

**ANOREXIA NERVOSA E AS CATEGORIAS ABSTRATAS DE INCAPACIDADE:
PARA ALÉM DE UM EXERCÍCIO DE SUBSUNÇÃO**

**ANOREXIA NERVOSA AND THE ABSTRACT CATEGORIES OF INCAPACITY:
BEYOND A SUBSUMPTION EXERCISE**

Maria de Fátima Freire de Sá
Maíla Mello Campolina Pontes

RESUMO: O presente artigo aborda o universo da Anorexia Nervosa, 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. Se a patologia, em um caso específico, compromete o discernimento, impossibilitando a realização de alguns atos, a interdição judicial pode vir a ser necessária. Diante dessa possibilidade, questiona-se se o anorético se identifica com alguma hipótese de incapacidade trazida pela Lei, e a importância dessa subsunção é discutida. É feita uma comparação entre as normas que regulamentaram a matéria nos Códigos Civis de 1916 e de 2002. Com relação ao procedimento da interdição judicial, alguns apontamentos acerca dos limites da sentença de curatela são realizados, para que a medida não configure um recurso desarrazoado. O exame pericial é apontado como um instrumento hábil a legitimar a adequada aplicação do instituto da interdição judicial.

PALAVRAS-CHAVE: Anorexia Nervosa; Categorias legais de incapacidade; transtorno mental; Interdição judicial.

ABSTRACT: This article discusses the universe of Anorexia Nervosa, 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. If the pathology, in a particular case, effects the discernment, precluding the realization of some acts, the judicial interdiction may become necessary. Faced with this possibility, it is questioned if the anorexic is identified with any hypothesis of incapacity brought by the Law, and the importance of this subsumption is discussed. A comparison is made between the rules that regulated the subject in the Civil Codes of 1916 and 2002. Regarding the judicial interdiction proceedings, some notes about the limits of guardianship sentence need to be made so that the measure does not

configure an unreasonable resource. The expert examination is appointed as an effective instrument to legitimize the proper application of the judicial interdiction institute.

KEYWORDS: Anorexia Nervosa; Legal categories of incapacity; Mental disorder; Judicial interdiction.

1 INTRODUÇÃO

Abundância e abstinência de alimentação: o que representa o exaurimento ou a negação do desejo para um indivíduo? Comer tudo ou comer o nada? O que diz o corpo quando vive o excesso e, paradoxalmente, é aniquilado pela saciedade: seja por deglutir o todo ou a ausência?

Ao se estudar os distúrbios da alimentação, para além de uma estrutura de sintomas, hipóteses etiológicas e apontamentos terapêuticos, está-se diante de um discurso mudo. O corpo balbucia as primeiras mensagens ecoadas na psique humana. Na barganha das adjetivações do mundo da vida, qualquer indivíduo está sujeito a uma gama de interpretações extraídas da imagem que ele projeta na sociedade. Todavia, qual o impacto de ser visto? Qual o peso do olhar alheio na modulação da identidade?

Como explicar que a sociedade globalizada, hoje, sofre com níveis alarmantes de obesidade e, ao mesmo tempo, assusta-se com o crescimento vertiginoso de casos de Anorexia Nervosa e Bulimia? Isso sem considerar os portadores desses transtornos que permanecem desconhecidos aos índices estatísticos, enclausurados dentro do próprio segredo, experimentando a solidão dos desertos de si mesmos. Por que os extremos, na conduta alimentar, tornaram-se mais normais que a “normalidade”?

A despeito da efervescência das interrogações e das elucubrações de ordem psicanalítica, o que se tem por concreto é o fato de a Anorexia Nervosa ser um transtorno mental com alto índice de óbito, e a percepção de que, cada vez mais, os casos começam a ganhar os holofotes da mídia.

Tão logo o inusitado começa a se despejar na realidade, faminto por respostas que lhe atendam, o Direito é impelido a projetar sua voz, fazendo reverberar os esboços de soluções que, nem sempre, solucionam de fato; apenas, saciam momentaneamente. No universo da Anorexia Nervosa, a questão é ainda mais incipiente, posto que os primeiros questionamentos sequer encontraram pouso em solo jurídico. Por ora, ainda, gravitam em torno do eixo sanitário, apontando supostas causas e conjugando os efeitos da patologia.

Foi pensando no aumento dos casos de Anorexia Nervosa que o presente artigo se dispôs a explorar esse universo, perquirindo se os sintomas que caracterizam o quadro clínico poderiam ensejar um grau de incapacidade do paciente, ainda, que pontual: relacionada à tomada de decisões sanitárias autorreferentes.

Diante dos sintomas peculiares à Anorexia Nervosa e uma vez constatado um nível de incapacidade – ainda que circunscrito a determinados aspectos nutricionais – a incidir sobre o paciente, seria possível invocar o instituto da interdição judicial a fim de se lhe nomear um curador para as questões em que sua capacidade decisória se encontra comprometida?

A pergunta acima cunhada descortina indagações outras que hão de ser enfrentadas nos tópicos subsequentes. Afinal, para que se trabalhe com a possibilidade de interdição judicial, à qual categoria abstrata trazida pelo rol dos absoluta ou relativamente incapazes haveria de se subsumir um paciente com Anorexia Nervosa?

Se cotejados os Códigos Civis de 1916 e de 2002, ver-se-á que os artigos responsáveis por estabelecer o rol dos incapazes para os atos da vida civil sofreram alterações. Contudo, qual o significado técnico das expressões cunhadas, hoje, no diploma civil vigente? Que avanços foram percebidos entre as duas codificações e quais foram os pontos que poderiam ter sido aprimorados e deixaram de ser?

A identificação do anoréxico junto a alguma categoria abstrata de incapacidade seria imprescindível para se ajuizar um procedimento de interdição judicial? A legitimidade, na aplicação de tal instrumental dogmático, repousaria no perfeito exercício de subsunção ou na necessidade denotada pela realidade desse indivíduo?

A fim de trazer algumas reflexões para as perguntas que, acima, foram semeadas, imperioso que o universo da Anorexia Nervosa seja apresentado em seus principais aspectos. Em momento posterior, serão tecidas considerações relativas às categorias de incapacidade presentes nos Códigos Civis de 1916 e de 2002. Por último, trabalhar-se-ão aspectos do instituto da interdição judicial, em especial, particularidades do exame pericial, que se afiguram suficientes na identificação e mensuração da incapacidade quando manuseados adequadamente. Pretende-se que, ao final, seguida a ordem de discussão estabelecida, seja possível apresentar pontos de argumentação que corroborem o título do presente artigo e promovam exercícios hermenêuticos que transcendam a mera subsunção.

2 ANOREXIA NERVOSA E PRINCIPAIS ASPECTOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS

No estudo das síndromes psicopatológicas, a Anorexia Nervosa é conceituada como um transtorno alimentar, marcado 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 (amenorreia ou ciclos menstruais irregulares, hipogonadismo hipotalâmico, retardo no desenvolvimento da puberdade e redução do interesse sexual). (SADOCK; SADOCK, 2007; SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011).

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, 2002).

A décima revisão da *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (CID-10), por sua vez, descreve a Anorexia Nervosa como a 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 a outros processos psicológicos. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998).

A idade na qual regularmente se observa o início do quadro, de acordo com o DSM-IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002), está compreendida entre os 14 e 18 anos, e sua manifestação se dá de 10 a 20 vezes mais em mulheres do 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 em 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 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 autoavaliação, ou negação do baixo peso corporal atual; d) nas mulheres pós-menarca, amenorreia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 560).

Do ponto de vista comportamental, observa-se que a totalidade dos pacientes com Anorexia Nervosa nutre um medo intenso de ganhar peso e engordar, razão que contribui para

a falta de interesse ou mesmo resistência em aderir ao 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 autoimposta, 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, 2002).

Pacientes que apresentam episódios de compulsão alimentar ou utilizam métodos de purgação como, por exemplo, vômito induzido e abuso de laxantes e diuréticos, subsumem-se ao subtipo purgativo. A literatura especializada 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. (SADOCK; SADOCK, 2007; SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011). Já os pacientes com o subtipo restritivo limitam sua seleção de alimentos, ingerem quantidades baixíssimas de calorias e, frequentemente, apresentam traços obsessivo-compulsivos em relação à alimentação e a outros temas. (SADOCK; SADOCK, 2007).

