

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

**SOB O SIGNO DA CURATELA: AS RELAÇÕES ENTRE FAMÍLIA, JUSTIÇA
E MEDICINA EM TORNO DOS PROCESSOS DE INTERDIÇÃO POR
DIAGNÓSTICOS DE DOENÇAS MENTAIS**

LUCIANA CRISTINA DE CAMPOS BARBOSA

**São Carlos
Setembro de 2015**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Sob o signo da curatela: as relações entre família, justiça e medicina em torno dos processos de interdição por diagnósticos de doenças mentais

Luciana Cristina de Campos Barbosa

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Antropologia Social.

Orientadora: Prof. Dra. Marina D. Cardoso

São Carlos
Setembro de 2015

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B238s Barbosa, Luciana Cristina de Campos
 Sob o signo da curatela : as relações entre
família, justiça e medicina em torno dos processos de
interdição por diagnósticos de doenças mentais /
Luciana Cristina de Campos Barbosa. -- São Carlos :
UFSCar, 2015.
 98 p.

 Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de
São Carlos, 2015.

 1. Saúde mental. 2. Direitos. 3. Incapacidades.
I. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL
Via Washington Luís, Km 235 - Caixa Postal 676
CEP 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil
Fone: (16) 3351-8371 - ppgas.coordenacao@ufscar.br



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE

Luciana Cristina de Campos Barbosa

08/09/2015

Prof. Dra. Marina Denise Cardoso
Orientadora e Presidente
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar

Prof. Dra. Anna Catarina Morawska Vianna
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva
Universidade do Estado do Rio de Janeiro / UERJ

Submetida à defesa em sessão pública
Realizada às 09:00h no dia 08/09/2015.

Banca Examinadora:
Prof. Dra. Marina Denise Cardoso
Prof. Dra. Anna Catarina Morawska Vianna
Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva

Homologado na CPG-PPGAS na
ª. Reunião no dia ____/____/____.

Prof. Dr. Geraldo Luciano Andrello
Coordenador do PPGAS

Art. 1º Toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil.

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

I - os menores de 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.

(Novo Código Civil, Brasil, 2002)

Todos os animais são iguais, mas alguns animais são mais iguais do que os outros.

(George Orwell, A Revolução dos Bichos, 1945)

Agradecimentos

À minha orientadora, professora Marina Cardoso, agradeço pela atenciosa orientação durante o mestrado, pelo aprendizado em sala de aula e por contribuir para o meu amadurecimento como pesquisadora. Me sinto grata também por seus questionamentos, especialmente durante a pesquisa de campo, que me instigaram e me fizeram ir além de onde eu achava possível.

Agradeço também aos demais professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFSCar e à CAPES, pela concessão da bolsa de mestrado. Ao Fábio, pela paciência em esclarecer todas as burocracias nas quais tantas vezes me perdi.

Pela contribuição com o trabalho, propondo caminhos capazes de me levar a novos lugares, pela atenciosa leitura do texto e pela inspiração, agradeço muito ao Martinho Silva e à Catarina Morawska, que compuseram minha banca de qualificação e de defesa de dissertação.

Aos meus colegas de turma, com quem tive o prazer de conviver, pelos encontros, conversas e trocas de experiências dentro e fora das salas de aula.

Para além dos muros da academia, gostaria de agradecer ainda a algumas pessoas sem as quais não teria concluído esse trabalho (ou talvez nem mesmo começado):

Às pessoas com quem morei em São Carlos, que me receberam amavelmente em suas casas, compartilhando ótimos momentos e enriquecendo minha experiência com a cidade: Bia, Ana, Cris, Flávia, Bárbara e Bartolomeu, obrigada por deixarem as portas sempre abertas pra mim.

À Priscilla Loiola, que esteve presente em todo o processo de elaboração deste trabalho, pelos experientes conselhos sobre a academia e a pós-graduação, pelos encontros após os dias de trabalho de campo e por me acolher nos momentos difíceis em terras paulistas.

À Juliana Spagnol, pelas inúmeras trocas ao longo desses dois anos e meio de mestrado, desde o processo de seleção até a defesa, e pelo incentivo invariável. Foi ótimo compartilhar essa empreitada com você (que venham outras!).

Ao João Beserra, pela disposição em forma de gente, pela companhia nas aventuras e parcerias nas horas necessárias.

À Marianne Bulhões, companheira nos temas sobre a loucura desde os tempos da graduação, por tantas conversas, conselhos, pela presença nos momentos tortuosos e pela fina sintonia.

