

# **A INADEQUAÇÃO DO CONCEITO DE CAPACIDADE DE FATO PARA LEGITIMAR A INTERVENÇÃO JUNTO À AUTONOMIA DO PACIENTE COM ANOREXIA NERVOSA**

## **THE INADEQUACY OF THE DE-FACTO CAPACITY CONCEPT TO LEGITIMIZE AN INTERVENTION ON THE AUTONOMY OF THE PATIENT WITH ANOREXIA NERVOSA**

Maria de Fátima Freire de Sá  
Maíla Mello Campolina Pontes

**RESUMO:** O presente artigo aborda o universo da anorexia, transtorno alimentar em que a pessoa se recusa a manter um peso mínimo normal, receia adquirir peso e, normalmente, interpreta seu corpo e sua forma de maneira distorcida. O agravamento do quadro clínico pode ensejar a internação do paciente para reversão de seu estado desnutricional. Contudo, exatamente pelo fato de o transtorno ser marcado por um medo obsessivo de ganhar peso, alguns pacientes refutam o tratamento, mesmo que, ao fazê-lo, exponham-se ao risco de morte. Destarte, pode se afigurar necessário uma internação involuntária. Nesse contexto, surgem as considerações jurídicas acerca do instrumental dogmático adequado para legitimar a intervenção na autonomia do paciente, qual a regulamentação existente para as internações involuntárias e se há, ou não, algum mecanismo hoje, no cenário jurídico brasileiro, para proteger o direito e assistir às necessidades desses pacientes especificamente.

**PALAVRAS-CHAVE:** anorexia; autonomia, capacidade, competência.

**ABSTRACT:** This article discusses the universe of anorexia, an eating disorder in which the person refuses to maintain a minimally normal weight, concerns about gaining weight, and usually interprets their body and shape in a distorted way. The worsening of the clinical condition may give rise to patient hospitalization to reverse his undernourishment state. However, precisely because the disorder is marked by an obsessive fear of gaining weight, some patients deny treatment, even if, in doing so, expose themselves to the risk of death.

Thus, an involuntary hospitalization may be necessary. In this context, there are legal considerations about the appropriate dogmatic instrumental to legitimize the intervention on patient's autonomy, which regulation exists for involuntary hospitalization and if there is or not any mechanism today, under Brazilian law, to protect the right and assist the needs of these patients specifically.

KEYWORDS: anorexia; autonomy; capacity; competence.

## 1 INTRODUÇÃO

Fome ou apetite? Necessidade ou desejo? Qual o significado que a negação do alimento expressa (in)conscientemente? Não comer ou comer nada? O que há por detrás do paradoxo que faz aumentar de maneira alarmante o número de pessoas que negam o alimento, imersas nos sintomas da anorexia nervosa, e, por outro lado, o número daquelas que abusam da alimentação, com crises de hiperfagia, cuja origem está muito mais em um ponto recôndito da psique humana que nas necessidades nutricionais do próprio organismo?

Qual o papel do corpo diante do neonarcisismo cultural? Certamente, há um ideal a que se visa alcançar e refletir. O corpo passa a ser o símbolo estético imbuído em valores éticos. Diz-se sobre o que se é sem que se faça necessário a voz. A aparência fez subverter a organização da captação das informações pelos sentidos, prescindindo das palavras, para aderir a um discurso mudo. O indivíduo é decifrado pelo simples despir causado pelo olhar alheio.

A abstinência de alimento está cristalizada em inúmeras narrativas históricas. Buda, Jesus, santos e outros profetas são referenciais de devoção que jejuaram em algum momento de suas penitências. Negar o alimento – ou, talvez, em uma abordagem que se permita render a algumas divagações, a saciedade do desejo pela incorporação (deglutição) daquilo que é externo ao indivíduo – faz parte da quase totalidade das tradições religiosas, e o Ramadão, o Yom Kippour e a Quaresma são exemplos disso.

Do ponto de vista religioso, jejuar é o ato por intermédio do qual se busca uma ruptura. Corta-se uma espécie de elo que, de certa forma, torna o indivíduo dependente do materialismo e do mundo profano. Afinal, se o desejo está ligado a uma falta, negar a

satisfação desse impulso é permitir que o indivíduo se recolha às fronteiras de si mesmo, preparando-se, em seu altar interior, para a apuração de sua experiência pessoal junto ao metafísico.

Percebe-se, portanto, que a motivação por detrás da recusa da alimentação esteve preenchida por diferentes inclinações ao longo do caminho do tempo. Na Idade Média, personagens como Francisco de Assis, Clara de Assis e Catarina de Siena são exemplos que, no comportamento relativo ao hábito alimentar, guardam estreitas coincidências com os pacientes com anorexia nervosa. Destarte, é o meio cultural em que se está inserido que será o responsável por adjetivar essa anorexia em sagrada ou nervosa, dependendo das razões que subjazem à sua ocorrência.

Nesse cenário de tantos questionamentos e investigação de ordem histórica e psicanalítica, surge, também, conseqüências que desembocam junto à Medicina e ao Direito, exigindo que os profissionais dessas áreas aglutinem conhecimentos na busca pelas respostas que a realidade impõe.

O presente artigo aborda esse universo da anorexia, trazendo à superfície da reflexão alguns pontos que reverberam junto ao Direito. Afinal, por que se admite a constrição da autonomia do paciente para interná-lo contra sua vontade? Seria tecnicamente correto, do ponto de vista jurídico, justificar a possibilidade de internação involuntária com base no conceito clássico de capacidade de fato? Qual o instrumento legal que baliza essas internações? Haveria no ordenamento jurídico brasileiro institutos para a salvaguarda de direitos e assistência às necessidades desse paciente?

Com a finalidade de se traçar os contornos para viabilizar o rascunho de possíveis respostas, far-se-á um estudo sobre as particularidades e sintomas da anorexia nervosa e, posteriormente, o conceito de capacidade de fato será trabalhado para se chegar à conclusão sobre sua (in)adequação como instrumental dogmático a fim de justificar a internação de um paciente contra a sua vontade.

Dentro do panorama legislativo hodierno, será analisado se os instrumentos de proteção que poderiam ser empregados atendem às necessidades dos pacientes anoréxicos.

## **2 ANOREXIA**

### **2.1 Aspectos históricos**

Se buscada a origem etimológica do termo anorexia, verificar-se-á que o mesmo deriva do grego *an*, que significa deficiência ou ausência de, e *orexis*, apetite (CÓRDAS; CLAUDINO, 2002). Todavia, atualmente, difere-se o sentido etimológico daquele empregado no quadro clínico de “anorexia nervosa”, uma vez que os pacientes que se subsumem a tal diagnóstico não apresentam real perda de apetite até estágios mais evoluídos da doença, mas, sim, uma recusa alimentar deliberada, visando ao emagrecimento ou oriunda do receio de engordar.

O primeiro relato conhecido de um caso de anorexia nervosa ou, pelo menos, aquele que é assim tratado pela literatura médica foi realizado por Richard Morton, em 1689, em seu livro sobre doenças consumptivas (BELL, 1985; HERSCOVICI; BAY, 1997; CÓRDAS; CLAUDINO, 2002; BUCARETCHI; WEINBERG, 2003). Tratava-se de uma paciente de vinte anos de idade, com um quadro iniciado há dois anos, que veio a ser assistida por ele em 1686. (BELL, 1985). Em sua narrativa, Morton explana alguns dos sintomas apresentados pela paciente, sua recusa em ingerir a medicação prescrita e o fato de ela ter vindo a falecer três meses após o início do tratamento. (BELL, 1985; HERSCOVICI; BAY, 1997).

