

## **A antonímia proteção/exclusão presente nos estatutos da interdição/curatela<sup>1</sup>**

**MARIA BERNADETTE DE MORAES MEDEIROS**

Doutora em Serviço Social pela PUCRS. Assistente Social do Ministério Público do RGS, lotada na Divisão de Assessoramento Técnico – DAT, prestando serviços junto à 10ª Promotoria de Justiça de Família e Sucessões de Porto Alegre.

**RESUMO:** O objetivo do presente artigo é aproximar distintos campos do saber (o jurídico, o médico e o social), enfocando, preliminarmente, o entendimento histórico e socialmente construído sobre a doença mental, seu nexos causal com a incapacidade civil e suas implicações legais. Em um segundo momento, a partir de pesquisa realizada junto a Bancos de Dados existentes na Promotoria de Justiça de Família e Sucessões de Porto Alegre, será abordado o processo da interdição civil e da curatela, com destaque para a antonímia exclusão / proteção presentes nesses estatutos legais.

**PALAVRAS CHAVES:** interdição, curatela, capacidade, doença mental, liberdade, direitos fundamentais.

### **1. INTRODUÇÃO**

Derivado do latim, *Interctione*, ao vocábulo *Interdição* são atribuídas as seguintes definições:

1. Ato de interdizer ; proibição, impedimento. 2. Privação judicial de alguém reger sua pessoa e bens. 3. Suspensão de funções ou de funcionamento. 4. Privação legal do gozo ou do exercício de certos direitos no interesse da coletividade; interdito (FERREIRA, 1999).

---

<sup>1</sup> Síntese de idéias apresentadas pela autora em sua Tese de Doutorado publicada pela Cortez Editora, São Paulo, em outubro de 2007, com o título “Interdição Civil: proteção ou exclusão?”

Portanto, as idéias de proibição, impedimento e privação legal do exercício de direitos são elementos constituintes da Interdição. Ato que, em nome do interesse da coletividade, priva legalmente alguém da administração de seus bens e da regência de sua pessoa..

Por outro lado, a palavra *curatela*, intrinsecamente relacionada à questão da interdição, traz em seu radical o sentido original do vocábulo, *cura*, que significa cuidado, diligência, aplicação, administração, direção, traduzindo o sentido da proteção presente neste instituto.

Curatela é o encargo oficial de regência, cumulativa ou alternativa, dos bens e da pessoa maior, incapaz de exercer os atos da vida civil (CARVALHO, 1995, p.53).

A principal finalidade da curatela é cuidar dos interesses da pessoa que, por sua condição pessoal, não tem possibilidades de, sozinha, tomar conta de si e de seus negócios. Seu pressuposto fático é, portanto, a incapacidade. Trata-se de um encargo, cujo titular, o curador, assume o compromisso perante um membro do poder judiciário, arcando, por conseqüência, com uma responsabilidade pública (*munus publicum*) da qual deve prestar contas. É através da nomeação do curador que o Estado, cumprindo sua função constitucional de defesa da dignidade humana em sua dimensão defensiva e prestacional<sup>2</sup>, dispensa sua proteção às pessoas (maiores), cuja incapacidade para exercer os atos da vida civil foi processualmente comprovada. Por isso, o encargo é oficial. (Carvalho, 1995).

É considerada *incapaz* a pessoa que, naturalmente dotada de dignidade e, portanto, com capacidade de direito, por não ter discernimento ou não poder expressar sua vontade de forma duradoura, não pode exercer pessoalmente, com autonomia, os atos da vida jurídica, só podendo fazê-lo com a assistência de outrem, ou por representação (BRASIL,2002).

Os institutos da *interdição* e da *curatela* – com suas funções de defesa dos interesses da sociedade e de proteção aos incapazes por parte do Estado – já se encontravam consagrados no Direito Romano e não sofreram modificações substanciais em sua estrutura até os dias atuais. No entanto, a noção de incapacidade associada à doença ou deficiência mental tem sido abordada de diferentes modos, no decorrer da história, pela sociedade civil, pela medicina e pelo direito.

<sup>2</sup> (...) sustenta-se que a dignidade possui uma dimensão dúplice, que se manifesta enquanto simultaneamente expressão da autonomia da pessoa humana (vinculada à idéia de autodeterminação no que diz com as decisões essenciais a respeito da própria existência), bem como da necessidade de sua proteção (assistência) por parte de comunidade e do Estado, especialmente quando fragilizada ou até mesmo – e principalmente – quando ausente a capacidade de autodeterminação” (SARLET 2005, p. 30).

## 2. DA RECLUSÃO À INSERÇÃO

A “insanidade”, na Grécia antiga, era entendida como um desequilíbrio humano comandado pelos deuses do Olimpo que, para atender a seus caprichos e desejos, manejavam os homens, tornando-os temporária ou permanentemente insanos. O indivíduo não se responsabilizava por seus atos, não existindo, portanto, as noções de responsabilidade e, por conseqüência, de culpa. Os deuses impunham suas vontades. (VIEIRA,2003; PESSOTI,1995).

Quando Roma adquiriu crescente importância política, os conceitos médicos e populares sobre a loucura, continuavam a fundamentar práticas populares supersticiosas em relação aos enfermos mentais, que eram privados da liberdade de ação e julgados incompetentes para controlar seus assuntos pessoais e profissionais. A lei contemplava a possibilidade da diminuição da responsabilidade criminal em função da constatação, pelo juiz, de distintos estados mentais, como enfermidade e embriaguez, descritos com detalhes nos textos legais (FREEDMAN, KAPLAN e SADOCK,1981). O tratamento atribuído ao indivíduo portador de doença mental passou a ser contemplado na Legislação (Direito Romano), visando “à proteção dos bens desses incapazes, especialmente os *furiosus*<sup>3</sup>, a quem se aplicava a interdição e, conseqüentemente, se institua a curatela” (VIEIRA,2003, p.9). Tem-se, pois, no Direito Romano, a origem da restrição à autonomia do ser humano, em razão de enfermidade mental.

Com o advento do cristianismo, cuidar dos pobres e doentes passou a ser entendido como uma forma de atingir a salvação. Junto às igrejas criaram-se os “hospícios”<sup>4</sup> para acolhimento e hospedagem aos viajantes, peregrinos, doentes físicos e mentais. Com o passar dos anos, os hospícios, acobertados pela noção de caridade, passaram a cumprir uma função de controle social, isolando os *desviados* e excluídos (leprosos e pestilentos na Idade Média) e,

---

<sup>3</sup> “O *furiosus* era o indivíduo cuja loucura se manifestava por idéias extravagantes, episódios de excessos e violências permeados por intervalos de lucidez”. “O *mentecaptus* era aquele que apresentava transtorno mental contínuo”. “A *dementia*, era resultado da evolução da moléstia com sério comprometimento das faculdades de entendimento” (VIEIRA, 2003).

<sup>4</sup> “(Do latim, *hospitiu*). 1.Casa onde se hospedam e/ou tratam pessoas pobres ou doentes, sem retribuição; asilo. 2. Asilo de loucos, com retribuição ou sem ela; manicômio. 3. Lugar onde se tratam animais abandonados” (FERREIRA, 1999). No Brasil colônia, assim como em Portugal, os hospícios foram inicialmente instalados por ordenações religiosas, as “Casas de Misericórdia”, onde os pobres eram acolhidos. Paulatinamente alas destes estabelecimentos passaram a ter um local específico para recolhimento dos alienados mentais (GRAÇA, 2000).

posteriormente, no Antigo Regime<sup>5</sup>, os grupos da população potencialmente perigosos para a ordem estabelecida: os loucos, pecadores, sífilíticos, deficientes, pobres, vagabundos, criminosos, prostitutas, órfãos, idosos, desempregados e marginais (GRAÇA, 2000). Neste sentido, o “dever de caridade e a vontade de punir” (GOFFMAN, 1999, p. 50) adquiriam dimensões políticas, sociais, religiosas, econômicas e, sobretudo, morais.

