



Q&A

SAÚDE MENTAL e a PROTEÇÃO do **IDOSO**

PARTICULARIDADES DA AVALIAÇÃO PERICIAL PSIQUIÁTRICA DO IDOSO

João Miguel Oliveira

Assistente Hospitalar de Psiquiatria da Clínica 6 e Serviço
Regional de Psiquiatria Forense do Centro Hospitalar
Psiquiátrico de Lisboa

ENVELHECER E EM VELHO SER: QUE DESAFIOS?

Rogério Cação

Professor Especializado e Vice-Presidente da
Fenacerci

MECANISMOS DE PROTEÇÃO DA AUTONOMIA DO IDOSO

Maria Paula Ribeiro de Faria

Professora Associada da Escola de Direito do
Porto da Universidade Católica Portuguesa





conferência on-line

CONFERÊNCIA
GRATUITA

SAÚDE MENTAL e a PROTEÇÃO do IDOSO

08-09-10.JUL | 15h00

destinatáriosAdvogados
Advogados Estagiários**inscrições**

crlisboa.org

08.JUL**PARTICULARIDADES DA
AVALIAÇÃO PERICIAL
PSIQUIÁTRICA DO IDOSO****João Miguel Oliveira**Assistente Hospitalar de Psiquiatria da Clínica 6 e Serviço
Regional de Psiquiatria Forense do Centro Hospitalar
Psiquiátrico de Lisboa**09.JUL****ENVELHECER E EM
VELHO SER: QUE
DESAFIOS?****Rogério Cação**Professor Especializado e Vice-Presidente da
Fenacerci**10.JUL****MECANISMOS DE
PROTEÇÃO DA
AUTONOMIA DO IDOSO****Maria Paula Ribeiro de Faria**Professora Associada da Escola de Direito do
Porto da Universidade Católica Portuguesa



conferência on-line

PARTICULARIDADES DA AVALIAÇÃO PERICIAL PSIQUIÁTRICA DO IDOSO



conferência on-line

**SAÚDE MENTAL
e a PROTEÇÃO do
IDOSO**

08JUL | 15h00

**PARTICULARIDADES DA
AVALIAÇÃO PERICIAL
PSIQUIÁTRICA DO IDOSO**

João Miguel Oliveira
Assistente Hospitalar de Psiquiatria da Clínica 6 e
Serviço Regional de Psiquiatria Forense do
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

organização

- ORDEM DOS ADVOGADOS
CONSELHO REGIONAL DE LISBOA
- ORDEM DOS ADVOGADOS
CONSELHO REGIONAL DOS AÇORES
- ORDEM DOS ADVOGADOS
CONSELHO REGIONAL DE COIMBRA
- ORDEM DOS ADVOGADOS
CONSELHO REGIONAL DE ÉVORA
- ORDEM DOS ADVOGADOS
CONSELHO REGIONAL DE FARO

VEJA NO YOUTUBE

<https://www.youtube.com/watch?v=EHzBou0ECZY&t>

DIPLOMAS*

DECRETO-LEI N.º 47344

Diário do Governo n.º 274/1966, Série I de 1966-11-25

Aprova o Código Civil e regula a sua aplicação - Revoga, a partir da data da entrada em vigor do novo Código Civil, toda a legislação civil relativa às matérias que o mesmo abrange

https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/34509075/view?p_p_state=maximized

DECRETO-LEI N.º 78/87

Diário da República n.º 40/1987, Série I de 1987-02-17

Código de Processo Penal

<https://dre.pt/legislacao-consolidada/-/lc/34570075/view>

DECRETO-LEI N.º 48/95

Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15

Código Penal

<https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/107981223/201708230200/indice>

LEI N.º 36/98

Diário da República n.º 169/1998, Série I-A de 1998-07-24

Lei de Saúde Mental

https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/75115272/view?p_p_state=maximized

* A presente compilação não pretende ser exaustiva e não prescinde a consulta destes e de outros textos legais publicados em Diário da República, disponíveis em <https://dre.pt>.



REGULAMENTO N.º 707/2016

Diário da República n.º 139/2016, Série II de 2016-07-21

Regulamento de Deontologia Médica

<https://dre.pt/home/-/dre/75007439/details/maximized>

LEI N.º 49/2018

Diário da República n.º 156/2018, Série I de 2018-08-14

Cria o regime jurídico do maior acompanhado, eliminando os institutos da interdição e da inabilitação, previstos no Código Civil, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 47 344, de 25 de novembro de 1966

