

Interdição civil: uma exclusão oficializada?

Maria Bernadette de Moraes Medeiros*

Resumo – O artigo tem por objetivo trazer para o âmbito do Serviço Social a discussão sobre a questão da interdição civil e da curatela. Como forma introdutória, o artigo procurará focar a questão do entendimento histórico e socialmente construído sobre a doença mental e seu nexo causal com a incapacidade civil e política, assim como tecer reflexões sobre alguns conceitos básicos relativos ao processo da interdição civil, com destaque para as implicações da antinomia exclusão/proteção inerentes aos estatutos da interdição e curatela.

Palavras-chave – Interdição. Curatela. Capacidade. Autonomia. Doença mental. Proteção social. Exclusão. Liberdade. Direitos humanos.

Abstract – This article aims to discuss the interdiction and the curatorship matters under the Social Service standpoint. The paper focuses on the historic and socially constructed comprehension about mental illness and its causal link with civil and political incapacitation. It also brings reflections about basic concepts related to the civil interdiction process, highlighting the antinomy exclusion/protection inherent to interdiction and curatorship.

Key words – Interdiction. Curatorship. Capacity. Autonomy. Mental illness. Social protection. Exclusion. Freedom. Human rights.

As questões da *interdição civil* e da *curatela* – tradicionalmente objetos do estudo jurídico – não fazem parte da literatura profissional do Serviço Social.¹ Apesar de estarem presentes em inúmeras circunstâncias do cotidiano de trabalho dos assistentes sociais que desempenham suas atividades nas áreas de saúde mental, sistemas previdenciários, atendimento a idosos e portadores de deficiência e, notadamente, no âmbito sociojurídico, não são encontradas publicações com relatos de experiências, pesquisas em andamento ou reflexões sobre o tema ou sobre a situação dos sujeitos a elas submetidos.

O objetivo do presente artigo é, pois, aproximar esses distintos campos do saber (o jurídico, o médico e o social), enfocando, preliminarmente, o entendimento histórico e socialmente construído sobre a doença mental, seu nexo causal com a incapacidade civil e suas implicações legais. Em um

* Doutora em Serviço Social pela PUCRS, é Assistente Social do Ministério Público do Rio Grande do Sul, lotada na Promotoria de Justiça de Família e Sucessões do Foro de Porto Alegre. O presente artigo constitui uma síntese, revista e ampliada, do Capítulo II de sua tese de doutoramento, “Interdição: proteção ou exclusão”, apresentada em março de 2005 à PUCRS.

segundo momento, será focado o processo da interdição civil e da curatela, com destaque para a antonímia *exclusão/proteção* presentes nesses estatutos legais.

Ao se abordar a questão da *interdição civil*, como um estatuto jurídico pelo qual um ato judicial declara a incapacidade real de uma pessoa maior para a prática de certos atos da vida civil, na regência de si mesma e de seus bens, têm-se presentes, de forma subjacente, temas clássicos como liberdade, cidadania, direitos humanos, autonomia, doença, inadaptação e exclusão social, capacidade, proteção social, função do Estado.

Ao vocábulo *interdição*, derivado do latim, *interctione* 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).

Percebe-se, neste verbete, como elemento constitutivo da *interdição*, a proibição e o impedimento impostos legalmente a alguém que se torna, por este ato, em nome do interesse da coletividade, privado da administração de seus bens e da regência de sua pessoa, assim como do exercício ou do gozo de certos direitos. Portanto, as idéias de *proibição*, *impedimento* e *privação legal do exercício de direitos* lhe são inerentes. A *interdição* é, pois, conforme enuncia o verbete, um ato de responsabilidade pública, que é exercido a partir de uma decisão judicial, em defesa dos interesses da sociedade.

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

1 Pesquisa realizada em junho de 2006, pela internet, junto às principais Editoras da área do Serviço Social, ao Banco de Teses e Dissertações do CAPES e aos Anais do I Encontro Nacional Sociojurídico promovido pelo CFESS, em Curitiba, 2004, nada foi encontrado referente às palavras-chave: interdição civil e curatela.

curador que o Estado dispensa sua proteção às pessoas (maiores), cuja incapacidade para exercer os atos da vida civil foi processualmente comprovada. Por isso, o encargo é oficial. Não pode haver curatela senão deferida pelo juiz (Carvalho, 1995).