O autor comenta, ainda, acerca da influência mútua entre processos mentais e físicos, ressaltando o papel patogênico das emoções (CÓRDAS; CLAUDINO, 2002). O quadro não se caracterizava pela presença de febre ou dispnéia, no entanto, trazia os sintomas de diminuição de apetite, amenorréia, aversão à comida, obstipação, emagrecimento extremo e hiperatividade. Morton faz menção à indiferença da paciente para com seu estado de desnutrição e a preservação de suas faculdades mentais básicas. (CÓRDAS; CLAUDINO, 2002).

Compulsando os vestígios de relatos que compõem a história da anorexia, consta que, em 1789, Naudaud, na França, descreveu uma “doença nervosa acompanhada de uma repulsa extraordinária por alimentos” (BUCARETCHI; WEINBERG, 2003, p. 20) e, transcorridos mais de setenta anos, em 1859, Louis-Victor Marcé, supervisionando de Charcot, na *Société Médico-Psychologique*, em Paris, relatou dois quadros de pacientes que apresentavam uma “recusa em alimentar-se” provocada por um “delírio hipocondríaco”. (BUCARETCHI; WEINBERG, 2003, p. 20).

Foi somente na segunda metade do século XIX que a anorexia nervosa emergiu como uma entidade clínica independente, com sintomatologia e patogenias distintas

(CÓRDAS; CLAUDINO, 2002), face aos relatos quase simultâneos, em 1873, do médico inglês William W. Gull e do psiquiatra francês Lasègue.

Primeiramente, em 1868, Gull, durante o encontro do *British Medical Association*, em Oxford, descreveu o quadro clínico de três moças entre 14 e 18 anos, que se recusavam a se alimentar e se tornavam demasiadamente magras, denominando a enfermidade “apepsia histérica”. (BUCARETCHI; WEINBERG, 2003; CÓRDAS; CLAUDINO, 2002). A expressão não foi a mais feliz, uma vez que o quadro não necessariamente deveria ser caracterizado por uma falta de pepsina e, também, porque o termo “histeria”, na época, era aplicado somente a mulheres, e a auto-privação de alimentos a que ele visava dar relevo poderia ser vislumbrada junto a homens, ainda que em menor escala. (BELL, 1985).

Em abril de 1873, Lasègue publica o artigo *De l'anorexie hystérique*, descrevendo os achados clínicos de oito pacientes de 18 a 32 anos de idade e ressaltando a origem psíquica dessa doença. Segundo Cordás e Claudino (2002), o psiquiatra focaliza um dos traços marcantes da anorexia histérica, qual seja, a crença mórbida de que o alimento é lesivo e, por isso, deve ser evitado. Lasègue identifica outras características de cunho psicopatológico relativas a inseguranças pessoais e busca por aprovação, além de ressaltar a importância do comportamento familiar na manutenção dos sintomas.

Lasègue, segundo Giordani (2006), seria o responsável pelo avanço no conhecimento acerca das distorções que o paciente anoréxico possui de seu corpo, inclusive, negando a gravidade de seu próprio estado. Teria sido ele a observar que a doença se caracterizava por uma forma pervertida de realizar a restrição alimentar, existindo uma “condescendência verdadeiramente patológica da anoréxica com relação ao seu estado cadavérico” (GIORDANI, 2006, p. 81), posto que, além de não desejar a própria cura, regozijava-se nas restrições impostas por sua própria conduta.

Em outubro de 1873, William W. Gull apresenta o tema *Anorexia Nervosa* para a *Clinical Society of London* – publicado, apenas, em 1874 – descrevendo três casos e mencionando que o referido quadro costuma se manifestar em mulheres entre os 16 e 23 anos e, ocasionalmente, em homens da mesma faixa etária. Foi ele o responsável por cunhar na literatura médica a expressão “anorexia nervosa”. De acordo com Cordás e Claudino (2002), em sua descrição, Gull se dedica mais a catalogar os achados clínicos que decorrem da inanição prolongada, tais como, a caquexia, a perda de apetite, a amenorreia, a constipação e a diminuição de sinais vitais. O componente psicológico é trabalhado, sem, contudo, ser priorizado em seus estudos. Gull acreditava que o responsável pelo tratamento deveria assumir uma postura moral mais autoritária perante a paciente.

Jean-Martin Charcot, na publicação da obra *Disorders of the nervous system*, datada de 1889, em Londres, é apontado como sendo, provavelmente, quem tenha reconhecido a característica psicopatológica central da anorexia: a idéia fixa da obesidade (CÓRDAS; CLAUDINO, 2002; GIORDANI, 2006), além de concordar com a sugestão preliminar feita por Gull e Lasègue de que a família do paciente é, de certa forma, responsável pela doença ou, ao menos, por sua continuidade. (BELL, 1985).

Rudolph W. Bell (1985) narra que, para a inauguração do ano acadêmico de 1906-1907 da *Harvard Medical School*, Pierre Janet foi convidado a proferir uma série de quinze palestras, baseado em seu trabalho realizado na França, sendo que uma delas foi dedicada ao tema da anorexia, por ele denominada “anorexia histérica”.

Embasado nos trabalhos de Lasègue e Charcot, Janet descreveu a anorexia histérica como uma doença caracterizada por três estágios distintos que ocorreriam durante um período não inferior a dezoito meses e, em geral, com duração de dez anos ou mais. (BELL, 1985). O primeiro estágio seria o gástrico e o paciente se apresentaria extremamente dócil e desejoso de modificar sua dieta e tomar os medicamentos necessários no intuito de se livrar de dores estomacais. O segundo estágio seria o moral e, nele, o paciente se encontraria em conflito com familiares que estariam a julgá-lo por um hipocondríaco obstinado. O paciente se tornaria relutante, sentindo que qualquer concessão de sua parte se afiguraria uma traição a si mesmo. Concomitantemente, apresentaria hiperatividade e passaria a vomitar sempre que induzido a deglutir. No último estágio ou período de inanição, a vida do paciente está em risco e os sintomas apresentados são evidentes: abdômen retraído, constipação, escassez de urina, pela seca, pulsação acelerada. O paciente ficaria acamado, em delírio, em um estado semicomatoso. Nesse estágio, haveria pacientes – inclusive, alguns tratados pelo próprio Janet – que se recusariam a se alimentar e, conseqüentemente, faleceriam. (BELL, 1985, p.12).

Janet, diante das situações experienciadas no âmbito da anorexia, concluiu que o quadro refletia um distúrbio psicológico profundo, no qual a recusa por alimento seria apenas um sintoma externalizado. (BELL, 1985).

A partir de 1914, ocorre uma mudança significativa na compreensão da anorexia nervosa, que passa a ser vista como uma doença puramente orgânica, somática. (CÓRDAS; CLAUDINO, 2002). Simmonds, um patologista alemão, descreveu um caso fatal de caquexia, no qual a autópsia revelou uma destruição pituitária<sup>1</sup> e, durante os próximos trinta anos que se seguiram, a anorexia nervosa passou, destarte, a ser confundida com a Doença de Simmonds

---

<sup>1</sup> Glândula da hipófise.

(hipotuitarismo) trazendo sérias implicações terapêuticas. (HERSCOVICI; BAY, 1997; CÓRDAS; CLAUDINO, 2002). Somente a partir dos anos 50 que se começou a voltar à idéia de uma origem puramente psicológica da doença. (APFELDORFER, 1995).