<https://dre.pt/pesquisa/-/search/116043536/details/maximized>

Particularidades da Avaliação Pericial Psiquiátrica do Idoso

08-07-2020

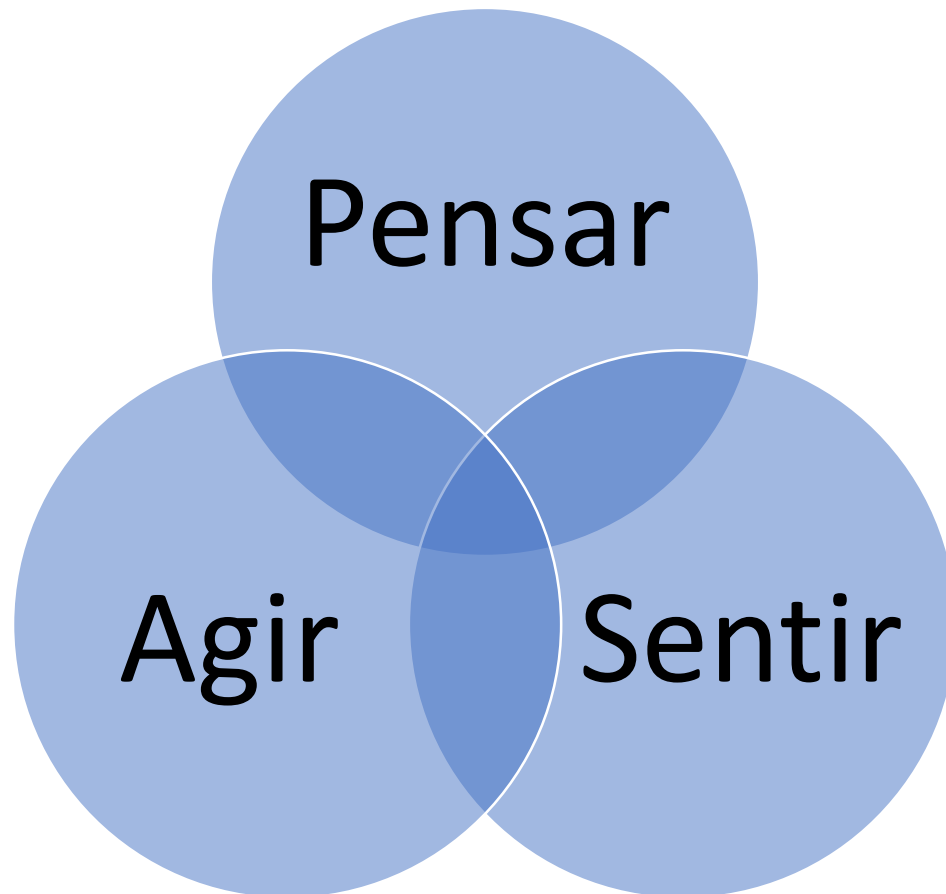
João Miguel Oliveira



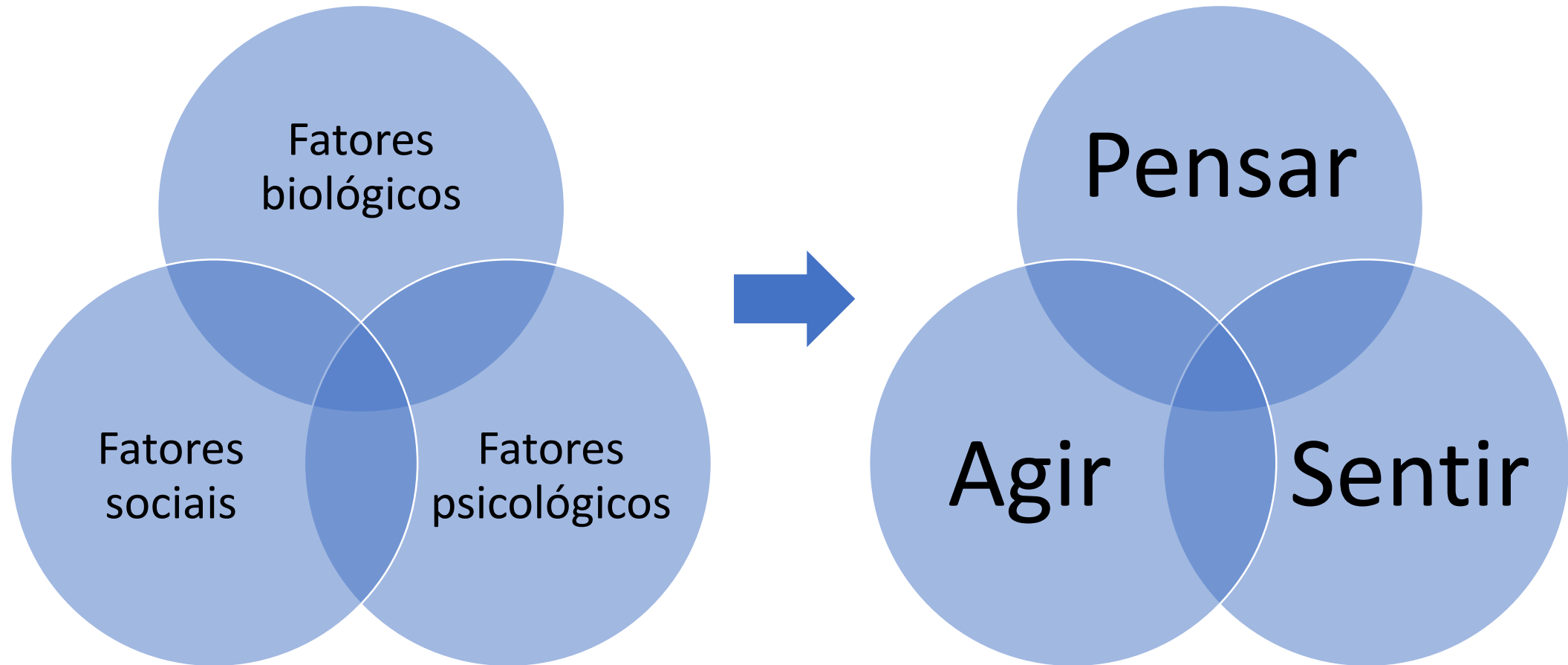
Visão Geral

- 1. Saúde e doença mental no idoso**
2. Aspectos gerais da avaliação pericial de idosos
3. Aspectos particulares da avaliação pericial de idosos
 1. Direito Penal
 2. Direito Civil
 3. Outros contextos
4. Conclusão

Saúde mental



Doença mental



Vulnerabilidade do idoso

- **Fatores biológicos**
 - Alterações neurobiológicas do envelhecimento
 - Comorbilidades médicas
- **Fatores psicológicos**
 - Reação ao envelhecimento
 - Personalidade e mecanismos de coping
 - Solidão e eventos traumáticos
- **Fatores sociais**
 - Maior necessidade de apoio (limitações físicas)
 - Dificuldades no acesso à saúde
 - Menor rede de suporte social

Abuso de idosos

- Prevalência de abuso entre idosos até **10%** (Burnes 2015, Peterson 2014), ou até **25%** quando existe algum grau de dependência (OMS)
- Tipos de abuso (Lachs e Pillemer 2015)
 - Abuso físico
 - Abuso psicológico e verbal
 - Abuso sexual
 - Exploração financeira
 - Negligência

Abuso de idosos

- **Violência doméstica:** Artigo 152º do CP: Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais
 - d) A pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite;
- **Maus tratos:** Artigo 152º - A do CP: Quem, tendo ao seu cuidado, sob a responsabilidade da sua direção ou educação ou a trabalhar ao seu serviço, pessoa menor ou particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença ou gravidez, e:
 - a) lhe infligir de modo reiterado ou não, maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações de liberdade e ofensas sexuais, ou a tratar cruelmente

Abuso de idosos

- O médico perito é **médico**

Código Deontológico, Artigo 27º:

1. O médico deve usar de especial solicitude e cuidado para com o menor, o **idoso**, o deficiente ou pessoa particularmente indefesa quando verificar que os seus familiares ou outros responsáveis não são capazes ou cuidadosos para tratar da sua saúde ou assegurar o seu bem-estar.
2. Sempre que o médico, chamado a tratar um menor, um **idoso**, um deficiente, um incapaz ou pessoa particularmente indefesa, verifique que estes são vítimas de sevícias, maus-tratos ou assédio, deve tomar as providências adequadas para os proteger, nomeadamente alertar as autoridades competentes.

Doença mental no idoso

- **Maior prevalência** de várias doenças psiquiátricas
 - Perturbações gerais (e.g. depressão, esquizofrenia, ansiedade)
 - Perturbações relacionadas com a idade
 - Delirium
 - Perturbação neurocognitiva major
- **Maior dificuldade** no diagnóstico (Cremens 2016)
 - Comorbilidades médicas
 - Medicação concomitante
 - Reação à *disability*
 - Maior frequência de eventos stressantes
 - Envelhecimento normal vs patológico

Doença mental no idoso

- **Perturbações neurocognitivas**

- Delirium
- Perturbação neurocognitiva minor
- Perturbação neurocognitiva major
 - Síndromes demenciais

- **Outras perturbações psiquiátricas**

- **Perturbações secundárias a doença não psiquiátrica**

Delirium (Síndrome confusional agudo)

- Alteração, geralmente aguda ou subaguda, da atenção e da consciência, de causa médica não psiquiátrica, associada a disfunção cognitiva
- Quadro flutuante
- Geralmente reversível
- Formas *hipoativa* e *hiperativa*
- É uma urgência médica

Perturbação Neurocognitiva Major

- Domínios neuro-cognitivos
 - Atenção complexa
 - Funções executivas
 - Aprendizagem e memória
 - Linguagem
 - Perceptual-motora
 - Cognição social

Perturbação Neurocognitiva Major

- Declínio significativo em pelo menos um dos domínios cognitivos
- Demência (mas não só...)
- Graus ligeiro, moderado e grave
- Perturbação neurocognitiva minor e Défice cognitivo ligeiro
- Pode ser reversível
- Deve ser avaliada a etiologia

Perturbação Neurocognitiva Major

- **Doença de Alzheimer** – maior prevalência
- **Doença frontotemporal** - maior tendência a violência criminal (Berryessa 2016; Mendez 2010)
- Doença de Corpos de Lewy
- **Doença vascular** – mais frequente nas amostras forenses (Ekstrom 2017)
- Traumatismo crânio-encefálico
- Secundária a medicação ou substância
- Infecção por HIV
- Doença priónica
- Doença de Parkinson
- Doença de Huntington
- Devido a outra condição médica
- De várias etiologias

Visão Geral

1. Saúde e doença mental no idoso
- 2. Aspectos gerais da avaliação pericial de idosos**
3. Aspectos particulares da avaliação pericial de idosos
 1. Direito Penal
 2. Direito Civil
 3. Outros contextos
4. Conclusão

