

A LOUCURA COMO UM PROBLEMA JURÍDICO – SOCIOLÓGICO ESTUDO ACERCA DA CONSTRUÇÃO DE CONCEPÇÕES DE DIREITO VOLTADA AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

Karllisson Alves Eleotério⁴⁷⁴

RESUMO: O presente artigo tem como objetivo, expor uma análise acerca do desenvolvimento de concepções de direito destinadas ao tratamento de indivíduos portadores de transtorno mental, da Idade Média até os dias atuais. Tal iniciativa torna-se relevante pelo fato de proporcionar percepções no que concerne às diversas formas interpretativas construídas no seio da sociedade sobre uma problemática jurídico – sociológica. Com isso, o entendimento da forma em que as diversas instituições jurídicas ou sociais interpretavam o fenômeno relacionado ao doente mental levavam à espontânea elaboração de interpretações em torno do fato.

PALAVRAS – CHAVES: transtorno mental - interdição civil – desviante

ABSTRACT: This article aims to expose an analysis of the development of legal concepts for the treatment of individuals with mental disorders, from the Middle Ages to the present day. This initiative becomes important, because it provides insights into the various interpretative ways constructed within the society regarding legal-sociological problems. Thus, understanding the way according to which the various legal or social institutions interpreted the phenomenon related to mental patients led to the spontaneous development of interpretations of this fact.

KEYWORDS: mental illness - temporary work - deviate

1. Trajetória da loucura – O olhar de Foucault

O doente mental sempre foi motivo de muita discussão pelas autoridades constituídas, pelos intelectuais, bem como pela sociedade de uma forma em geral, durante toda a história da humanidade. Iniciaremos nossa explanação a partir do final da

⁴⁷⁴ Graduando em Direito pela FaSe.

Idade Média. Tal contexto foi marcado pelo surgimento de um espaço de confinamento que antes era utilizado no tratamento das pessoas que contraíam a lepra. A intensificação por parte das autoridades medievais no tratamento segregacionista desse tipo de doença mediante a utilização do confinamento provocou o controle no seu aparecimento tendo sido afirmado até que a lepra tinha sido exterminada da humanidade. Além disso, o desaparecimento da lepra também foi provocado devido ao término das Cruzadas com o afastamento dos principais focos orientais de contaminação. Tal controle na incidência da lepra e o conseqüente desaparecimento da preocupação do poder real com este problema, que tanto assolou as cidades, serviram para tornar sem utilidade os espaços de internamento por muito tempo. A esse respeito Foucault (2008) explica:

Estranho desaparecimento, que sem dúvida não foi o efeito, longamente procurado, de obscuras práticas médicas, mas sim o resultado espontâneo dessa segregação e a conseqüência, também, após o fim das Cruzadas, da ruptura com os focos orientais de infecção. A lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa. Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito tempo, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado. (p. 5-6)

Os leprosários, após o controle da transmissão da lepra, inicialmente foram utilizados, ao final do século XV, por pessoas que contraíam doenças venéreas. No entanto, a doença venérea não ocupou lugar de destaque entre os principais problemas de saúde que podiam abalar a estrutura social daquele período, devido a sua colocação ao lado das outras doenças e em face do aparecimento

de um fenômeno complexo de que a medicina demoraria muito tempo para tomar como objeto de estudo científico. (FOUCAULT, 2008, p. 7-8)

Durante a vigência do período Renascentista, surge um novo mecanismo de exclusão utilizado pelo poder real, que foi chamado de “Nau dos Loucos”. Essas “Naus” eram barcos ou navios que pertenciam a barqueiros ou marinheiros, que eram utilizados pela realeza com o objetivo de expulsar das cidades os doentes mentais, criminosos, estrangeiros, que ficassem vagando, colocando em perigo a segurança dos cidadãos, ou seja, pessoas que possuíam comportamento desviante⁴⁷⁵ dos padrões culturais. Essas pessoas eram transportadas para territórios distantes, levadas a outras localidades além-mar, sendo que umas eram levadas à cidade de origem, pois se entendia que cada cidade tem a responsabilidade de administrar seus cidadãos. A “Nau dos Loucos” significava para a sociedade daquela época um instrumento de utilidade social que purificava a alma das pessoas desviadas do universo cotidiano, mediante a utilização da água e da navegação. (FOUCAULT, 2008, p. 9)

Segundo Foucault (2008, p. 28), ainda durante a Renascença foi constituído um debate teórico entre dois pontos de vista acerca do entendimento sobre a loucura, ou seja, duas experiências que melhor explicavam o significado da loucura para o contexto social: de um lado, a experiência cósmica e, de outro, a experiência crítica. A experiência cósmica significava um elemento trágico, simbolizada pela “Nau dos Loucos”, como foi explicada acima. Já a experiência crítica significava um elemento intelectual acerca da loucura, embasada por uma análise objetiva da loucura, mediante a utilização da razão, fundamentada por uma moral e de uma metodologia científica voltada ao estudo pela medicina. Esse confronto entre a experiência cósmica e a experiência crítica foi

⁴⁷⁵ Estamos utilizando o termo “desviante” segundo Gilberto Velho, in: *Desvio e Divergência: uma crítica da patologia social*, 8ª edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

fundamental no sentido de que possibilitou o surgimento de uma experiência nova sobre a loucura e conseqüentemente uma mudança na forma como a loucura será tratada a partir de então.