A Idade Média registrou um retorno acentuado às explicações teológicas: a doença mental era considerada como manifestação demoníaca, e seu portador era submetido a exorcismos para afastar os espíritos do mal que se apossavam de sua alma.

Com a mudança para o paradigma Antropológico, que marca o início da Época Moderna, as leis passaram a ser produto da sociedade. O homem, livre e racional por natureza, se torna membro de uma sociedade por seu livre assentimento. Aquele que não tem discernimento para se orientar pela razão também não é livre e, portanto, não pode ser considerado responsável por seus atos. A ordem burguesa impunha a autonomia e a autodeterminação em substituição à cultura tradicional, onde predominava o sagrado, o mito, o encantamento do mundo (ROSA, 2002). O direito deixou de ser matéria restrita ao conhecimento dos sacerdotes para tornar-se assunto de interesse e conhecimento público. As superstições religiosas foram substituídas pelas descobertas científicas, e a doença mental passou a ser observada sob o aspecto clínico.

No contexto do Iluminismo e da Revolução Francesa, importante foi a contribuição de Pinel<sup>6</sup>, considerado o fundador da Psiquiatria Clínica, ao libertar os *alienados* de suas algemas e voltar sua preocupação para a descrição, classificação e tratamento das doenças mentais. Sua argumentação em favor da institucionalização pelo confinamento, tinha por fundamento duas questões básicas: o princípio do hospital como *lugar de exame* ou de *pesquisa*, uma vez que, por analogia ao método da pesquisa botânica, o isolar é o *apriori* do conhecer. Portanto, pelo afastamento era possível classificar e identificar as diferenças entre os *mansos*, os *agitados*, os *melancólicos*, os *sórdidos*, os *suicidas*, entre outros tipos classificáveis. Por outro lado, o isolamento era

---

<sup>5</sup> Esta noção surge como marco político a definir tudo aquilo que os integrantes da Revolução Francesa em 1789 pretendiam negar da ordem social anterior. O termo foi popularizado e ganhou lugar como discussão política e acadêmica a partir da obra de Alexis de Tocqueville, *O Antigo Regime e a Revolução*, em 1856 (VIANNA, 2004). Para um maior aprofundamento sobre o tema, consultar também WILLIAM, 1991.

<sup>6</sup> Phillipe Pinel (1745-1826) Considerando as *paixões* com um dos fatores mais importantes para sua predisposição, o tratamento *moral* de Pinel se baseava no conceito de Aristóteles de que a saúde mental dependia do equilíbrio das *paixões* (FREEDDMAN, KAPLAN E SADOCK, 1981).

considerado terapêutico porque a instituição, com suas regras, passava a ser organizada de forma a afastar as influências mórbidas que causavam e agravavam a alienação. O isolamento, por consequência, era entendido, ao mesmo tempo, como “um ato terapêutico (tratamento moral e cura), epistemológico (ato de conhecimento) e social (louco perigoso, sujeito irracional)” (TORRE, 2001, p.3).

A medicina, através da psiquiatria, instaura-se, a partir desse momento, como pedra fundamental de um novo saber científico sobre a doença mental. A ela cabe, através do diagnóstico, estabelecer o encaminhamento a ser dado aos transgressores da ordem, ou seja, a prescrição da repressão (exclusão pela prisão) ou do tratamento (exclusão pelo internamento). Com base neste saber, novas medidas são instauradas pelo parlamento francês: os insensatos, os irresponsáveis, os alienados, enfim, os loucos (desprovidos de razão) passaram a ser diferenciados dos criminosos, e um novo tipo de relação é com eles estabelecido: a *tutela* (a dependência, a perda da autonomia). Consentâneo com o espírito da *época das Luzes*<sup>7</sup>, não sendo portadores do atributo da razão e da vontade, portanto, incapazes, não lhes era reconhecida a cidadania e os direitos dela decorrentes. A exclusão do pacto social é o lugar do alienado, “do sujeito da desrazão ou da ausência de sujeito – sujeito irracional e irresponsável cívica e legalmente – sujeito delirante sem cidadania que deixa de ser um ator social para tornar-se objeto do alienismo” (TORRE, 2001, p.4).

Em 1804, o Código Civil francês, de Napoleão Bonaparte, ao tratar da questão da proteção aos bens dos incapazes através do instituto da interdição, inovou ao prever que a decretação da incapacidade, com a consequente privação da liberdade do interditando, só se efetivaria após um julgamento, em que deveria ser garantido o interrogatório do suposto incapaz. Estabelece-se aí, o direito ao contraditório, isto é o direito de defesa em relação à decretação, unilateral, da incapacidade atribuída.

A Lei Francesa nº 7447<sup>8</sup> (FRANCE, 1838), de assistência aos alienados, aprovada em 1838, já no contexto do liberalismo, ao mesmo tempo em que visava proteger a sociedade de seus *comportamentos incompreensíveis*, garantia sua proteção mediante a oferta de tratamento, atribuindo ao Estado o dever de fiscalização<sup>9</sup>. Com a reorganização da assistência psiquiátrica, em

---

<sup>7</sup> Referente ao Iluminismo. O primado da razão.

<sup>8</sup> Jean Etienne Esquirol, discípulo preferido de Pinel, foi um dos principais responsáveis pela proposta desta Lei. (FREEDDMAN, KAPLAN E SADOCK, 1981, p.13).

<sup>9</sup> Esta lei influenciou a legislação de inúmeros países, inclusive o Brasil. Seu texto integral encontra-se disponível no site <http://www.ch-charcot56.fr/textes/11838-7443.htm>. Acesso em 02/06/2004.

decorrência desta Lei, passou a ser possível a internação psiquiátrica sem que para tanto fosse necessária uma medida drástica como a interdição (VIEIRA, 2003).

Importantes pesquisadores marcaram a evolução dos estudos psiquiátricos, no século XIX. Na França, foram aprofundados os estudos clínicos do paciente, a descrição detalhada de seus sintomas, a estreita relação entre a psiquiatria e a neurologia e os aspectos médico-legais da psiquiatria<sup>10</sup>. A psiquiatria alemã, se por um lado estava muito influenciada pelo movimento romântico<sup>11</sup> e por princípios teológicos, por outro, tentava explicar as enfermidades em função de alterações físicas no sistema nervoso. Nesse contexto, o termo *asilo*, ou *hospício*, para designar o local para onde eram levados os *doentes mentais* foi substituído por *hospita*<sup>12</sup>. A sistematização desenvolvida por Freud<sup>13</sup>, que resultou na psicanálise, revolucionou não só o entendimento sobre a doença mental, como seu tratamento.

Também no Brasil, ao final do século XIX, os estudos e investigações realizadas na Europa, especialmente na França e, posteriormente na Alemanha, eram acompanhadas por médicos psiquiatras e legistas, que contribuíram para o desenvolvimento desse conhecimento, especialmente com aportes na área médico-legal. Em 1852 é criado, no Rio de Janeiro, o primeiro Hospital Público – Pedro II, inaugurando-se aí a política oficial de tutela e segregação do doente mental no país.