Avaliação do idoso

- **História clínica**
 - Antecedentes pessoais
 - Caracterização funcional
 - Antecedentes pessoais
- **Exame físico, neurológico e do estado mental**
- **Métodos complementares de diagnóstico**
 - Avaliação laboratorial
 - Avaliação neuropsicológica
 - Exames imagiológicos

Avaliação do idoso

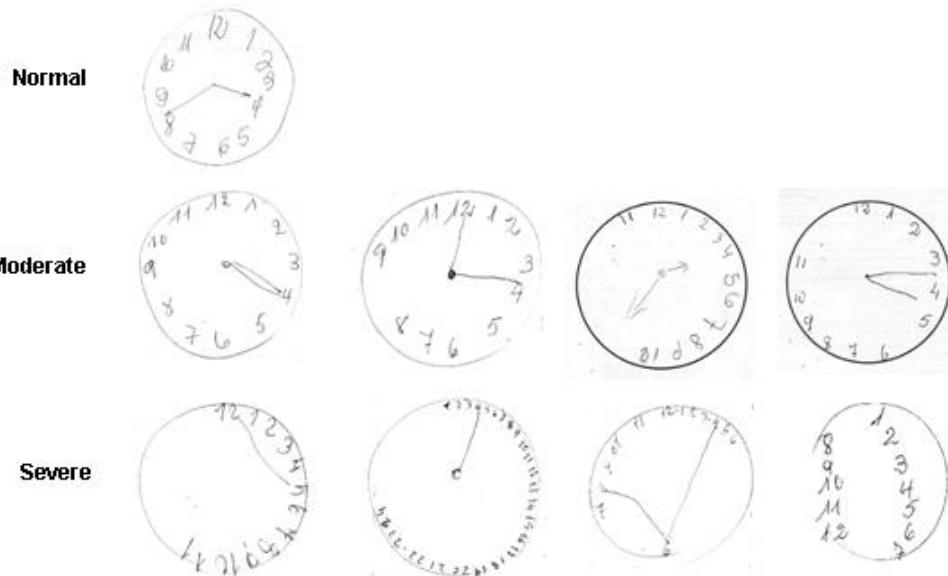
- **Avaliação cognitiva**

- Consciência
- Atenção
- Orientação
- Memória
- Linguagem e discurso
- Inteligência
- Avaliação funcional (f. executivas, sociais, motoras)

- **Avaliação clínica vs formal/instrumental vs ANP**


Avaliação do Idoso

- **MMSE** – Mini Mental State Examination
- **MOCA** – Montreal Cognitive Assessment
- **Prova do Relógio**



MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Name: _____
 DOB: _____
 Hospital Number: _____

One point for each answer		DATE: _____		
ORIENTATION		...../5	...../5	...../5
Year	Season	Month	Date	Time
Country	Town	District	Hospital	Ward/Floor
REGISTRATION		...../3	...../3	...../3
Examiner names three objects (e.g. apple, table, penny) and asks the patient to repeat (1 point for each correct. THEN the patient learns the 3 names repeating until correct).				
ATTENTION AND CALCULATION		...../5	...../5	...../5
Subtract 7 from 100, then repeat from result. Continue five times: 100, 93, 86, 79, 65. (Alternative: spell "WORLD" backwards: DLROW).				
RECALL		...../3	...../3	...../3
Ask for the names of the three objects learned earlier.				
LANGUAGE		...../2	...../2	...../2
Name two objects (e.g. pen, watch).				
Repeat "No ifs, ands, or buts".				
Give a three-stage command. Score 1 for each stage. (e.g. "Place index finger of right hand on your nose and then on your left ear").				
Ask the patient to read and obey a written command on a piece of paper. The written instruction is: "Close your eyes".				
Ask the patient to write a sentence. Score 1 if it is sensible and has a subject and a verb.				
COPYING: Ask the patient to copy a pair of intersecting pentagons		...../1	...../1	...../1
				
TOTAL:		...../30	...../30	...../30

MMSE scoring
 24-30: no cognitive impairment
 18-23: mild cognitive impairment
 0-17: severe cognitive impairment

Avaliação do Idoso

- Dificuldades na comunicação
 - Telemedicina no contexto pericial?
- Importância do local de avaliação (of. OM de 08.06.2020)
- Importância de informação colateral
- Maior utilização de instrumentos de avaliação
- Maior utilização de meios complementares de diagnóstico

Aspetos gerais da avaliação forense do idoso

- **Faz sentido a criação de serviços de psiquiatria forense geriátricos?**
- Prolongamento da esperança de vida com aumento do número de idosos (INE 2016) – progressiva especialização da gerontologia
- Esta população requer cuidados específicos
- A referenciação de idosos a serviços de forense é baixa (Tomar 2005)
- Mas a prevalência de crime é relativamente elevada e parece ser sub-reportado (Nnatu 2005)

Visão Geral

1. Saúde e doença mental no idoso
2. Aspectos gerais da avaliação pericial de idosos
- 3. Aspectos particulares da avaliação pericial de idosos**
 - 1. Direito Penal**
 2. Direito Civil
 3. Outros contextos
4. Conclusão

Direito Penal

- **Imputabilidade** (20º CP, 159º CPP) e **Perigosidade** (91º CP)
- **Internamento de imputáveis em estabelecimento de inimputáveis** (104º e seguintes do CP)
- Capacidade e dever de testemunhar (131º CPP)
- Avaliação do estado psíquico da vítima (154º CPP)
- Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98 de 24 de julho)

Quem é o “criminoso idoso”?

- Maior proporção de *demência e psicose afetiva* que de *esquizofrenia ou perturbação da personalidade* (Fazel 2002), grande associação a *perturbação de uso de álcool* (Lewis 2006)
- Maior *risco de agressividade* na demência (Yu 2019), na psicose e na depressão (Cremens 2016) que na população em geral
- Crimes tendencialmente *impulsivos* (vs premeditados) (Ekstrom 2017)
- Maior proporção de crimes de natureza *sexual* (Fazel 2002)
- Tendem a ser homens, de baixa educação e história de contactos com os sistemas judicial e de saúde, com abuso de substancia e recidivismo (Lewis 2006)

Imputabilidade – 20º CP

- 1 - É inimputável quem, por força de uma **anomalia psíquica**, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação.
 - 2 - Pode ser declarado inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica grave, não acidental e cujos efeitos não domina, sem que por isso possa ser censurado, tiver, no momento da prática do facto, a capacidade para avaliar a ilicitude deste ou para se determinar de acordo com essa avaliação sensivelmente diminuída.
 - 3 - A comprovada incapacidade do agente para ser influenciado pelas penas pode constituir índice da situação prevista no número anterior.
 - 4 - A imputabilidade não é excluída quando a anomalia psíquica tiver sido provocada pelo agente com intenção de praticar o facto.

Imputabilidade – 20º CP

- *Anomalia psíquica*
 - Propositadamente vago
 - Conceito não médico (e não jurídico?)
 - Idosos – doença psiquiátrica ou não psiquiátrica
- *No momento da prática do facto*
 - Importância do facto em concreto (documentação)
 - Doença não implica inimputabilidade
 - Idosos – problema dos défices mnésicos

1 - É inimputável quem, por força de uma **anomalia psíquica**, for incapaz, **no momento da prática do facto**, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação.