Ao Diego Pontes, pela curiosidade sobre meu trabalho e disposição em lê-lo ainda no começo de tudo, me colocando questões que só ele poderia, com sua leitura atenta e sensível.

Ao Pedro Azevedo, pela revisão do texto, sugestões e longas conversas durante o processo de escrita. Ao David Teixeira, pelos felizes abraços matinais. À ambos, por todo o amor ao voltarmos a compartilhar o mesmo mundinho da casa.

Aos amigos Bernardo Molina, Gisele Filippo, Júlia Barbosa e Lucas Cabral pela presença (mesmo que distante) nesse percurso e na vida.

Agradeço ainda aos meus pais pelo apoio durante o tempo em que estive distante para realizar o mestrado e pelos abraços de boas-vindas nos meus retornos.

Ao meu irmão André, por me incentivar sempre e por todos os valiosos conselhos de irmão mais velho. Ao Miguel, meu sobrinho, que nasceu junto com essa dissertação, por transformar nossas vidas com seu sorriso.

Por fim, gostaria de agradecer e dedicar a dissertação aos membros do empreendimento onde a pesquisa começou, por me receberem e contribuírem efetivamente para a construção e desenvolvimento da pesquisa. À essas pessoas, que acreditaram no meu trabalho, que me receberam em suas casas e dividiram comigo um pouco de suas vidas, meu enorme e sincero agradecimento! Espero poder retribuir o que me ensinaram e a atenção que me deram ao longo da minha trajetória profissional e contribuir de alguma forma para o debate, tão urgente, acerca das políticas públicas de saúde mental no Brasil.

Resumo

Essa dissertação tem o intuito de analisar os atuais mecanismos de interdição de pessoas com diagnóstico de “doença mental” a partir da compreensão sobre as relações entre família, justiça e psiquiatria tecidas durante o processo legal. Geralmente acionado pela família, o processo de interdição busca estabelecer restrições ao exercício dos atos da vida civil de um indivíduo diagnosticado com uma “doença mental” que o caracterize como “incapaz” do ponto de vista médico e jurídico. Com a interdição sentenciada pelo juiz, um curador é nomeado para responsabilizar-se pela administração dos bens e da vida do sujeito interditado passando este a ter todos seus atos considerados legalmente nulos por tempo indeterminado. Além disso, a interdição tem sido um recurso utilizado como comprovação da incapacidade do indivíduo para o trabalho em casos onde o curador requer o “Benefício de Prestação Continuada” junto ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), em nome da pessoa interditada. Pretende-se então, a partir da exposição de trechos etnográficos, suscitar a discussão sobre a negociação de significados entre as instituições envolvidas assim como as relações entre os diferentes saberes e práticas, certas vezes conflitantes, ocasionadas por tal processo. O intuito é também contemplar

questões morais e éticas presentes nos discursos legais, médicos e sociais sobre os comportamentos categorizados como “sintomas” e “doenças” pelo saber psiquiátrico e, em razão da avaliação da perícia médica, incapacitantes do ponto de vista jurídico, assim como os seus efeitos na vida dos indivíduos interditados e suas famílias.

Palavras chaves: saúde mental; direitos; incapacidades.

Abstract

This dissertation aims to analyse the current mechanisms of interdiction of people with “mental illness” diagnosis from the understanding of the relationships between family, justice and psychiatric medicine, built during the legal process. Usually triggered by the family, the interdiction process aims to restrict the civil living acts of a person diagnosed with “mental illness” that characterizes the person as “incapable” from the medical and juridical point of view. With the interdiction sentenced by the judge, a guardian is indicated to be responsible for the goods and the life management of the person that was interdicted, who from this moment on has all his actions considered null for undetermined period. Besides, the interdiction has been used to attest the incapacity of the person to work in cases when the guardian requires a governmental assistance named “Benefício de Prestação Continuada” at the National Institute of Social Security (INSS from the Portuguese abbreviation), on behalf of the interdicted person. The intention, from detailing ethnographic fragments, is to promote the debate on the different meanings of the individual behaviors between the institutions, as well as the relationships between the different knowledges and actions, sometimes conflicting, promoted by this process. The intention is also to embrace moral and ethical questions present in legal, medical, and social speeches about behaviors framed as “symptoms” and “diseases” on the psychiatric knowledge and, because of the medical expertise, disabling from the juridical point of view, as well as its effects in the life of interdicted individuals and their families.