O processo de recuperação de um anoréxico pode demandar anos de tratamento, inclusive, porque existe um índice considerável de readmissão de pacientes após a primeira hospitalização. Além de a Anorexia Nervosa possuir uma taxa de mortalidade extremamente alta se comparada a qualquer outro diagnóstico psiquiátrico – estimada em 20% dos casos (BAGGIO, 2011) – com relação ao curso do tratamento dos transtornos alimentares em geral, apenas 50% dos pacientes, aproximadamente, evoluem para uma recuperação total; 20% deles permanecem com sintomas residuais e 30% apresentam um curso crônico independente do tratamento utilizado. (APPOLINÁRIO; MOYA, 2006).

O tipo de tratamento de um paciente anoréxico, certamente, variará de acordo com a gravidade e cronicidade da parte clínica e comportamental e pode ser sob o regime de internação, hospital dia ou ambulatorial.

A restauração do peso não implica cura da doença, e o ganho ponderal forçado, sem suporte psicológico, é contraindicado. A técnica efetiva, provavelmente, envolverá mudanças nas crenças equivocadas do paciente, bem como o auxiliará a ter percepções e interpretações mais adequadas sobre dieta, nutrição e relação entre inanição e sintomas físicos.

Os pacientes que precisam ser submetidos à hospitalização são os mais sintomáticos, seja em decorrência dos próprios sintomas ligados à Anorexia Nervosa, seja pelo aparecimento de graves complicações médicas ou psiquiátricas.

Não existe consenso quanto à duração da hospitalização. De modo geral, o tempo médio de internação pode variar de 8 a 16 semanas. O tempo de permanência costuma ser dividido em duas etapas predefinidas. Na primeira, o intuito central é reverter as complicações médicas e o baixo peso corporal. Na segunda, o objetivo é corrigir os hábitos alimentares incorretos, os pensamentos equivocados e as práticas consideradas anômalas. (NUNES; ÁVILA, 2006).

Os pacientes que são hospitalizados pela primeira vez, em função da negação dos sintomas, dificilmente aceitam estar sob controle da equipe multidisciplinar. Normalmente, a hospitalização não é aceita de livre e espontânea vontade, devendo ser esclarecido ao anoréxico que, com a cronificação dos sintomas, a dificuldade para se alimentar e para avaliar adequadamente a própria vida é intensificada. Mesmo os pacientes que já foram hospitalizados em outra oportunidade podem viver experiências negativas diante de uma segunda internação.

A total falta de concordância de um anoréxico crônico em aderir ao tratamento pode, de acordo com o quadro clínico apresentado, resultar em sua hospitalização involuntária. A medida é legitimada pelo conceito médico de incompetência que, naquela situação pontual, atuará como instrumento indicador da falta de discernimento do paciente sobre sua situação clínica e de sua conseguinte inabilidade para se autodeterminar.

Conforme salientado, pode ser que o processo de hospitalização seja prolongado ou mesmo se torne um recurso recorrente na realidade de um anoréxico. Do ponto de vista patrimonial, situações rotineiras poderiam ser solucionadas por intermédio de uma gestão de negócios.

Contudo, como proceder quando o tratamento se estende por longo período de tempo e o paciente continua impossibilitado de praticar pessoalmente os atos de sua vida civil?

Como solucionar situações de cunho existencial que, por ventura, apresentem-se como carecedoras de atenção?

A gestão de negócios não consegue abarcar todos os tipos de transações patrimoniais que podem se afigurar necessárias na rotina de um paciente anoréxico que se encontre impedido de gerir *de per si* seus interesses. Além do mais, problemas outros podem se materializar fora da esfera patrimonial, de modo que o instituto mencionado não possa solucioná-los.

No filme *Malos Habitos*, do diretor mexicano Simón Bross, ano 2007, é retratada a história de uma paciente com Anorexia Nervosa que, no exercício da autoridade parental, acaba por direcionar à sua filha uma série de comportamentos absurdos, com o objetivo de promover o emagrecimento da criança que se encontra prestes a realizar a primeira comunhão e está com sobrepeso.

Apesar de uma obra de ficção, a ilustração proporciona questionamentos que poderiam desembocar junto à vida real. Afinal, será que um paciente anoréxico não poderia enfrentar dificuldades, por exemplo, no exercício da autoridade parental quando se fizesse necessário decidir sobre aspectos nutricionais da saúde da criança? Será que a situação narrada no filme estaria tão distante de ser reproduzida na vida real? Um anoréxico conseguiria sempre traçar uma linha divisória entre a sua relação para com o próprio corpo e as circunstâncias de cunho dietético daqueles que o cercam? Em se admitindo esse tipo de situação ou qualquer outra que lhe tocasse a órbita existencial, qual seria o instrumento jurídico adequado para auxiliar esse indivíduo? A interdição judicial seria justificável?

Para se invocar o instituto da interdição judicial, antes, é necessário avaliar as categorias abstratas de incapacidade trazidas pelo Código Civil de 2002, a abrangência dos termos empregados nos dispositivos legais que disciplinam o tema e as mudanças que foram e poderiam ter sido feitas com a nova codificação.

3 A CAPACIDADE CIVIL DESDE O CÓDIGO CIVIL DE 1916: PONTOS QUE MERECEM SER DESTACADOS

Conexo ao sentido de personalidade, a ordem jurídica reconhece ao indivíduo a capacidade para adquirir direitos e os exercer por si mesmo diretamente, ou por intermédio (pela representação), ou com a assistência de outrem.

A aptidão oriunda da personalidade para adquirir os direitos na vida civil é denominada ‘capacidade de direito’ e a aptidão para utilizar e exercer esses direitos por si

mesmo é designada por ‘capacidade de fato’. (PEREIRA, 2004). Desse modo, “a capacidade de direito não pode ser recusada ao indivíduo, sob pena de despi-lo dos atributos da personalidade”. (PEREIRA, 2004, p. 264).

Todavia, quando os requisitos materiais para que um indivíduo realize, com autonomia, os atos de sua vida civil estão ausentes, a ordem jurídica, apesar de não lhe negar a capacidade de direito, recusa-lhe a autodeterminação, impossibilitando que ele exerça um direito de modo pessoal e direto. Nesse caso, o exercício fica condicionado sempre à intervenção de outra pessoa que representará ou assistirá esse indivíduo. A ocorrência de tais deficiências resulta em incapacidade. Logo, embora toda pessoa possua capacidade de direito, nem toda possui capacidade de fato e, nesses casos, faltar-lhe-á a possibilidade de exercer seus direitos pessoalmente, bem como transmiti-los a outrem por ato de vontade. (PEREIRA, 2004).

Para que a autonomia de alguém seja restrita é, portanto, necessário que seu juízo crítico esteja comprometido. O grau de comprometimento de seu discernimento é que balizará, em âmbito judicial, as restrições ao exercício direto de seus direitos, podendo-se falar em incapacidade absoluta ou relativa.

Estabelecendo-se uma comparação entre o Código Civil de 1916 e o Código Civil de 2002, verifica-se que houve mudanças que merecem ser salientadas, muito embora tenha se perdido a chance, com o último diploma legal, de refinar os conceitos trazidos nas categorias de incapacidade.

O Código Civil de 1916, no rol dos absolutamente incapazes, elencado pelo artigo 5º¹, trazia, no inciso II, os “loucos de todo o gênero”, expressão que remonta ao Código Criminal do Império de 1830 e que, na ocasião da promulgação do diploma civil, já era considerada superada.

Após sua promulgação, diversos juristas, psiquiatras e médicos-legistas eminentes fizeram críticas aos conteúdos dos artigos 5º e 6º² do Código Civil de 1916, principalmente,

¹ Artigo 5º do Código Civil de 1916 – São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

I – os menores de 16 (dezesseis) anos;

II – os loucos de todo o gênero;

III – os surdos-mudos, que não puderem exprimir a sua vontade;

IV – os ausentes, declarados tais por ato do juiz.

² Artigo 6º do Código Civil de 1916 – São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer:

I – os maiores de 16 (dezesseis) e os menores de 21 (vinte e um) anos;

II – os pródigos;

III – os silvícolas.

Parágrafo único: Os silvícolas ficarão sujeitos ao regime tutelar, estabelecido em leis e regulamentos especiais, o qual cessará à medida que se forem adaptando à civilização do País.

porque, não constava a possibilidade do instituto da interdição por incapacidade relativa para os casos mais brandos de transtornos mentais. Dentre esses nomes, merece enlevo o de Raul Camargo, 2º Procurador de Órfãos do Rio de Janeiro, em célebre monografia apresentada em 1921, sob o título “Loucos de todo o gênero”.