Embora alguns estudiosos concebesses a segregação dos doentes mentais como uma forma de proteção e tratamento, no mais das vezes, durante o decorrer histórico, e em diversas culturas, mais que uma terapia, ela cumpria a função de proteção da sociedade e garantia da integridade dos demais indivíduos frente a comportamentos desviantes que geravam insegurança.

A marca da exclusão e do preconceito continuava, como ainda hoje, a permear as relações que se estabelecem no âmbito sócio-legal da doença mental, apesar da evolução dos estudos científicos. Sem regência sobre sua pessoa; sujeito, não raro, a internações involuntárias; desqualificado em seu

<sup>10</sup> Destacam-se neste universo, Pinel, Esquirol, Falret, Baillarger, Morel, Charcot e Magnan (FREEDDMAN, KAPLAN E SADOCK, 1981).

<sup>11</sup> “Movimento de escritores que, no princípio do séc. XIX, caracterizou-se pelo subjetivismo, pela liberdade de assuntos, de composição, de colorido, etc., como meios de expressão de sentimentos e estados de alma. No âmbito da filosofia, constituiu-se como um movimento de reação ao Iluminismo (FERREIRA, 1999). O mundo romântico, diferentemente do mundo iluminista, está radicalmente aberto ao sobrenatural e ao mistério, pois representa apenas «uma aparição evocada pelo espírito» (AGUIAR e SILVA, 1982).

<sup>12</sup> Na Alemanha, importantes contribuições foram deixadas por Reil, Greisinger, Kraeplin, Krestshmer, Bleurer e Meynert, que foi professor de Freud.

<sup>13</sup> Sigmund Freud (1856-1939) é considerado o *pai* da psicanálise.

poder de verbalizar reivindicações, esse indivíduo transforma-se em não-cidadão. O *hospício* e seu estigma confirmam e reforçam sua doença. Como *instituição total*, no dizer de Goffman (1999), o hospício traz embutido em seu papel o lento processo de “mortificação do Ego”, que se concretiza pela perda de identidade ao ser despojado de seus pertences; a perda do contato com o mundo exterior; o ócio forçado; a atitude autoritária da equipe dita *terapêutica*; a perda de amigos, propriedades e acontecimentos sociais; a perda de perspectivas fora da instituição.

No período posterior à Segunda Guerra, a proliferação de situações assim descritas, em que se sobressaíam os aspectos de *depósito* humano, de abandono, de falta de perspectivas, de despersonalização, de violação de direitos, passaram a mexer com as angústias e a consciência coletiva, trazendo à memória a recente experiência dos campos de concentração e das pesquisas “científicas” realizadas pelo Reich, na Alemanha. Tais condições favoreceram o aparecimento de inúmeras críticas questionando o padrão de intervenção do Estado nesta área, assim como a legitimidade e capacidade da psiquiatria para tratar e curar os doentes mentais. A situação de cronificação dos internos nos hospitais psiquiátricos deixava clara sua incompetência para alcançar a finalidade de tratamento e recuperação a que se propunha.

Impulsionada mundialmente pelo vigor dos movimentos em defesa da liberdade e garantias fundamentais que respaldaram a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, e Tratados posteriores, a década de 60 do século XX foi fértil em propostas e ações transformadoras para o que se convencionou chamar de *Movimento de Saúde Mental* ou pela *Reforma Psiquiátrica*. Abarcando uma diversidade de concepções e com ramificações em diferentes países como a França<sup>14</sup>, Estados Unidos<sup>15</sup>, Cuba<sup>16</sup>, Inglaterra<sup>17</sup> Brasil<sup>18</sup> e, especialmente, a

---

<sup>14</sup> “A psicoterapia institucional francesa – constituiu-se como um movimento de contestação ao modelo asilar tradicional, e propôs demandar esforços no sentido de humanizar e melhorar as condições materiais dos hospitais psiquiátricos, através de mudanças na sua organização interna” (AMARAL, 1999).

<sup>15</sup> Promovida pela Administração do Presidente Kennedy, vai buscar inspiração na chamada *psiquiatria de setor* francesa, chamada Psiquiatria Comunitária. Com a cidade dividida em microrregiões, os pacientes eram atendidos em sua própria comunidade, em uma tentativa de se prevenir internações. No Brasil, a experiência mais duradoura neste sentido aconteceu em Porto Alegre, RS, na comunidade de São José do Murialdo (AMARAL, 1999).

<sup>16</sup> A reestruturação do Hospital Psiquiátrico de Havana, a partir de 1959.

<sup>17</sup> O movimento surgido em fins da década de 50 propunha práticas alternativas ao manicômio. O movimento da *Antipsiquiatria*, além de questionar o aparelho assistencial, passou a colocar sob análise as próprias bases e fundações do conhecimento psiquiátrico. (RIETRA, 1999, p. 30).

<sup>18</sup> No início da década de 70 é fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, que vai organizar a discussão na área, congregando profissionais da saúde.

Itália<sup>19</sup>, esse movimento difundiu-se rapidamente. A discussão sobre a loucura e a psiquiatria invadiu as páginas dos jornais, as telas dos cinemas e passou a ser objeto de estudo das Ciências Sociais e Humanas. As obras de autores como Foucault (2000; 2001), Goffman (1999) e Castel (1991), entre outros, ganharam repercussão mundial, subsidiando as propostas de reforma psiquiátrica em curso e alterando a cultura em torno do doente mental, assim como suas possibilidades de participação social.

O movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, influenciado de forma decisiva pelas obras dos autores antes mencionados e pelas transformações em curso, especialmente na Europa e Estados Unidos, e por experiências isoladas já em desenvolvimento no país, ganhou força no final dos anos 70. Em um primeiro momento, suas principais críticas dirigiram-se às condições de violência e negligência a que eram submetidos os pacientes nos hospitais psiquiátricos, à ausência de recursos e às péssimas condições de trabalho dos profissionais da área. É neste momento que se dá início, no país, a constituição de um pensamento crítico sobre a natureza e função social das práticas em saúde mental.

A seguir, orientado pelo marco teórico da Psiquiatria Preventiva<sup>20</sup>, o movimento passou a lutar pela construção de um novo modelo assistencial, onde eram privilegiados os serviços extra-hospitalares que possibilitariam a superação do manicômio. A proposta era a desativação progressiva dos hospitais psiquiátricos, através de uma triagem mais eficaz e eficiente, com a diminuição das internações, reinternações e do tempo médio de permanência hospitalar.

A criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luís Cerqueira, em São Paulo, em 1987, constituiu-se na objetivação de uma dessas possibilidades e passou a exercer forte influência na criação e transformação de muitos serviços. No CAPS, os pacientes eram atendidos em programas de atividades diversas, funcionando oito horas diárias durante os cinco dias da semana, com o objetivo de acolher aqueles que, embora com graves dificuldades de relacionamento, pudessem permanecer fora do hospital.

---

<sup>19</sup> Entre 1964 e 1978 se destaca o movimento italiano da “Psiquiatria Democrática”, que se constituiu um grupo com forte ativismo e mobilização política e social, encabeçado pelo psiquiatra Franco Basaglia.. Rechaçaram fortemente o modo como a sociedade encarava a doença mental e promoveram uma mudança radical na *praxis* da psiquiatria: e propugnaram por mudanças políticas no sentido de desenvolver os cuidados psiquiátricos em novas instituições humanizadas e comunitárias (ARDUINO, 2000).