No contexto deste debate, assumem fundamental importância as noções de *capacidade jurídica*, *capacidade de exercício* e de *incapacidade*. *Capacidade jurídica* ou capacidade de direito, ensina Bacciotti (2002, p. 3), “é a aptidão que a pessoa tem de gozar e exercer direitos”. Desde seu nascimento, o homem, adquirindo a personalidade civil,² é portador dessa capacidade jurídica,³ não importando a idade, o estado de saúde, o sexo ou nacionalidade. Já a aptidão para exercer direitos e assumir obrigações na ordem civil, pessoalmente, e de forma autônoma, é a chamada *capacidade de exercício* ou de fato.⁴ Esta é adquirida quando a pessoa alcança a maioridade, ou seja, ao completar dezoito anos, ou ao emancipar-se. De forma oposta, é considerada *incapaz* a pessoa que, naturalmente dotada da capacidade de direito, é portadora de alguma deficiência que a impede de agir, por si mesma, na atividade civil. É aquela que, 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).

Filtrando, sob o amparo da lei, as necessidades sociais e as necessidades particulares dos cidadãos, 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.

1 Da incapacidade à possibilidade

Em consonância com o pensamento vigente, na Grécia antiga, a insanidade era entendida como um desequilíbrio humano comandado pelos deuses do Olimpo. Sendo, portanto, de origem

² “Personalidade é a capacidade de ser titular de direitos, pretensões, ações e exceções e também de ser sujeito (passivo) de deveres, obrigações, ações e exceções. Capacidade de direito e personalidade são o mesmo” (Pontes de Miranda, 1954, p. 155).

³ Capacidade de ter direitos. São os direitos inatos, ou inerentes ao homem.

⁴ Também entendida como *capacidade de obrar*: “a) Capacidade de praticar ato-fato jurídico; b) a de praticar atos jurídicos *stricto sensu*; c) a de manifestar vontade no mundo jurídico como negócio jurídico (capacidade negocial); a de praticar atos ilícitos em geral, isto é, a de praticar atos ilícitos relativos e a de praticar atos ilícitos absolutos (capacidade delitual)” (Pontes de Miranda, 1954, p. 157).

mito-teológica, o indivíduo não se responsabilizava por seus atos, não existindo as noções de responsabilidade e, por conseqüência, de culpa (Vieira, 2003; Pessoti, 1995).

Em Roma, os conceitos médicos e populares sobre a loucura continuavam a fundamentar práticas populares supersticiosas em relação aos enfermos mentais. A contribuição mais importante dos romanos à psiquiatria, contudo, foi estabelecer sua relação com os aspectos legais. 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). A Legislação (Direito Romano) contemplava “a proteção dos bens desses incapazes, especialmente os *furiosus*,⁵ a quem se aplicava a interdição e, conseqüentemente, se instituía 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” para acolhimento e hospedagem aos viajantes, peregrinos, doentes físicos e mentais. Com o passar dos anos, esses locais passaram a cumprir uma função de controle social, isolando os *desviados* e excluídos (leprosos e pestilentos na Idade Média) e, posteriormente, os grupos da população potencialmente perigosos para a ordem estabelecida: os loucos, pecadores, sifilíticos, deficientes, pobres, vagabundos, criminosos, prostitutas, órfãos, idosos, desempregados e marginais (Graça, 2000).

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 (Freedman, Kaplan e Sadock, 1981).

Com a mudança para o paradigma Antropológico,⁶ 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 (Locke, 1978). Aquele que não tem discernimento para se orientar pela razão também não é livre e, portanto, não pode ser considerado responsável por seus atos. As superstições religiosas foram substituídas pelas descobertas científicas, e a doença mental passou a ser observada sob o aspecto clínico.

⁵ “O *furiosus* era o indivíduo cuja loucura se manifestava por idéias extravagantes, episódios de excessos e violências permeados por intervalos de lucidez”. “O *mentecaptous* era aquele que apresentava transtorno mental contínuo”. “A *dementia* era resultado da evolução da moléstia, com sério comprometimento das faculdades de entendimento” (Vieira, 2003).

⁶ A descoberta do homem como ser pensante, capaz de conhecer e transformar o mundo.

No contexto do Iluminismo e da Revolução Francesa, importante foi a contribuição de Pinel,⁷ ao libertar os *alienados* de suas algemas e voltar sua preocupação para a descrição, classificação e tratamento das doenças mentais. Para Pinel, o isolamento era necessário para a recuperação e socialização do doente. Sua argumentação em favor da institucionalização pelo confinamento hospitalar tinha por fundamento duas questões básicas: pelo afastamento era possível estudar, 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 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). Não sendo portadores do atributo da razão e da vontade, portanto, incapazes, não lhes era reconhecida a cidadania e os direitos dela decorrentes.