Raul Camargo escreveu cartas aos médicos-legistas e psiquiatras mais notáveis naquele momento, dirigindo-lhes perguntas sobre o tema. Nas respostas, a expressão “loucos de todo o gênero” foi desqualificada. Para os psiquiatras, a noção de loucura estava contida na de alienação, que traduzia um conceito mais amplo. A maioria dos entrevistados optou por não sugerir um termo que pudesse conglobar todas as anomalias, já que a tarefa se afigurava impossível. Porém, Afrânio Peixoto sugeriu a especificação das anomalias por grupos, enquanto Franco da Rocha e Murillo de Campos sugeriram a expressão alienação mental.

Todos os entrevistados concordaram com a introdução da possibilidade de interdição parcial para os casos em que a incapacidade compromettesse aspectos pontuais da vida civil da pessoa. Salientaram, ainda, que a legislação brasileira, comparada a de outros países, refletia retrocesso, uma vez que ainda não trazia providências legais aplicáveis a pessoas que não eram totalmente incapazes.

Humberto Gottuzo³ (apud CAMARGO, 1921, p. 51), assim, manifestou-se:

[...] a razão está indicando e a experiencia impondo a necessidade de se introduzir em nosso direito um instituto de incapacitação parcial, mais brando que a terrivel interdicção e applicavel aos casos em que a incapacidade não seja macissa, total. Quantos tem o habito das pericias mentaes forenses bem sabem como é indispensavel esse accrescimo ao nosso Codigo, afim de attender á hypothese frequente de indivíduos que, não tendo capacidade para o exercicio de certa classe de actos, poderiam, entretanto, ficar livres de deliberar por si mesmos noutras esferas menos importantes. No actual estado de cousas, o perito é obrigado a concluir pela interdicção para esses apenas incapazes parciaes tendo embora a consciencia de que propõe demasiado. Mas uma vez que a lei só o deixa escolher entre a perda total dos direitos e o total goso delles claro é que o perito não póde hesitar: ha de determinar-se pela solução que melhor defenda a pessoa e os bens do anormal. (CAMARGO, 1921, p. 51).

Nos anos 1920, Raul Camargo provocou a Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, objetivando que a incapacidade civil fosse regulada convenientemente. Sobre o emprego da expressão “loucos de todo o gênero”, a resposta obtida foi:

Attendendo a que esta expressão tem significado technico restricto, que não coincide com o mais amplo que lhe quiz, sem duvida attribuir o legislador, pois que – “louco é o doente de um processo mental activo – e ha enfermos ou anormais de mente,

³ Médico do Hospital Nacional de Alienados. Sugeriu a expressão “portadores de graves anomalias psychicas” ao invés de loucos de todo o gênero. (CAMARGO, 1921, p. 51).

pêcos ou retardados na evolução cerebral (idiotas, imbecis, cretinos, debeis mentaes), ha outros regrididos ou degradados por involução cerebral (todos os estados demenciaes desde os mais ou menos precoces, por doença até os mais ou menos demorados de senilidade), que nem sempre são propriamente casos de loucura, mas, por igual, senão, ás mais das vezes, tanto e mais incapazes que os outros todos uns e outros, justamente alienados.

[...]

A Sociedade de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal cuida de seu dever pedir a atenção do Congresso Nacional, que bem póde corrigir a expressão infeliz, onde se achar, por uma destas mais adequadas, “alienados de todo o genero”, ou “loucos e deficientes mentaes”, ou ainda outras, deste intuito, que occorra á sua sabedoria, cuidando também, de que haja no Codigo além da interdicção, um conselho legal – Juliano Moreira. – Afranio Peixoto. – Henrique Roxo. (CAMARGO, 1921, p. 74-75).

A incapacidade dos loucos de todo o gênero sofreu a primeira modificação com a publicação do Decreto nº 14.559/34, de julho de 1934, que versava sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e regulamentava outras providências dentro do tema.

De acordo com o artigo 26 do referido Decreto: “Os psicopatas, assim declarados por perícia médica processada em forma regular, são absoluta ou relativamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil”. (BRASIL, 1934). A interpretação que se construiu com o advento desse artigo foi a de que:

O legislador de 1934 tentava corrigir a equívoca expressão do CC de 1916, substituindo a restritiva e imprecisa categoria dos “loucos de todo o gênero” por outra mais genérica e abrangente, a dos “psicopatas”, aqui entendidos no sentido etimológico do termo, ou seja, o de indivíduo com uma doença (*pathos*) do espírito (*psique*). A maior inovação dessa lei, entretanto, foi a possibilidade conferida ao juiz de determinar a interdição parcial do doente mental, o qual, a partir de então, poderia ser incluído entre os relativamente incapazes, conforme a gravidade de sua perturbação psíquica. (TABORDA; ABDALLA-FILHO; MORAES; MECLER, 2012, p. 212).

O Código Civil de 2002 trouxe algumas alterações se comparado ao seu antecessor. Adotou em seu artigo 3º⁴ o termo “enfermidade mental”, originalmente, proposto por Rui Barbosa em 1900. (TABORDA; ABDALLA-FILHO; MORAES; MECLER, 2012). Também, foram adicionados, ao rol dos relativamente incapazes, no inciso II e III, do artigo 4º⁵, os

⁴ Artigo 3º do Código Civil de 2002 – São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

I – os menores de 16 (dezesseis) anos;

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

III – os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

⁵ Artigo 4º do Código Civil de 2002 – São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer:

I – os maiores de 16 (dezesseis) e menores de 18 (dezoito) anos;

“viciados em tóxicos”, os “ébrio habituais”, os “deficientes mentais” com “discernimento reduzido” e os “excepcionais sem desenvolvimento mental completo”. Contudo, apesar de inovar em alguns aspectos:

[...] o atual Código infelizmente foi aprovado sem se haver valido de contribuições psiquiátricas atualizadas que poderiam aperfeiçoar os conceitos legais. Cotejando-se os artigos 5º e 6º do CC de 1916 com os artigos 3º e 4º do CC de 2002, observa-se o seguinte: a) importante aperfeiçoamento no que tange à conceituação da incapacidade absoluta; b) uma grave falha na definição de incapacidade relativa; c) um tratamento contraditório da questão da prodigalidade; e d) a perda de inestimável oportunidade para atualizar a nomenclatura utilizada. (TABORDA; ABDALLA-FILHO; MORAES; MECLER, 2012, p. 213).

Para não fugir ao tema do presente artigo, a análise abaixo se aterá às categorias de enfermidade mental presentes no regime das incapacidades dos Códigos Civis de 1916 e de 2002. A questão do pródigo não será aqui desenvolvida por se tratar de um conceito jurídico que acabou presente nos dois diplomas civilísticos em tela muito mais por política legislativa que por representar, de fato, um quadro de enfermidade mental.

No tocante à incapacidade absoluta, pode-se dizer que o Código Civil de 2002 trouxe inovação importante, se comparado ao de 1916, posto ter cambiado os “loucos de todo o gênero” por aqueles que, “por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento” para a prática dos atos da vida civil. Com essa mudança, para que a incapacidade absoluta de um indivíduo seja declarada, o Código de 2002 exige a presença de uma enfermidade mental que ocasione a falta das necessárias condições de discernimento para a prática dos referidos atos. Assim, já não basta a existência de um transtorno mental, tomada como fator determinante. Faz-se necessário que a patologia mental interfira no plano psicológico a ponto de impedir que a pessoa possua a “indispensável compreensão do significado, das implicações e das consequências, para si ou para outrem, do ato que pretende realizar ou já realizou”. (TABORDA; ABDALLA-FILHO; MORAES; MECLER, 2012, p. 213).

Na interpretação de Taborda; Abdalla-Filho; Moraes e Mecler (2012), o Código de 1916 adotava o critério meramente biológico, de modo que a simples existência do transtorno mental já representava o fator justificante para a declaração da incapacidade absoluta dos “loucos de todo o gênero”. O atual Código teria inovado, destarte, ao se alicerçar no critério

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

III – os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;

IV – os pródigos.

Parágrafo único: A capacidade dos índios será regulada por legislação especial.

biopsicológico para a declaração da incapacidade, exigindo, além da presença de um transtorno mental – componente biológico – que tal distúrbio impeça o indivíduo de possuir o necessário discernimento para a prática dos atos da vida civil – componente psicológico.

Alguns questionamentos, porém, podem advir da leitura de obra que tenha por alvo o estudo do regime das incapacidades no Código Civil de 1916 e o posicionamento, apresentado acima, acerca do critério meramente biológico, então, empregado para declaração da incapacidade absoluta.