Concebida como variante de outras doenças psiquiátricas como a histeria, a esquizofrenia e o transtorno obsessivo compulsivo, somente a partir de 1960 que a anorexia foi reconhecida como doença com síndrome psiquiátrica específica e aspectos característicos que a diferenciavam de outros diagnósticos. (CÓRDAS; CLAUDINO, 2002). Nesse cenário, Hilde Bruch trouxe uma importante contribuição para a compreensão de aspectos psicopatológicos comuns na anorexia nervosa. Cordás e Claudino (2002) mencionam ter sido essa a autora a propor que, no cerne da anorexia nervosa, residiria uma série de deficiências do ego e da personalidade, resultando em três áreas de perturbação do funcionamento: transtornos da imagem corporal, transtornos na percepção ou interpretação de estímulos corporais e uma sensação paralisante de ineficiência que invade todo o pensamento e atividades do paciente.

Na década de 1970, começam a surgir critérios padronizados para o diagnóstico da anorexia nervosa com base nos distúrbios psicobiológicos e psicopatológicos, desenvolvidos para atender tanto as necessidades clínicas como as de pesquisa. (CÓRDAS; CLAUDINO, 2002). Esses critérios que, inclusive, trazem aspectos concebidos como diagnósticos de anorexia nervosa pelos atuais sistemas classificatórios (DSM-IV-TR e CID-10), salientavam: a perda considerável de peso, a preocupação mórbida com o risco de engordar, alterações na percepção corporal e disfunções endócrinas (ex. amenorréia). (BELL, 1985; CÓRDAS; CLAUDINO, 2002).

O evoluir dos anos e o surgimento de novos casos foram sedimentando sintomas que se tornaram recorrentes nos quadros clínicos de anorexia nervosa. Todavia, qual seria o atual estado da arte médica no tocante ao universo desse diagnóstico? Como a sintomatologia, observada ao longo da história, desde as religiosas que jejuavam para apuração de suas experiências pessoais junto ao metafísico, estão cunhadas nos ensinamentos de Psiquiatria?

Com o fito de alicerçar as futuras considerações que não de ser semeadas no presente trabalho, imperioso adentrar pelos aspectos clínicos e terapêuticos que caracterizam esse transtorno alimentar.

## **2.2 O estado da arte médica: aspectos clínicos e terapêuticos**

No estudo das síndromes psicopatológicas, a anorexia nervosa é conceituada como sendo um transtorno alimentar, caracterizado por comportamento obstinado e proposital direcionado a perder peso – oriundo da busca por um corpo magro ideal –, acompanhado por uma falsa percepção da imagem corporal e alterações hormonais devidas à desnutrição (amenorréia<sup>2</sup> ou ciclos menstruais irregulares, hipogonadismo hipotalâmico, retardo no desenvolvimento da puberdade e redução do interesse sexual). (SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011; SADOCK; SADOCK, 2007).

Na revisão de texto da quarta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV-TR), a anorexia nervosa é definida como um transtorno em que as pessoas se recusam a manter um peso mínimo normal, receiam aumentar de peso e, normalmente, interpretam seu corpo e sua forma de maneira equivocada. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

A décima revisão da *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (CID-10), por sua vez, descreve a anorexia nervosa como uma perda de peso deliberada, grave, causada pelo paciente, cujas causas permanecem desconhecidas, embora, aparentemente, uma confluência de fatores socioculturais e biológicos contribua para o transtorno, quando incidente junto a uma personalidade vulnerável e outros processos psicológicos. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

O curso da Anorexia Nervosa é crônico geralmente, com graves manifestações psíquicas e clínicas. Apesar de ter baixa prevalência, é responsável pela maior taxa de morbimortalidade dentre todos os transtornos psiquiátricos. (SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011).

A idade na qual regularmente se observa o início do quadro, de acordo com o DSM-IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000), é dos quatorze aos dezoito anos e sua manifestação se dá de 10 a 20 vezes mais em mulheres que em homens (MATARAZZO, 1995; SADOCK; SADOCK, 2007). No tocante ao diagnóstico, o DSM-IV-TR lista como os critérios a serem observados: a) recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (p. ex., perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou incapacidade de atingir o peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor

---

<sup>2</sup> Ausência de menstruação por três meses ou mais.



que 85% do esperado); b) medo intenso de ganhar peso ou de engordar, mesmo estando com peso abaixo do normal; c) perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual; d) nas mulheres pós-menarca, amenorréia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

Do ponto de vista comportamental, observa-se que a totalidade dos pacientes com anorexia nervosa tem um medo intenso de ganhar peso e engordar, razão que contribui para a falta de interesse ou mesmo resistência em aderir a um tratamento. (SADOCK; SADOCK, 2007). As ações que visam à perda de peso são realizadas em segredo. Os pacientes refutam situações nas quais precisam se alimentar junto a pessoas conhecidas ou em público. Atitudes como as de se livrarem dos alimentos colocados no prato, cortá-los em pedaços muito pequenos e rearranjá-los no decorrer das refeições durante a maior parte do tempo são características recorrentes junto aos portadores desse tipo de distúrbio alimentar. Alguns, por não conseguirem controlar de forma contínua a restrição alimentar auto-imposta, têm episódios de comer compulsivo, seguidos de atos de purgação, como, por exemplo, indução de vômitos, abuso de laxantes e diuréticos. Exercícios físicos intensos e ritualísticos, também, são observados com frequência em anoréxicos. (SADOCK; SADOCK, 2007).

Comportamento obsessivo-compulsivo, depressão e ansiedade são outros sintomas psiquiátricos vislumbrados na literatura específica (SADOCK; SADOCK, 2007).

O DSM-IV-TR distingue dois subtipos de anorexia nervosa, baseados na presença ou ausência de sintomas bulímicos associados: o tipo compulsão periódica/purgativo e o tipo restritivo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

Pacientes que apresentam episódios de compulsão alimentar ou utilizam métodos purgativos como, por exemplo, vômito induzido, abuso de laxantes e diuréticos, subsumem-se ao subtipo purgativo. A literatura aponta maiores índices de suicídio por parte desses pacientes, bem como a possibilidade de apresentarem complicações médicas mais graves, decorrentes dos comportamentos purgativos, associados ao baixo peso. (SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011; SADOCK; SADOCK, 2007).

Pacientes com o subtipo restritivo, por sua vez, limitam sua seleção de alimentos, ingerem quantidades baixíssimas de calorias e, frequentemente, apresentam traços obsessivo-compulsivos com relação à alimentação e outros temas. (SADOCK; SADOCK, 2007).

Salzano, Aratangy, Azevedo, Pisciolaro, Maciel e Cordás (2011), para fins didáticos, dividem os principais componentes etiológicos da anorexia nervosa em três fatores: predisponentes, precipitantes e mantenedores. Os fatores predisponentes seriam: sexo feminino, história familiar de transtorno alimentar, baixa autoestima, perfeccionismo e dificuldade para expressar emoções. Os fatores precipitantes seriam: dieta, situações de separação e perda, alterações na dinâmica familiar, expectativas irreais na escola/trabalho/vida pessoal e proximidade da menarca. Por fim, os fatores mantenedores seriam: alterações neuroendócrinas, distorção da imagem corporal, distorções cognitivas e práticas purgativas.

Outro ponto que merece relevo junto aos contornos das principais características do quadro de anorexia nervosa trata-se da dificuldade em se traçar o seu diagnóstico, posto existir a negação dos sintomas por parte dos pacientes, sigilo quanto aos rituais para evitar a ingestão de alimentos e resistência para se buscar um tratamento.

Os clínicos não devem verificar se não há ocorrência de alguma outra doença que poderia ser responsável pela perda de peso, como, por exemplo, um tumor cerebral ou câncer. A perda de peso, os comportamentos alimentares e os vômitos podem estar presentes em outros transtornos mentais (SADOCK; SADOCK, 2007), razão pela qual se faz imperioso buscar os traços que os distinguem.