<sup>20</sup> Com fortes raízes na experiência inglesa e francesa.



Em 1989, é apresentado à Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 3.657, intitulado Reforma Psiquiátrica, o qual só foi aprovado 12 anos depois, com a publicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001a). A partir da vigência dessa Lei, a atenção das pessoas vítimas de sofrimento psíquico deve ser, prioritariamente, em regime aberto, sendo privilegiada a reinserção social do enfermo, sendo-lhes garantidos os seguintes direitos:

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001a).

Entre outras prerrogativas, a Lei determina que ao Estado cabe a responsabilidade pelo desenvolvimento da política de saúde mental e pela assistência e promoção de ações de saúde em estabelecimentos apropriados, com a devida participação da família e da comunidade. O atendimento prioritário deverá ser de forma extra-hospitalar, sendo a internação indicada somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. A reinserção do paciente a seu meio é finalidade permanente do tratamento. Em caso de internação, o tratamento deverá oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, lazer e outros, sendo vedada a internação em instituições com características asilares e que não assegurem aos pacientes seus direitos legais. A internação involuntária deverá ser comunicada ao Ministério Público, para acompanhamento.

Entretanto, estas prescrições e determinações legais, é necessário que se reconheça – e a pretensão deste trabalho é evidenciar –, constituem-se ainda uma utopia para grande parte da população portadora de transtorno

mental. Entre o estamento legal e sua concretização na vida real, expresso pelo fácil acesso aos serviços ambulatoriais, centros de convivência, hospitais-dia, residenciais terapêuticos e outros que viabilizem o tratamento extra-hospitalar e trabalhem, efetivamente, em sentido inclusivo, há ainda um grande hiato a ser transposto. O que a realidade cotidiana teima em mostrar, a cada momento, é o estado de abandono e de exclusão em que vivem esses sujeitos (notadamente os de menor renda), evidenciando o baixo investimento e a insuficiência de uma política pública para atendimento e provisão desses serviços especializados, em número necessário para atender à demanda.

Mas, para além da desinstitucionalização, esses movimentos colocaram em questão a desconstrução de um saber que sustentou as bases da psiquiatria desde o Iluminismo. Não se trata de negar a doença, diz Gondin (2001, p.18), “já que o sofrimento existe e está lá, com o sujeito”. No entanto, a ênfase passa a ser “colocada não mais na busca da cura da doença e sim no projeto de invenção da saúde e de reprodução social do paciente. A palavra chave deixaria de ser *cura* para se tornar *cuidados*”. Nessa concepção, *tratar* significa reconstrução de sentido, reinserção no corpo social, intercâmbio de novos papéis, transformação do modo como os doentes vivem e se relacionam com seu próprio sofrimento e, concretamente, transformação de suas vidas cotidianas. Em lugar da rotulação da *incapacidade* da pessoa, passa-se a estudar suas *possibilidades* para fortalecimento de suas *capacidades*.

Por refletir, fundamentalmente, uma mudança conceitual em relação à doença mental e sobre as possibilidades de seus portadores a Reforma Psiquiátrica, em implantação, constitui-se em um conjunto de iniciativas políticas, sociais e culturais, administrativas e jurídicas que incluem transformações nas instituições prestadoras de serviços; no saber médico-psiquiátrico; nas prioridades de investimento; nas práticas sociais de atendimento e nos procedimentos jurídicos e legais.

### 3. A INTERDIÇÃO E A CURATELA

A partir do modelo cunhado no direito romano, o instituto da Interdição se desenvolveu de forma independente nos diversos países. Em algum deles, a questão é tratada de maneira mais minuciosa pela Lei. Em outros de forma mais genérica. No Brasil, as alterações na legislação que lhe dão suporte procuram expressar a evolução dos conceitos psiquiátricos e sociais quanto ao entendimento e compreensão da doença mental e sua incorporação pelo estamento jurídico.

O Código Civil Brasileiro de 1916, em vigor até janeiro de 2003, ao tratar dos institutos da interdição e da curatela, deixava transparecer em sua

linguagem as concepções sobre *doença mental* que vigiam à época de sua promulgação: eram considerados incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil e, portanto, sujeitos à curatela, “os loucos de todo o gênero”; “os surdos-mudos que não puderem exprimir a sua vontade” e os “pródigos” (BRASIL, 1916, Art. 5º e Art. 446). “Essa denominação era, além de tosca, absolutamente imprecisa do ponto de vista técnico e psiquiátrico”, diz Ballone (2004), e não mais oferecia resposta aos quesitos postos pela realidade social.

Aos loucos – também chamados na legislação pertinente como “alienados mentais”, “psicopatas”, “dementes” ou “portadores de enfermidade mental” –, cuja confirmação da doença deveria ser atestada por um perito médico, era atribuída a incapacidade absoluta, com a correspondente interdição total. Isto é, ficavam impedidos para o exercício de todos os atos da vida civil. Aos surdos-mudos, pródigos e toxicômanos era admitida a interdição parcial ou relativa, conforme o grau de suas incapacidades, devendo constar, na própria sentença de interdição, seus limites.

Embora em vários países do mundo ocidental, fundamentalmente nas décadas de 60 e 70 do século XX, reformas legislativas refletissem o aumento da consciência mundial a respeito da importância da manutenção da dignidade da pessoa humana, sua autonomia e preservação de seus direitos, levando a comunidade jurídica a novas reflexões no trato das questões referente à interdição e à curatela, no Brasil, as alterações referentes a essas questões, ainda que de forma tímida, só foram efetivadas com a entrada em vigor do novo do Código Civil (BRASIL, 2002) que passou a vigorar a partir de janeiro de 2003.

O novo diploma legal, introduzindo uma nomenclatura mais adequada ao estado do conhecimento da época, diz que estão sujeitos à curatela:

- I – aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil;
- II – aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade;
- III – os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos;
- IV – os excepcionais sem completo desenvolvimento mental;
- V – os pródigos (BRASIL, 2002, Art. 1.767).

Desta forma, para que seja possível a interdição, não basta a mera existência da enfermidade ou deficiência mental. É fundamental a caracterização da ausência de discernimento para a prática do ato. Esta caracterização é expressa, primeiramente, em linguagem médica. É o *médico-perito* o profissional que detém o saber/poder de determinar, com a autoridade que lhe é conferida oficialmente, se a pessoa é ou não um doente. Se ela tem ou não

discernimento. Se ela é capaz ou incapaz e qual o grau de sua incapacidade. É através desse olhar, isto é, da doença descrita, categorizada e atribuída ao sujeito por um profissional da área médica, que a justiça dará o *verdictum* que definirá o papel que o sujeito passará a desempenhar na vida social.

O Código Civil reconhece e considera a possibilidade da existência de portadores de doença ou deficiência mental com capacidade para continuar a exercer a regência sobre a sua pessoa e sobre seus bens, praticando os atos necessários para sua administração e efetivação de seus negócios. Mas esta determinação será resultado do encontro entre essas duas práticas e saberes – Direito e Medicina – que detêm o poder de atribuir ao sujeito um papel específico.

A simples existência de transtorno ou doença mental não significa, obrigatoriamente, que é totalmente impossível haver compreensão do ato, do lícito, do ilícito, das conseqüências, enfim, não é suficiente para determinar, invariavelmente, a incapacidade civil absoluta, como se considerava antes, através dos chamados *loucos de todo gênero* (BALLONE, 2004, p. 4).