A principal finalidade dos espaços de internamento passou a ser, no decorrer do século XVI e XVII, em manter a sistemática de exclusão social e segregação praticada quando da existência da preocupação do governo com os leprosos. Esses ambientes foram utilizados para promover a retirada do círculo social de personagens com classificação social negativa para os padrões culturais e econômicos da época, como sendo os pobres, vagabundos, presidiários e, sobretudo, os “cabeças alienadas”.

Com o advento do período Clássico pôde-se constatar a preferência dos teóricos e especialistas pela reflexão crítica sobre a loucura, quando essa passa a ser considerada e entendida somente em relação à razão, pois, num movimento de referência recíproca, se por um lado à loucura e a razão se recusam, por outro, uma fundamenta a outra.

Sobre essa relação entre loucura e razão Foucault (2008) afirma que:

A loucura torna-se uma forma relativa à razão ou, melhor, loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória. Cada uma é a medida da outra, e nesse movimento de referência recíproca elas se recusam, mas uma fundamenta a outra. (p. 30)

A Loucura torna-se uma das próprias formas da razão. Aquela integra-se nesta, constituindo seja uma de suas forças secretas, seja um dos momentos de sua manifestação, seja uma forma paradoxal na qual pode tomar consciência de si mesma. (p. 33)

A chegada da Era Clássica foi preponderante para a criação dos hospitais de internamento, mantidos pelas finanças públicas, que se caracterizavam como a mais visível estrutura da experiência clássica da loucura. Esses estabelecimentos foram criados um pouco nos moldes dos antigos leprosários. No entanto, os leprosários

tinham mais um sentido médico, diferente dos objetivos que motivavam os hospitais de internamento. Esses ambientes possuíam exclusivamente significados políticos, sociais, religiosos, econômicos e morais. Os hospitais de internamento eram considerados como estabelecimentos não médicos e sim estruturas semijurídicas, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa, sendo destinados aos pobres encaminhados pela autoridade real ou judiciária. (FOUCAULT, 2008, p. 53)

Através da formação de uma nova sensibilidade social, a loucura foi destinada ao internamento conferindo-lhe um poder de segregação. Essa nova sensibilidade social tem a ver com a miséria e os deveres da assistência, com novas formas de reação diante dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, com uma nova ética do trabalho e também o sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil, sob as formas autoritárias da coação.

Diante disso, a prática do internamento, durante esse período, reconstituiu uma nova reação à miséria, que foi despojada, pela Renascença, de sua positividade mística. O pobre, o miserável, o homem que não pode responder por sua própria existência, assumiu uma figura que a Idade Média não teria reconhecido. O Estado ou a cidade, após a laicização das obras, responsabiliza-se por cuidar da população de pobres e incapazes, preparando uma nova forma de sensibilidade à miséria: iria nascer uma “experiência do patético”, que não falaria mais de glorificação da dor, nem de uma salvação comum à pobreza e à caridade, mas que faz com que o homem se ocupe de seus deveres para com a sociedade e mostra no miserável, ao mesmo tempo, um efeito da desordem e um obstáculo à ordem. A miséria, assim como a loucura, passa de uma experiência religiosa que a santifica para uma concepção moral que a condena. Assim, a partir do século XVII, elas são encaradas apenas em seu horizonte moral e, assim, se antes o doente mental era acolhido pela sociedade, agora ele será excluído, pois ele perturba a

ordem do espaço social. (CASTEL, 1991)

A loucura, segundo Foucault (2008, p.63), foi depositada nos muros dos hospitais ao lado dos pobres, miseráveis e vagabundos, permanecendo nesse estado até o final do século XVIII, em face do surgimento de uma nova sensibilidade a seu respeito - não mais religiosa, porém moral. A loucura torna-se então um problema de polícia, pois o louco perturba a ordem do espaço social, ele ostenta o estigma⁴⁷⁶ da insanidade.

Nesse sentido, o internamento tem como finalidade primeira combater os problemas da mendicância e da ociosidade ocasionados por uma crise econômica que afeta o mundo ocidental, no século XVII, em sua totalidade, gerando a diminuição dos salários, desemprego, escassez de moeda, etc. Por isso, durante muito tempo os locais de internamento servirão para colocação dos desempregados e vagabundos. Mas fora dos períodos de crise, o internamento não tem mais a utilidade de prender os sem trabalho, e sim dar trabalho aos que foram presos servindo como mão-de-obra barata.

As casas de internamento na era clássica, criadas no século XVII, representam para Foucault (2008, p. 72) o mito da felicidade social, pois existe nessas instituições uma tentativa de garantir o exercício ético e moral das regras da sociedade. Essas foram fundamentais para a percepção da loucura no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo. Assim, o internamento seria a eliminação dos “a-sociais” como prevenção e combate à desorganização da família, da desordem social, ou seja, dos perigos para o Estado.

⁴⁷⁶ Segundo Erving Goffman (2008, p. 11), estigma “é um termo que foi criado pelos gregos para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso, ou traidor – uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada; especialmente em lugares públicos [...]”.