Não há de se confundir o diagnóstico de anorexia nervosa com o de bulimia nervosa – transtorno alimentar marcado por episódios de comer compulsivo, seguidos de humor depressivo, pensamentos autodepreciativos e, por vezes, vômitos auto-induzidos, que ocorrem enquanto os pacientes mantêm seu peso dentro da faixa considerada normal. “Pacientes com bulimia nervosa raramente perdem 15% de seu peso, mas as duas condições com frequência coexistem”. (SADOCK; SADOCK, 2007, p. 793).

O tratamento da anorexia nervosa se concretiza com a atuação de profissionais de diversas áreas. A equipe multidisciplinar é composta minimamente por nutricionista, psicólogo e médico psiquiatra. Tendo em vista as complicações psicológicas e médicas que permeiam o quadro, é recomendado um tratamento abrangente, incluindo hospitalização quando necessário e terapia individual e familiar. (SADOCK; SADOCK, 2007).

Todavia, como realizar um tratamento se o paciente não consegue, por vezes, reconhece-se enfermo, apesar de enfrentar risco de morte? Como convencer um anoréxico a recuperar o peso ideal se a patologia se define por um medo incontrolável de engordar?

Diante de um quadro clínico que se caracteriza por uma falsa percepção da realidade, causada por distorção da auto-imagem pelo próprio paciente, como mensurar sua capacidade para se autodeterminar frente às questões relativas à sua saúde?

O alto índice de letalidade da anorexia nervosa, estimado em 20% dos casos (BAGGIO, 2011), aliado à freqüente negação do anoréxico de sua condição e dos obstáculos que lhe são impostos pela própria patologia – que ao turvar sua percepção da auto-imagem, dificulta a reversão do estado de desnutrição –, por vezes, exigem uma intervenção médica drástica.

Poderia o paciente ser internado contra sua vontade? Essa internação involuntária se consubstanciaria em ofensa à sua autonomia?

Com o fito de delinear possíveis respostas às indagações semeadas acima, bem como os reflexos jurídicos que delas adviriam, indispensável explorar os tipos de tratamento hospitalares indicados ao pacientes anoréxicos. Diante dessas informações, em cotejo com o conceito clássico de capacidade de fato presente na teoria geral do Direito Civil, será possível analisar se essa noção é a adequada para legitimar a internação involuntária e se esse procedimento fere a autonomia do paciente que se recusa a ser tratado.

### **3 O TRATAMENTO DO PACIENTE ANORÉXICO: ONDE REPOUSA A LEGITIMIDADE PARA SUA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA?**

#### **3.1 Tipos de tratamento**

A primeira consideração no tratamento da anorexia nervosa é restaurar o estado nutricional do paciente; desidratação, inanição e desequilíbrios eletrolíticos podem comprometer seriamente à saúde, resultando em óbito, dependendo do caso. (SADOCK; SADOCK, 2007).

A abordagem médica se propõe a reverter os efeitos oriundos da falta de alimentação e tratar as eventuais complicações de comorbidades clínicas e psiquiátricas. Um trabalho terapêutico visará a promover a recuperação cognitiva, volitiva e afetiva do medo mórbido de engordar e da insatisfação relativa à imagem corporal. Os pacientes não devem ser assistidos para prevenir a recaída e recorrência do quadro alimentar disfuncional. Para tanto, os profissionais

que compõem a equipe multidisciplinar que atua junto aos anoréxicos trabalham a melhora da autoestima, a autorresponsabilização do paciente sobre o tratamento, diluem pensamentos equivocados relacionados ao hábito alimentar e procuram mitigar/anular o medo obsessivo que esse tipo de paciente possui quando necessita ganhar peso para restaurar o equilíbrio orgânico. (SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011; SADOCK; SADOCK, 2007).

Alguns tipos de psicoterapias podem ser explorados em concomitância ao tratamento para restauração clínica e nutricional, como, por exemplo, a terapia cognitivo-comportamental, a psicoterapia dinâmica e a terapia familiar. (SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011).

Embora estudos farmacológicos ainda não tenham identificado um medicamento que proporcione a melhora definitiva da anorexia nervosa, algumas substâncias podem vir a ser ministradas no caso de comorbidades. O número de pacientes que apresentam transtorno depressivo coexistente é expressivo, o que justifica uma alta ocorrência de suicídios em quadros crônicos, principalmente, do subtipo compulsivo/purgativo.

O tipo de tratamento na anorexia nervosa dependerá da gravidade e cronicidade da parte clínica e comportamental, podendo ocorrer sob a forma de internação hospitalar parcial ou completa.

A indicação de internação baseada no critério do peso, em geral, ocorre quando o paciente apresenta um peso 20% abaixo daquele indicado para determinada altura. Quando esse peso estiver 30% ou mais abaixo do referencial esperado para dada altura, a internação tende a ser prolongada, com duração que varia de 2 a 6 meses. (SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011).

Entre as causas de tratamento urgente, que se justificam face à gravidade e risco de óbito, estão a “gravidez, diabetes melito, dor torácica, arritmias ou outras alterações eletrocardiográficas, síncope, ideação suicida, deficiências significativas de potássio, magnésio ou fósforo”. (SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011, p. 938).

Além das causas urgentes, segundo Salzano, Aratangy, Azevedo, Pisciolaro, Maciel e Cordás (2011), há outros critérios, além do baixo peso, que, se presentes, podem ser indicativos da necessidade de internação, quais sejam:

[...] a presença de desnutrição grave (peso menor que 75% do esperado de peso/altura); desidratação; distúrbios eletrolíticos; disritmia cardíaca; instabilidade fisiológica; bradicardia; hipotensão e hipotermia (< 36°C); mudanças ortostáticas

(pulso e pressão sanguínea); estagnação do crescimento e desenvolvimento; falha no tratamento ambulatorial; recusa alimentar aguda; descontrole de purgações e compulsões; complicações clínicas da desnutrição e de emergências psiquiátricas (p. ex., ideação suicida e sintomas psicóticos); e diagnósticos de comorbidades que podem interferir no tratamento do TA (p. ex., depressão grave, TOC e disfunção familiar grave). (2011, p. 938).

Contudo, em alguns pacientes, a falta de consciência crítica de sua morbidade associada ao risco de morte iminente remete a outro problema: e se há resistência ao tratamento? Como proceder nos casos em que o anoréxico refuta a terapêutica proposta, por não conseguir anuir com o ganho de peso que se faz necessário ao restabelecimento de suas funções orgânicas, face aos traços característicos do próprio transtorno alimentar?

Nessas situações, poderá ocorrer uma internação hospitalar completa involuntária. Para melhor entender a procedimentalidade desse tipo de tratamento, torna-se indispensável a análise dos instrumentos legais que o regulamentam.

### **3.2 A Lei n.º. 10.216/2001 e a internação involuntária**

A Lei n.º. 10.216/2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Sua regulamentação se deu pela Portaria n.º. 2391, que entrou em vigor em 26 de dezembro de 2002.

O primeiro aspecto a ser enfatizado diz respeito ao disposto no artigo 4º da referida lei, segundo o qual “a internação em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. (BRASIL, 2001). Conforme salienta Lima e Sá (2011), nesse artigo é possível vislumbrar uma opção legislativa que verte no sentido de limitar as internações psiquiátricas, inspirado em um movimento da psiquiatria que defende a integração do paciente junto ao meio social como parte do processo de tratamento e/ou cura.

A referida lei prevê três tipos de internação: a voluntária, na qual há o consentimento do paciente; a involuntária, feita a pedido de terceiros, sem o consentimento do paciente; e a compulsória, realizada por intermédio de ordem judicial (parágrafo único do artigo 6º). Em todas as situações, a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado com a caracterização dos motivos (artigo 6º, *caput*) e deverá, no prazo de

setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta (artigo 8º, §1º).