Ao comentar a expressão “loucos de todo o gênero” do artigo 5º, inciso II, do Código Civil de 1916, Clovis Bevilacqua menciona que:

Alienados, ou loucos no sentido do Código Civil, são aqueles que, por organização mental incompleta, por moléstia localizada no encéfalo, lesão somática ou vício de organização, não gozam de equilíbrio mental e clareza de razão suficientes para se conduzirem socialmente nas várias relações da vida. (BEVILAQUA, 1976, p. 86).

O jurista, no tópico destinado a comentar o tema, ainda continua a explicação dizendo:

É a insanidade mental permanente ou sequer duradoura, que acarreta a incapacidade absoluta do indivíduo, ainda que seja descontínua, isto é, interrompida por intervalos de lucidez. Mas não basta este requisito da duração; é ainda necessário que determine grave alteração nas faculdades mentais. (BEVILAQUA, 1976, p. 86).

Com base no comentário transcrito acima, no qual o autor aponta ser necessário que a insanidade mental determine grave alteração nas faculdades mentais, poder-se-ia questionar se a visão de Taborda; Abdalla-Filho; Moraes e Mecler (2012) – para os quais o critério adotado, no Código Civil de 1916, na declaração de incapacidade absoluta, era, meramente, o biológico, expresso pela presença da patologia – não estaria equivocada. Afinal, o comentário de Bevilacqua (1976) denota preocupação com o comprometimento do discernimento.

Porém, o próximo comentário de Bevilacqua acerca dos “loucos de todo o gênero” em sua obra começa a elucidar o que, provavelmente, Taborda; Abdalla-Filho; Moraes e Mecler (2012) buscaram exprimir com a afirmação acerca da mudança nos critérios adotados pelos Códigos de 1916 e de 2002 na declaração da incapacidade absoluta:

Não é necessário dar uma definição rigorosa de alienação mental em um livro jurídico. É suficiente que tenhamos desse estado mental uma noção aproximada, pois o que importa ao jurista é a aptidão do indivíduo para dirigir-se na vida e não a rigorosa determinação de uma entidade mórbida. (BEVILAQUA, 1976, p. 86).

À época do Código Civil de 1916, não existia interdição por incapacidade relativa de pessoas com transtorno mental. Vigia uma regra binária, perante a qual ou se interditava o indivíduo com enfermidade mental como absolutamente incapaz, ou não se promovia a interdição. Até então, não se trabalhava com a percepção de gradação de discernimento no intuito de se preservar as potencialidades do interditando.

Se for considerado o momento histórico no qual o Código Civil de 1916 foi formulado e, mesmo após tanta delonga, promulgado, percebe-se que, sob a égide de uma filosofia liberal, era muito pouco provável que, diante de um indivíduo “louco”, a proteção de sua esfera de autonomia sobrepujasse a segurança jurídica que se buscava preservar nas relações privadas.

Aliado a esse fato, está-se diante de uma sociedade que, ainda, pautava-se em uma concepção rígida acerca do que se tinha por “normal”. O padrão de normalidade – pretensamente refletor de um ideal de ‘vida boa’ comungado pelo ideário coletivo – e a visão social da loucura – que, desde a Idade Média, com parcas melhoras alcançadas, continua a assombrar o imaginário humano – atuaram como verdadeiras camisas de força na contenção do que se afigurasse diferente e potencialmente danoso para a fluência das relações privadas.

Comportamentos dissonantes eram suficientes para ensejar a exclusão. Diante da expressão altamente flexível dos “loucos de todo o gênero” e da inexistência de uma categoria junto à qual subsumir esses indivíduos no rol da incapacidade relativa, a decisão era por lhes declarar a incapacidade absoluta ou não. Na dúvida, protegia-se a sociedade e o livre transacionar dos interesses privados do alcance desses sujeitos transviados.

Desse modo, diante do último comentário de Clovis Bevilacqua aqui transcrito, depreende-se que, fosse pela carência dos termos empregados, pela inexistência de uma categoria legal intermediária para abarcar esses indivíduos ou mesmo pela falta de interesse em se lhes preservar algum nível de autonomia, o ‘comprometimento das faculdades mentais’ não era alvo de estudos pormenorizados diante de um processo de interdição. Para a época, apresentar uma patologia ou mesmo externar um comportamento fora do “normal” já representava motivo suficientemente legítimo para a declaração da incapacidade. Mesmo o Decreto nº. 24.559 de 1934, apesar de empregar a terminologia ‘psicopata’ e apresentar a possibilidade de interdição por incapacidade relativa desses indivíduos, não se imiscuiu em maiores detalhes acerca do comprometimento do discernimento. Por isso, entende-se o sentido impresso na observação feita por Taborda; Abdalla-Filho; Moraes e Mecler (2012) no que tange à mudança do critério adotado para declaração da incapacidade absoluta trazido pelo Código Civil de 2002.

Dando prosseguimento às comparações, foi acrescida, também, pelo legislador de 2002, outra hipótese de incapacidade absoluta, encontrada nos casos em que, mesmo por causa transitória, uma pessoa esteja impossibilitada de exprimir a sua vontade (artigo 3º, III).

Outro ponto positivo, que merece destaque, está no fato de não ter o atual diploma civil definido quem são aqueles que possuem, ou não, o necessário discernimento para a prática dos atos da vida civil (artigo 3º, II) ou o apresentam em grau reduzido (artigo 4º, II e III) por conta de um transtorno mental. Desse modo, para Taborda; Abdalla-Filho; Moraes e Mecler:

A detecção da presença e do grau do discernimento, então, é uma tarefa exclusiva do psiquiatra forense, que deverá se valer de seu instrumental técnico, à semelhança do que ocorre quando o perito busca fixar a capacidade de entendimento e determinação ao averiguar a responsabilidade penal de um criminoso”. (2012, p. 214).

A estipulação *a priori* dos critérios a serem analisados acabaria por engessar a análise de um caso concreto, impondo novos escalonamentos terminológicos à insuficiente tarefa de subsunção.

No que tange à incapacidade relativa, todavia, o legislador poderia ter sido mais exitoso. Explica Taborda, Abdalla-Filho, Moraes e Mecler (2012) que, no artigo 3º, II, do Código Civil de 2002, na disciplina da incapacidade absoluta, mencionou-se “enfermidade ou deficiência mental” como as categorias nosológicas que podem refletir ausência de discernimento.

No artigo 4º, II, entretanto, fez-se referência exclusiva aos “ébrio habituais”, “viciados em tóxicos” e indivíduos com “deficiência mental” como sujeitos que, em potencial, tenham o discernimento reduzido. A enumeração das hipóteses no inciso II, segundo os autores supracitados, seria taxativa, tanto que, no inciso III, é trazida a figura dos “excepcionais sem desenvolvimento mental completo”, em relação aos quais, para que ocorra a declaração de incapacidade relativa, não se exige a demonstração da redução do discernimento. Da redação do legislador, originam-se alguns problemas de ordem médico-legal.

O primeiro problema apontado por Taborda, Abdalla-Filho, Moraes e Mecler (2012) reside na injustificada restrição do espectro de pessoas que poderiam ser beneficiadas com a interdição por incapacidade relativa. Com relação à interdição por incapacidade absoluta, pelo fato de se ter empregado a expressão “enfermidade ou deficiência mental”, tal restrição não ocorreu, porquanto todos os transtornos mentais existentes – a exceção dos transtornos de

personalidade que, por definição, não motivariam uma interdição absoluta – foram contemplados.

A partir do momento em que o artigo 4º, II, ao invés de empregar a expressão “enfermidade mental” – ao lado da figura dos deficientes mentais com o discernimento reduzido – utilizou “ébrio habitual” e “viciado em tóxicos”, ele se cingiu a contemplar, somente, as enfermidades mentais relacionadas ao capítulo das dependências químicas, seja por substância lícita (álcool) ou ilícita (drogas). Desse modo, todas as demais pessoas, que apresentem alguma outra enfermidade mental que ocasione diminuição do discernimento, não poderiam ser contempladas com a restrição parcial de sua autonomia. Para tais pessoas, continuaria, pois, a valer a regra do “ou tudo ou nada” do Código de 1916 (ou se interdita por incapacidade absoluta ou não se interdita), a não ser que se entenda que o Decreto de 1934 continua a vigor e se admita a interdição do psicopata por incapacidade relativa.