Keywords: mental illness; human rights; incapacities

Sumário

Introdução	9
1 - Dados históricos acerca do estatuto de interdição e curatela.....	22
2 – Justiça e medicina: doenças, incapacidades e direitos civis	44
2.1 - A entrada no campo jurídico	44
2.2 - Ritos processuais e discurso psiquiátrico.....	47
3 - Interdição e moralidades	66
3.1 - Incapacidade civil e incapacidade laboral: o lugar do trabalho na categorização da “doença mental”	67
3.2 – Interdição como controle	77
3.3 – Construções sociais sobre pessoas diagnosticadas com doenças mentais interditas e o papel dos medicamentos	81
Considerações Finais	85
Referências bibliográficas	87
Anexo I - Legislação referente à interdição civil e curatela	90
Anexo II – Participação do Ministério Público nos processos civis	93
Anexo III - Exemplos de petição inicial para interdição	94
Anexo IV – Exemplos de Termos de Audiência e Interrogatório	98

Introdução

Esta dissertação tem o objetivo de analisar os atuais mecanismos de interdição civil de pessoas diagnosticadas com doenças mentais a partir da compreensão sobre as relações entre família, justiça e medicina, tecidas durante o processo legal. Para além das questões jurídicas, pretende-se observar as negociações de significados entre as instituições e atores envolvidos, a forma como se desenvolvem as relações de poder entre os diferentes saberes e práticas ocasionadas por tal processo e como estes aspectos refletem na vida dos indivíduos interditados e suas famílias.

Partindo de inquietações provenientes do trabalho de campo, iniciado em outubro de 2013 em uma cidade do interior paulista, esta dissertação é resultado do meu contato, inicialmente não programado, com pessoas interditadas. É importante tocar nesse ponto para esclarecer que tais pessoas não estavam em situação de completa dependência ou exclusão social, restritas aos espaços domésticos. Nosso contato inicial ocorreu em um empreendimento de trabalho comunitário do qual são membros e de onde, por meio do trabalho coletivo, arrecadam algum dinheiro através do comércio dos produtos por eles fabricados.

Quando ingressei no mestrado em Antropologia Social na UFSCar, meu interesse inicial era desenvolver uma pesquisa que contemplasse o campo das políticas públicas de saúde mental direcionadas aos povos indígenas. A ideia a partir da qual elaborei meu projeto era compreender as relações culturais que permeiam esses universos, assim como buscar outras interpretações para a “loucura” que apontassem para caminhos que não fossem necessariamente o da institucionalização.

Aprovada na seleção e com uma vaga ideia do que poderia se tornar a pesquisa na prática, matriculei-me no curso de “Etnologia Indígena”, ministrado pelo professor Geraldo Andrello. No decorrer do período me interessei pelas discussões suscitadas nas aulas, mas, fui tomada pela preocupação em conseguir fazer um bom trabalho no curto prazo do mestrado, inicialmente sem financiamento, em regiões tão distantes (a princípio a pesquisa seria realizada com uma das etnias do Alto Xingu), com grupos pertencentes a uma cultura que eu apenas nesse momento começava a conhecer. Paralelamente a isso, ainda no primeiro período, soube através da Marina Cardoso, minha orientadora, que

havia um grupo de antropólogos italianos¹, cujos interesses encontram-se na área da saúde mental, sendo duas delas coorientadas por ela, que chegariam ao Brasil em setembro daquele mesmo ano para dar continuidade às suas pesquisas no Estado de São Paulo.

Ao longo dos dois primeiros períodos, enquanto cumpria os créditos das disciplinas, minha vontade em voltar a pesquisar saúde mental como política urbana (já havia trabalhado com o tema na minha monografia de conclusão de curso²) cresceu, principalmente ao começar a dialogar com os pesquisadores italianos e ao assistir à mesa com Martinho Braga, durante o Seminário de Antropologia da UFSCar,³ no qual o pesquisador discursou, entre outros assuntos, sobre a relação entre justiça e psiquiatria a partir dos manicômios judiciários e os processos que os envolvem. Decidi então, junto à minha orientadora, que mudaríamos o projeto e a pesquisa teria como foco as relações entre medicina psiquiátrica e justiça.