A internação voluntária, para os fins propostos pelo artigo, não oferece maior problematização, posto existir a anuência do paciente em aderir ao tratamento. A internação compulsória, prevista no artigo 6º, inciso III, da Lei nº. 10.216/2001, também, não gravitará ao redor das próximas considerações, uma vez que deve ser compreendida à luz da legislação penal. Lima e Sá explanam que:

Em razão da inimputabilidade do doente mental que praticou o crime, impõe-se sua absolvição, com a conseqüente aplicação de medida de segurança, consistente em internação hospitalar e tratamento. A compulsoriedade da medida afasta qualquer consideração sobre autonomia privada. (2011, p. 343).

Por fim, resta a análise na internação involuntária. Nesse cenário, ainda tendo por base as reflexões de Lima e Sá (2001), poder-se-ia considerar as seguintes situações:

i) existindo discernimento do paciente, e este não querendo ser internado, em princípio, não há como a família fazê-lo; ii) Mas, supondo a existência de discernimento e, ainda que o paciente não queira ser internado, a família poderia fazê-lo se o portador de transtorno colocasse em risco a vida de terceiros; iii) E, no caso de não existir discernimento do paciente e suas ações colocarem em perigo a própria vida e/ou a vida de terceiros, é possível a internação. (LIMA; SÁ, 2011, p. 343).

A razão para se pensar nesses desdobramentos e para se perquirir a legitimidade por detrás deles se justifica na exigência normativa genuína da modernidade para que se reconheçam a todos iguais liberdades subjetivas e, assim, o paciente seja respeitado na construção de sua personalidade, resguardado seu direito de liberdade e autonomia na tomada de decisões em um contexto de relação médico-paciente. (LIMA; SÁ, 2011).

Ante o exposto, algumas conclusões já podem ser delineadas.

A primeira circunstância a ser visualizada traz a figura de um paciente detentor de discernimento que, na expressão de seu consentimento livre e esclarecido, opta por não se submeter ao tratamento indicado. Seu comportamento não traz risco à vida de terceiros, embora possa comprometer a própria vida. Nesse caso, do ponto de vista técnico-jurídico, não é legítima a decisão familiar pela sua internação, já que o paciente possui o necessário discernimento para expressar sua escolha e, não a tendo acatada, figuraria como alvo de uma decisão junto à qual não atuou como autor. A internação involuntária nesse caso,

independente da motivação que a alicerçasse, refletiria um ato de violência à autonomia privada do paciente, porquanto incongruente com o exercício de sua personalidade.

A segunda situação a ser analisada traz a figura de um paciente que não possui discernimento e, exatamente por isso, coloca-se em situação de risco, ainda que não ofereça perigo a terceiro. Nesse caso, a decisão da família por submeter o paciente à internação involuntária seria legítima. Não havendo discernimento, não há, também, capacidade para se autodeterminar e cunhar junto à realidade os contornos do que seria o exercício de sua autonomia privada.

Diante das colocações feitas, questiona-se: o paciente anoréxico não possui discernimento? Se assim for considerado, como restaria sua atuação junto aos demais atos de sua vida civil? Haveria de ser taxado como incapaz por um processo de interdição?

Presença ou ausência de discernimento. Percebe-se que todas as perguntas ora feitas acabam se rendendo à qualificação binária a que visa o direito para estabelecer os sujeitos que podem ou não atuar no mundo-da-vida e receber a chancela que os reconhece por intermédio de seus atos.

Contudo, seria o conceito de capacidade de fato – reluzente nas entrelinhas e indagações acima tecidas – o instrumental dogmático adequado para legitimar a internação involuntária de um paciente anoréxico?

### **3.3 A capacidade de fato no direito brasileiro**

Todo ser humano é dotado de personalidade jurídica e, portanto, possui aptidão genérica para adquirir direitos e contrair obrigações. Aliada à idéia de personalidade, o ordenamento jurídico reconhece ao indivíduo a capacidade para a aquisição dos direitos e para exercê-los por si mesmo, diretamente, ou, não sendo possível, por intermédio da figura de um representante ou com a assistência de outrem. (PEREIRA, 2004).

Se a capacidade de direito foi cunhada pela doutrina clássica como sendo a “capacidade de ter direitos, a possibilidade de ser titular de direitos” (PONTES DE MIRANDA, 1954, p. 157), a capacidade de obrar (capacidade de fato) foi definida como sendo:

a) capacidade de praticar ato-fato jurídico; b) a de praticar atos jurídicos *strictu sensu*; c) a de manifestar vontade que entre no mundo jurídico como negócio jurídico (capacidade negocial); d) 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).

Hoje, de maneira simplificada, poder-se-ia conceituar a capacidade de direito como a aptidão inerente a cada pessoa para o exercício dos atos da vida civil, enquanto a capacidade de fato traduzir-se-ia no poder efetivo que viabiliza a prática plena, real de atos da vida civil. (FIUZA, 2010).

Contudo, segundo observação feita por Pereira (2004):

Aos indivíduos, às vezes faltam requisitos materiais para dirigirem-se com autonomia no mundo civil. Embora não lhes negue a ordem jurídica a capacidade de gozo ou de aquisição, recusa-lhes a autodeterminação, interdizendo-lhes o exercício dos direitos, pessoal e diretamente, porém condicionado sempre à intervenção de uma outra pessoa, que os representa ou assiste. A ocorrência de tais deficiências importa em incapacidade. (PEREIRA, 2004, p. 265).

Em relação à capacidade de fato, as pessoas naturais podem ser classificadas como absolutamente incapazes, relativamente incapazes e capazes. Com o fito de não fugir à temática do presente artigo, imperioso que a discussão seja vertida para o artigo 3º, inciso II, do Código Civil<sup>3</sup> e para o artigo 4º, inciso II, também, do Código Civil<sup>4</sup>. Os artigos e incisos delimitados trabalham respectivamente com a noção de ausência ou redução de discernimento – aptidão para compreender a realidade e tomar decisões – com o fito de cristalizar as categorias abstratas previstas no rol dos absoluta e relativamente incapazes.

Nesse sentido, Pereira (2004) aduz que:

O que se compreende do inciso II do art. 3º do Código Civil, como causa de incapacidade absoluta, é a deficiência mental congênita ou adquirida, qualquer que seja a razão: moléstia no encéfalo, lesão somática, traumatismo, desenvolvimento insuficiente, etc. – atingindo os centros cerebrais e retirando ao paciente a perfeita avaliação dos atos que pratique. O que se determina na etiologia desta incapacidade é a falta completa de discernimento em caráter permanente. No entanto, a referência à “deficiência mental” encontra-se também no art. 4º, que trata da incapacidade relativa. Ou seja, dependendo do “grau” de deficiência, a ser verificado através de perícia médica, tratar-se-á de incapacidade absoluta ou relativa. (PEREIRA, 2004, p. 277-278).

---

<sup>3</sup> Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

II – os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;

<sup>4</sup> Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer:

II – os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;



Retomando a reflexão, de acordo com as informações debulhadas, seria tecnicamente correto considerar um paciente anoréxico incapaz? Será que o paciente que refuta um tratamento haveria também de ser banido da prática de todos os demais atos da vida civil?

A literatura específica não aponta que o paciente com anorexia nervosa tenha algum comprometimento do desenvolvimento mental que resulte em inaptidão para gerir sua vida de *per si*. Conforme lição de Sadock e Sadock:

O exame do estado mental em geral mostra um paciente alerta e informado sobre o tema da nutrição e preocupado com a alimentação e o peso. (SADOCK; SADOCK, 2007, p. 791).