Outro ponto obscuro e de confusão trazido por Taborda, Abdalla-Filho, Moraes e Mecler (2012) se encontra na expressão “excepcional”. O artigo 4º, inciso III, traz a figura dos “excepcionais sem desenvolvimento mental completo” e não condiciona a declaração da incapacidade relativa à comprovação do discernimento reduzido. Pelo menos, não é o que o inciso exige por intermédio de sua redação. Ocorre que, entre os “excepcionais sem desenvolvimento mental completo”, está a categoria dos “deficientes mentais”, para os quais, conforme o inciso II, seria imprescindível existir um comprometimento da faculdade da compreensão para que se constringisse a capacidade. Logo, estar-se-ia diante de um impasse: a pessoa com retardo mental (deficiente mental, de acordo com a expressão legal) precisaria apresentar uma redução de discernimento para ser declarada relativamente incapaz ou sempre o deveria ser?

Para Taborda, Abdalla-Filho, Moraes e Mecler (2012), a melhor hermenêutica, no caso desse inciso, indicaria que o legislador visou a abarcar outros “excepcionais”, cegos, surdos-mudos e deficientes motores que não conseguem realizar, com clareza, um intercâmbio comunicativo para transmissão de sua vontade. Porém, a confusão é notória e, certamente, passível de questionamento.

Por fim, no tocante às alterações trazidas pelo Código Civil de 2002, há de se lamentar a perda, por parte do legislador, da oportunidade de atualizar a nomenclatura médico-legal adotada na legislação civil.

Expressões como “deficiência mental”, “excepcional”, “ébrio habitual” e “viciado em tóxicos” são ultrapassadas e fomentadoras de confusão por conta da imprecisão e da carga de preconceito.

Taborda; Abdalla-Filho; Moraes e Mecler (2012) defendem que o artigo 3º, inciso II, e o artigo 4º, inciso II, deveriam ter empregado a expressão “transtorno mental”, utilizada pelos mais importantes sistemas classificatórios atuais – CID-10 (da Organização Mundial de Saúde) e DSM-IV-TR (da *American Psychiatric Association*). Tal expressão abrange todos os casos de doença mental (“enfermidade mental”, nas quais se incluem as dependências químicas), de retardo mental (“deficiência mental” e “excepcionalidade”) e, ainda, os transtornos de personalidade – em relação aos quais é difícil imaginar um caso de incapacidade absoluta, não sendo, contudo, tão distante a possibilidade de enquadramento em uma situação de incapacidade relativa.

Dessa maneira, a definição de incapacidade estaria sempre amparada pela presença de um transtorno mental e pelo grau de prejuízo na capacidade de discernimento que esse transtorno causasse à pessoa.

Retornando, pois, à figura do portador de Anorexia Nervosa, faz-se necessário, diante das observações feitas sobre as categorias de incapacidade, perquirir se seria possível, perante um comprovado comprometimento cognitivo oriundo de reflexos trazidos pela patologia, interditar um paciente com tal quadro diagnóstico. Existe subsunção desse paciente a alguma categoria legal? A ocorrência dessa identidade seria requisito de admissibilidade para que a interdição judicial fosse invocada? De que modo o instituto poderia servi-lhe como instrumento de tutela? Tratar-se-ia de medida razoável a ser empregada?

4 INTERDIÇÃO JUDICIAL: MEDIDA RAZOÁVEL?

É importante ressaltar que não é a mera presença de algum transtorno psiquiátrico que justifica o procedimento de interdição judicial. Por óbvio, há inúmeras pessoas possuidoras de algum tipo de transtorno do humor – como bipolaridade ou depressão – ou de algum transtorno de ansiedade – como o transtorno obsessivo-compulsivo ou o transtorno de pânico – que, nem por isso, foram ou serão interditadas. Todas elas, grosso modo, possuem um transtorno mental, o que não significa que estejam inaptas para a prática dos atos da vida civil.

O mesmo raciocínio é válido para a Anorexia Nervosa. A presença da patologia pode se expressar de inúmeras maneiras, sendo, inclusive, possível o diagnóstico de comorbidades que irão influenciar no modo como o paciente receberá o tratamento.

Todavia, é válido salientar, reiteradas vezes, que o paciente anoréxico, além de tender a enxergar a autoimagem distorcidamente, tem comportamento lipofóbico, ou seja,

possui verdadeiro pânico de ganhar peso. Conforme já explorado, esses são sintomas peculiares à patologia.

O caso a ser considerado, portanto, refere-se, justamente, ao paciente que não aceita sua condição e se furta ao tratamento, persistindo junto a um conjunto sintomático que pode comprometer a consecução de inúmeros atos de sua vida civil.

Quando se aborda o instituto da interdição, está-se a considerar pacientes que, mesmo após receberem o primeiro tratamento, reincidem nos sintomas por voltarem a praticar os hábitos típicos da patologia. Como ficaria, então, sua vida se não pudesse regê-la pessoalmente por um período duradouro? Inúmeras situações de cunho patrimonial poderiam se delinear sem que fosse possível administrá-las por intermédio da gestão de negócios. Exigir que um indivíduo, em tratamento, possua sempre condições de firmar uma procuração a fim de que terceiro aja em seu nome é um tanto improvável.

Existem, também, aspectos que fogem à esfera patrimonial. Como esperar que um anoréxico, ao longo de um tratamento extenso, tome as decisões necessárias para a melhora de seu quadro clínico?

Citou-se, em linhas anteriores, o exemplo do filme *Malos Habitros*. Apesar de ser uma obra de ficção, a ilustração que ele projeta não é intangível. Uma mãe que apresenta Anorexia Nervosa verte inúmeros maus tratos à sua filha, uma criança que está acima do peso e não consegue, simplesmente, caber na roupa de primeira comunhão. O fato de a criança não corresponder ao padrão estético que a mãe julga adequado coloca sua saúde em risco, pois medidas desarrazoadas são efetivadas para que ela consiga atingir o peso esperado.

Desse modo, se esse tópico visa a discutir a possibilidade de interdição de um paciente anoréxico, de que modo o instituto deveria ser trabalhado? Em decorrência do manuseio incorreto da interdição judicial que, por tantas vezes, ao invés de recair sobre limitações pontuais, acaba por banir o indivíduo da própria existência, existe uma forte carga de preconceito que acompanha a discussão do tema. Ao se falar em interdição judicial, volta à superfície do imaginário popular a figura do louco que, enclausurado dentro da própria alienação, seria incapaz de manifestar qualquer traço de personalidade no decorrer de sua vida.

No entanto, do ponto de vista instrumental, não há problema algum com o instituto. A pecha que o acompanha se deve mais aos profissionais que participam de sua aplicação que ao aparato normativo que o disciplina.

A fim de se introduzir os principais aspectos que deverão ser discutidos, há de se analisar, antes de tudo, se existiria possibilidade de interdição diante das categorias que estão incrustadas nos artigos do Código Civil de 2002 que disciplinam o regime das incapacidades.

4.1 Previsão legal: a Anorexia Nervosa e as categorias abstratas de incapacidade

Neste subtópico será discutido o rol do artigo 4º que versa sobre os relativamente incapazes para os atos da vida civil, pois, tendo por base o quadro clínico da Anorexia Nervosa e os casos de comorbidades mais frequentes que o acompanham, não se visualiza, a princípio, justificativa para uma interdição por incapacidade absoluta. Desse modo, opta-se, neste ponto, por dedicar a argumentação à possibilidade de interdição por incapacidade relativa.

Isso posto, verificando o conteúdo do artigo 4º do Código Civil, percebe-se que o inciso II⁶ menciona os “ébrio habituais”, os “viciados em tóxicos” e os “indivíduos com deficiência mental”, que possuam o discernimento reduzido. Tomando o estudo das nomenclaturas trazidas por esse dispositivo normativo feito por Taborda; Abdalla-Filho; Moraes e Mecler (2012) como referência, depreende-se que, dentre as enfermidades mentais, pela eleição inadequada das terminologias feita pelo legislador, somente aquelas relacionadas ao capítulo das dependências químicas – seja por substância lícita (álcool) ou ilícita (drogas) – foram contempladas⁷. Se tivessem sido empregadas as expressões “enfermidade mental ou deficiência mental”, como se procedeu no artigo 3º, do ponto de vista técnico, o legislador teria abarcado todos os transtornos mentais existentes, à exceção dos transtornos de personalidade.

Como a Anorexia Nervosa é um transtorno mental, em tese, não contido dentro das possibilidades de interdição por incapacidade relativa previstas no artigo 4º, ao se qualificar a relação legal como taxativa – impondo-se interpretação restritiva consequentemente – poder-se-ia ter por impossível a interdição judicial de um indivíduo com esse quadro clínico.