Outra importante inovação introduzida pelo Código Civil foi a possibilidade de, conforme a gravidade da enfermidade ou deficiência mental, ser declarada a incapacidade absoluta ou relativa (artigo 3º, II e 4º, II conjugado com o artigo 1.767, I e III), podendo seus limites circunscrever-se a restrições de, sem curador, “emprestar, transigir, dar quitação, alienar, hipotecar, demandar ou ser demandado, e praticar, em geral, os atos que não sejam de mera administração” (BRASIL, 2002, Art. 1782). Ou seja, do ponto de vista legal, não há impedimento para que os relativamente capazes possam praticar todos os demais atos civis, podendo, portanto, votar, dirigir, casar, perfilhar, etc. A limitação é individual, em função das possibilidades de cada pessoa, cabendo ao juiz, com base em laudos técnicos e na *audiência de impressão pessoal*, personalizar sua sentença, estabelecendo seus limites.

Cumprido ressaltar, no entanto, que embora o Código Civil de 1916 já admitisse essa possibilidade aos surdos mudos, ébrios, toxicômanos e pródigos, levantamento realizado sobre 672 Processos de Interdição com sentenças proferidas entre os anos de 2000 a 2002, cadastrados no Banco de Dados “Interditos” da Promotoria de Justiça de Família e Sucessões de Porto Alegre, evidenciou que a quase totalidade desses processos, foram de *interdição total*, conforme demonstra a tabela a seguir apresentada<sup>21</sup>.

<sup>21</sup> Constatação semelhante foi verificada em pesquisa realizada em São Paulo, por VIEIRA (2003).

**Tabela nº 1.** Processos Agrupados por: Gênero e Limite da Extinção  
Condição: Sentença de 01/01/2000 a 31/12/2002

|                 | Feminino |       | Masculino |       | Total |       |
|-----------------|----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
|                 | Nº       | %     | Nº        | %     | Nº    | %     |
| Interd. Parcial | 2        | 0,5   | 9         | 3,0   | 11    | 1,6   |
| Interd. Total   | 371      | 99,5  | 290       | 97,0  | 661   | 8,4   |
|                 | 373      | 100,0 | 299       | 100,0 | 672   | 100,0 |

Fonte: Banco de Dados “Interditos”

Ou seja, dos 672 (seiscentos e setenta e dois) processos cadastrados, apenas 11 casos (1,6%) foram sentenciados como *interdição parcial*. Analisando pelo lado oposto, na quase totalidade dos casos considerados, os sujeitos foram decretados como *absolutamente incapazes* para manifestar sua vontade e decidir sobre determinadas condições de sua vida diária, como casar, dirigir, filiar-se a partido político, votar, matricular um filho na escola, abrir um crediário para compra de eletrodoméstico, entre outras.

São inúmeros os casos observados, no entanto em que os interditos levam sua vida cotidiana com absoluta autonomia, inclusive realizando certos trabalhos, restringindo-se o curador a receber e repassar-lhes, para administração própria, os proventos mensais a que têm direito. Nesses casos, de forma bastante generalizada, a interdição é vivida como um constrangimento, o qual tentam ocultar conforme demonstra a situação a seguir, transcrita de um relatório de cumprimento de Mandado de Verificação.

Durante toda visita P. manifestou, reiteradamente, os constrangimentos que vem sentindo por sua situação de interdito. Verbalizou que “interdição no Brasil é sinônimo de destruição”. Paulatinamente, vem se afastando dos amigos e das atividades de lazer às quais era afeto, como a atividade náutica. Tentou voltar a estudar na PUCRS, mas abandonou. Sente-se discriminado e constrangido em sua autonomia. As pessoas já o tratam de “forma diferente”. Disse que seu desejo era “ser tratado como gente e protegido no Fórum”. (Anexo I, Documento nº 1)<sup>22</sup>

<sup>22</sup> Banco de Dados Trabalhos Realizados que reunia, até julho de 2004, 507 (quinhentos e sete) relatórios de Mandado de Verificação e 265 (duzentos e sessenta e cinco) pareceres, informações e estudos sociais elaborados no cotidiano do trabalho desenvolvido pela autora, como assistente social junto à Promotoria de Família e Sucessões. Essas informações referem-se a 407 (quatrocentos e sete) Expedientes Administrativos / EAs – dos 1167 (mil, cento e sessenta e sete) que tramitam no âmbito da Promotoria, para registro e acompanhamento dos casos que se encontram sob a responsabilidade do 10º Promotor de Justiça de Família e Sucessões – nos quais houve a ingerência da autora no cumprimento de sua atividade profissional como assistente social, no período compreendido entre abril de 2002 a julho de 2004.

São variadas as situações e trajetórias que levam alguém ao processo de interdição, não sendo ele corolário unívoco da mera existência da doença ou deficiência mental, conforme mencionado anteriormente. Para que o ato de Interdição aconteça, é preciso que um terceiro<sup>23</sup> – o Autor da Ação – num determinado momento da trajetória de vida do suposto incapaz, assuma a decisão e iniciativa de levar ao universo público uma questão até então restrita à esfera privada, familiar ou institucional. É nesse momento, diz Zarias (2003), que se revela o nexo causal entre a doença (categoria médica) percebida em suas manifestações sociais, e as motivações que levaram o autor a acionar a justiça (sistema legal estatal) para, através da enunciação jurídica da incapacidade do interditando, preservar algum interesse privado, pessoal ou familiar, como se exemplifica:

Contou sua mãe e curadora, que E. é o filho mais moço de 5 irmãos. Sua doença manifestou-se aos 21 anos, após ter viajado ao Rio de Janeiro para assistir o “primeiro Rock in Rio”. Nesta ocasião foi internado na Clínica (...). Posteriormente esteve também na Clínica (..) e na (...). Sua última internação ocorreu há mais de 15 anos. E. era músico, tinha banda e era professor de música em uma “escolinha” de crianças. Sempre teve uma “veia artística muito aguçada”. Após suas internações, passou a levar uma vida restrita à casa. Quase não sai e afastou-se dos amigos. Após o falecimento de seu pai a mãe promoveu sua interdição para garantir seu direito à pensão paterna, no valor de R\$ 2024,00 para os dois (Anexo nº I, Documento nº ii).

O exame das *Iniciais* dos processos de interdição cadastrados permite observar que, de uma forma bastante generalizada, a decisão do *Autor* em entrar judicialmente com uma ação, cujo resultado importará a decretação da incapacidade de alguém – o *Réu* ou o *interditando* – para reger seus atos e sua pessoa, não ocorre no momento do reconhecimento das primeiras manifestações da doença incapacitante, consoante se evidencia no exemplo a seguir:

(...) relatou ser mãe da interditanda, atualmente com trinta e três anos. M.R. apresenta sintomas de doença mental desde os dezesseis anos de idade, alternando períodos de choro e riso sem motivo. Nunca exerceu atividade laborativa em razão da doença. Tornou-se agressiva; em certa ocasião, agrediu a depoente com uma faca, tomando esta a providência de interná-la no Hospital (...) (Anexo I - Documento nº iii).

A dificuldade pessoal préexiste à incapacidade civil, sendo que a primeira não se constitui, necessariamente, causa da segunda, embora seja seu condicionante. O que move o Autor a promover a interdição daquele que

<sup>23</sup> Pois, como ressalta ZARIAS (2003, p. 61), “ninguém tem o direito de interditar-se, de pedir a interdição de si mesmo”.