O que existe é uma distorção da imagem corporal – que se afigura fenômeno típico da psicopatologia (SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011, p. 932) – e uma aversão ao ganho de peso. Assim, o paciente se comporta de modo a evitar o que, em sua opinião, contribuiria para que seu corpo se distanciasse do ideal por ele traçado. O quadro de desnutrição oriundo dessa privação alimentar e a possibilidade de existir alguma comorbidade resultaria nos problemas clínicos já explanados.

Dessarte, verifica-se que não há o menor sentido em taxar um paciente com diagnóstico de anorexia nervosa, que refute o tratamento, como incapaz, primeiramente, porque sua situação não se subsume às categorias abstratas trazidas pela Lei – não há ausência ou redução de discernimento para a prática de atos da vida civil – e, em segundo lugar, porque seria teratológico declarar-lhe a incapacidade para a prática de quaisquer atos, sendo que sua dificuldade se circunscreve a uma limitação imposta pela própria patologia: a tomada de decisões no tocante aos atos necessários para a melhora de seu quadro clínico.

Estaria na contramão da releitura pela qual vem passando a Teoria das Incapacidades<sup>5</sup> ceifar completamente a autonomia privada do paciente para decidir diretamente as questões que lhe atinem, privando-lhe de se autodeterminar junto a várias outras searas que não guardam relação com seu diagnóstico.

Logo, se há situações nas quais o paciente precisa ser internado involuntariamente, certamente, não é o conceito de capacidade de fato o instrumental dogmático adequado para legitimar esse ato.

---

<sup>5</sup> Para aprofundamento no tema, sugere-se a leitura de: SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOREIRA, Diogo Luna. **A capacidade dos incapazes**: saúde mental e uma releitura da teoria das incapacidades no direito privado. Rio de Janeiro, Lumen Juris, 2011.

### 3.4 O conceito de competência

A situação do paciente anoréxico começa a ganhar contornos: trata-se de indivíduo que possui capacidade jurídica para decidir, todavia, em razão da própria doença, pode não ter condições de elaborar uma vontade livre e consciente no que pertine seu estado patológico.

Se os conceitos de capacidade e incapacidade do mundo jurídico não se afiguram adequados para legitimar a possibilidade de internação involuntária de um paciente anoréxico, qual seria, então, o sentido a ser trabalhado para fazê-lo?

Competência é um conceito clínico que expressa as habilidades de um paciente para a tomada de decisões válidas em relação ao tratamento. De acordo com Moreira e Oliveira (2008), a capacidade seria o conceito fixo usualmente ligado a aspectos legais, tratar-se-ia da habilidade para entender e assimilar informações relevantes para a decisão em questão para, assim, ser possível fazer uma escolha consciente. O conceito de competência inclui fatores adicionais de extrema importância no julgamento clínico, como consistência na expressão das decisões durante o tempo, consistência nas decisões expressas e razões subliminares por detrás dessas, como desejos expressos anteriormente e a personalidade antes da doença, o estado emocional atual (especialmente se o indivíduo está sob estresse ou agitado) e seu impacto no processo de exteriorização volitiva, o impacto psicopatológico da doença mental nos sistemas de crenças, assim como nos sistemas de valores e desejos.

Examinando a questão, percebe-se que os pacientes com anorexia não são incompetentes em todos os aspectos. Para Mitrany e Melamed (2005), com exceção da questão nutricional, eles possuem condições para tomada de decisão em todos os outros domínios da vida. Sua limitação é pontual. Trata-se de uma obsessão direcionada para a questão do não ganho de peso. A resistência ao tratamento não significa que eles desejem persistir nos sintomas, porém a patologia em si os leva a sentimentos de conflito entre o desejo de ficar bem e o medo da gordura. (MOREIRA; OLIVEIRA, 2008).

Isto posto, do ponto de vista técnico-jurídico, o conceito de competência – se focada a habilidade de um paciente com anorexia nervosa em anuir com um tratamento que o levaria ao ganho de peso – seria mais adequado para atuar como instrumental dogmático a legitimar a possibilidade de uma internação involuntária e, conseqüentemente, constrição de sua

autonomia, que o de (in)capacidade, cunhado na teoria geral do direito civil, inclusive, pelas conseqüências já discutidas que este último ensejaria.

#### **4 PANORAMA LEGISLATIVO E A PERSPECTIVA DE RESPOSTA: POSSÍVEIS INSTRUMENTOS DE SALVAGUARDA DOS INTERESSES DO PACIENTE COM ANOREXIA NERVOSA.**

Compulsando os possíveis instrumentos de salvaguarda de direitos para aqueles que se encontram impossibilitados de realizarem *per si* os atos que compõem a vida civil, verifica-se: o procedimento de interdição, com conseqüente nomeação de um curador, a possibilidade de nomeação de um procurador para cuidados de saúde e a modalidade de curatela prevista no artigo 1780 do Código Civil.

Pelo procedimento de interdição, ao final do qual uma pessoa capaz é declarada incapaz, é nomeado um curador que irá representar ou assistir a vontade do interditado de acordo com sua necessidade: se absolutamente ou relativamente incapaz.

Almeida e Rodrigues Junior (2010) definem a curatela como sendo “o encargo jurídico imposto a alguém para proteger e auxiliar o maior incapaz na regência de sua vida pessoal e patrimonial”. (2010, p. 532). Salientam os referidos autores que: “a incapacidade somente deve ser judicialmente apreendida diante de uma situação real em que o adulto, efetivamente, não apresente condições adequadas de autodeterminação”. (2010, p. 533). Para tanto, a causa do comprometimento mental há de possuir caráter permanente e resultar na redução do discernimento jurídico, de modo a recomendar o acompanhamento do maior por outrem. (ALMEIDA; RODRIGUES JUNIOR, 2010).

Já foi anteriormente explanado que a situação do paciente com anorexia nervosa não se enquadra no conceito de incapacidade de fato. Sua limitação é específica e atine à tomada de decisões autorreferentes nas circunscrições de seu quadro clínico. Além disso, a inabilidade para decidir não possui caráter permanente, durando o tempo necessário para que o tratamento comece a mitigar os fenômenos ligados à patologia.

Por tudo isso, mais uma vez, ressalta-se a inadequação do instituto para que a devida assistência e cuidado sejam direcionados ao paciente anoréxico.

Com relação ao procurador para cuidados de saúde, outros apontamentos necessitam ser feitos. Tratar-se-ia de pessoa nomeada para ser responsável por decisões que dizem

respeito à terapêutica a ser ministrada em momentos de inconsciência, ou quando alguma doença grave, normalmente de natureza psíquica acometer o discernimento do procurado. (LIMA; SÁ, 2010). Ou seja, o procurado deixa cunhadas algumas manifestações de vontade para que sejam efetivadas junto a tratamentos médicos que podem lhe ser direcionados, numa situação de incapacidade superveniente ou outra circunstância que lhe impossibilite decidir diretamente.

No Brasil, não há legislação sobre o tema. Apesar de, em princípio, os negócios jurídicos estarem associados a interesses de ordem patrimonial, não há óbice no ordenamento jurídico para que eles abarquem situações de cunho existencial, inclusive, se considerada a autorização legal para constituição de negócios jurídicos atípicos.

Todavia, esse instrumento não seria de utilidade para as situações de anorexia nervosa e algumas razões podem ser salientadas para alicerçar tal conclusão.

A procuração para cuidados de saúde é uma manifestação de vontade para gerar efeitos caso o próprio paciente não possa realizar suas escolhas. Assim, alguém de sua confiança decidiria as questões relativas a tratamentos médicos, atuando como interlocutor junto à equipe de médica que lhe assiste.

Esse tipo de documento é somente para assuntos que guardam relação a cuidados de saúde.