Imputabilidade – 20º CP

- *Por força de*
 - Relação causa-efeito

- *Capacidade de avaliação e determinação*
 - Alterações da consciência (e.g. delirium)
 - Alterações do julgamento (e.g. demência)
 - Alterações das funções executivas, esp. Inibição

1 - É inimputável quem, **por força de** uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de **avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação.**

Imputabilidade – 20º CP

- Erros comuns (Cabral, Saraiva & Vieira 2017)
 - Confundir diagnóstico e imputabilidade
 - Desculpabilizar com explicações psicodinâmicas
 - Não se referir a factos concretos
 - Aceitação acrítica da informação de terceiros e/ou não identificar as fontes de informação
 - Colheita incompleta de antecedentes
 - Confiança excessiva em instrumentos psicológicos ou avaliação clínica

Outras questões em direito penal

- Adequação do local de cumprimento de pena/medida de segurança
 - Estabelecimento prisional?
 - Enfermaria prisional?
 - Enfermaria forense?
- Plano de reinserção
 - Défices na autonomia
 - Maior renitência de lares e centros de dia
 - Menor rede de suporte social

Internamento de imputáveis em estabelecimentos de inimputáveis

Artigo 104º CP – Anomalia psíquica anterior

1. Quando o agente não for declarado inimputável e for condenado em prisão, mas se mostrar que, por virtude de anomalia psíquica de que sofria já ao tempo do crime, o regime dos estabelecimentos comuns lhe será prejudicial, ou que ele perturbará seriamente esse regime, o tribunal ordena o seu internamento em estabelecimento destinado a inimputáveis pelo tempo correspondente à duração da pena.

Internamento de imputáveis em estabelecimentos de inimputáveis

Artigo 105º CP – Anomalia psíquica posterior

1. Se uma anomalia psíquica, com os efeitos previstos no n.º 1 do artigo 91.º ou no artigo 104.º, sobrevier ao agente depois da prática do crime, o tribunal ordena o internamento em estabelecimento destinado a inimputáveis pelo tempo correspondente à duração da pena.

Artigo 106º CP – Anomalia psíquica posterior sem perigosidade

1. Se a anomalia psíquica sobrevinda ao agente depois da prática do crime não o tornar criminalmente perigoso, em termos que, se o agente fosse inimputável, determinariam o seu internamento efectivo, a execução da pena de prisão a que tiver sido condenado suspende-se até cessar o estado que fundamentou a suspensão

Perigosidade – 91º do CP

- 1 - Quem tiver praticado um facto ilícito típico e for considerado inimputável, nos termos do artigo 20.º, é mandado internar pelo tribunal em estabelecimento de cura, tratamento ou segurança, sempre que, por virtude da anomalia psíquica e da gravidade do facto praticado, houver fundado receio de que venha a cometer outros factos da mesma espécie.
- 2 - Quando o facto praticado pelo inimputável corresponder a crime contra as pessoas ou a crime de perigo comum puníveis com pena de prisão superior a cinco anos, o internamento tem a duração mínima de três anos, salvo se a libertação se revelar compatível com a defesa da ordem jurídica e da paz social.

Perigosidade – 91º do CP

- Fatores psiquiátricos – evolução da doença
- Fatores psicológicos – personalidade
- Fatores sociais – como avaliar antes da libertação?
- Fatores ambientais – como avaliar antes da libertação?

- No idoso... Fatores físicos

Cessação do internamento – 92º CP

1 - Sem prejuízo do disposto no n.º 2 do artigo anterior, o internamento finda quando o tribunal verificar que cessou o estado de perigosidade criminal que lhe deu origem.

2 - O internamento não pode exceder o limite máximo da pena correspondente ao tipo do crime cometido pelo inimputável.

3 - Se o facto praticado pelo inimputável corresponder a crime punível com pena superior a 8 anos e o perigo de novos factos da mesma espécie for de tal modo grave que desaconselhe a libertação, o internamento pode ser prorrogado por períodos sucessivos de 2 anos até se verificar a situação prevista no n.º 1

Cessação do internamento – 92º CP

- Evolução da doença
- Dificuldades na reinserção
- Perversidade na cessação do internamento?

Visão Geral

1. Saúde e doença mental no idoso
2. Aspectos gerais da avaliação pericial de idosos
- 3. Aspectos particulares da avaliação pericial de idosos**
 1. Direito Penal
 - 2. Direito Civil**
 3. Outros contextos
4. Conclusão

Direito Civil

- **Regime do Maior Acompanhado** (Lei nº 49/2018 de 14 de agosto)
- **Capacidade testamentária** (2199º e 2201º do CC)
- **Avaliação de dano** (inc. Civil, Penal, Trabalho)
 - O normal com o envelhecimento é a saúde e não a doença
 - Estados fisiológicos não devem ser tidos em consideração

Capacidade

- **Capacidade jurídica genérica** – idoneidade ou aptidão para receber – para ser centro de imputação deles - efeitos jurídicos (constituição, modificação ou extinção de relações jurídicas) (Manuel de Andrade)
- Capacidade e competência
- Classicamente “uma capacidade”
- Cada vez mais “muitas capacidades”

Muitas capacidades

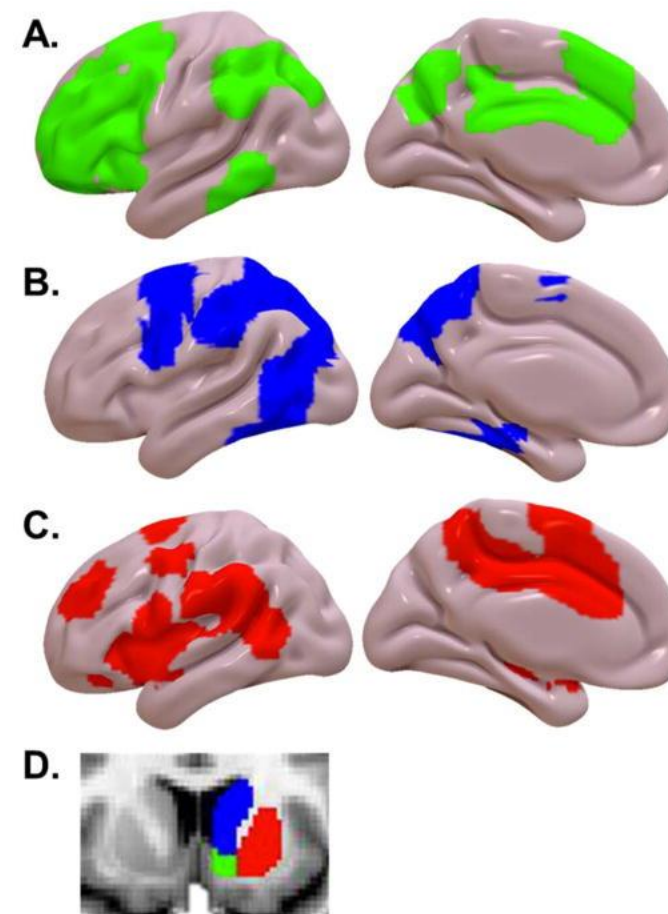
- O perito não se deve pronunciar sobre a “capacidade genérica”
- Conceito relativamente recente
 - Poucos estudos sobre a maioria das capacidades e direitos (excepto consentimento médico, financeiras e testamentária)
 - Perigo da queda no *sensu comum*
 - Perito caracteriza os défices – capacidades necessárias para executar a maioria dos direitos são sobretudo do âmbito normativo
- Avaliação específica para determinado contexto – risco da futurologia
- Contudo – algumas funções são essenciais para todas as capacidades

Bases das “muitas capacidades”

- **Consciência**
- **Funções cognitivas superiores**
 - Atenção complexa
 - Raciocínio e abstração
 - Memória
 - Linguagem...
- Base das capacidades: **Capacidade de Decisão/Julgamento**
 - Funções executivas
 - Mecanismos de reforço/recompensa
 - Crítica