é percebido como incapaz, conforme exemplificam as situações apresentadas, são interesses outros, que não se resolvem na esfera médica<sup>24</sup>.

No processo da interdição, fazem-se presentes vários discursos (o familiar, o legal o médico e aquele expresso nos laudos sociais), sendo este um espaço de negociação de significados que é “fundamental para a definição do destino do interditando além, é claro, de abrir precedentes para conflitos e acordos entre seus agentes” (ZARIAS,2003, p.60).

Pesquisa realizada em Campinas/SP, por Zarias (2003), na qual foram utilizadas técnicas de investigação etnográfica, revelou duas qualidades gerais dos processo de interdição quanto à sua motivação. A primeira, “de natureza instrumental e burocrática”, objetiva atender requisitos de outras instituições, especialmente o Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, como garantia da regularização de benefícios, tais como: aposentadoria por invalidez, pensão por morte do responsável e auxílio ao idoso e ao deficiente; ou, ainda, do sistema de Justiça, em prosseguimento a outros tipos de processos, como inventários, ações de alimentos, entre outros. A segunda reflete o conjunto de interesses dos requerentes da ação que se vinculam à própria família do interditando (ZARIAS, 2003). Reveladora, também, foi a constatação de que, no primeiro caso, a interdição representa um ganho, pois ela garante ao interditando o direito a receber determinados benefícios, embora isso possa significar a supressão total da capacidade do indivíduo. Na segunda situação, a interdição representa a manutenção de um status, isto é, em vez de propiciar um ganho, evita-se a dissipação de bens comuns à família (ZARIAS, 2003).

Exemplificativo da primeira situação, foi a constatação do crescimento do número de interdições entre a população de baixíssima renda, tendo como fator indutor, o recebimento do Benefício de Prestação Continuada – BPC. Embora a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, em nenhum momento faça menção a essa exigência, interpretação errônea de normas operacionais do INSS, por inúmeras Agências desse instituto espalhadas pelo país, fazia com que fosse exigida a *certidão de curatela* quando a incapacidade para a *vida independente e para o trabalho* (conforme expressa a LOAS em seu Art. nº 20, § 2º) era ocasionado por doença ou deficiência mental.

Banalizada por laudos periciais reproduzidos de forma burocrática e estigmatizante, inúmeras interdições mecânicas são desnecessariamente concedidas. Tal realidade motivou a realização, ano de 2005, de dois

---

<sup>24</sup> Encontra-se em TSU (1993) um interessante estudo sobre a trajetória da “carreira do doente mental”, que vai desde o reconhecimento da “doença” pela família, passando pela negação, aceitação, acomodação, inquietação, até a procura de ajuda profissional e adoção de providências decorrentes.

importantes seminários sobre a questão da interdição civil, promovidos pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados e pelo Superior Tribunal de Justiça, respectivamente. A importância desses Seminários foi a de tornar explícito que, incapacidade para o trabalho ou para prover-se de forma independente e incapacidade para os atos da vida civil, são incapacidades de natureza distintas, não sendo a última, necessariamente, consequência da primeira. Ou seja, uma pessoa pode ser considerada incapaz para prover-se de forma independente, fazendo, portanto, jus ao BPC (atenção ao direito de sobrevivência), sem que necessite ser interditada (medida drástica de restrição de direitos)<sup>25</sup>.

De acordo com o art. 1768 do Código Civil, são competentes para promover o processo de interdição, em primeiro lugar os “pais ou tutores”, seguidos “pelo cônjuge, ou por qualquer parente”, ou ainda o “Ministério Público” (BRASIL,2002). Este último só deve atuar como autor, “em caso de doença mental grave”; “se não existir ou não promover a interdição alguma das pessoas designadas” anteriormente; ou, “se existindo, forem incapazes as pessoas mencionadas” (BRASIL,2002, Art.1769).

O exame dos processos cadastrados no Bando de Dados anteriormente mencionado permitiu observar, como era de se esperar, uma predominância das ações de interdição promovidas por familiares ou outros (72,9%) sobre aquelas promovidas pelo Ministério Público (27,1%). No entanto, considerando-se que a atuação do Ministério Público como autor da ação está prevista apenas de forma subsidiária, o percentual encontrado de 27,1%, para as ações promovidas pelo órgão ministerial constitui-se um indicador bastante expressivo do abandono em que se encontra uma parcela significativa dos portadores de transtorno mental, uma vez que ele acusa que um significativo segmento dessa população não encontra, em sua rede familiar, o necessário suporte para o enfrentamento dos riscos sociais, precisando da proteção do Estado para seu suprimento.

Ao entrar com a ação, o *Autor*, representado por seu advogado (quando este não for o Ministério Público), na petição inicial, deverá provar sua legitimidade e especificar os fatos que revelam a “anomalia psíquica”,

---

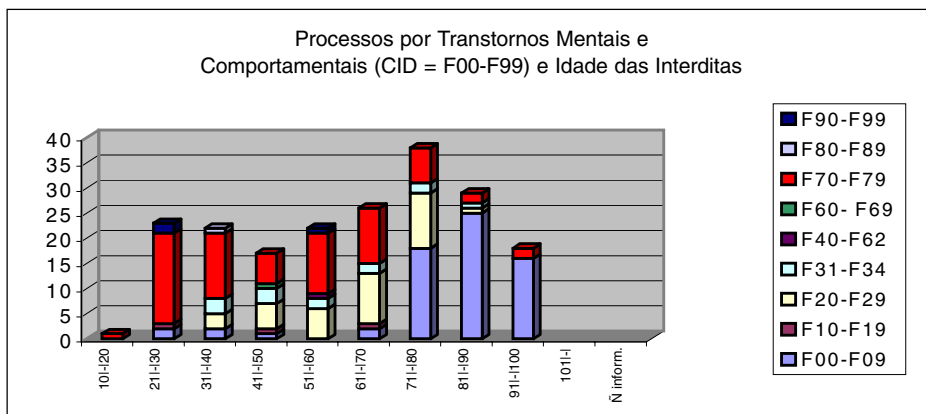
<sup>25</sup> A recente publicação da Cartilha “**Conheça mais sobre o BPC**. Um direito garantido pela Constituição Federal” já expressa esse entendimento ao informar: “**Curatela** – Este documento é necessário para o responsável por maiores de 18 anos que não possuem nenhum discernimento. Estas pessoas são consideradas, pela lei, incapazes para os atos da vida civil. A curatela não é obrigatória para ter direito ao BPC. E deve ser usada em casos de real necessidade” (Ministério da Previdência Social/ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília, 2006).



assinalando a “incapacidade do interditando para reger sua pessoa e administrar seus bens” (Brasil,1973, Art. 1180). Para tanto, deverá apresentar a comprovação da falta do “necessário discernimento para os atos da vida civil” por parte do interditando, a qual será avaliada, preliminarmente, a partir de um laudo médico em que é especificada e categorizada a *doença ou deficiência mental* que justifica necessidade da Interdição.

Observou-se no levantamento realizado que, no segmento feminino, as categorias de doenças que apresentaram maior incidência como justificativa apontada para o início dos processos de interdição foram, em primeiro lugar, a dos *retardos mentais – CID F70-F79*, com 36,7% dos casos. A esses se seguiram os *transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos – CID F00-F09*, onde se incluem as demências, como a demência na Doença de Alzheimer, com um percentual de 33,7%. Os agrupamentos referentes às *esquizofrenias, transtornos esquizotípicos e delirantes - CID F20-F29* representaram o terceiro grupo predominante, embora em percentual bem menor que os dois primeiros (18,4% dos casos).