É a partir do século XVIII que começa a nascer uma nova reflexão sobre o doente mental, pois pela primeira vez o homem alienado vai ser tratado como ser humano ao ser reconhecido como incapaz e como louco, mantendo com isso, um diálogo com o médico. Tudo isso é de extrema importância, pois vai proporcionar o desenvolvimento da medicina e o conseqüente aperfeiçoamento do estudo sobre a cura das doenças nervosas. É mediante esse esforço que nasce também a possibilidade de uma psiquiatria da observação, de um internamento de aspecto hospitalar e do diálogo do louco com o médico. (FOUCAULT, 2008, p. 125)

Tal perspectiva modificou totalmente a forma de tratamento utilizada pelo Classicismo, que enquadrava o alienado como o indivíduo prejudicial à manutenção de uma ordem moral, juntamente com os criminosos, vagabundos e desempregados. O internamento não mais passou a ter a finalidade de controle social no sentido de perseguição ao desviante, tornando-se, a partir de então, uma instituição voltada especificamente a aperfeiçoar a positividade de uma ciência especializada no tratamento do doente mental.

UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE O DOENTE MENTAL NOS DIAS ATUAIS

A partir do século XX, precisamente após a Segunda Guerra Mundial, observamos um avanço significativo no modelo de assistência psiquiátrica. Já que, segundo os estudiosos da psiquiatria, o século XIX foi marcado pela aplicação de uma prática voltada à medicalização e institucionalização das práticas terapêuticas. O pós-guerra representou um esforço na realização do desinternamento, no qual o doente mental é beneficiado pelo retorno à comunidade de origem, motivada pela sua saída dos hospitais. Como exemplo dessa nova abordagem, podemos citar o interesse do Estado em criar uma legislação ampla, especificamente no Brasil, com o objetivo de possibilitar que o doente mental seja cuidado no ambiente familiar.

Nos dias atuais, a família, o médico psiquiatra e o sistema judiciário passam a desempenhar uma função preponderante na vida do portador de transtorno mental. Todos eles executam seus papéis de forma complementar no intuito de “enquadrar” o indivíduo “desviante”, na medida do possível, aos padrões de normalidade. Nesse sentido, um instrumento utilizado para tal finalidade é a interdição civil do doente mental. O internamento até pode ser utilizado, mas só em casos de transtorno mental grave, sendo na maioria das vezes apenas o ajuizamento e a possível decretação da interdição, mediante o aval do médico-psiquiatra, necessário para se alcançar o fim desejado, qual seja, proteger a família do interditando, bem como a sociedade de possíveis atitudes que possam ser praticadas pelo doente mental quando em posse do direito de exercer pessoalmente os atos da vida civil.

É possível observar, diante disso, que a política de internamento, baseada na exclusão e na segregação, bastante utilizada na era clássica atualmente não tem mais finalidade, pois, o desinternamento tornou-se o objetivo visado pelas autoridades, tanto médica como judiciária, como uma forma de atribuir os cuidados do doente mental aos familiares, responsabilizando-os pelo seu tratamento e cuidado. Os hospitais psiquiátricos, também conhecidos pelo senso comum como manicômios, não compreendem mais o principal instrumento utilizado no tratamento do doente mental.

Nos dias atuais, a família, através de um acompanhamento médico instrumentalizado pelo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), e também auxiliado pela Autoridade Judiciária, tornou-se a principal instituição utilizada no tratamento do indivíduo portador de transtorno mental. Para isso, o Estado garante que o indivíduo nesta condição perceba um benefício, garantido pela Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências, estabelecendo em seu artigo 1º que a Previdência Social, mediante contribuição, tem por fim assegurar aos seus

beneficiários meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, desemprego involuntário, idade avançada, tempo de serviço, encargos familiares e prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente. Este benefício é administrado por um curador nomeado pelo Juiz⁴⁷⁷, responsável por representar o doente mental em todos os seus atos civis.

No modelo de atenção atual, a política assistencial vigente preconiza a diminuição da oferta de leitos hospitalares e a criação de serviços substitutivos de atenção à saúde mental deslocando, assim, o seguimento e evolução dos tratamentos para o interstício das dinâmicas familiares mobilizadas pela inclusão dos portadores de transtorno mental.

Afinal, o “fato novo” com a qual a família está a se deparar é que o tratamento de seu familiar portador de transtorno mental não está mais centrado nos hospitais psiquiátricos. Nos quadros agudos recomenda-se que a internação seja de curta permanência, e a continuidade do tratamento realizada nos equipamentos extra-hospitalares; por conseguinte, o doente mental retornará a casa, à família (quando ela existe) e à comunidade. (COLVERO; COSTARDI IDE; ROLIM, 2004, p. 198)

Com isso, é evidente que esses dados nos mostram que o modelo de tratamento terapêutico que tem sido aplicado pela psiquiatria nos dias atuais está voltado a promover uma política de inclusão do doente mental evidenciando o retorno à sua casa, à sua comunidade e à sua família, ou seja, o doente mental tende a ser reintegrado ao cotidiano social. Ademais, é importante salientarmos que o tratamento terapêutico utilizado pelo Brasil, nos dias atuais, voltado ao doente mental, não difere do que está sendo aplicado em vários países do mundo. Observamos no decorrer da história

⁴⁷⁷ O INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social) só libera a aposentadoria mediante a apresentação, pelo representante do interditado, do Termo de Curatela, assinado pelo Juiz. Este termo é expedido quando da decretação da interdição e a conseqüente nomeação de um curador ao interdito ao final do processo judicial.

brasileira, precisamente nos últimos 30 anos, a ocorrência de mudanças significativas na política que norteia a assistência ao portador de transtorno mental, apesar da presença ainda constante dos resquícios da cultura asilar como um dos recursos de assistência ao doente mental.