Porém, no caso da anorexia nervosa, verifica-se que a maioria dos quadros tem início na adolescência dos pacientes, que estariam ainda sob poder familiar de seus pais. Nesse contexto, por vezes, serão ainda sujeitos considerados incapazes para realizarem negócios jurídicos.

Ainda que se pensasse em um paciente maior de dezoito anos, há de se frisar que esse tipo de procuração gerará efeitos em caso de incapacidade ou inconsciência do procurado, o que não ocorre em quadros de anorexia nervosa. O paciente não perde a consciência e, sim, enfrenta embates internos entre o medo obsessivo de engordar, gerado pelo transtorno, e as medidas necessárias para reversão do quadro desnutricional.

Acresce-se às considerações feitas outra indagação que jaz sem resposta. Durante o período de internação, pensando no paciente adulto que não anui com o tratamento e se encontra assistido contra sua “vontade”, algumas situações de cunho patrimonial poderiam se fazer concretas, exigindo a realização de atos que não podem ser efetuados pessoalmente por ele, seja pela delicadeza de sua situação psicológica, seja por não poder se ausentar do ambiente em que se encontra internado. Como proceder nessas situações?

O último possível instrumento de salvaguarda a ser analisado consiste na faculdade inaugurada pelo Código Civil de 2002, em seu artigo 1780, e direcionada ao enfermo ou deficiente físico. De acordo com o artigo 1780, “a requerimento do enfermo ou portador de deficiência física, ou, na impossibilidade de fazê-lo, de qualquer das pessoas a que se refere o art. 1768, dar-se-lhe-á curador para cuidar de todos ou alguns de seus negócios ou bens”.

Primeiramente, há de se apontar a impropriedade terminológica, pois não há que se falar em curatela se não houve processo de interdição. Almeida e Rodrigues Junior (2010) esclarecem sobre a falta de técnica da expressão empregada:

Ainda que concentrem o enfermo e o deficiente físico condições pessoais que podem ser embaraçadas ao pleno exercício de seus direitos, se mantida está a higidez mental, permanecem capazes. Portanto, se nomeiam alguém que faça por eles, esse é um ato resultante da realização de sua capacidade civil, mera delegação de poderes a um mandatário, situação que foge completamente ao universo da curatela. (ALMEIDA; RODRIGUES JUNIOR, 2010, p. 547).

Outro ponto de incoerência reside na permissão normativa para que o requerimento da curatela ao enfermo ou deficiente físico seja promovido pelos mesmos agentes legitimados a solicitar a interdição do adulto efetivamente incapaz. (ALMEIDA, RODRIGUES JUNIOR, 2010).

Ora, se a enfermidade ou deficiência física não atuam no comprometimento do discernimento dessas pessoas, além de não lhes ser cabível um curador, “admitir que terceiros lhes façam tal solicitação equivale a aceitar ser possível agir em nome de pessoa capaz, sem, no entanto, ter recebido dela qualquer delegação de poderes”. (ALMEIDA, RODRIGUES JUNIOR, 2010, p. 547).

Por fim, há de se mencionar que a transferência de poderes prevista na norma, cinge-se à administração total ou parcial do patrimônio unicamente. Dessa maneira, o instrumento não ofereceria mecanismos para a salvaguarda de questões de cunho existencial que podem estar presentes no tratamento do paciente anoréxico, afigurando-se, portanto, inadequado para abarcar a extensão da proteção que precisa ser dispensada.

Assim, diante das informações trazidas, depreende-se que a discussão acerca da anorexia e dos reflexos desta no mundo jurídico, por ora, é, praticamente, inexistente.

A mídia tem sido o meio por intermédio do qual se toma contato com a realidade de pacientes que sofrem de anorexia nervosa. Por enquanto, a perplexidade está ocupada com os índices que denunciam o aumento significativo desses casos e ao Direito ainda cabe o lugar de espectador de mais uma novidade apresentada pelo mundo-da-vida. Tão logo essas histórias

comecem a se derramar na realidade, trazendo, cada vez para mais perto, aquilo que parece pulverizado em situações revestidas pela distância, caberá ao operador do direito apropriar-se de mais esse universo para trazer as respostas que, certamente, não de se fazer necessárias.

## **5 CONCLUSÃO**

O presente trabalho abordou o universo da anorexia nervosa bem como seus reflexos dentro do mundo jurídico.

Para tanto, foi necessário adentrar pela história da anorexia nervosa, desde seus primeiros relatos e estudiosos, até se chegar ao atual estado da arte médica. Com as informações açambarcadas, verificou-se que esse tipo de transtorno alimentar é caracterizado por um medo obsessivo de adquirir peso e por uma distorção da imagem corporal. Assim, o paciente, dificilmente, aceita seu estado de caquexia e, ainda quando consegue ter percepção desta, tem dificuldades em aderir ao tratamento indicado para reversão de seu quadro desnutricional, face às próprias limitações impostas pela doença. Nessas situações, pode ser necessário interná-lo, ainda que involuntariamente, caso suas condições clínicas estejam a ponto de lhe impor risco de morte.

Dentro da temática da internação involuntária, foram levantados aspectos da Lei 10.216/2001, posto se tratar do instrumento normativo que irá balizar esse tipo de procedimento.

Diante da possibilidade de se impingir ao paciente um tratamento, questionou-se se o conceito de capacidade de fato deveria ser o empregado para admitir a intervenção em sua autonomia. Visto que não há ausência ou redução do discernimento do paciente, não seria correto, do ponto de vista técnico, intitulá-lo incapaz para tomada de decisões autorreferenciais no âmbito da saúde, razão pela qual foi trazido o conceito de competência.

A competência reconhece a inabilidade no anoréxico, em determinados casos, para decidir de maneira favorável ao seu diagnóstico, posto que a fenomenologia dos sintomas desse tipo de transtorno alimentar atua, exatamente, na direção contrária ao esforço que haveria de ser empregado para mitigação/melhora das complicações advindas do quadro de caquexia.

Trabalhando com a idéia de competência, é possível preservar as potencialidades do paciente anoréxico para continuar administrando os demais atos de sua vida civil,

reconhecendo sua limitação de forma pontual, sem que se justifique, portanto, um procedimento de interdição.

Compulsando os mecanismos que poderiam ser invocados dentre as possibilidades existentes, hoje, no Direito brasileiro – interdição, nomeação de um procurador para cuidados de saúde e a curatela do artigo 1780 do Código Civil –, verificou-se que nenhuma delas atende às necessidades que poderiam se materializar no horizonte de um paciente com anorexia.

Dessarte, diante dessas conclusões se afigura indispensável que os operadores do direito se apropriem de mais esse desafio imposto pelo mundo-da-vida, para que as respostas sejam delineadas, levando-se em consideração as particularidades desse tipo de síndrome psicopatológica.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALMEIDA, Renata Barbosa de; RODRIGUES JUNIOR, Walsir Edson. **Direito Civil: famílias**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

AMARAL, Francisco. **Direito civil: introdução**. 5. ed. rev., aum. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4. ed. Text rev. Washington: American Psychiatric Association, 2000.

APFELDORFER, Gérard. **Anorexia, bulimia, obesidade**. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

BELL, Rudolph M. **Holy Anorexia**. Chicago: University of Chicago Press, 1985.

BAGGIO, Marco Aurélio. **Compêndio de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Di Livros, 2011.

BARROS; Daniel Martins de; SERAFIM, Antônio de Pádua. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v.36, n.4, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832009000400008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832009000400008&script=sci_arttext)>. Acesso: em 28 mar. 2012.

BRASIL. **Lei n. 10.216**, de 6 abr. 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm). Acesso: em 30 mar. 2012.