GRÁFICO 1



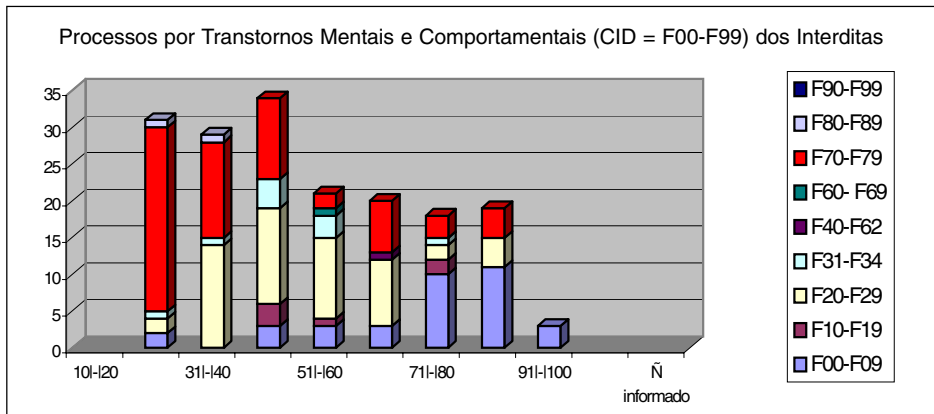
Fonte: Banco de Dados “Interditos”

O que importa ressaltar, no entanto, a partir do gráfico em que a variável *doença* é cruzada com a variável *idade no momento da interdição*, é que, embora os *retardos mentais* e as *esquizofrenias* sejam doenças que se manifestam, de forma predominante, na infância ou adolescência, as interdições tendo por fundamento esses agrupamentos de doenças acontecem em grande parte na 3ª Idade. Isso significa que, apesar de ser portadora da doença, uma

parcela significativa desse segmento permaneceu sem impedimentos para o exercício de seus direitos civis e políticos até que uma outra situação, ou interesse, veio a motivar a adoção dessa medida.

Entre o segmento masculino, da mesma forma que entre o feminino, os *retardos mentais – CID F70-F79* - aparecem como os principais distúrbios apontados como motivo da interdição. No entanto, diferentemente das mulheres, as *esquizofrenias, transtornos esquizotípicos e delirantes* aparecem em segundo lugar, com um percentual de 29,1%. Por outro lado, os *transtornos mentais orgânicos* (onde se incluem as demências), no grupo masculino, situam-se em terceiro lugar com somente 18,3% dos casos. Isso, talvez, explique o fato de que a interdição entre os homens ocorra em uma fase mais precoce, sendo sua preponderância nas faixas etárias compreendidas entre 21 e 50 anos, conforme pode ser visualizado no gráfico a seguir:

GRÁFICO 2



Fonte: Banco de Dados “Interditos”

Essa situação está imbricada com peculiaridades de gênero. Na cultura brasileira, de forma bastante generalizada, a identidade masculina é construída tendo como referência o espaço público, sendo esperado que o homem assuma o papel de provedor do grupo familiar. Quando acometido por transtorno mental, estando incapacitado para o trabalho e permanecendo restrito ao espaço doméstico, tende a tornar-se um personagem “perturbador” a ameaçar o equilíbrio das relações familiares. Deslocado na expectativa familiar, não referenciado a um padrão cultural, acarretando maiores dificuldades em seu

cuidado, com seu papel vulnerabilizado frente à família, o portador de transtorno mental torna-se um consumidor a mais no grupo familiar, em vez de seu contribuinte ou provedor. É nesse contexto que a interdição se apresenta como um estatuto capaz de garantir a preservação do patrimônio familiar ou, ainda, gerar dividendos econômicos não só para o interdito, como também para a família, pela via previdenciária.

No endereço acima citado, reside sua mãe e curadora, Sra. I.R. juntamente com sua filha A.R. e seus netos. A Sra. I.R. relatou que J. (o interdito) não mora mais na casa com a família, porque “não era mais possível a convivência”. Ela cria seus netos e quando J. entrava em surto, “tornava a vida insuportável”. Por isso ela construiu “2 peças para ele” em um terreno próximo, onde está se formando um novo loteamento. J. está morando sozinho, mas, segundo informou I.R., ele vai diariamente à sua casa. É ela quem cuida de sua comida, roupas e remédios.

I.R. relata que os problemas de J. começaram a manifestar-se na época em que ele estava no Exército, onde chegou a prestar serviço por uns 9 meses. Como foi afastado por “problemas mentais”, sem qualquer indenização, I.R. está com um Processo contra o Exército, desde essa época. Segundo lhe informou seu advogado, “a Juíza já lhe deu ganho de causa, enquadrando-o como 3º Sargento”. Com o dinheiro que esperam receber, a intenção é melhorar a casa de J., proporcionando-lhe melhor qualidade de vida (Anexo I, Documento 30).

Vale ressaltar, portanto, a contradição implícita no mecanismo de interação entre os sistemas de saúde, jurídico e burocrático: se, por um lado, fala-se cada vez mais na inclusão do sujeito da *desrazão*, na valorização de suas capacidades, na ampliação de suas possibilidades, na reinserção a seu meio como finalidade permanente do tratamento, na preocupação cada vez maior com a preservação de seus direitos, por outro lado, as normas burocrático-institucionais de outras esferas, muita vezes adotadas em paralelo à Lei, induzem à interdição. Aquela medida que deveria ser considerada como último recurso, por ser uma solução drástica de restrição individual, torna-se, dessa forma, objeto da rotina burocrática em que nem todos os atores têm a consciência de sua dimensão. É partir dela, porém, que se oficializa, uma nova trajetória para o sujeito: a de sujeito incapaz; sujeito que não tem poder de decidir sobre si mesmo, seus bens, seus filhos; sujeito sem capacidade de exercício, sem poder de voz e de vontade; sujeito sem autonomia; sujeito sem liberdade; sujeito que passa a ser considerado como um *cidadão incompleto*<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> Conforme CARVALHO (2004, p.9), o *cidadão pleno* seria aquele que é titular dos três direitos: os civis, os políticos e os sociais. *Cidadãos incompletos* são aqueles que podem usufruir de apenas alguns desses direitos e *não-cidadãos*, os que não se beneficiam de nenhum dos direitos.

Declarado oficialmente como *incapacitado* para chegar ao *esclarecimento*, ou de se emancipar pela *razão*, no dizer de Kant (1974, p.100), o sujeito permanece na *menoridade*, que é “a incapacidade de fazer uso de seu entendimento sem a direção de outro indivíduo” (1974, p.100). O Código Civil estende a autoridade do curador à pessoa e aos bens dos filhos do curatelado, menores de 18 anos, e atribui também ao Curador a responsabilidade pelo provimento do adequado tratamento ao interdito, que vise sua recuperação (BRASIL, 2002, arts. 1778 e 1776).

A exclusão, assim oficializada, se fundamenta em regras e impõe uma condição específica. Decorre da mobilização de aparelhos especializados e se concretiza por meio de rituais preestabelecidos. Tendo por base uma condição específica, ela é justificada e sua legitimidade é atestada e reconhecida.

Quer seja total ou parcial, definitiva ou provisória, a exclusão, no sentido próprio da palavra, é sempre o desfecho de procedimentos oficiais e representa um verdadeiro *status*. É uma forma de discriminação negativa que obedece a regras estritas de construção (CASTELS, 1997, p. 39-40).