Nesse período já havia começado a frequentar o empreendimento de trabalho coletivo e saúde mental ao qual me referi anteriormente, no intuito de iniciar um trabalho de campo que me permitiria uma primeira aproximação com alguns usuários dos serviços públicos de saúde mental da cidade foco da pesquisa, assim como conhecer por eles um pouco dessas políticas, sem estar necessariamente vinculada a uma instituição pública de saúde. O empreendimento funciona há 8 anos e visa a inclusão social de pessoas diagnosticadas com “transtornos mentais” através do trabalho. Fazem parte de sua equipe usuários dos serviços de saúde mental do município, profissionais da saúde mental e estagiárias de diversos cursos (psicologia e terapia ocupacional, por exemplo).

Acompanhando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em 2001 foi iniciado na cidade o período denominado pela ex-coordenadora de saúde mental do município como “período de regionalização da saúde”, quando os serviços públicos de saúde passaram a ser articulados e o primeiro CAPS foi inaugurado no local. A cidade conta atualmente com dois CAPS: o chamado CAPS II, inaugurado em 2002, tendo como

¹ Massimiliano Minelli, professor doutor do Dipartimento Uomo e Territorio da Università degli Studi di Perugia; Michelangelo Giampaoli, pós-doutorando, bolsista do mesmo departamento na universidadecitada; Laura Cremonete e Dalilla Ingrande, ambas doutorandas na universidade e departamento referidos, assim como do PPGAS.

² Monografia apresentada como requisito para obtenção do título de bacharel em Ciências Sociais intitulada “Saúde mental na cidade de Campos dos Goytacazes: um olhar sobre a tradição manicomial e os novos serviços”, na qual pesquisei a transição dos serviços manicomiais para os serviços substitutivos no município através da comparação entre os discursos e práticas das equipes de um hospital psiquiátrico e de um CAPS da cidade.

³ Mesa redonda “Reforma psiquiátrica no Brasil e na Itália: análises comparativas e contextos atuais”, da qual participaram também Marina Cardoso e Massimiliano Minelli, apresentada como parte da programação do II Seminário de Antropologia da UFSCar ocorrido em novembro de 2013.

foco o atendimento de adultos diagnosticados com transtornos mentais considerados severos, e um CAPSad, implementado em 2006, voltado para jovens e adultos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Além desses serviços oferecem atendimento à saúde mental no município as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Administrações Regionais em Saúde (ARES), os Núcleos de Atendimento à Saúde da Família (NASF) – serviços responsáveis por um primeiro atendimento à pessoa e encaminhamento desta para os CAPS, a Santa Casa da Misericórdia e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que são as duas instituições responsáveis por atendimentos emergenciais. É nesse sentido e, conseqüentemente, de acordo com a política nacional de saúde mental, que o empreendimento surge como uma alternativa para a inclusão social de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais através do trabalho.

Foi durante minhas visitas ao empreendimento que conheci algumas pessoas que estão legalmente interditadas. Em uma breve conversa com alguns membros da equipe antes do início das atividades, Cláudia⁴, uma das frequentadoras do local, falou-me sobre sua interdição, dizendo que só poderá voltar a responder por si quando sua mãe suspender tal processo e que não via a hora disso acontecer. A estagiária que trabalhava nesse dia me contou, posteriormente, que Bruno (outro membro da equipe) também está interditado. Dias depois o próprio Bruno me falou sobre o processo de interdição, confirmando o que havia me dito a estagiária.

Alguns membros da equipe do empreendimento me tratavam como estagiária, apesar de já ter lhes explicado (quando me apresentei em minhas primeiras visitas e em conversas individuais) que sou mestrande e pesquisadora e que meu trabalho no local era, de certa forma, uma contrapartida à pesquisa fruto desta dissertação. A coordenadora, por sua vez, me colocava na categoria de “apoio”, diferenciando-me das estagiárias, que recebiam uma bolsa pelo trabalho no local e tinham vínculo institucional.

Pensei algumas vezes em falar um pouco sobre a pesquisa nas reuniões que ocorrem às segundas-feiras, mas, como essa reunião era o momento onde todos discutiam questões ligadas ao empreendimento e alguns problemas pessoais pelos quais eventualmente passavam e desejavam expor aos demais, ocupando normalmente todo o tempo de trabalho do dia, talvez esse não fosse o melhor momento para fazê-lo. Além disso, as reuniões já eram bastante cansativas para a maioria dos participantes, tendo sempre uma

⁴Por questões éticas, todos os nomes utilizados na dissertação são fictícios.

evasão relevante no decorrer da tarde. Optei então por explicar a algumas pessoas o que faço, às vezes de forma coletiva, enquanto trabalhávamos.