BRASIL. **Portaria n. 2391/GM**, de 26 dez. 2002. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2391.htm>. Acesso em: 29 mar. 2012.

BUCARETCHI, Henriette Abramides; WEINBERG, Cybelle. Um breve histórico sobre transtornos alimentares. In: **Anorexia e bulimia nervosa: uma visão multidisciplinar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

BYATT, Nancy; PINALS, Debra; ARIKAN, Rasim. Involuntary hospitalization of medical patients who lack decisional capacity: an unresolved issue. **Focus: the journal of lifelong learning in psychiatry**, Washington, v.5, n.4, set. 2007. Disponível em: < <http://focus.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=52467>>. Acesso: em 28 mar. 2012.

CHAMON JUNIOR, Lúcio. **Teoria Geral do Direito Moderno**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

CHAMON JUNIOR, Lúcio. **Teoria da argumentação jurídica: constitucionalismo e democracia em uma reconstrução das fontes no direito moderno**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

CHAMON JUNIOR, Lúcio Antônio. Estudo prévio – Dignidade e diferença: Há um futuro para os direitos de personalidade? In: FIUZA, César; SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Direito Civil: atualidades IV**. Belo Horizonte: Del Rey, 2010. p. 1-45.

CORDÁS, Táki Athanássios; CLAUDINO, Angélica de Medeiros. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, Suppl. 3, dez. 2002. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462002000700002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700002)>. Acesso: em 28 mar. 2012.

FIUZA, César. **Direito Civil: curso completo**. 14. Ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.

FORTES, Hildenete Monteiro. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v.10, supl.2, dez. 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000600009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009)>. Acesso: em 28 mar. 2012.



GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Novo curso de direito civil: parte geral**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

GIORDANI, Rubia Carla Formighieri. A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v.18, n.2, p. 81-88, maio 2006.

GUIMARÃES, Daniel Boleira Sieiro; SALZANO, Fábio Tápia; ABREU, Cristiano Nabuco de. Indicações para internação hospitalar completa ou parcial. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v.24, suppl.3, dez. 2002. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462002000700013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462002000700013&script=sci_arttext)>. Acesso: em 28 mar. 2012.

HERSCOVICI, Cecile Rausch; BAY, Luisa. **Anorexia Nervosa e Bulimia: ameaças à autonomia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LANDEIRA-FERNANDEZ, J; CHENIAUX, Elie. **Cinema e loucura: conhecendo os transtornos mentais através dos filmes**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

LIMA, Maria Macena de; SÁ, Maria de Fátima Freire de. A família e o idoso entre dois extremos: abandono e superproteção. **Revista do Instituto dos Advogados de Minas Gerais**. Belo Horizonte, n.16, p. 413-426, 2010.

LIMA, Maria Macena de; SÁ, Maria de Fátima Freire de. Autonomia privada e internação não consentida. In: ROMEO-CASABONA, Carlos María; SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Direito Biomédico: Espanha-Brasil**. Belo Horizonte: PucMinas, 2011. p. 334-351.

MARTINS-COSTA, Judith. Capacidade para consentir e esterilização de mulheres tornadas incapazes pelo uso de drogas: notas para uma aproximação entre a técnica jurídica e a reflexão bioética. In: MARTINS-COSTA, Judith; MÖLLER, Letícia Ludwig. **Bioética e responsabilidade**. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p. 299-346.

MATARAZZO, Eneida B. Anorexia nervosa: aspectos clínicos e terapêuticos. **Insight Psicoterapia**. São Paulo, v.5, n.55, p.16-21, set. 1995.

MITRANY, Edith; MELAMED, Yuval. Compulsory treatment of anorexia nervosa. **The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, Jerusalem, v.42, n.3, 2005. Disponível em: < <http://www.highbeam.com/doc/1P3-935356531.html>>. Acesso: em 28 mar. 2012.

MOREIRA, Luiza Amélia Cabus; OLIVEIRA, Irismar Reis de. Algumas questões éticas no tratamento da anorexia nervosa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.57, n.3, 2008. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852008000300001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852008000300001&script=sci_arttext)>. Acesso: em 20 mar. 2012.

MOUREIRA, Diogo Luna. O reconhecimento e a legitimação da autonomia privada: instrumento de afirmação da personalidade no direito privado. In: FIUZA, César; SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Direito civil: atualidades III**. Belo Horizonte: Del Rey, 2009. 55-86.

NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Relacionalidade e Autonomia Privada: o princípio da autonomia privada na Pós-Modernidade**. 2003. 138f. Dissertação (Mestrado) Pontifícia Universidade Católica, Faculdade Mineira de Direito, Belo Horizonte.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Instituições de direito civil**. 20. ed. v.1. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

PERLINGIERI, Pietro. **Perfis do direito civil: introdução ao direito civil constitucional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.

PONTES DE MIRANDA, Francisco Cavalcanti. **Tratado de Direito Privado: parte geral**. vol. I. Rio de Janeiro: Borsoi, 1954.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação dos transtornos mentais e de comportamento CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Biodireito e direito ao próprio corpo: doação de órgãos, incluindo o estudo da Lei n. 9.434/97, com as alterações introduzidas pela Lei n. 10.211/2001**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Manual de Biodireito**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2011.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. **A capacidade dos incapazes: saúde mental e uma releitura da teoria das incapacidades no direito privado**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; PONTES, Maíla Mello Campolina. Autonomia privada e o direito de morrer. In: FIUZA, César; SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Direito civil: atualidades III**. Belo Horizonte: Del Rey, 2009. 37-54.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; PONTES, Maíla Mello Campolina. Da Ficção para a Realidade: em Busca da Capacidade dos Incapazes. In: LIMA, Taisa Maria Macena de; SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. **Direitos e fundamentos entre vida e arte**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SALZANO, Fábio Tápia; ARATANGY, Eduardo Wagner; AZEVEDO, Alexandre Pinto de; PISCIOLARO, Fernanda; MACIEL, Anny de Mattos Barroso; CORDÁS, Táki Athanássios. Transtornos alimentares. In: MIGUEL, Eurípedes Constantino; GENTIL, Valentim; GATTAZ, Wagner Farid. **Clínica psiquiátrica**. Barueri: Editora Manole, 2011. p. 931-952.

SOARES, Maria Valdiza Rogério. Santidade, jejum e anorexia na História. Revista Eletrônica História e Reflexão, Dourados, v.2, n.3, jan/jun. 2008. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=soares%2C%20maria%20valdiza%20rog%C3%A9rio.%20santidade%2C%20jejum%20e%20anorexia%20na%20hist%C3%B3ria&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.periodicos.ufgd.edu.br%2Findex.php%2Fhistoriaemreflexao%2Farticle%2Fdownload%2F272%2F234&ei=ASp2T-qVJMG4twe23eD-Dg&usg=AFQjCNELZgmh-3Hnm8uV6hv2AofJyflwTQ>>. Acesso: em 20 mar. 2012.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. Deficiência psíquica e curatela: reflexões sob o viés da autonomia privada. **Revista Brasileira de Direito das Famílias e Sucessões**. Porto Alegre, v.10, n.7, p.64-79, dez. 2008/jan.2009.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; RIBEIRO, Gustavo Pereira Leite. Procurador para cuidados de saúde do idoso. In: PEREIRA, Tânia da Silva; OLIVEIRA, Guilherme de. **Cuidado e vulnerabilidade**. São Paulo: Atlas, 2009. p. 1-16.

ZVI, Zemishlany; MELAMED, Yuval. The impossible dialogue between psychiatry and the judicial system: a language problem. **The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, Jerusalem, v.43, n.3, 2006. Disponível em: <<http://www.highbeam.com/doc/1P3-1231822581.html>>. Acesso: em 28 mar. 2012.