A principal iniciativa que reflete o avanço da cultura brasileira na implementação de um novo modelo de assistência ao indivíduo portador de transtorno mental foi a criação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, publicado no Diário Oficial da União do dia 09 de abril de 2001, na qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental. A lei no artigo 2º, parágrafo único, lista os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental como sendo:

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

O artigo 3º da mesma lei que trata da responsabilidade do Estado e do desenvolvimento da política de saúde mental afirma:

é de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência

em saúde aos portadores de transtornos mentais.
(grifo nosso)

O artigo 4º, parágrafo 1º, impõe um aspecto muito importante no tratamento do doente mental, pois determina que o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

No texto da lei, evidencia-se a preocupação em implementar no Brasil uma modalidade de tratamento atualizada nos dias atuais, baseada em recursos extra-hospitalares. Esses recursos têm como finalidade promover uma terapia voltada ao portador de transtorno mental e sua inclusão na estrutura familiar e na comunidade, as quais terão uma participação fundamental na proteção e no cuidado voltado ao portador de transtorno mental, principalmente em se tratando da família.

2. Processo de interdição: uma prática de desinternamento

A ação de interdição, entendida como instrumento judicial de curatela, visa à proteção do doente mental ao determinar que o mesmo não tem capacidade, a partir de sua inserção na estrutura social, de administrar seus próprios bens. A proteção poderá ser entendida no sentido de que o portador de transtorno mental, ao tomar posse de uma plena capacidade civil, tem a possibilidade de dilapidar seus bens e de seus familiares, colocando em risco a sua sobrevivência e a da estrutura familiar.

O processo de interdição tem como finalidade nomear um curador⁴⁷⁸, o qual terá um encargo de cuidar e proteger uma pessoa, bem como administrar seus bens quando ela não está em condições de fazê-lo em razão de alguma enfermidade ou deficiência mental. Tal medida de proteção ao maior incapaz visa evitar dano à sua pessoa e ao seu patrimônio. Segundo Pontes de

⁴⁷⁸ “Chamam-se curadores aqueles que exercem a curatela”. (MIRANDA, 2001, p. 375)

Miranda (2001, p. 372), interdição civil “é o ato público pelo qual se declara ou se retira à capacidade negocial de alguém”. A decretação da interdição e a consequente nomeação de curador ao interdito só poderá ser promovida através de processo judicial, após a comprovação pelo Juiz dos fatos que justificam o estado mental do interditando.

Para que uma ação seja promovida, é necessário que a parte interessada contrate um advogado ou busque a Defensoria Pública, que terá a incumbência de elaborar uma petição inicial⁴⁷⁹ que apresente como parte requerente o pai, a mãe ou o tutor do interditando: o cônjuge ou algum parente próximo. A ação de interdição também poderá ser ajuizada pelo representante do Ministério Público, segundo o art. 1.177 do CPC. O órgão do Ministério Público, representado pelo Promotor/a de Justiça da Comarca, só requererá a interdição se ocorrer qualquer dos seguintes motivos: no caso de anomalia psíquica, se não promover a interdição o pai, a mãe, o tutor, o cônjuge ou parente próximo; ou se estas pessoas mencionadas forem incapazes de ajuizar a ação, ou seja, se as pessoas citadas acima forem crianças ou adolescentes. Nesse caso, o juiz nomeará ao interdito um curador para representá-lo no transcurso da ação. Na petição inicial, o interessado provará a sua legitimidade, especificará os fatos que revelam a anomalia psíquica e assinalará a incapacidade do interdito para reger a sua pessoa e administrar os seus bens. Esta será protocolada na recepção do Fórum e encaminhada à secretaria para que seja remetida ao juiz competente. O juiz, após verificar se constam na petição todos os requisitos exigidos pelo Código Civil Brasileiro, designará audiência de interrogatório do

⁴⁷⁹ “A Petição inicial é o documento apresentado pelo autor da ação, que dá início ao processo de interdição. Nela o interessado provará a sua legitimidade, especificará os fatos que revelam a anomalia psíquica e assinalará a incapacidade do interdito para reger a sua pessoa e administrar os seus bens”. (Nery Junior, 2004, p. 1343)

interditando.

O interditando será citado para, em dia designado, comparecer perante o Juiz, que o examinará, interrogando-o minuciosamente acerca de sua vida, negócios, bens e do mais que lhe parecer necessário para ajuizar do seu estado mental, reduzidas aos autos as perguntas e respostas. (CPC, art. 1.181)

Nessa audiência, o juiz examinará o interditando, interrogando-o minuciosamente, realizando frequentemente as seguintes perguntas: valor de dinheiro, nomes de familiares, o dia e a hora, se toma remédio, propriedades, etc. Caso o interditando esteja impossibilitado de comparecer ao interrogatório, o juiz designará inspeção judicial em sua residência ou domicílio. Após o término da audiência, sendo reduzido tudo a termo, o interditando tem um prazo de 05 (cinco) dias para impugnar o pedido. Decorrido o prazo, com o sem contestação, o Juiz nomeará um médico psiquiatra para proceder ao exame pericial. Apresentado o laudo pericial o magistrado encaminhará os autos processuais ao representante do Ministério Público para que dê seu parecer acerca da apresentação do laudo pericial, entendendo necessária a procedência ou improcedência do pedido. Após a manifestação do Ministério Público, o processo retorna ao Juiz. Ele analisará toda a documentação juntada ao processo e, baseado no que consta, entenderá se o interditando deverá ser interditado ou não. Decretando a interdição, o juiz nomeará curador ao interdito.