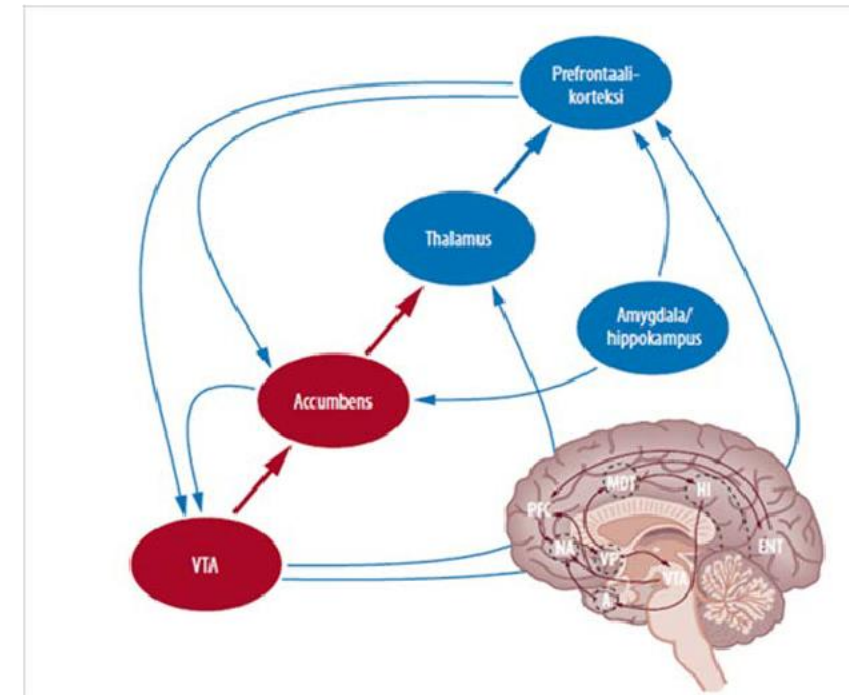
Capacidade de decisão e funções executivas

- Seleção de objetivos
- Atenção dividida
- Avaliação de diferentes cenários
- Comportamento dirigido
- Inibição de comportamento
- Velocidade de processamento



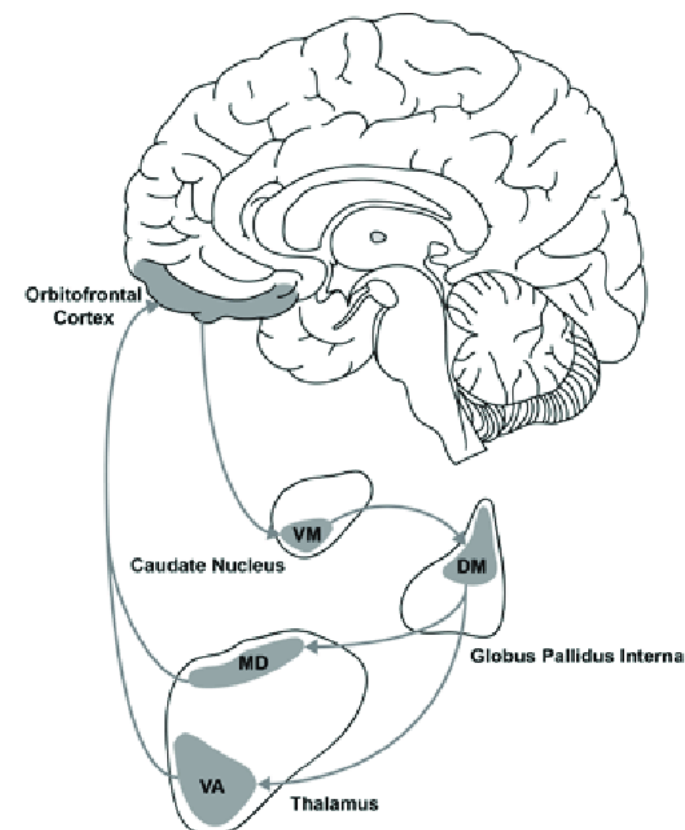
Capacidade de decisão e recompensa

- Condicionamento clássico e operante
- Recompensa/Punição esperada
- Volição
 - Estados residuais
 - Síndromes demenciais
 - Adições



Capacidade de decisão e crítica

- Percepção das próprias limitações
- Reflexão cognitiva e emocional
- Comparação entre:
 - Défices auto-reportados
 - Défices reportados por terceiros
 - Défices observados
- Especialmente importante em demências (confabulação)



Capacidade de decisão – avaliação prática

- Capacidade de comunicar uma escolha
- Capacidade de compreender informação relevante
- Capacidade de avaliar a situação e as suas consequências
- Capacidade de raciocínio

- A escolha em si não é relevante

Capacidades específicas

- Capacidade de dar consentimento informado para atos médicos
- **Capacidade para gerir bens**
- **Capacidade testamentária**

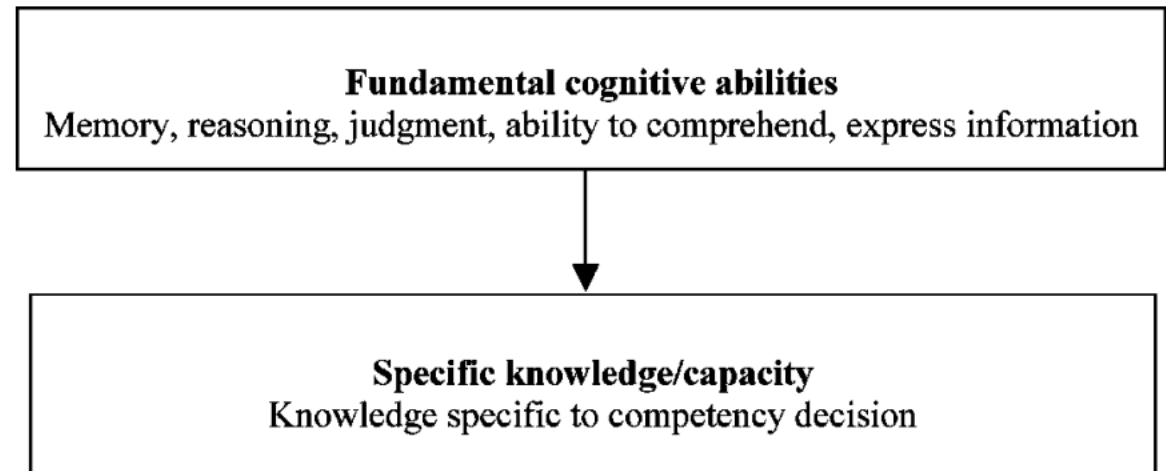


Fig. 2. A two-stage model of a capacity assessment.

Capacidade para gerir bens

- Capacidade de gerir bens de forma consistente com os valores e interesses do Examinando (Marson 2013)
 - Capacidade pragmática e de decisão (Marson 2000)
 - Performance aritmética e executiva (Griffith 2010)
 - Défices na cognição social e função executiva (Brickart 2014)
- Mesmo os défices cognitivos ligeiros estão associados a defeitos significativos nesta capacidade (Sudo 2016)
- Ausência de crítica muito frequente (Gerstenecker 2019)
- Existem pelo menos 10 instrumentos mas sem validação ou comparação suficientes (Ghesquiere 2019)

Capacidade testamentária

- Esperado um aumento da litigiosidade
 - Sec. XXI – período de maior transferência de bens da história
 - Aumento da esperança de vida com aumento das doenças mentais nos muito idosos (Marson 2004)
 - Natureza da estrutura familiar mais complexa (divórcios, casamentos tardios ou do mesmo sexo, adoções)
 - Desintegração do núcleo familiar com maior distanciamento entre os membros da família
- Pode ser Contemporânea ou Posterior (pre ou post mortem)
- Importância de avaliação objetiva e registada

Capacidade testamentária

- Capaz de compreender o ato de testar e os seus efeitos?
 - Conhecimento semântico de termos como morte, propriedade e herança.
- Capaz de compreender a natureza e extensão dos bens relevantes?
 - Memória semântica e biográfica em relação aos bens
 - Memória episódica/de trabalho para fazer estimativas do valor dos bens e trabalhar com elas
- Capaz de compreender os herdeiros esperados e a natureza de conflitos existentes?
 - Memória episódica para a relação com as pessoas envolvidas
 - Funções executivas de planeamento e raciocínio
- Capaz de comunicar o racional para a distribuição de bens pretendida?
- Sem doença mental que influencie as anteriores?