Em 1804, o Código Civil francês,⁸ 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.

⁷ Phillipe Pinel (1745-1826), considerado o fundador da Psiquiatria Clínica, descreveu quatro tipos de loucura: a melancolia (alteração da função intelectual), a mania (excessiva excitação nervosa, com ou sem delírio), a demência (alteração dos processos de pensamento) e idiotia (obliteração das faculdades intelectuais e afetos). 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 (Freddman, Kaplan e Sadock, 1981).

⁸ O primeiro da Era Moderna.

A Lei Francesa, nº 7447⁹ (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.¹⁰ Com a reorganização da assistência psiquiátrica, em 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 estreita relação entre a psiquiatria e a neurologia e os aspectos médico-legais da psiquiatria.¹¹ A psiquiatria alemã buscava uma origem fisiológica para a doença mental, independente de fatores pessoais e sociais. Nesse contexto, o termo *asilo*, ou *hospício*, para designar o local para onde eram levados os *doentes mentais*, foi substituído por *hospital*.¹² A sistematização desenvolvida por Freud,¹³ 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 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 concebessem 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 sociolegal da doença mental, apesar da evolução dos estudos científicos. Identificada e percebida pela sociedade, em função de critérios de avaliação sobre a manifestação de

⁹ Jean Etienne Esquirol, discípulo preferido de Pinel, foi um dos principais responsáveis pela proposta desta Lei. Seu livro *Des Maladies Mentales*, publicado em 1837, tornou-se um clássico da psiquiatria. “Esquirol definiu claramente as alucinações e a monomania (sintoma geralmente chamado de ideação paranóide); destacou o papel das emoções na etiologia das enfermidades mentais; instituiu programas que compreendiam atividades de grupo em vários hospitais mentais e proferiu o primeiro curso de psiquiatria em 1817” (Freddman, Kaplan e Sadock, 1981, p. 13).

¹⁰ 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: 2 jun. 2004.

¹¹ Destacam-se neste universo, Pinel, Esquirol, Falret, Baillarger, Morel, Charcot e Magnan (Freddman, Kaplan e Sadock, 1981).

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

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

comportamentos sociais desviantes da dita *normalidade*, e não através de uma observação objetivada por meio de métodos laboratoriais de uma disfunção biológica do organismo como as demais, a doença mental, diferentemente de outras, não se faz acompanhar, necessariamente, de dor ou sofrimento. O doente nem sempre se percebe nessa condição, alguém o define como tal.

Sem regência sobre sua pessoa, sujeito, não raro, a internações involuntárias, desqualificado em seu 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 de isolamento 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, Estados Unidos, Cuba, Inglaterra, Brasil e, especialmente, a Itália, 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.

Para além da desinstitucionalização, esses movimentos colocaram em questão a desconstrução

de um saber que sustentou as bases da psiquiatria desde o Iluminismo. 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*”, diz Gondin (2001, p. 18). 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, passam a ser estudadas suas *possibilidades* para fortalecimento de suas *capacidades*.

Na Itália, a Lei nº 180, de 1978, chamada Lei Basaglia,¹⁴ provocou modificações no sistema jurídico do país, estabelecendo mudanças no estatuto jurídico do paciente ao abolir o estatuto da periculosidade do doente mental, tornando-o cidadão de pleno direito.

No Brasil, ainda nos anos de 1960, mesmo de forma restrita, começaram a surgir as primeiras experiências em torno da idéia de *Comunidade Terapêutica*, que se constituiu uma revolução na forma de tratar e conduzir a relação entre as equipes de tratamento e os pacientes hospitalizados. A eletrochoqueterapia e o isolamento, até então utilizados em larga escala, passam a ceder espaço ao tratamento por medicamentos, aliados às atividades praxiterápicas, que tinham por fundamento o “fortalecimento dos aspectos sádios” do paciente como recurso terapêutico. Entre os objetivos perseguidos, estava o de melhorar as condições de atendimento aos pacientes e suas famílias ainda no âmbito hospitalar.¹⁵ A questão da desinstitucionalização começou a ganhar força, no Brasil, no início dos anos de 1970.

O movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira cresceu no contexto das lutas pela redemocratização em oposição à ditadura militar. 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, à 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,¹⁶ que incorporava teses da Reforma Sanitária,¹⁷ como a universalização, a regionalização, a hierarquização, a participação

¹⁴ Franco Basaglia foi o precursor da reforma psiquiátrica italiana.