Contudo, conforme observação feita por Almeida e Rodrigues Júnior (2012), considerando o fundamento da curatela, tem-se por mais razoável interpretar as categorias ilustradas no atual Código Civil como sendo exemplificativas. Pelo fato de a curatela ser uma

⁶ Os demais incisos tratam de situações que não se adequariam à possível interdição do indivíduo anoréxico. O inciso I traz um critério etário, diante do qual são relativamente incapazes os maiores de 16 anos e os menores de 18. O inciso III traz a figura do excepcional, sem desenvolvimento mental completo, e o inciso IV, a do pródigo, de modo que, a priori, já se possam excluir tais categorias da argumentação a que se pretende, porquanto ainda mais distantes da temática.

⁷ O legislador, também, cita os que “por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido”. Entretanto, não seria o caso de um indivíduo com Anorexia Nervosa, que se afigura um transtorno mental. Almeida e Rodrigues Júnior explicam que: “deficiência mental é designação utilizada somente para as hipóteses nas quais seja a anomalia proveniente de causa orgânica. Doença mental, por sua vez, reserva-se, contemporaneamente, aos casos em que se identifique um distúrbio de compreensão da realidade, um comprometimento de personalidade do sujeito, não derivado de razão fisiológica”. (2012, p. 503).

medida de resguardo do maior, toda vez em que ela se mostrar recomendável – diante de uma situação de debilidade psíquica do indivíduo, de caráter permanente e geradora de redução do discernimento – deve ser decretada.

Os autores supramencionados não defendem a prática incondicional da interdição com o posicionamento esboçado e explanam que:

Insistir numa leitura abreviada do elenco normativo é deixar ao ordenamento jurídico uma função que ele é incapaz de cumprir, qual seja acompanhar as alterações sociais. Numa atualidade que dá sinais cotidianos do advento de novos males mentais, é preciso aceitar que a exigência da curatela pode ser ampliada em superação aos casos que já são conhecidos e relacionados em lei. (ALMEIDA; RODRIGUES JÚNIOR, 2012, p. 502).

Contrariamente ao pensamento transcrito acima, está a interpretação de Farias e Rosenvald, para quem:

Não é demais sublinhar que as hipóteses de incapacidades contempladas em lei devem ser encaradas taxativamente (*numerus clausus*), não se podendo elastecer para alcançar casos não previstos expressamente. (2012, p. 1001).

Apesar de a última opinião esboçada pertencer a profissionais admiráveis, o posicionamento aqui defendido é dissonante. Ficar adstrito a uma categoria legal que, pelas deficiências terminológicas já apontadas, pode não refletir uma situação prática de incapacidade, esvaziaria a razão de existir do instituto da curatela, privando-o de cumprir com a função à qual se destina. Logo, admite-se como sendo possível a interdição por incapacidade relativa de um anorético se a realidade, assim, demonstrasse ser necessário.

4.2 O exame pericial no procedimento de interdição judicial: apontamentos para que a medida constritiva de afigure legítima

Em um exame pericial psiquiátrico para avaliação da capacidade civil, que deverá ser realizado, exclusivamente, por um psiquiatra forense (TABORDA; ABDALLA-FILHO; MORAES; MECLER, 2012, p. 214), verifica-se o grau de comprometimento do discernimento do interditando. Alguns esclarecimentos da prática clínica devem ser salientados:

[...] a avaliação do discernimento deve se centrar nos elementos do exame do estado mental que melhor apreciem a *cognição* e a integridade do *teste de realidade* do indivíduo. Por meio da investigação da memória, da atenção, da consciência, da

orientação e da inteligência, pode-se aferir a vinculação do sujeito com o mundo circundante e a capacidade abstrata de refletir sobre os dados da realidade. Examinando-se a sensopercepção e o pensamento, principalmente buscando verificar a presença de alucinações e delírios, se terá uma ideia objetiva do teste de realidade e do juízo crítico, se íntegros ou prejudicados. (TABORDA; ABDALLA-FILHO; MORAES; MECLER, 2012, p. 218).

Aliado aos pontos transcritos acima, outro aspecto de relevância na avaliação do discernimento reside na investigação da função humor⁸/afeto⁹, porquanto uma alteração afetiva pode interferir na cognição. Não basta, simplesmente, investigar a integridade do teste de realidade daquele indivíduo sujeito ao exame, pois realidades externas absolutamente idênticas serão diferentemente apreendidas diante de um quadro de depressão ou mania por exemplo. (TABORDA; ABDALLA-FILHO; MORAES; MECLER, 2012).

O espectro de perguntas feitas pelo examinador, durante a entrevista psiquiátrica, é amplo. São perguntadas desde questões básicas até as mais complexas, em temáticas variadas que abranjam situações de natureza patrimonial e, também, existencial. Elas indicarão, ao final, se o discernimento está preservado ou prejudicado e, na última hipótese, em que grau e para quê.

No caso da Anorexia Nervosa, presume-se que há de ser explorado o impacto da questão nutricional na vida do interditando e na de sua prole, caso haja. É preciso verificar a percepção da realidade por parte desse indivíduo, com especial atenção para a sua capacidade decisória em assuntos dietéticos e que digam respeito a seu quadro clínico, bem como se há reflexo dos sintomas no exercício da autoridade parental; se a lipofobia e a obsessão com a comida é repassada aos filhos menores, interferindo na dinâmica de suas vidas.

Na literatura médica, o discernimento é apontado como a capacidade do paciente para entender o resultado provável de seu comportamento e se ele é influenciado por esse entendimento. (SADOCK; SADOCK, 2008).

⁸ O humor é definido como uma emoção ampla e prolongada que colore a percepção que se tem do mundo. O psiquiatra analisa se há espontaneidade por parte do paciente para falar sobre seus sentimentos ou se ele precisa ser questionado sobre o assunto. As afirmações sobre o humor, do ponto de vista clínico, incluem profundidade, intensidade, duração e flutuações. Os adjetivos empregados são geralmente: depressivo, desesperado, irritado, ansioso, bravo, expansivo, eufórico, vazio, culpado, desesperançado, fútil, autodestrutivo, assustado e perplexo. (SADOCK; SADOCK, 2008).

⁹ Trata-se da resposta emocional atual do paciente, inferida a partir de sua expressão facial, incluindo a quantidade e a variedade de comportamentos expressivos. O afeto pode ou não ser consonante ao humor e recebe descrições como: normal, constricto, embotado ou plano, a depender da aparente profundidade da emoção, aferível pela variação na expressão facial, no tom de voz, no uso das mãos e nos movimentos corporais. Depressivo, orgulhoso, irritado, temeroso, ansioso, culpado, eufórico e expansivo são termos utilizados para designar humores particulares. O afeto pode ser classificado como adequado ou inadequado, se congruente ou não ao que se está dizendo. (SADOCK; SADOCK, 2008).

Outro conceito que, também, pode aparecer na dinâmica do exame clínico do paciente psiquiátrico é o de *insight*, definido como o grau de consciência e entendimento atinente ao fato de estar doente. O paciente pode negar totalmente sua condição, como apresentar certo nível de consciência acerca da doença, porém, atribuindo-a a pessoas, fatores externos ou mesmo orgânicos. Outra possibilidade é admiti-la e justificá-la em uma causa desconhecida ou misteriosa. (SADOCK; SADOCK, 2008).

Existe uma relação de seis níveis de *insight*: negação completa da doença; leve consciência sobre a patologia e a necessidade de ajuda, porém, com negação; consciência da doença, contudo, culpando outras pessoas, fatores externos ou orgânicos; consciência de que a doença se deve a algo desconhecido; *insight* intelectual – reconhecimento da doença e de que os sintomas ou a incapacidade de adaptação social advêm dos próprios sentimentos irracionais ou perturbações, não havendo, entretanto, a aplicação desse conhecimento para alteração de experiências futuras; *insight* emocional verdadeiro: existe a consciência acerca dos motivos e sentimentos profundos e esse conhecimento propicia mudança na personalidade ou em padrões de comportamento. (SADOCK; SADOCK, 2008).

Ao final, o relatório médico-legal, denominado laudo, quando escrito pelo próprio especialista, ou parecer, quando elaborado por assistente técnico, trará o registro escrito e fiel de todos os elementos de interesse médico-legal observados pelo perito, no qual estarão, igualmente, registrados seus comentários, suas conclusões e as respostas dos quesitos, se estes tiverem sido formulados. (TABORDA, 2012).