Após a prolação da Sentença, o processo é encaminhado à Secretaria do Fórum ou da Vara. O servidor desse local, com base na determinação do Juiz, expedirá o Termo de Compromisso, que deverá ser assinado pelo curador nomeado pelo Juiz na Sentença, responsabilizando-o a partir de então em cuidar do interditado, bem como de seus bens; do Mandado de Inscrição de Sentença, que será inscrito no Registro de Pessoas Naturais no verso da Certidão de Nascimento e Casamento do Interditado, fazendo constar que a pessoa ali registrada é “incapaz”; e o ofício ao Cartório Eleitoral determinando a suspensão do título de eleitor do interditado. Por

fim, é importante salientarmos que a partir de então todos os atos praticados pelo indivíduo interditado é nulo ou anulável, ou seja, não tem nenhuma validade jurídica.

A sentença de interdição deverá ser publicada pela imprensa local e pelo órgão oficial por três vezes, com intervalos de 10 (dez) dias, constando do edital os nomes do interdito e do curador, a causa da interdição e os limites da curatela. A mesma produz efeito desde logo, embora sujeita ao recurso de apelação, no prazo de quinze dias, ao Tribunal de Justiça de Sergipe.

Com isso, podemos constatar que o processo de interdição, em síntese, é composto pela petição inicial, pelo interrogatório do interditado, pelo laudo pericial, pela manifestação do Ministério Público e pela Sentença, compreendendo as fases: postulatória, saneadora, instrutória e decisória⁴⁸⁰.

A partir de então, o interditado terá direito a uma aposentadoria paga pelo INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social), correspondente a um salário mínimo, a ser percebido e administrado pelo curador.

3. Recursos Extra-Hospitalares e Direitos do Homem

⁴⁸⁰ “A fase postulatória inicia-se com o ajuizamento da ação, o que se dá pela petição inicial, que é a forma legal de provocar a jurisdição e vai até o esgotamento do prazo para apresentação de resposta do réu. A fase saneadora corresponde à fase posterior à postulação das partes. Nessa fase, deve o juiz verificar todas as nulidades que tenham escapado de sua permanente fiscalização e cuidar para que o contraditório seja exercido em sua plenitude, a fim de que não perca tempo instruindo processo que não poderá receber julgamento válido. A fase probatória ou instrutória vem logo após o saneamento do processo. Nessa fase, facultada-se às partes provar suas alegações, por um dos meios de provas admitidas. A fase decisória segue à de instrução do feito, caracterizando-se pela prolação da sentença, que pode ser em audiência, quando a instrução do feito demandar prova oral. Quando a prova não exigir a realização de audiência, como a perícia e a inspeção judicial, por exemplo, a sentença é proferida após a manifestação das partes sobre a prova colhida, independentemente de audiência”. (DONIZETTI, 2007, p. 284)

Além da criação da Lei nº 10.216/2001, é importante destacarmos que, no ano seguinte, foi instituído no Brasil o Novo Código Civil, através da Lei nº 10.406/2002, de 10 de janeiro de 2002. Esse Código promove uma importante diferenciação entre os indivíduos absoluta ou relativamente incapazes, presentes nos artigos 3º e 4º. O artigo 3º, inciso II, salienta que os indivíduos acometidos por alguma enfermidade ou deficiência mental e que, por conta disso, não tiverem o necessário discernimento para a prática dos atos da vida civil, são considerados absolutamente incapazes. Já o artigo 4º, incisos II e III, considera que são relativamente incapazes à prática de certos atos da vida civil ou a maneira de os exercer os portadores de deficiência mental que tenham discernimento reduzido, bem como os excepcionais sem desenvolvimento mental completo.

Sobre este assunto Venosa (2003) salienta que:

Capacidade de fato é a aptidão da pessoa para exercer por si mesma os atos da vida civil. Essa aptidão requer certas qualidades, sem as quais a pessoa não terá plena capacidade de fato. Resulta, pois, que a incapacidade pode ser absoluta ou relativa. A incapacidade absoluta tolhe completamente a pessoa de exercer por si os atos da vida civil. A incapacidade relativa diz respeito a determinadas pessoas que podem praticar por si atos da vida civil, desde que assistidas por quem a lei atribua tal ofício, quer em relação ao parentesco, quer em relação a uma determinação legal, quer em razão de nomeação judicial. A incapacidade relativa, ao contrário da incapacidade absoluta, não afeta a aptidão para o gozo de direitos, uma vez que o exercício será sempre possível com a assistência de outrem. (p.162)

No que se refere, especificamente, ao instituto da interdição civil, o Código Civil reserva um capítulo para tratar especialmente do assunto. O artigo 1.767 afirma que estão sujeitos

a curatela⁴⁸¹ aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil; aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade; os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos; os excepcionais sem completo desenvolvimento mental; os pródigos. O presente estudo ateuve-se apenas aos casos de curatela que envolvem os indivíduos acometidos por algum tipo de enfermidade ou doença mental.