¹⁵ Na qualidade de praxiterapeuta e, posteriormente, de estagiária em Serviço Social, a autora do presente trabalho teve a oportunidade de vivenciar a transformação ocorrida em um hospital psiquiátrico situado no interior do Estado do Rio Grande do Sul, onde, num período de cinco anos, realizou-se uma substancial alteração no sentido acima descrito.

¹⁶ Com fortes raízes na experiência inglesa e francesa.

comunitária, a integralidade e a equidade, 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.

Em um terceiro momento, deixando de lado a idéia da reforma administrativa e financeira, ainda hospitalocêntrica, o movimento reuniu-se em torno da utopia *Por uma sociedade sem manicômios*.¹⁸ 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.

Em 1989, é apresentado à Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 3.657, do Deputado Paulo Delgado (PT-MG),¹⁹ intitulado Reforma Psiquiátrica. A partir de sua aprovação como 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 atenção das pessoas, vítimas de sofrimento psíquico, deve ser, prioritariamente, em regime aberto, sendo privilegiada a reinserção social do enfermo. Ao prever a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamentando a internação compulsória e estabelecendo outras providências na área dos recursos públicos, a Lei nº 10.216 foi a primeira a discutir e preconizar a desospitalização e desmanicomialização, no parlamento latino-americano, e a explicitar os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, no Brasil:

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;

¹⁷ Inserido no movimento mais amplo de redemocratização do país, o movimento expressivo pela Reforma Sanitária, plasmada pelo lema “Saúde é um Direito de Todos e um Dever do Estado”, teve na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) um de seus *locus* privilegiados para o estabelecimento das grandes diretrizes para a reorganização do sistema de saúde no Brasil. A formulação e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) são a resultante desse movimento, que, desde o início, pautou-se por princípios de universalização, integralidade da atenção à saúde, descentralização, equidade e participação da população (Escorel, 2004).

¹⁸ Expressão cunhada no II Congresso Nacional do MTSM, realizada em 1987, na cidade de Bauru, São Paulo.

¹⁹ Partido dos Trabalhadores – Minas Gerais.

- 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, constituem-se ainda numa 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.

Na base da reforma que se encontra em andamento no Brasil, como em grande parte dos países ocidentais, o que está em jogo é uma mudança na concepção de loucura. É o reconhecimento de que a razão iluminista é apenas uma das modalidades possíveis de subjetividade. A loucura, entendida como uma diferente forma de subjetivação, constitui-se em uma outra experiência possível de estar no mundo. Como tal, deve ser assistida, amparada e respeitada, não necessitando,

necessariamente, ser corrigida.

A Reforma Psiquiátrica em implantação, portanto, tendo como referência fundamental a não-institucionalização (ou partindo da desinstitucionalização), constitui-se num conjunto de iniciativas políticas, sociais e culturais, administrativas e jurídicas que incluem transformações nas instituições que hoje prestam serviços; no saber médico-psiquiátrico; nas prioridades de investimento; nas práticas sociais de atendimento e nos procedimentos jurídicos e legais.

2 A interdição

Segundo os ensinamentos de Pontes de Miranda (1954, p. 214), “interdição é o procedimento judicial pelo qual se declara extinta a capacidade de atos jurídicos, inclusive atos ilícitos, ou se reduz tal capacidade”, em função de uma determinada condição pessoal – “enfermidades psíquicas, debilidade mental e defeitos psíquicos que atingem o conhecimento, o sentimento e a vontade” – que faz com que a pessoa nem sempre possa “manifestar conhecimento, sentimento e vontade” (1954, p. 208). Seu pressuposto fático, portanto, como já anteriormente enunciado, é a incapacidade pessoal que “preexiste” ao ato judicial. “A interdição não é criativa da incapacidade absoluta”, ela “contém elemento de eficácia declarativa”, ressalta o ilustre jurista (1954, p. 208). Ou seja, trata-se de uma condição pessoal que impede o indivíduo de exercer, de forma autônoma, seus direitos e cumprir suas obrigações. Portanto, a concepção de incapacidade, ou seu oposto, a capacidade, está social e culturalmente associada a concepções historicamente construídas sobre a doença mental.

Os institutos da *interdição* e da *curatela*, como normas jurídicas, conforme mencionado anteriormente, tiveram suas origens no Direito Romano e preservam a estrutura básica de seus procedimentos (ritos processuais). Não obstante, 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 2003,²⁰ 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

²⁰ O Código Civil do Brasil, instituído pela Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, teve sua entrada em vigor um ano após sua publicação, em janeiro de 2003 (Brasil, 2002).

não puderem exprimir a sua vontade” e os “pródigos”²¹ (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.