Capacidade testamentária

- *Intervalo lúcido*
 - Conceito defendido por juristas nos EUA
 - Evidência não apoia na Perturbação Neurocognitiva Major (Shulman 2015)
 - Poderá admitir-se na Demência de Corpus de Lewy
 - Conceito mais fortemente relacionado com delirium (*intervalo louco?*)
- Capacidade testamentária é o contexto de mais frequente avaliação pericial em doentes terminais, mas onde é mais comum a existência de delirium (Peisah 2014)

Capacidade de execução vs de decisão

- Dificuldades motoras
- Locked-in

- O **Perito** avalia a capacidade de decisão e especifica as dificuldades de execução e possíveis meios de compensação
- O **Tribunal** decide se estes são suficientes para se manterem deveres de cooperação gerais ou se deve haver limitação dos direitos

Regime de Maior Acompanhado

- Reconhecimento das “múltiplas capacidades”
- Razão de acompanhamento:
 - Saúde
 - Deficiência
 - Comportamento
- Audição obrigatória; Perícia opcional
 - Reversibilidade?
 - Défices ligeiros ou executivos?
 - Avaliação da capacidade de execução vs decisão?

Visão Geral

1. Saúde e doença mental no idoso
2. Aspectos gerais da avaliação pericial de idosos
- 3. Aspectos particulares da avaliação pericial de idosos**
 1. Direito Penal
 2. Direito Civil
 - 3. Outros contextos**
4. Conclusão

Direito de Família

- Poucos estudos em geral, ainda menos em idosos
- Ausência de consenso sobre capacidades parentais mínimas
- Poucos instrumentos de avaliação validados
- Rótulos de doença por si só não devem ser usados
- O perito não deve emitir pareceres sobre o exercício das responsabilidades parentais e apenas descrever e parecer sobre consequências imediatas e medicamente previsíveis

Avaliação em Segurança Social

- Complemento por Dependência
 - Grau 1 – necessita de apoio para atividades básicas da vida diária: locomoção ou alimentação ou higiene
 - Grau 2 – acamados ou com demência grave
 - Regime especial
 - Médico relator e Comissão de Verificação
- Estatuto do Cuidador Informal
 - Avaliação de complemento de dependência/assistência a 3ª pessoa
 - Avaliação da capacidade de consentimento

Visão Geral

1. Saúde e doença mental no idoso
2. Aspectos gerais da avaliação pericial de idosos
3. Aspectos particulares da avaliação pericial de idosos
 1. Direito Penal
 2. Direito Civil
 3. Outros contextos
- 4. Conclusão**

Observações finais

- Os idosos são uma população com **maior fragilidade** (abuso, dificuldades no acesso, subdiagnóstico), reconhecida na legislação.
- Os diagnósticos por si só não são suficientes – o perito deve pronunciar-se sobre **factos e capacidades concretas**.
- A avaliação pericial em idosos carece mais de **meios complementares e instrumentos** objetivos que noutras populações.
- Nem todas as patologias mentais nos idosos são irreversíveis ou permanentes.
- **A avaliação pericial é importante**, mas deve ser norteada pela ciência e não por achismos ou senso comum.



conferência on-line

ENVELHECER E EM VELHO SER: QUE DESAFIOS?



conferência on-line

**SAÚDE MENTAL
e a PROTEÇÃO do
IDOSO**

09.JUL | 15h00

**ENVELHECER E EM
VELHO SER: QUE DESAFIOS?**

Rogério Cação
Professor Especializado e
Vice-Presidente da Fenacerci

organização

- ORDEM DOS ADVOGADOS
CONSELHO REGIONAL DE LISBOA
- ORDEM DOS ADVOGADOS
CONSELHO REGIONAL DOS AÇORES
- ORDEM DOS ADVOGADOS
CONSELHO REGIONAL DE COIMBRA
- ORDEM DOS ADVOGADOS
CONSELHO REGIONAL DE ÉVORA
- ORDEM DOS ADVOGADOS
CONSELHO REGIONAL DE FARO

VEJA NO YOUTUBE

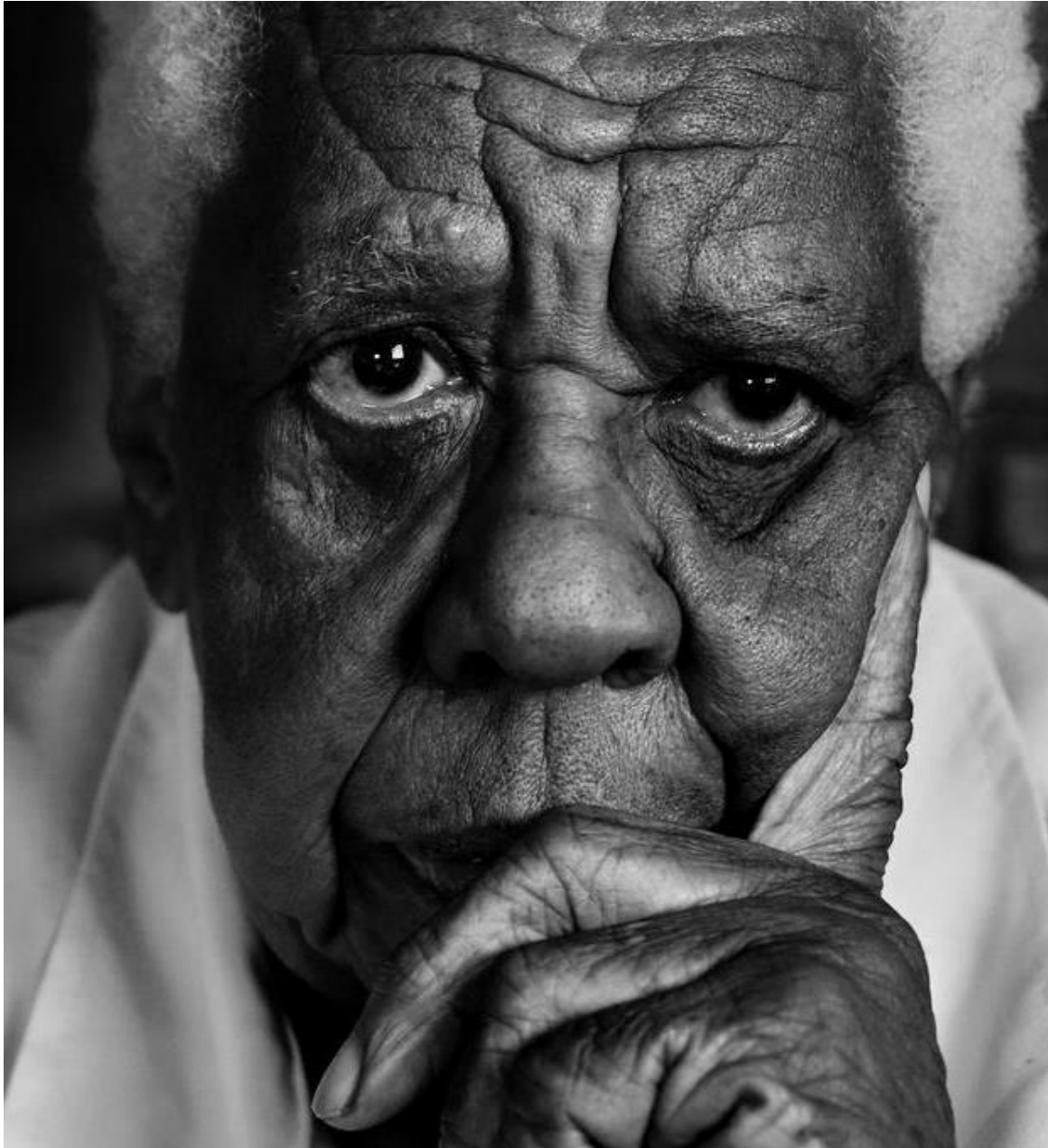
<https://www.youtube.com/watch?v=vzCSTLK1tv4&t>



ENVELHECIMENTO

ENVELHECER E EM VELHO SER

ENVELHECER COM QUALIDADE: UM DESAFIO DE TODOS



O que é ...?

