente nem em todas as variáveis relacionadas com o cuidador informal se observam diferenças significativas. A explicação para isto é a mesma que nas variáveis em cima discutidas.

O apoio domiciliário será um ponto importante neste processo, porque é ao mesmo tempo o único apoio social que muitos idosos têm. Ora, a importância do apoio social já foi referida em estudos anteriores, sendo um factor de protecção para incapacidade em idosos, já que ajuda a manter a autonomia destes. (25) Foi demonstrada mesmo uma correlação significativa entre o apoio social e o Índice de Katz, que avalia a capacidade funcional do idoso. (25)

### ***MMSE***

Observaram-se valores bastantes díspares no MMSE, existindo indivíduos com zero (algo esperado), mas outros, surpreendentemente, apresentavam valores na faixa dos 21-30. Apesar de não ser algo esperado, é compreensível, porque já vários estudos relataram que nem sempre valores elevados no MMSE estão relacionados com grandes capacidades e o contrário

também é verdadeiro, já que défices em determinados domínios cognitivos podem ser difíceis de detetar. (26) Para além disso, o uso do MMSE parece não ser indicado para avaliar a função cognitiva em adultos idosos saudáveis (apesar de ser utilizado muitas vezes por falta de outros instrumentos de avaliação). (27)

Alguns estudos indicam que a função executiva parece ser um melhor preditor de capacidade de decisão e outros indicam outros testes, tal como Montreal Cognitive Assessment, como mais indicados para avaliar a capacidade em certas patologias. (28)

### ***Patologia***

Os quadros mais observados no nosso Grupo Experimental são, de facto, os que mais frequentemente levam à interdição. (5) No Grupo de Controlo observam-se predominantemente demências, algo esperado tendo em conta a idade dos indivíduos.

### ***Limitações***

Uma das dificuldades verificadas neste estudo foi a constituição do Grupo de Controlo, para o qual não foi possível encontrar um participante com idade e grau de dependência semelhante ao do Grupo Experimental (60 anos e GDS:7). Essa limitação traduz a raridade dos casos em que indivíduos relativamente jovens apresentam deterioração funcional grave. A fim de evitar a heterogeneidade entre os 2 grupos, optou-se pela ausência de um indivíduo no Grupo de Controlo.

O tamanho reduzido da amostra foi outra limitação, sendo que o número de elementos não podia ser aumentado, já que incluímos todos os indivíduos possíveis, com as características procuradas.

A dificuldade em avaliar a capacidade funcional do indivíduo é uma limitação não só para este estudo, mas também para a prática clínica, sendo que a procura pela forma mais fiável de avaliação de capacidade continua.

Deve ser dada uma atenção especial aos fatores de vulnerabilidade no idoso, que podem ser intrínsecos ou extrínsecos. Estes fatores aumentam a probabilidade de um evento adverso acontecer com o idoso, mas são de difícil avaliação. (26)

## Considerações Finais

Têm sido identificados vários problemas nas respostas previstas na legislação portuguesa para proteção de pessoas com incapacidade: a legislação baseia-se na tutela de pessoas menores, tendo o tutor o mesmo direito e dever dos pais; ausência de standards e guidelines para declaração de incapacidade; processo moroso com custos elevados; a ausência de referência a diversos fatores de vulnerabilidade...(5, 13)

Como já foi referido anteriormente, o facto de se verificar um aumento progressivo do envelhecimento populacional, junto com a falta de resposta (8) e legislação adequada para proteção do idoso (29), torna cada vez mais importante o papel do psiquiatra no processo de interdição e inabilitação.

A análise dos dados recolhidos, com o intuito de analisar os vários fatores de vulnerabilidade que devem ser avaliados junto com a anomalia psíquica, permite concluir o seguinte:

- os instrumentos usados para a avaliação da capacidade no idoso (GDS, AVDs, MMSE) com e sem patologia revelam ainda algumas limitações, devendo ser usados em conjunto, para tentar avaliar as diferentes capacidades do idoso;

- observa-se uma relação entre o grau de escolaridade e a necessidade de interdição, sendo que indivíduos com grau de escolaridade maior, teriam maior necessidade de interdição.

No entanto essa diferença não se revelou significativa estatisticamente;

- nota-se uma maior tendência para a interdição em indivíduos que exerceram profissões mais diferenciadas, sendo que esta tendência se verificou também estatisticamente;

- observa-se uma diferença entre os cuidadores dos idosos e apoio domiciliário entre um grupo e outro. No entanto, essa diferença não se mostra significativa estatisticamente;

- os quadros que dominam quer o Grupo Experimental, quer o Grupo de Controlo são os quadros demenciais, não sendo por isso a patologia neuropsiquiátrica uma diferença importante entre indivíduos com e sem necessidade de interdição;

- observa-se uma associação inversa entre GDS e MMSE, sendo que aumentando o score no MMSE, diminuirá a escala do GDS.

Esta é uma problemática que necessita de mais estudos e mais aprofundamento, nomeadamente do ponto de vista estatístico, existindo pouca literatura em todo o mundo, mas especificamente no nosso país sobre o tema.

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Joaquim Cerejeira por toda disponibilidade, partilha de conhecimentos e orientação, que tornaram este trabalho possível.

A todos os doentes por serem a base deste trabalho.

Aos meus pais, por todo o apoio e paciência.