Esse tipo de abordagem legalista tornou-se possível graças à ocorrência da especificação dos Direitos do Homem, conforme destaca Bobbio (1992). Para Bobbio (1992), o processo iniciou-se fundamentalmente com elaboração da Declaração Universal dos Direitos do Homem aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. É a partir desta Declaração Universal que passa a ocorrer na história da humanidade a universalidade dos valores, ou seja, a partilha de alguns valores comuns. A Declaração de 1948, para Bobbio (1992), foi fundamental para a implementação de um direito ao mesmo tempo universal e positivo,

universal no sentido de que os destinatários dos princípios nela contidos não são mais apenas os cidadãos deste ou daquele Estado, mas todos os homens; positiva no sentido de que põe em movimento um processo em cujo final os direitos do homem deverão ser não apenas proclamados ou apenas idealmente reconhecidos, porém efetivamente protegidos até mesmo contra o próprio Estado que os tenha violado. (p. 49-50)

Diante dessa abordagem, é importante ponderarmos que os direitos do homem foram concebidos como direitos naturais e universais. Com o tempo estes direitos se aperfeiçoaram ao ponto de se tornarem direitos positivos e particulares (positivação dos

⁴⁸¹ “Curatela é o encargo público, cometido, por lei, a alguém para reger e defender a pessoa e administrar os bens de maiores, que, por si sós, não estão em condições de fazê-los, em razão de enfermidade ou deficiência mental”. (DINIZ, 2002, p. 521)

direitos), para logo em seguida realizarem-se como direitos positivos e universais (universalização dos direitos). Mas não foi o bastante. Após a Segunda Guerra Mundial os direitos do homem passaram da esfera nacional para a internacional (internacionalização dos direitos), pois o debate tornou-se tão intenso e amplo que chegou a envolver “todos os povos da terra”. Até chegar aos dias atuais sendo denominados como direitos específicos (especificação dos direitos), ocorrendo principalmente no âmbito dos direitos sociais. Segundo Bobbio (1992), a especificação dos direitos dos homens ocorreu devido à profunda diversidade social, não permitindo igual tratamento e igual proteção a todos os indivíduos.

Bobbio (1992) explica que:

Essa especificação ocorreu com relação seja ao gênero, seja às várias fases da vida, seja à diferença entre estado normal e estados excepcionais na existência humana. Com relação ao gênero, foram cada vez mais reconhecidas as diferenças específicas entre a mulher e o homem. Com relação às várias fases da vida, foram-se progressivamente diferenciando os direitos da infância e da velhice, por um lado, e os do homem adulto, por outro. Com relação aos estados normais e excepcionais, fez-se valer a exigência de reconhecer direitos especiais aos doentes, aos deficientes, aos doentes mentais, etc. (p. 79)

4. Doente mental: uma patologia social

O indivíduo desviante foi objeto de estudo para diversos pesquisadores sociais. No entanto, iremos nos ater às análises construídas por Velho (2003) em sua obra intitulada *Desvio e Divergência: uma crítica da patologia social*. Tal escolha foi motivada em face de sua expressiva aproximação à temática desenvolvida neste trabalho, servindo como um instrumento para a compreensão de um processo social. Para isso, exporemos as principais argumentações de um teórico que se dedicou nesta obra

a promover uma análise sociológica contemporânea sobre o indivíduo desviante, enfocando uma mudança na forma como sempre foi analisada a problemática relativa ao conceito de patologia social. A discussão será construída sempre com um olhar voltado ao doente mental, por ser objeto de estudo neste trabalho e por ser considerado um indivíduo desviante.

Velho (2003) salienta que o indivíduo desviante vem sendo tratado atualmente pelas instituições consolidadas em nossa sociedade, apenas como um problema de saúde e não como um problema social, necessitando, com isso, de acordo com o ponto de vista da medicina, somente de cuidados médicos com o objetivo de recondução do cidadão ao contexto social. Diante disso, Velho (2003) afirma que:

Tradicionalmente, o indivíduo desviante tem sido encarado a partir de uma perspectiva médica preocupada em distinguir o “são” do “não-são” ou do “insano”. Assim certas pessoas apresentariam características de comportamento “anormais”, sintomas ou expressão de desequilíbrios e doença. Tratar-se-ia, então, de diagnosticar o mal e tratá-lo. Evidentemente existiriam males mais controláveis do que outros, havendo, portanto, desviantes “incuráveis” e outros passíveis de recuperação mais ou menos rápida. Enfim, o mal estaria localizado no indivíduo, geralmente definido como fenômeno endógeno ou mesmo hereditário [...] (p. 11-12)

Diante dessa situação, Velho (2003, p. 12) pondera que é extremamente importante consideramos a estrutura social e cultural como as principais responsáveis pelo desenvolvimento de um comportamento desviante. Para ele, este fato é ocasionado pela desorganização e pela falta de acordo a respeito das normas no ambiente social, provocando, com isso, o aparecimento de indivíduos “anômicos”. Segundo Velho (2003, p. 14-15), tal possibilidade de falta de consenso geraria crise nas expectativas de comportamento, impedindo o funcionamento “normal” da sociedade. De acordo com seu ponto de vista, em qualquer sociedade ou cultura, existe uma permanente margem de manobra ou áreas

de significado “aberto”, onde possam surgir comportamentos desviantes e contraditórios.