O Código Civil de 1916 não abria exceções no tocante ao grau de insanidade ou quanto à natureza do ato, ou seja, ainda que o *insano* tivesse um mínimo de discernimento para a prática de um ou outro ato da vida civil, tais ações não poderiam ser isoladamente consideradas. Ainda que o *alienado* tivesse *intervalos de lucidez*, todo e qualquer de seus atos praticados era ato nulo, ou anulável.

Em vários países do mundo ocidental, as reformas legislativas ocorreram fundamentalmente nas décadas de 60 e 70 do século XX e refletiam uma preocupação cada vez maior com a autonomia e a preservação dos direitos personalíssimos²² e indisponíveis dos indivíduos, tais como o direito à vida, à liberdade, à integridade física, moral e intelectual, com repercussões significativas no trato das questões referente à interdição e à curatela. No Brasil, entretanto, as alterações referentes à *interdição*, ainda que de forma tímida, só foram efetivadas com a entrada em vigor do novo 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;

²¹ São considerados atos de prodigalidade aqueles de “administração ruinosa do patrimônio, aptos a reduzi-lo ou a dilapidá-lo, prejudiciais aos interesses do outro cônjuge, de ascendentes ou descendentes. [...] Inexistindo cônjuge, descendente ou ascendente, apesar de antieconômicos, não podem ser declarados de prodigalidade” (Gusmão, 1985, p. 150).

²² “Direitos de Personalidade – o direito de personalidade, os direitos, as pretensões e ações que dele se irradiam são irrenunciáveis, inalienáveis, irrestringíveis. São direitos irradiados dele os de vida, liberdade, saúde, integridade física e psíquica, honra, igualdade” (Pontes de Miranda, 1954, p. 162). A respeito de “Direitos de personalidade”, ver também Lopes (2004).

- 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).

Dessa 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 ou a impossibilidade de expressão da vontade determinada por causa duradoura. Essa 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 essa determinação será resultado do encontro entre estas duas práticas e saberes – Direito e Medicina – que detêm o poder de atribuir ao sujeito um papel específico.

Outra importante inovação introduzida pelo Código Civil foi a extensão da possibilidade da interdição parcial aos deficientes mentais, aos ébrios habituais e aos excepcionais sem completo desenvolvimento mental, além dos surdos-mudos, dos viciados em tóxico e dos pródigos, 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. 1.782). 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, perflhar, etc. A limitação é individual, em função das possibilidades de cada pessoa.

Pesquisa realizada em São Paulo, junto a 1183 registros de interdição,²³ durante o ano de 2001, demonstrou que, apesar da previsão legal, no Código Civil de 1916, da interdição parcial para os surdos-mudos, pródigos e toxicômanos, a quase totalidade dos casos ocorridos (99,3%) foram de interdição total, isto é, foram consideradas absolutamente incapazes para manifestar sua vontade e decidir sobre determinadas situações de seu cotidiano, como casar, dirigir, abrir conta em banco, filiar-se a partido político, comprar, vender ou mesmo alugar um imóvel. Tiveram todos os seus

²³ Documento que expressa a sentença judicial.

direitos civis e políticos suprimidos (Vieira, 2003). Embora a fonte dos dados utilizada na pesquisa – registros judiciais – não tenha permitido analisar a tipificação e gravidade dos transtornos que levaram à interdição total de todas essas pessoas, seu número expressivo sugere questionamentos quanto ao olhar que esta problemática vem merecendo por parte dos sistemas médico e legal.

A autora da pesquisa, comparando aspectos da incapacidade civil e da interdição, entre ordenamentos jurídicos de países que se basearam no Direito Romano e o direito brasileiro, observa que, embora significativos, os avanços da legislação brasileira, expressos no novo Código Civil, são ainda muito tímidos em relação à realidade de outros países. São diversos aqueles que realizaram mudanças na legislação, evidenciando uma preocupação cada vez maior com a preservação do ser humano e de seus direitos. Países como a Alemanha e a França têm considerado a interdição “como último recurso, por ser considerada solução drástica de restrição individual, sendo sempre desejável que se preserve a maior quantidade de direitos ao portador do transtorno mental” (Vieira, 2003, p. 30).