No tocante ao diagnóstico, chama-se a atenção para a necessidade de ele ser objetivo e, não, inferencial. Nesse sentido, Taborda explica que:

Se, por exemplo, um perito afirmar que alguém está psicótico, precisa provar em que consiste a quebra do juízo de realidade, quais delírios ou alucinações se fazem presentes. A simples afirmativa de que determinada pessoa estaria “regredida a um nível psicótico de funcionamento” ou de que apresentaria “ansiedades psicóticas” seria insuficiente para esse diagnóstico, posto que não está claro em que consiste um “nível psicótico de funcionamento” ou uma “ansiedade psicótica”. Esse tipo de assertiva é resquício de prática psiquiátrica fortemente baseada nos pressupostos da psicanálise, os quais devem ser evitados com rigor no contexto judiciário pela impossibilidade de serem sustentados de forma concreta. (2012, p. 80).

Hoje, existem dois grandes sistemas diagnósticos: o proposto pela *American Psychiatric Association* (APA), denominado *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, atualmente, em sua 4ª edição revisada, DSM-IV-TR; e o patrocinado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) – *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*, conhecido como CID-10.

No Brasil, oficialmente, adota-se o critério CID-10, embora alguns profissionais demonstrem preferência pelo DSM-IV-TR, pelo fato de este propiciar um diagnóstico mais objetivo e elucidativo, que seria mais adequado à realidade forense. Para Taborda (2012), quando a formulação do diagnóstico não estiver clara e direta, principalmente, tendo-se em vista um procedimento de interdição judicial, recomenda-se que o médico, além do livro azul, que versa sobre as “Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas”, valha-se, também, do livro verde, sobre os “Critérios diagnósticos para pesquisa”, a fim de verificar se os critérios diagnósticos, ali explicitados, estão preenchidos de modo efetivo¹⁰. Essa providência visa a aumentar o grau de objetividade do diagnóstico, uma vez que o livro verde, por ser destinado essencialmente à pesquisa, está imbuído nessa característica.

Taborda elucida que:

[...] o diagnóstico psiquiátrico deve ser um processo fundamentalmente objetivo, lógico, com base em sinais e sintomas claramente perceptíveis, passível de ser entendido e criticado pelo leigo, em vez de dotado de características fantasiosas, mágicas, pelas quais apenas poderia ser formulado por pessoas que entendessem os mistérios da mente e os fenômenos inconscientes. (2012, p. 81).

Findado o exame, é imperioso que o laudo seja detalhado, especificando, além do diagnóstico e das razões que o alicerçam, a extensão da incapacidade do interditando e para quais tipos de atos seu discernimento está comprometido.

Diante do exposto, talvez, fosse perquirida a função da inspeção judicial¹¹, já que o instrumento que irá especificar a extensão da incapacidade do interditando é o laudo médico. Ocorre que o laudo é um dentre os meios de prova contidos nos autos. A inspeção judicial possibilita que o juízo esteja em contato com a realidade que irá julgar, cotejando, inclusive, o resultado trazido pelo laudo e aquele que se lhe apresenta.

Por mais que o magistrado não esteja investido de conhecimentos técnicos para realizar um exame psiquiátrico no interditando, ele pode verificar pessoalmente o peso daquela prova processual na formação de sua convicção. Pelo fato de não existir vinculação ao exame médico e por ser possível que o juiz decida com base em outros elementos de prova, é que se faz imprescindível sua participação interessada no procedimento. Ainda que, após a realização da perícia e ouvido o Ministério Público, o juiz acredite que o manancial probatório

¹⁰ O CID-10 é apresentado em duas versões: as Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas (livro azul) e os Critérios diagnósticos para pesquisa (livro verde).

¹¹ Artigo 1.771 do Código Civil de 2002: “Antes de pronunciar-se acerca da interdição, o juiz, assistido por especialistas, examinará pessoalmente o arguido de incapacidade”.

não se lhe apresenta suficiente, poderá colher o depoimento de testemunhas para melhor fundamentar sua convicção. (FARIAS; ROSENVALD, 2012).

Não é inútil, portanto, a norma do artigo 1.771 do Código Civil de 2002. Afinal, o que está sob julgamento não é o comprometimento psíquico que acomete o interditando, mas a “prejudicialidade reflexa deste na celebração autônoma de atos jurídicos”. (ALMEIDA; RODRIGUES JÚNIOR, 2012, p. 510). Por mais que a Medicina seja a responsável por decifrar o grau de comprometimento do discernimento, quem decide sobre a incapacidade civil é o juízo e qualquer aproximação entre ele e a realidade sobre a qual sentenciará reforça a legitimidade do provimento final.

4.3 A importância dos limites da sentença de curatela

Apresentado o laudo pericial e após inspeção judicial, será designada audiência de instrução e julgamento, em consonância com o artigo 1.183 do Código de Processo Civil.

A sentença, na ação de interdição, deve precisar a existência ou a inexistência de incapacidade civil no interditando. Uma vez que declare a incapacidade, cabe ao juiz especificar a sua medida e promover a indicação de um curador com competência a tanto proporcional. É necessário que se especifique tratar-se de curatela total ou parcial e, neste último caso, os atos para os quais a presença do curador é elementar e aqueles para os quais ela é dispensável precisam estar relacionados. (ALMEIDA; RODRIGUES JÚNIOR, 2012). A limitação da sentença de curatela é imprescindível para a preservação das habilidades do interditado.

Cada situação fática trará os contornos dos limites da sentença de curatela. Se, em determinado caso, a limitação do interditado se circunscreve à tomada de decisões relativas a seu quadro clínico, que a incapacidade se situe somente sobre esse ponto, não o impedindo de gerir pessoalmente os demais atos para os quais se encontre apto. Se a realidade do indivíduo traz, também, o impedimento de decidir sobre questões sanitárias, no âmbito nutricional, de sua prole, que essa limitação esteja especificada na sentença de curatela. Pode ser, ainda, que se visualize um caso de comorbidade e, pelo grau de comprometimento do discernimento do interditado, seja necessário que a curatela recaia sobre outros atos que não se relacionem, apenas, ao aspecto dietético de seu quadro clínico. Para todas as situações, o que se faz inafastável é que a limitação da sentença de curatela esteja bem realizada, e que os atos para os quais será, ou não, necessária a assistência do curador estejam discriminados.

Posteriormente, caso o interditado se encontre recuperado de seu quadro clínico ou em tratamento para administrar os sintomas, sem que estes venham a representar algum perigo à sua saúde, poderá, por intermédio de uma ação para levantamento da interdição, recuperar a plena capacidade jurídica. Nessa ocasião, será efetuada nova perícia médica obrigatória, com o propósito de aferir se houve a cessação da causa incapacitante.

Acerca da possibilidade de que eventuais situações existenciais, quando da limitação da sentença de curatela, integrem os atos alcançados pela incapacidade do interditando, alguns esclarecimentos devem ser feitos. Afinal, como o exercício de direitos fundamentais e de personalidade (caso de decisões relativas à saúde do anoréxico, por exemplo) poderia ser efetivado por um assistente legal? Por se tratarem de direitos personalíssimos, a delegação para que terceiro os exercesse seria inviável. Logo, poder-se-ia concluir que a incapacidade de fato, ligada a questões existenciais, redundaria em incapacidade de direito, resultando na implosão da lógica da construção teórica da personalidade jurídica.

Acontece que a autonomia desse paciente pode ser assegurada por outras vias. Para se trabalhar com a curatela, está-se diante de um indivíduo maior que já viveu um tempo de vida. Nesse transcurso temporal, ele erigiu uma construção biográfica, imprimiu visões de mundo e concepções de vida junto àqueles que o rodeiam. Uma vez alcançado por uma incapacidade relativa, como, provavelmente, aconteceria, caso se trabalhe com a interdição de um paciente anoréxico, sua autonomia haveria de ser reconstruída diante de cada decisão, inclusive, nas existenciais.

Os referenciais criados e nutridos por esse indivíduo ao longo de sua vida hão de balizar as decisões de cunho existencial que lhe digam respeito, exteriorizadas pelo seu assistente legal. Desse modo, existe a probabilidade de que as definições relativas à sua saúde ou aos demais aspectos de sua personalidade sejam, de fato, tomadas em seu favor e assegurem sua autonomia.

O que o assistente legal precisa realizar diante de uma decisão – especialmente, se ela for de cunho existencial – é perscrutar as aspirações já expressas por esse indivíduo, por intermédio de seus dados biográficos identitários, para que seu conteúdo reflita critérios próprios de seu assistido e, não, ideais axiológicos que lhe são alheios.