- O que é ser velho?
- O que é envelhecer?
- O que é que eu quero para a minha velhice?
- O que é que eu não quero para a minha velhice?



DICOTOMIA DO ENVELHECIMENTO

- ENVELHECER:
 - PROCESSO NATURAL INEVITÁVEL E INCONTORNÁVEL
 - A ÚNICA FORMA DE VIVERMOS MAIS TEMPO
- EM VELHO SER:
 - PESSOA
 - INDIVIDUALIDADE
 - DIGNIDADE
 - HISTÓRIA DE VIDA
 - CIDADÃO
 - DIREITOS
 - PARTICIPAÇÃO
 - VALORIZAÇÃO
 - RECONHECIMENTO

Números que dão que pensar...

- 1950: 200M de pessoas com mais de 60
- 2040: 2000M
- 2000: 70 M de pessoas com mais de 80
- 2040: 400 M
- 2000-2040: + 100 anos: 180 000 para 3.5M
- 1950-2040:
 - População aumenta 4 vezes
 - População com + de 60 aumenta 10 vezes
- Situação Atual em Portugal:
 - 6º país mais envelhecido do mundo
 - População com mais de 60 é superior à com menos de 15





OLHARES CRUZADOS SOBRE AS PESSOAS MAIS VELHAS

- Experiência
- Fragilidade
- Saber
- Doença
- Gratidão
- Encargo
- Respeito
- Teimosia
- História
- Vida



ÉTICA E ENVELHECIMENTO

- DIMENSÃO DA RELAÇÃO
 - Afeto
 - Respeito pela idade
 - Respeito pela privacidade
 - Respeito pela individualidade
- DIMENSÃO DO CUIDADO
 - Profissionalismo
 - Análise de Riscos
 - Segurança
 - Conforto
 - Qualidade de vida

PONTOS DE PARTIDA

- Velhice não é igual a doença
- Reforma já não é igual a velhice
- Toda a gente vive mais anos: o desafio é vivê-los bem
- Há diferentes “envelhecimentos” e não dependem só de condições genéticas, mas também da história de vida e dos contextos.
- A abordagem ética do envelhecimento começa por integrarmos na nossa forma de estar que estamos a caminho.



MITOS E FACTOS



- OS VELHOS SÃO CHATOS – OU SERÁ QUE TÊM MENOS TEMPO A PERDER?
- OS VELHOS SÃO, POR REGRA, MAIS DESCONFIADOS – OU SERÁ QUE PODEM CONFIAR MENOS NOS SENTIDOS?
- OS VELHOS QUEREM É DESCANSO – OU SERÁ QUE QUEREM FAZER COISAS NOVAS?
- OS VELHOS SÃO FRÁGEIS E DOENTES – OU SERÁ QUE SOMOS NÓS QUE CRIAMOS ESSA FRAGILIDADE E PROMOVEMOS A DOENÇA.

RELEMBRAR AS MUDANÇAS

- A Sociedade vive processos de mudança que se refletem na abordagem do envelhecimento:
 - Família dispersa
 - Alterações profundas no papel da mulher
 - Grande pressão dos contextos urbanos associado ao aumento da pobreza
 - Alterações substantivas nos contextos rurais: há muito menos solidariedade espontânea
- O envelhecimento é em si um processo de mudança e mudar é sempre:
 - Deixar ou perder algo
 - Acrescentar algo
- A longevidade aumenta e a esperança de vida também. Os velhos de ontem são hoje pessoas dinâmicas e ativas.

ENVELHECIMENTO: o que é?

- É um processo biológico, progressivo e irreversível no qual ocorrem modificações físicas e fisiológicas naturais resultantes da ação do tempo.
- Estas mudanças não são produzidas por doenças e variam de indivíduo para indivíduo. A principal característica do envelhecimento é a heterogeneidade.
- Há fatores que podem interferir de forma positiva ou negativa no processo de envelhecimento.



Envelhecimento : muita coisa muda

- Mudanças fisiológicas, biológicas
- Mudanças psicológicas, emocionais
- Mudanças de comportamento
- Mudanças familiares.
- Mudanças sociais
- É no entanto fundamental ter em atenção que umas coisas mudam, mas outras permanecem.



Sinais de alerta e Eixos Prioritários

- Sinais de alerta:
 - Dificuldades na aquisição de informação
 - Dificuldades no lugar das coisas
 - Mudança na sequência de atividades rotineiras
 - Bloqueio na tomada de decisões
 - Perda de sentido de orientação
 - Deixar de gostar de fazer o que antes gostava
 - Maior Torpor e Fadiga
 - Mudanças de humor
 - Rasgos neuróticos
- Eixos prioritários
 - Saúde e Autocuidado
 - Diversificação da atividade física e intelectual
 - Fomento de vínculos e relações
 - Incrementar modelos de vida adulta



FISIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

- Pelos a mais e memória a menos
- Rugas a mais e músculos a menos
- Sistema urinário a mais e reprodutor a menos
- Coração a menos e nervos a mais



PERFIL DO CUIDADOR

- DISPONIBILIDADE
- ATENÇÃO
- RESPONSABILIDADE
- RESILIÊNCIA
- EQUILÍBRIO EMOCIONAL
- RESPEITO
- ÉTICA





QUE FAZER PARA UM ENVELHECIMENTO ATIVO?

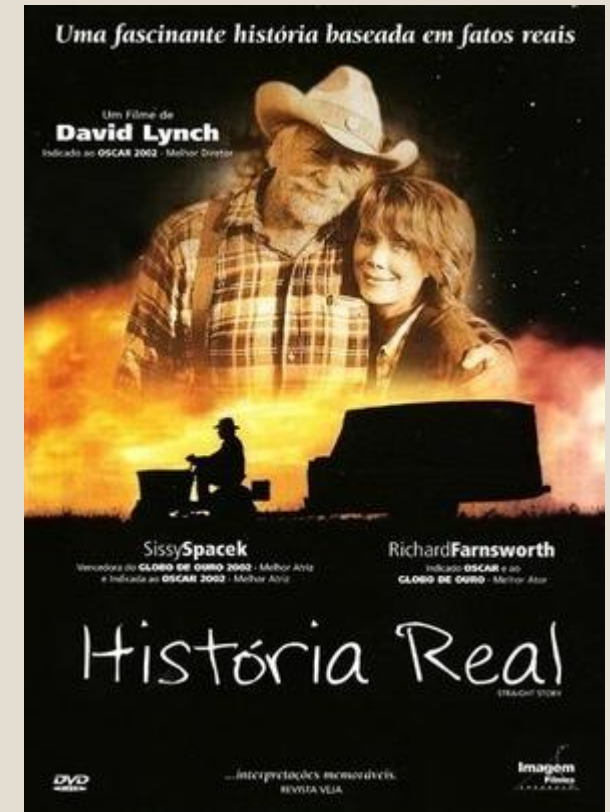
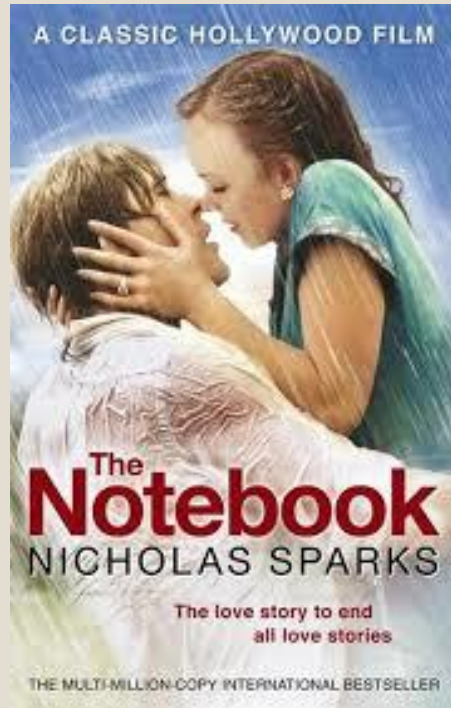
- Estimulação cognitiva: Perguntar. Jogar. Aprender idiomas, Ler
- Exercitar a linguagem: Comentar
- Atividade: Sair
- Relações para além da família
- Perspetiva positiva sobre o envelhecimento
- Adaptação das peças de uso diário (mobiliário)
- Formação sobre o envelhecimento
- Grupos de relacionamento e encontro