A França, ao mesmo tempo em que garante a proteção legal aos indivíduos com alterações das faculdades mentais em consequência de doença, enfermidade ou em razão da idade, prevê três diferentes medidas protetivas ao incapaz: a mais branda, *sauvegarde de justice*, garante a manutenção das capacidades civis e políticas do indivíduo; a *curatelle*, interdição parcial em que o indivíduo permanece autônomo para os atos de administração de seu patrimônio, constitui-se em uma medida protetiva intermediária e destina-se aos doentes que não têm condições de agir por si mesmos, necessitando aconselhamento ou controle dos atos da vida civil; a *tutelle*, a mais drástica das medidas protetivas, uma vez que a incapacidade do indivíduo é quase total (Vieira, 2003).

Na Alemanha, o Código Civil distingue a capacidade de exprimir a vontade e a capacidade de fazer ou trabalhar, procurando manter o incapaz integrado à sociedade, exercendo atos ordinários da vida civil²⁴ e realizando atividades laborativas. O ordenamento alemão prevê, igualmente, a realização de revisões periódicas da medida judicial de interdição do indivíduo, objetivando a não perpetuação de uma situação restritiva. Com base nessas revisões, é possível um abrandamento da medida como consequência de uma melhoria do quadro que justificou a interdição.

A lei brasileira admite levantamento ou alteração de qualidade da interdição (de total para relativa), como uma possibilidade (que raramente ocorre na prática), se houver uma melhoria na situação que levou à determinação de sua incapacidade ou *se cessar a causa da mesma*. Para tal, deve

²⁴ “Ato de ordinária administração: ato jurídico que se destina a “conservar ou melhorar o gozo do patrimônio. Ato de administração: atos ou negócios jurídicos destinados à conservação da coisa e do patrimônio, que não envolvam risco para os mesmos” (Gusmão, 985, p. 148).

o interdito, ou seu curador, requerê-la em processo próprio, apensado ao de interdição, sendo o interditado submetido a nova perícia médico-judicial e a todos os longos trâmites processuais pertinentes (Vieira, 2003).

São variadas as situações e trajetórias que levam alguém ao processo de interdição. De acordo com o Art. 1768 do Código Civil, são competentes para promovê-lo, em primeiro lugar, os “pais ou tutores”, seguidos “pelo cônjuge, ou por qualquer parente”, ou ainda, pelo “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. 1.769). Ou seja, ao Ministério Público cabe agir subsidiariamente, com o objetivo de garantir os interesses sociais e individuais indisponíveis presentes em cada situação particular. No sentido da maior garantia dos direitos individuais, prevê ainda o documento legal, no artigo seguinte, que “nos casos em que a interdição for promovida pelo Ministério Público, o juiz nomeará defensor ao suposto incapaz; nos demais casos o Ministério Público será o defensor” (Brasil, 2002, Art. 1.770),²⁵ referendando o princípio do direito de defesa contra a decretação unilateral de incapacidade, consagrado desde o Código Napoleônico.

Ao entrar com a ação, o autor,²⁶ representado por seu advogado (quando este não for o Ministério Público), na petição inicial,²⁷ deverá provar sua legitimidade e especificar os fatos que revelam a “anomalia psíquica”, assinalando a “incapacidade do interditando para reger sua pessoa e administrar seus bens” (Brasil, 1973, Art. 1.180). 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.

Nesse momento, 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). É nesse espaço que a família leva um problema particular, de interesse privado, à jurisdição de outras esferas institucionais públicas, para que

²⁵ De acordo com as Constituições Federal e Estadual, constitui-se função típica do Ministério Público o zelo pelos interesses individuais dos incapazes, especialmente dos interditos. Esta atribuição impõe a intervenção do Promotor de Justiça não só nas ações de declaração de interdição como em todas as outras em que o interdito seja parte.

²⁶ Autor – aquele que promove ou ajuíza a ação judicial.

determinados comportamentos, onde são evidenciados desvios dos *padrões de normalidade*, sejam compreendidos como indicadores de uma *doença mental* e, por conseguinte, de uma incapacidade.²⁸

Uma outra pesquisa realizada em Campinas/SP, por Zarias (2003), na qual foram utilizadas técnicas de investigação etnográfica, revelou duas qualidades gerais dos processos 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 garantir um ganho, evita-se a dissipação de bens comuns à família (Zarias, 2003).

Exemplificativo da primeira situação, muito próxima dos profissionais da assistência social, 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 equivocada 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*²⁹ era ocasionada por doença ou deficiência mental. Tal realidade motivou a realização, em outubro de 2005, do Seminário “A Banalização da Interdição Civil”, promovido pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados.³⁰ A importância desse Seminário foi a de tornar explícito que, *incapacidade para o trabalho* ou para prover-se de forma independente e

²⁷ A “Petição inicial” é o documento apresentado pelo autor da ação, que dá início ao processo de interdição. Nela, “o interessado provará a sua legitimidade, especificará os fatos que revelam a anomalia psíquica e assinalará a incapacidade do interditando para reger a sua pessoa e administrar os seus bens” (Nery Junior, 2004, p. 1343).