Aos meus amigos, principalmente à minha turma, ao Guilherme e à Francisca, pela ajuda e apoio a superar as dificuldades.

## **Bibliografia**

1. Cerejeira JL, L.; Mukaetova-Ladinska, E. B. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Front Neurol* 2012;3(73).
2. Rodrigues GCG, L.; Paz, M.; Carmo, M. A. Interdição e Inabilitação. 2015. In: Coleção Formação Inicial [Internet].
3. Social I-IpoD. Guia para a intervenção com maiores em situação. Lisboa2002.
4. Pinheiro JD. As pessoas com deficiência como sujeitos de direitos e deveres Incapacidades e suprimento – a visão do Jurista. 2009.
5. O Relatório Pericial Nas Acções Especiais de Interdição/Inabilitação.
6. Cerejeira J. Aspetos médico-legais e psiquiátricos de populações especiais: os idosos.
7. Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal. Lisboa2012.
8. Mestre Avó MHG. Gerir a adultez tardia: Os processos de tomada de decisão e acomodação das famílias com idosos dependentes: Universidade Técnica de Lisboa 2009.
9. Cummings JLM, M.; Gray, K.; Rosenberg-Thompson, S.; Carusi, D.A.; Gornbein, J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. . *Neurology*. 1994;44(12):2308-14.
10. Mahoney FIB, D.W. Functional Evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
11. Charlson MEP, P.; Ales, K.L.; MacKenzie, C.R. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373-83.
12. Reisberg BF, S.H.; de Leon, M.J.; Crook, T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*. 1982;139(9):1136-9.

13. Association ABACoLaAAP. Assessment of Older Adults with Diminished Capacity: A Handbook for Psychologists 2008.
14. Paul RHC, R.A.; Moser, D.J.; Zawacki, T.; Ott, B.R.; Gordon, N.; Stone, W. The global deterioration scale: relationships to neuropsychological performance and activities of daily living in patients with vascular dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2002;15(1):50-4.
15. Krzywińska ER, G.; Krzywiński, S. The Global Deterioration Scale (GDS) and Functional Assessment Staging (FAST) in the diagnosis of Alzheimer type dementia. *Psychiatr Pol.* 1993;27(2):129-38.
16. Moye JM, D.J. Assessment of decision-making capacity in older adults: an emerging area of practice and research. *Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2007;62(1):3-11.
17. Lam LCWL, V.W.C.; Chiu, H.F.K.; Leung, K.F.; Appelbaum, P.S; Karlawish, J. Assessing mental capacity for everyday decision-making in the Chinese older population. *Hong Kong Med J.* 2013;19:17-20.
18. Muszalik MK, T.; ZielińskaWięczkowska, H.; KędzioraKornatowska, K.; Dijkstra, A. . Functional assessment of geriatric patients in regard to health-related quality of life (HRQoL). *Clinical Interventions in Aging.* 2015;10:61-7.
19. Marson DCS, S.M.; Snyder, S.; McInturff, B.; Stalvey, T.; Boothe, A.; Aldridge, T.; Chatterjee, A.; Harrell, L.E. . Assessing financial capacity in patients with Alzheimer disease: A conceptual model and prototype instrument. . *Arch Neurol* 2000;57(6):877-84.
20. Creavin STW, S.; Noel-Storr, A.H.; Trevelyan, C.M.; Hampton, T.; Rayment, D.; Thom, V.M.; Nash, K.J.E.; Elhamoui, H.; Milligan, R.; Patel, A.S.; Tsivos, D.V.; Wing, T.; Phillips, E.; Kellman, S.M.; Shackleton HLS, G.F.; Neale, B.E.; Watton, M.E.; Cullum, S. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations (Review). *The Cochrane Library.* 2016(1).

21. Gallo JJ. Handbook of Geriatric Assessment. 4ª ed2006.
22. Fratiglioni LW, H.X. Brain reserve hypothesis in dementia. J Alzheimers Dis. 2007;12(1):11-22.
23. Xiangfei MC, D. Education and Dementia in the Context of the Cognitive Reserve Hypothesis: A Systematic Review with Meta-Analyses and Qualitative Analyses. PLoS One. 2012;7(6).
24. Stern Y. What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. J Int Neuropsychol Soc. 2002;8(3):448-60.
25. de Brito TRPP, S. C. I. Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas. Rev Latino-Am Enfermagem. 2012 Jul.
26. Culo S. Risk assessment and intervention for vulnerable older adults  
BC MEDICAL JOURNAL. 2011;VOL. 53 NO. 8,.
27. Spencer RJ, Wendell CR, Giggey PP, Katzel LI, Lefkowitz DM, Siegel EL, et al. Psychometric limitations of the mini-mental state examination among nondemented older adults: an evaluation of neurocognitive and magnetic resonance imaging correlates. Experimental aging research. 2013;39(4):382-97.
28. Pendlebury ST, Cuthbertson FC, Welch SJ, Mehta Z, Rothwell PM. Underestimation of cognitive impairment by Mini-Mental State Examination versus the Montreal Cognitive Assessment in patients with transient ischemic attack and stroke: a population-based study. Stroke; a journal of cerebral circulation. 2010;41(6):1290-3.
29. Fonseca RG, I.; Lobato Faria, P.; Paula Gil, A. Perspetivas atuais sobre a proteção jurídica da pessoa idosa vítima de violência familiar: contributo para uma investigação em saúde pública. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2012;30(2):149-62.