ENVELHECIMENTO E SEXUALIDADE



E agora o que é que vamos fazer? Talvez ...

- Pensar nestas coisas ...
- E, porque não, ver dois bons filmes:





Obstáculos

- Organizações que “envelhecem”
- Profissionais que envelhecem
- Metodologias e instrumentos que envelhecem

PRIORIDADES

- ALGUMAS IDEIAS:
- Formar para o envelhecimento
- Aprofundar o conhecimento sobre doenças incapacitantes: Alzheimer e Parkinson
- Acautelar as consequências do envelhecimento nas organizações, quer ao nível dos recursos, quer das estratégias, quer das metodologias.
- Reforçar as competências éticas dos profissionais
- Promover o envelhecimento ativo, designadamente através do reforço do trabalho em rede com a comunidade

- **Envelhecer**

- Uma pessoa envelhece lentamente: primeiro envelhece o seu gosto pela vida e pelas pessoas, sabes, pouco a pouco torna-se tudo tão real, conhece o significado das coisas, tudo se repete tão terrível e fastidiosamente. Isso também é velhice. Quando já sabe que um corpo não é mais que um corpo. E um homem, coitado, não é mais que um homem, um ser mortal, faça o que fizer... Depois envelhece o seu corpo; nem tudo ao mesmo tempo, não, primeiro envelhecem os olhos, ou as pernas, o estômago, ou o coração. Uma pessoa envelhece assim, por partes. A seguir, de repente, começa a envelhecer a alma: porque por mais enfraquecido e decrépito que seja o corpo, a alma ainda está repleta de desejos e de recordações, busca e deleita-se, deseja o prazer. E quando acaba esse desejo de prazer, nada mais resta que as recordações, ou a vaidade; e então é que se envelhece de verdade, fatal e definitivamente. Um dia acordas e esfregas os olhos: já não sabes porque acordaste. O que o dia te traz, conheces tu com exactidão: a Primavera ou o Inverno, os cenários habituais, o tempo, a ordem da vida. Não pode acontecer nada de inesperado: não te surpreende nem o imprevisto, nem o invulgar ou o horrível, porque conheces todas as probabilidades, tens tudo calculado, já não esperas nada, nem o bem, nem o mal... e isso é precisamente a velhice.

Sándor Márai, in 'As Velas Ardem Até ao Fim'

DEBATE

conferência on-line

MECANISMOS DE PROTEÇÃO DA AUTONOMIA DO IDOSO



conferência on-line

SAÚDE MENTAL e a PROTEÇÃO do IDOSO

10.JUL | 15h00

MECANISMOS DE PROTEÇÃO DA AUTONOMIA DO IDOSO

Maria Paula Ribeiro de Faria
Professora Associada da Escola de Direito do Porto da Universidade Católica Portuguesa

organização

- ORDEM DOS ADVOGADOS CONSELHO REGIONAL DE LISBOA
- ORDEM DOS ADVOGADOS CONSELHO REGIONAL DOS AÇORES
- ORDEM DOS ADVOGADOS CONSELHO REGIONAL DE COIMBRA
- ORDEM DOS ADVOGADOS CONSELHO REGIONAL DE ÉVORA
- ORDEM DOS ADVOGADOS CONSELHO REGIONAL DE FARO

The thumbnail features a central illustration of an elderly couple embracing, with a city skyline in the background. The text is arranged in a clean, modern layout with a mix of bold and regular fonts. The organization logos are listed on the right side of the thumbnail.

VEJA NO YOUTUBE

<https://www.youtube.com/watch?v=JvtpnuShblQ&t>



DIPLOMAS*

DECRETO-LEI N.º 47344

Diário do Governo n.º 274/1966, Série I de 1966-11-25

Código Civil

https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/34509075/view?p_p_state=maximized

DECRETO-LEI N.º 48/95

Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15

Código Penal

<https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/107981223/201708230200/indice>

LEI N.º 36/98

Diário da República n.º 169/1998, Série I-A de 1998-07-24

Lei de Saúde Mental

https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/75115272/view?p_p_state=maximized

RECOMENDAÇÃO N.º R (99) 4, DE 23 DE FEVEREIRO DE 1999, DO COMITÉ DE MINISTROS DO CONSELHO DA EUROPA, sobre os princípios relativos à proteção jurídica dos maiores incapazes

<https://rm.coe.int/16805e3038>

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/pessoas_deficiencia_convencao_sobre_direitos_pessoas_com_deficiencia.pdf

<http://www.ministeriopublico.pt/instrumento/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia>

* A presente compilação não pretende ser exaustiva e não prescinde a consulta destes e de outros textos legais publicados em Diário da República, disponíveis em <https://dre.pt>.

LEI N.º 25/2012

Diário da República n.º 136/2012, Série I de 2012-07-16

Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)

https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/116052607/view?p_p_state=maximized

LEI N.º 31/2018

Diário da República n.º 137/2018, Série I de 2018-07-18

Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida

https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/115712264/view?p_p_state=maximized

LEI N.º 49/2018

Diário da República n.º 156/2018, Série I de 2018-08-14

Cria o regime jurídico do maior acompanhado, eliminando os institutos da interdição e da inabilitação, previstos no Código Civil, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 47 344, de 25 de novembro de 1966

<https://dre.pt/pesquisa/-/search/116043536/details/maximized>



QUESTÕES*

<https://www.youtube.com/watch?v=JvtpnuShblQ#t=1h02m06s>

QUESTÃO 1

“Na sua opinião, no início da fase processual do Regime do Maior Acompanhado, ou seja, aquando da propositura da acção para o efeito e independentemente de quem a apresenta em juízo e da factualidade elencada, o Juiz do processo, deve ou não, ouvir SEMPRE, o Beneficiário, mesmo que ache que a acção deva ser julgada improcedente com base nessa mesma factualidade?”

RESPOSTA

01:02:06 a 01:05:11

<https://www.youtube.com/watch?v=JvtpnuShblQ#t=1h02m06s>

* A presente compilação transcreve, sem revisão, as questões colocadas pelos advogados aos oradores relativamente a cada temática.

FICHA TÉCNICA

Título

Saúde Mental e a Proteção do Idoso

Edição

Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Advogados

Rua dos Anjos, 79

1050-035 Lisboa

T. 21 312 98 50 E. crlisboa@crl.oa.pt

www.oa.pt/lisboa

Coordenação

João Massano

Centro de Publicações

Ana Dias

Marlene Teixeira de Carvalho

Colaboradores

Isabel Carmo

Susana Rebelo

Sofia Galvão