²⁸ 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.

²⁹ Conforme expressa a LOAS em seu Art. 20, § 2º).

³⁰ Em conjunto com o Conselho Federal de Psicologia, Ministério do Desenvolvimento Humano e Combate à Fome, Ministério da Previdência Social, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência de República, Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Associação Brasileira de Psiquiatria, Movimento pela Luta Antimanicomial, entre outros.

incapacidade para os atos da vida civil, são incapacidades de natureza distintas, não sendo a última, necessariamente, conseqüência 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), embora mantenha o discernimento para atos da vida civil, não sendo necessária sua interdição (medida drástica de restrição de direitos).³¹

Processada a *petição inicial*, o “interditando será citado para, em dia designado, comparecer perante o juiz, que o examinará, interrogando-o minuciosamente acerca de sua vida, negócios, bens e do mais que lhe parecer necessário para ajuizar do seu estado mental, reduzidas a auto as perguntas e respostas” (Brasil, 1973, Art. 1.181). Essa etapa tem como objetivo principal proporcionar ao magistrado, mediante contato pessoal com o interditando, elementos que, acrescidos de laudos e pareceres de especialistas (geralmente psiquiatras e, cada vez mais, assistentes sociais), formarão sua convicção para a decisão que deverá tomar, posteriormente, proferindo a sentença (Machado e Freitas, 1981).

É garantida ao interditando, no prazo de cinco dias, a partir desse interrogatório, a possibilidade de impugnar o pedido de interdição, sendo representado pelo Ministério Público (caso este não tenha sido o autor da ação), ou por advogado por ele constituído para sua defesa. Apresentada ou não a defesa, o juiz indicará um perito psiquiatra para proceder ao exame de suas capacidades.

Sendo decretada a interdição, o juiz nomeará um curador ao interdito (inicialmente, provisório), o qual firmará um Termo de Compromisso, assumindo assim, o encargo público de zelar pela pessoa e pelos bens do curatelado.³² A sentença de interdição deverá ser inscrita no Registro de Pessoas Naturais, passando a constar, portanto, em todos os documentos pessoais do interdito. Essa sentença deverá ser publicada pela imprensa local e pelo órgão oficial, constando do edital os nomes do interdito e do curador, a causa da interdição e os limites da curatela. Embora sujeita à apelação, a sentença de interdição produz efeitos imediatos, sendo nulos todos os atos praticados pelo interdito a partir de então, e anuláveis aqueles praticados anteriormente a ela, dependendo do proveito tirado pela parte contrária (Brasil, 1973, Arts. 1.182 e 1.184). O Código Civil estende a autoridade do

³¹ 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).

³² Compete ao Ministério Público a fiscalização da atuação do curador nomeado, assim como as condições de assistência prestada à pessoa do incapaz, constituindo no zelo pelo direito à vida, à liberdade, à educação, à saúde, ao bem-estar e ao patrimônio.

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 a sua recuperação (Brasil, 2002, Arts. 1.778 e 1.776).

É a partir desse momento que se inicia, oficialmente, uma nova trajetória para o interdito: a de sujeito incapaz. Assim considerado, o sujeito não rege sua pessoa, seus bens, seus filhos; perde sua capacidade de exercício e perde seu poder de voz e de vontade; fica sem autonomia, torna-se um *cidadão incompleto*.³³ A exclusão, assim oficializada, fundamenta-se 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.

Portanto, num esforço de síntese do até aqui exposto, conclui-se que, saindo do plano teórico, genérico, para atender às particularidades do sujeito singular, a pedra angular para o equacionamento do binômio exclusão/proteção, presente 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 conseqüência, 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, social 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

³³ 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.

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.

O que se advoga não é o fim dos estatutos da interdição e da curatela, mas sua utilização como 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 e capacidades como uma outra forma possível de estar no mundo.

E, nessa luta, que se constitui numa luta em defesa da preservação de direitos, estão os Assistentes Sociais convocados.