O autor salienta que os interacionistas têm importante contribuição na área ligada ao estudo do comportamento desviante. Para Velho (2003, p. 23), este grupo afirma “que não existem desviantes em si mesmos, mas sim uma relação entre atores (indivíduos e grupos) que acusam outros atores de estarem consciente ou inconscientemente quebrando, com seu comportamento, limites e valores de determinada situação sociocultural”.

Na sua perspectiva, o “desviante” é um indivíduo que não está fora de sua cultura, mas que faz uma “leitura” divergente. Com isso, pondera que existem áreas de comportamento em que agirá como qualquer cidadão “normal”, mas em outras áreas divergirá, com seu comportamento, dos valores dominantes.

O “desviante”, dentro da minha perspectiva, é um indivíduo que não está fora de sua cultura mas que faz uma “leitura” divergente. Ele poderá estar sozinho (um desviante secreto?) ou fazer parte de uma minoria organizada. Ele não será sempre desviante. Existem áreas de comportamento em que agirá como qualquer cidadão “normal”. Mas em outras áreas divergirá, com seu comportamento, dos valores dominantes. Estes podem ser vistos como aceitos pela maioria das pessoas ou como implementados e mantidos por grupos particulares que têm condições de tornar dominantes seus pontos de vista. (VELHO, 2003, p. 27-28)

Considera-se que o portador de transtorno mental está enquadrado, seguindo o raciocínio de Velho (2003), como um indivíduo localizado em uma sociedade problemática que o conceitua como um fenômeno fruto apenas de complicações relativas a saúde, desprezando os fatores ocasionados pela própria constituição social. O principal objetivo das instituições responsáveis pelo tratamento do doente mental atualmente é possibilitar o seu retorno ao convívio social, agindo unicamente no tratamento que a medicina psiquiátrica analisa se necessário,

desprezando a importância que os estudos das Ciências Sociais, especificamente a Antropologia e a Sociologia, empreendem sobre o assunto.

A utilização da tese defendida por Velho (2003) na realização de uma pesquisa que envolva o portador de transtorno mental como um indivíduo desviante é bastante oportuna pelo fato de que é predominante o interesse da sociedade em enquadrar o doente mental como vitimado exclusivamente por um problema de saúde, desprezando a importância de aspectos ligados à construção social como fundamentais na constituição da doença. As instituições (a família, a justiça e a medicina) estão preocupadas unicamente com os fatores ligados com a saúde e o controle do doente mental e não com os prováveis elementos que ocasionaram a intensificação do fenômeno.

Nesse sentido, podemos destacar que as condições sócio-econômicas da população são componentes ativos na construção social do “louco”, entendido como portador de uma patologia cultural.

Além disso, salientamos que os aparelhos de exclusão elaborados pela sociedade com o intuito de afastar o indivíduo portador de transtorno mental do convívio social, ou seja, entre os ditos “normais”, fundamentada em uma moral social, possuem uma participação significativa na construção social e na conceitualização de indivíduos que possuem algum problema mental. Com isso, estamos diante da principal idéia de Velho (2003) que está em transferir o debate em torno da questão patológica do âmbito individual para o social ou cultural, isto é, caracterizar o desvio como uma patologia social e não uma patologia individual.

5. Mecanismos sociais de conservação da realidade

P. Berger e T. Luckmann (1966, p. 77-79), em abordagem próxima aos interacionistas mas sem desconsiderar as dimensões estruturais, objetivadas da sociedade, afirmam que a atividade

humana é constituída pela prática de hábitos, ou seja, de ações frequentemente repetidas, tornando-se um padrão rotinizado, que pode ser facilmente reproduzido, por possuir um caráter significativo para o indivíduo. Em face da execução e possível reprodução desses hábitos, observa-se a ocorrência da institucionalização que ocorre sempre que há uma tipificação recíproca de ações habituais por tipo de atores. Isto é, o que deve ser salientado para que ocorra a institucionalização de um hábito é a reciprocidade das tipificações institucionais e o caráter típico não somente das ações mais também dos atores nas instituições. As instituições implicam, com isso, a historicidade e o controle, pois é impossível compreender uma instituição sem entender o processo histórico em que foi produzida. Além disso, as instituições pelo fato de existirem, controlam a conduta humana estabelecendo padrões previamente definidos de conduta, que a canalizam em uma direção por oposição às muitas direções que seriam teoricamente possíveis.