No entanto, a decretação da sentença de interdição, por si só, não cria uma nova situação. Teoricamente, ela serve apenas para oficializar uma situação fática preexistente. Ela não cria a incapacidade. Ela apenas a reconhece, a oficializa e a supre pela nomeação de um curador que, arcando com um compromisso público, deverá particularizar sua proteção, representando o interdito e preservando-lhe o direito ao gozo e ao usufruto dos próprios bens e dos benefícios socialmente conquistados.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Num esforço de síntese do até aqui exposto, enfatiza-se a necessidade de desenvolver a consciência coletiva de que os institutos da Interdição e Curatela encontram-se, inseparável e intrinsecamente, unidos a direitos fundamentais que dizem respeito à dignidade humana e sua capacidade de autodeterminação. Desvirtuados de seus propósitos pode ser um fator de exclusão para muitos cidadãos.

Saindo do plano teórico genérico para atender às particularidades do sujeito singular, a pedra angular para o equacionamento do binômio exclusão/proteção, presentes nos estatutos da interdição e da curatela, reside na real avaliação das possibilidades desse sujeito. São essas possibilidades individuais (ou capacidades) que determinarão, por oposição, suas incapacidades e, por consequência, os limites de seus impedimentos ou de sua interdição e a extensão de sua curatela ou proteção.

Tal proposição exige, necessariamente, uma maior aproximação entre os sistemas médico, legal e burocrático, para que sejam preservados, da melhor forma possível, os direitos do indivíduo. As reformulações na assistência psiquiátrica, o desenvolvimento de novas terapias, o surgimento de medicamentos que possibilitam ao portador do transtorno mental sua permanência no convívio da sociedade, exercendo atos ordinários de administração de sua vida cotidiana e realizando atividades laborativas, ainda que protegidas ou subsidiadas, devem ser percebidos e apreendidos pelo Direito e pelas normas das instituições provedoras de benefícios securitários.

A questão que se coloca, contudo, é a de como garantir a proteção e as condições capazes de proporcionar o suporte econômico necessário à sobrevivência daquele que não dispõe de capacidade laborativa em termos competitivos, sem excluir a autonomia e a possibilidade de inclusão em uma sociedade que tem no trabalho uma das principais vias de acesso. Ou, em outras palavras, como resolver a antonímia proteção/exclusão presentes nos estatutos da interdição e da curatela.

O que se advoga não é o fim dos estatutos da interdição e da curatela, mas sua utilização como real instrumento de proteção àquelas pessoas cujas incapacidades requeiram reais cuidados, no limite de suas necessidades. A isso deve estar aliado um sistema de proteção social que garanta a esses indivíduos seus direitos sociais de atenção à saúde, à moradia e à sobrevivência com dignidade, não como seres dependentes, desprovidos de possibilidades, mas com respeito às suas diferenças como uma outra forma possível de estar no mundo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR e SILVA, Vitor Manuel de. *Teoria da literatura*, 4ª edição, Coimbra: Livraria Almedina, 1982.
- AMARAL, Vera. *Reforma psiquiátrica*. 1999. <http://psicopatologia.tripod.com.br/reforma.htm> Acesso em 12/06/2004.
- ARDUÍNO, Margarita. *La reforma psiquiátrica en Emilia-Romagna y el Programa de Salud Mental en Uruguay*. [www.mednet.org.uy/spu/revista/ago2000/la%20reforma@20psiquiatria.pdf](http://www.mednet.org.uy/spu/revista/ago2000/la%20reforma@20psiquiatria.pdf) 2000. Acesso em 12/06/2004.
- BALLONE, G.J. *Perícia Psiquiátrica*. In: PsiqWeb, Internet, disponível em <<http://gballone.sites.uol.com.br/forense/pericia.html>>última atualização 2004. Acesso em 16/06/2004
- BRASIL. *Código Civil dos Estados Unidos do Brasil*. Lei nº 3.071, de 1 de janeiro de 1916.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 005.869 – 1973. *Código de Processo Civil*. 1973.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 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. 2001.

- \_\_\_\_\_. Lei nº 010.406. *Código Civil do Brasil*, de 10 de janeiro de 2002
- CARVALHO, José Murilo de. *Cidadania no Brasil o longo caminho*. 5ª ed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004
- CASTELS, Robert. *A ordem psiquiátrica: a idade do ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal. 1991.
- \_\_\_\_\_. *As transformações da Questão Social*. in BELFIORI, Wanderley et. al. (org.). *Desigualdade e questão social*. São Paulo: EDUC, 1997.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Dicionário Aurélio Eletrônico*. Século XXI. Versão 3.0 – Lexikon Informática Ltda. Novembro de 1999.
- FOUCAULT, Michel. *A Microfísica do poder*. 15ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda., 2000.
- \_\_\_\_\_. *Os anormais: curso no College de France (1974-1975)*. 2ª tiragem. São Paulo: Martins Fontes, 2001. – (Coleção tópicos)
- FRANCE. *Loi sur les aliénés n° 7443 du 30 juin 1838*. <http://www.ch-charcot56.fr/textes/11838-7443.htm>. Acesso em 02/06/2004.
- FREEDMAN, Alfred M., KAPLAN, Harold I. e SADOCK, Benjamin J. *Compendio de Psiquiatria*. Barcelona: Salvat Editores S.A., 1981.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 6ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva S.A., 1999.
- GRAÇA, Luiz. *História da saúde no trabalho*: Europa. [www.terraviva.pt/5531/textos23.html](http://www.terraviva.pt/5531/textos23.html) Última atualização em 30/05/2000. Acesso em 02/06/2004.
- HOBBS, Thomas. *Leviatã*. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1973.
- KANT, Emmanuel. *Resposta à pergunta: Que é esclarecimento?* (Aufklärung). Textos selecionados. Ed. Vozes. 1974.
- LOCKE, John. *Segundo tratado sobre o governo*. São Paulo: Abril Cultural. 1978. (Coleção os Pensadores)
- PESSOTI, I. *A loucura e as épocas*. São Paulo: Editora 34, 1995.
- RIETRA, Rita de Cássia P. *Inovações na gestão em saúde mental: um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999. 125 p.
- ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. *Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental*. In Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, Nº 71. p.138-164. Especial. 2002.
- SARLET, Ingo Wolfgang (org). *Dimensões da dignidade*. Ensaio de Filosofia do Direito e Direito Constitucional. Porto Alegre: Livraria do Advogado Ed., 2005.
- TORRE, Eduardo Henrique G. e AMARANTE, Paulo. *Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental*. Ciênc. saúde coletiva. [online]. 2001, vol.6, no.1 p.73-85. Disponível na World Wide Web: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000100006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100006&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1413-8123. Acesso em 17/06/2004

VIANNA, Alexandre Martins. *Antigo Regime*. [www.ifcs.ufrj.br/tempo/dcpd2.html](http://www.ifcs.ufrj.br/tempo/dcpd2.html) Acesso em 10/06/2004.

VIEIRA, Patrícia, Ruy. **Estudo da prevalência dos transtornos psiquiátricos na determinação da interdição civil no município de São Paulo**. [Mestrado] São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. 2003

WILLIAM, Doyle. **O Antigo Regime**. Coleção Princípios. São Paulo: Ática, 1991

ZARIAS, Alexandre. **Negócio público e interesse privado: análise dos processos de interdição**. [Mestrado] Campinas: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Departamento de Antropologia do Instituto de filosofia e Ciências Humanas. 2003.