A abordagem do curador não pode, pois, excluir a subjetividade do curatelado, devendo ser congruente às suas especificidades, a fim de alcançar sua promoção e, não, anulação. O que o artigo 1.776 do Código Civil¹² prevê não pode ser tomado como uma

¹² Artigo 1.776 do Código Civil: Havendo meio de recuperar o interditado, o curador promover-lhe-á o tratamento em estabelecimento apropriado.

eventualidade e, sim, como uma tarefa diária, de cunho ordinário e obrigatório, porquanto elementar aos cuidados que o curatelado tem direito a receber. (ALMEIDA; RODRIGUES JÚNIOR, 2012).

Assim, a leitura das reais inabilidades do interditando, os limites da sentença de curatela e a tomada de decisões, quando necessárias, por parte do assistente legal, com base nos dados biográficos do incapaz, são os aspectos cruciais para o manuseio adequado da interdição judicial. Muito da carga de preconceito que impregna o instituto advém de sua aplicação equivocada, que decreta uma incapacidade maior que a imposta pela realidade e produz decisões alicerçadas em padrão axiológico alheio ao interditado.

Pietro Perlingieri (2007), ao dissertar sobre a justificação constitucional dos institutos de proteção, alerta para a possibilidade de que uma série estereotipada de limitações, proibições e exclusões – que não traduza o verdadeiro grau de comprometimento do discernimento do interditado – represente um engessamento desproporcionado à realização de seu pleno desenvolvimento:

É preciso [...] privilegiar sempre que for possível as escolhas de vida que o deficiente psíquico é capaz, concretamente, de exprimir, ou em relação às quais manifesta notável propensão. A disciplina da interdição não pode ser traduzida em uma incapacidade legal absoluta, em uma ‘morte civil’. Quando concretas, possíveis, mesmo se residuais, faculdades intelectivas e afetivas podem ser realizadas de maneira a contribuir para o desenvolvimento da personalidade [...]. (PERLINGIERI, 2007, p. 164).

Desse modo, ante os apontamentos semeados, visualiza-se a interdição judicial como sendo um recurso que, se manuseado adequadamente, poderia ser necessário diante de um caso concreto de Anorexia Nervosa.

5 CONCLUSÃO

Foi pensando no aumento dos casos de Anorexia Nervosa que o presente artigo se dispôs a explorar esse universo, realizando uma revisão da literatura médica para que se tivesse por conhecimento a sintomatologia tão peculiar a esse quadro clínico.

Ao se abordar o regime das incapacidades nos Códigos Civis de 1916 e de 2002, verificou-se a existência de algumas mudanças positivas trazidas pelo atual diploma civil. A abolição da expressão “loucos de todo o gênero” e a possibilidade de se declarar a incapacidade relativa para deficientes mentais foram dois pontos benéficos, contudo, o emprego de expressões desatualizadas e inadequadas impossibilitou que a redação legal se

fizesse mais clara e diminuiu o campo de abrangência daqueles que poderiam ser beneficiados pelo instituto da incapacidade relativa. Este último ponto, perceptível, somente, diante de informações técnicas da Psiquiatria, uma vez que as expressões, dentro do Código, foram empregadas sem observância rigorosa do que, de fato, significavam junto à Medicina.

Trazer a possível associação entre Anorexia Nervosa e incapacidade foi importante a fim de discutir situações mais complexas, inclusive, de natureza existencial, para as quais uma simples gestão de negócios não seria eficaz.

Nesse contexto, trabalhou-se a interdição judicial como recurso possível. A subsunção do anorético a alguma categoria legal foi considerada prescindível. O pouco rigor técnico empregado pelo legislador aliado ao fato de a curatela ser uma medida de resguardo do maior – devendo ser aplicada toda vez em que uma situação de debilidade psíquica, de caráter permanente e geradora de redução de discernimento estiver presente – foram os motivos que balizaram esse posicionamento.

Na abordagem do procedimento de interdição, salientou-se a importância do exame médico pericial bem realizado, uma vez que ele representa o instrumento disponível para detectar a redução do discernimento e os atos para os quais a capacidade decisória do indivíduo está comprometida.

Verificada a necessidade de se interditar um portador de Anorexia Nervosa, é imprescindível que o juiz estabeleça os limites da sentença de curatela, de modo a permitir que a medida constritiva, somente, recaia sobre suas inabilidades. A presença do curador dar-se-á, pois, pontualmente. Todos os demais atos não alcançados pela causa incapacitante não de ser por ela exercidos pessoalmente.

No que tange à possibilidade de que a incapacidade alcance o exercício de situações jurídicas existenciais, como aconteceria se o paciente fosse privado de tomar decisões autorreferentes no âmbito sanitário, algumas considerações foram tecidas. O assistente legal, diante de uma decisão, especialmente, se ela for de cunho existencial, precisa perscrutar as aspirações já expressas por esse indivíduo, por intermédio de seus dados biográficos identitários, de modo a construir uma decisão que reflita critérios próprios de seu assistido e, não, ideais axiológicos que lhe são alheios.

A dignidade e a autonomia de um sujeito interditado serão asseguradas quando as decisões, para as quais ele não possa dar voz, forem cunhadas com base nos reflexos de sua personalidade que quedaram incrustados no meio em que está inserido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Renata Barbosa de; RODRIGUES JUNIOR, Walsir Edson. **Direito Civil: famílias**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

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

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Text rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

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

APPOLINÁRIO, José Carlos; CLAUDINO, Angélica M.. Transtornos Alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, suppl. 2, dec. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 jan. 2013.

APPOLINÁRIO, José Carlos; MOYA, Tatiana. Serviços de transtornos alimentares no Brasil e no mundo. In: NUNES, Maria Angélica; APPOLINÁRIO, José Carlos; GALVÃO, Ana Luiza; COUTINHO, Waldir. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 169-181.

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>. Acesso: em 28 mar. 2012.

BEVILAQUA, Clovis. **Teoria geral do direito civil**. 2. ed. rev. e atual. por Prof. Caio Mario da Silva Pereira. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1976.

BRASIL. Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 14 jul 1934. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=35529>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

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.

CAMARGO, Raul. **Loucos de todo o gênero: critério da incapacidade mental no direito civil**. Rio de Janeiro: Jacintho Ribeiro dos Santos, 1921.

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>. Acesso: em 28 mar. 2012.

DIAS, Maria Berenice. **Manual de Direito das famílias**. 8. ed. rev. e atual. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. **Curso de Direito Civil**: direito das famílias. 4. ed. Salvador: Jus Podium, 2012.

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

FONTANA, Antônio Matos. Transtornos alimentares: Anorexia e Bulimia Nervosas. In: FONTANA, Antônio Matos. (Org.). **Manual de clínica em psiquiatria**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 353-358.

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>. Acesso: em 28 mar. 2012.

GALVÃO, Ana Luiza; CLAUDINO, Angélica de Medeiros; BORGES, Maria Beatriz Ferrari. Aspectos históricos e evolução do diagnóstico. In: NUNES, Maria Angélica; APPOLINARIO, José Carlos; GALVÃO, Ana Luiza; COUTINHO, Waldir. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 31-50.

GIORDANI, Rubia Carla Formighieri. A autoimagem 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>. 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, Taisa 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.

LÔBO, Paulo Luiz Netto. **Famílias**. São Paulo: Saraiva, 2008.

MALOS Habitos. Direção: Simón Bross. Produção: Alberto Bross e Avelino Rodríguez. México: Paris Filmes, 2007. 1 DVD (103 min).

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](http://www.highbeam.com/doc/1P3-935356531.html), 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>. Acesso: em 20 mar. 2012.

NUNES, Maria Angélica; ÁVILA, Boêmia Noronha de. Tratamento hospitalar dos transtornos alimentares. In: NUNES, Maria Angélica; APPOLINARIO, José Carlos; GALVÃO, Ana Luiza; COUTINHO, Walmir. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 183-193.

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; 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.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. **Manual conciso de psiquiatria clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

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.

SAMPAIO, Daniel. Doenças do comportamento alimentar. In: CORDEIRO, J. C. Dias. (Org.). **Manual de Psiquiatria Clínica**. 2. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002. P. 379-393.

SUMEIRA, Thiago Antônio. Reflexões sobre a gestão de negócios. **Revista de Direito Privado**, São Paulo, n. 21, p. 274-286, jan/mar. 2005.

TABORDA, José G. V. Exame pericial psiquiátrico. In: TABORDA, José G. V., ABDALLA-FILHO, Elias; CHALUB, Miguel. **Psiquiatria Forense**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 52-82.

TABORDA, José G. V.; ABDALLA-FILHO, Elias; MORAES, Talvane M. de; MECLER, Katia. Avaliação da capacidade civil. In: TABORDA, José G. V., ABDALLA-FILHO, Elias; CHALUB, Miguel. **Psiquiatria Forense**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 205-219.

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

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