Referências

- AGUIAR e SILVA, Vitor Manuel de. *Teoria da literatura*. 4. ed. Coimbra: Almedina, 1982.
- ASSIS BRASIL, Luiz Antonio. *Cães da Província*. 7. ed. Porto Alegre: Mercado Aberto. 1997.
- BACCIOTTI, Rui Carlos Duarte. *Direito Civil – lições preliminares*. 2002.
Disponível em: <www.suigeneris.pro.br/licoes01.htm>. Acesso em: 8 abr. 2004.
- BALLONE, G. J. *Perícia psiquiátrica*. In: PsiqWeb. Disponível em:
<<http://gballone.sites.uol.com.br/forense/pericia.html>>. Última atualização 2004. Acesso em: 16 jun. 2004.
- BRASIL. *Código Civil dos Estados Unidos do Brasil*. Lei 3.071, de 1 de janeiro de 1916.
- . Lei 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. 2001a.
- . Lei nº 010.406. *Código Civil do Brasil*, de 10 de janeiro de 2002.
- CARVALHO, João Andrades. *Tutela, curatela, guarda, visita e pátrio poder*. Rio de Janeiro: AIDE. 1995.
- CARVALHO, José Murilo de. *Cidadania no Brasil o longo caminho*. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.
- CASTEL, 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.
- ESCOREL, Sarah. As conferências de saúde e o processo da reforma sanitária brasileiras. In: Revista *CONASEMS*, n. 1. Disponível em:
<<http://www.walkinmedia.com.br/conasems/mostraPagina.asp?codServico=35&codPagina=33>>.
Acesso em: 16 jun. 2004.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Dicionário Aurélio Eletrônico. Século XXI*. Versão 3.0 – Lexikon

Informática. Novembro de 1999.

FOUCAULT, Michel. *A microfísica do poder*. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

———. *Os anormais*: curso no College de France (1974-1975). 2. tir. São Paulo: Martins Fontes, 2001. (Coleção Tópicos)

FRANCE. Loi sur les aliénés nº 7443 du 30 juin 1838. Disponível em: <<http://www.ch-charcot56.fr/textes/l1838-7443.htm>>. Acesso em: 2 jun. 2004.

FREEDMAN, Alfred M., KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J. *Compendio de psiquiatria*. Barcelona: Salvat, 1981.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

GONDIM, Denise S. M. *Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos*: inovação ou reprodução do modelo assistencial? [Mestrado] Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 125 p. Disponível em:

<http://thesisfiocruz.bvs.br/transf.php?script=thes_chap&id=00001002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2004.

GRAÇA, Luiz. *História da saúde no trabalho: Europa*. Disponível em:

<www.terravista.pt/5531/textos23.html>. Última atualização em 30/05/2000. Acesso em: 2 jun. 2004.

GUSMÃO, Paulo Dourado. *Dicionário de direito de família*. Rio de Janeiro: Forense. 1985.

LOCKE, John. *Segundo tratado sobre o governo*. São Paulo. Abril Cultural. 1978. (Coleção Os Pensadores)

LOPES, Bráulio Lisboa. Direitos de personalidade. Inovações introduzidas pelo Código Civil de 2002. *Jus Navigandi*, Teresina, a. 8, n. 231, 24 fev. 2004. Disponível em:

<<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=4850>>. Acesso em: 16 jun. 2004.

MACHADO, José A. de Abreu; FREITAS, Gilberto Passos. *Interdição e curatela*. 2. ed. Bauru/SP: Editora Jalovi. 1981.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL/MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. *Conheça mais sobre o BPC*. Um direito garantido pela Constituição Federal. Brasília. 2006.

NERY JUNIOR, Nelson. *Código de Processo Civil Comentado*: e legislação extravagante: atualizado até 3 de setembro de 2004. 8. ed. rev., ampl. e atual. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2004.

PONTES DE MIRANDA, *Tratado de Direito Privado*. Parte Geral. Tomo I, Introdução. Pessoas físicas e jurídicas. 2. ed. Rio de Janeiro: Borsoi. 1954.

TORRE, Eduardo Henrique G.; AMARANTE, Paulo. *Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental*. Ciênc. saúde coletiva. [online]. 2001, v. 6, n. 1, p. 73-85. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100006&lng=pt&nrm=iso>.

ISSN 1413-8123. Acesso em: 17 jun. 2004.

TSU, Tânia. *A internação psiquiátrica e o drama das famílias*. São Paulo: EDUSP: Vetor. 1993.

VIANNA, Alexandre Martins. *Antigo Regime*. Disponível em: <www.ifcs.ufrj.br/tempo/dcpd2.html>. Acesso em: 10 jun. 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*. São Paulo: Ática, 1991. (Coleção Princípios)

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.