Os hábitos e tipificações empreendidos na vida comum de A e B, formações que até esse ponto ainda tinham a qualidade de concepções *ad hoc* de dois indivíduos, tornam-se agora instituições históricas. Com a aquisição da historicidade estas formações adquirem também outra qualidade decisiva, ou, mais exatamente, aperfeiçoa uma qualidade que era recíproca de sua conduta. Esta qualidade é a objetividade. (BERGER; LUCKMANN, 1966, p. 84)

Com o conhecimento socialmente objetivado, como um corpo de verdades universalmente válidas sobre a realidade, qualquer desvio radical da ordem institucional pode ser entendido como caráter de um afastamento da realidade, sendo acusado como depravação moral, doença mental ou simplesmente ignorância. Em face desse distanciamento, a sociedade fornece mecanismos terapêuticos para tratar desses casos tidos como “anormais”, ocasionado por uma socialização imperfeita. A terapêutica é um fenômeno social global considerada como um dos mecanismos conceituais de conservação do universo, com a

finalidade de assegurar que os “desviantes” se conservem dentro das definições institucionais da realidade. (BERGER;LUCKMANN), 1966, p. 153)

Com isso, podemos afirmar que a medicina psiquiátrica e a interdição civil são exemplos de mecanismos conceituais de conservação da realidade, ao funcionarem em uma relação complementar, objetivando classificar, curar e coibir que pessoas alienadas pratiquem atos da vida civil diversos dos hábitos institucionalizados.

Portanto, o conhecimento socialmente objetivado em verdades universalmente válidas, do qual fazem parte as classificações institucionais dos loucos, são partilhadas e reconstruídas cotidianamente pelos processos de interdição. Essas classificações envolvem cada vez mais ativamente as famílias dos doentes mentais. Assim, analisar como as famílias vivem, definem e justificam os processos de interdição é sociologicamente importante para compreender se e como as políticas institucionais de desinternamento modificam a construção social da loucura nas sociedades contemporâneas. Do sentido trágico das naus dos loucos, vamos partir para o sentido da loucura entre o tribunal de justiça e as casas dos interditados.

6. Considerações finais

O processo de interdição, entendido aqui como um dos instrumentos institucionais de conservação da realidade social (Berger/Luckman, 1966), é utilizado no Brasil como uma das formas de referendar a implementação de uma nova política de assistência extra-hospitalar, desenvolvida em todo mundo, voltada a garantir ao indivíduo portador de transtorno mental a reinserção ao contexto familiar. Neste sentido, o ambiente familiar seria o principal recurso de cuidado e proteção ao doente mental, auxiliado pelo aparelho estatal, pelo aparelho judiciário e pela medicina psiquiátrica.

Com isso, é importante salientarmos que em face da realização dessa política de desinternamento, e não de desinstitucionalização, empreendido pela associação entre o Estado, a Medicina e o Judiciário, ocasionou a quase extinção da estrutura asilar, possibilitando que o “cidadão desviante” desfrute de um ambiente construído por seus entes familiares, fundamentada por uma concepção de direito humanizada e socializante. Diferente daquela idéia de direito conservadora e excludente construída na Idade Média, a qual considerava o indivíduo portador de transtorno mental um inimigo do sistema.

Portanto, diante dessa mentalidade de ordenamento jurídico observada na atualidade, pode-se considerar que a estrutura oferecida pelo Estado garante que, ao ser interdito, qualquer cidadão terá o direito a perceber uma aposentadoria, a qual deverá ser administrada por um curador nomeado pelo Juiz nos autos do processo. Por isso, o Estado atribui a responsabilidade a algum ente familiar o cuidado do indivíduo portador de transtorno mental interdito pelo sistema judiciário. Nessa dinâmica, a medicina psiquiátrica desempenha uma função preponderante ao possuir exclusivamente a competência de definir se algum cidadão é portador de algum tipo de doença mental ou não, em caso positivo caracterizando o tipo. Assim sendo, a finalidade das instituições é proteger o cidadão portador de doença mental devido a sua incapacidade de reger-se civilmente, aliado a uma tendência de inclusão ao cotidiano, bem como proteger a sociedade de possíveis atitudes diversas da moral constituída.

Referências Bibliográficas

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. *A construção social da realidade*. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Nova edição. São Paulo: Editora Campus, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Código Civil (2002). *Lei nº 10.406 - Código Civil Brasileiro*. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2002.

BRASIL. Código de Processo Civil (1973). *Lei nº 5.869*. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1973.

BRASIL. *Lei nº 10.216*. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2001.

BRASIL. *Lei nº 8.213*. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1991.

CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

COHN, Gabriel (org.). *Weber*. 7 ed. São Paulo: Editora Ática, 2005.

COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene Aparecida Costardi; ROLIM, Marli Alves. Família e doente mental: a difícil convivência com a diferença, *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Nº 38 (2), p. 197-205, 2004.

DINIZ, Maria Helena. *Curso de direito civil brasileiro*. 18 ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

DONIZETTI, Elpidio. *Curso Didático de Direito Processual Civil*. 8 ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2007.

FOUCAULT, M. *História da loucura*. 8 ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da*

identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

MEDEIROS, Maria Bernadette de Moraes. Interdição civil: uma exclusão oficializada, *Revista Virtual Textos & Contextos*, nº 5, ano V, 2006.

MIRANDA, Pontes de. *Tratado de direito de família*. Campinas: Brookseller, 2001.

VELHO, Gilberto. (org.) *Desvio e divergência: uma crítica da patologia social*. 6 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

VENOSA, Sílvio de Salvo. *Direito Civil – Parte Geral*. 3 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

WEBER, Max. *Conceitos Básicos de Sociologia*. 4 ed. São Paulo: Centauro Editora, 2005.