Muitas vezes, ao longo da tarde, quando estávamos todos juntos, alguém me perguntava sobre o andamento da pesquisa ou sobre como era o curso de mestrado e, a partir daí, outras perguntas surgiram, normalmente ligadas ao que eu estudo e o que é antropologia. Eventualmente nesses momentos alguém narrava sua dificuldade em conseguir as medicações naquele período, enquanto outras pessoas falavam sobre suas relações familiares ou com os profissionais da saúde. Foi a partir dessas conversas cotidianas que me aproximei das pessoas que participaram da pesquisa e elas se aproximaram de mim. Apesar de ter como foco no campo o diálogo com algumas pessoas específicas (as que estão interditadas), de outras me aproximei através de caminhos que não poderiam ser previamente traçados por uma metodologia de pesquisa.

O intuito de me relacionar com os primeiros interlocutores no empreendimento se deve ao meu interesse em fazer pesquisa fora das instituições de saúde, mesmo que as tenha frequentado para encontrar algum usuário que conheci fora da instituição ou seus profissionais. Tal escolha se justifica pelo objetivo de traçar os caminhos da pesquisa além das relações e regras determinadas pelo saber biomédico.

Como processo de interdição compreende-se, do ponto de vista jurídico, o mecanismo legal por meio do qual busca-se obter “a declaração de incapacidade da pessoa natural, impedindo-a de praticar atos da vida civil” sob o argumento de “proteger os interesses do interditando” (WAMBIER, 2000, p.328). Para iniciar o processo, o requerente, geralmente um parente do interditando, deve, através da petição inicial⁵, provar a legitimidade de seu intuito apontando “os fatos que revelam a anomalia psíquica, [...], descrevendo-os minuciosamente, inclusive quanto aos atos anômalos praticados pelo interditando” (WAMBIER, 2000, p.330). Em seguida, com a petição deferida, o juiz citará o interditando para uma audiência de interrogatório⁶, seguida de perícia médica. Após essas três etapas a sentença é declarada pelo juiz nela constando, quando deferida a

⁵Petição inicial é o documento através do qual o requerente “[...] demonstrará a necessidade de retirar do interditando a possibilidade de reger sua pessoa e a livre disposição de seus bens”. (WAMBIER, 2000, p.330).

⁶ “O interrogatório é ato provado do juiz. Ainda que presenciem esta primeira audiência (para tanto devem ser intimados), o requerente, o advogado, o Ministério Público e o curador nomeado não podem interferir, nem fazer perguntas. Cumpre ao magistrado examinar o interditando, indagando acerca de sua vida, negócios, bens e tudo quanto entenda necessário para verificar seu estado mental ou sua incapacidade de manifestar a vontade. As perguntas e respostas serão reduzidas a auto” (WAMBIER, 200, p.330).

interdição e o sujeito considerado incapaz, a nomeação do curador, as causas da interdição e os limites da curatela (se houver).

De acordo com o Novo Código Civil (2002),

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

I - os menores de 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.

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

I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;

II - os ébrios 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.

(Grifos meus).

Como demonstra Alexandre Zarias (2003), nos processos de interdição nos quais uma “doença” é apresentada como causa da “incapacidade”, em todas as etapas processuais procurar-se-á estabelecer uma relação lógica, do ponto de vista médico-jurídico, entre essas duas noções que justifique a interdição. Dessa forma, o autor assinala como os discursos familiar, legal e médico se tornam presentes numa negociação de significados que definirá o resultado do processo. Através dos diferentes discursos o que está em jogo são determinados comportamentos tidos como desvios do padrão de normalidade (legalmente denominados como “comportamentos anômalos”) que podem ser compreendidos como indicadores de um certo nível de “doença mental” através da qual se comprova a “incapacidade”.

Nesse sentido é pertinente trazer à tona também o que nos aponta Adriana Vianna (2013), em sua introdução ao livro “O fazer e o desfazer dos direitos”, onde a autora sugere a possibilidade de colocar o direito e seu complexo campo formal “em diálogo com usos, contradições e conflitos movimentados com base na própria ideia de que há algo que sejam ‘os direitos’ ou de que há modos de agir que sejam corretos e devidos. Modos direitos, portanto” (p.16). Assim, é possível destacar dissidências, jogos morais e estratégias para “fazer valer posições ou para ver reconhecidas trajetórias e esforços pessoais e coletivos em face da letra da lei” (p.16). De acordo com a autora, as ações empreendidas pelo chamado “Direito” e, de forma mais ampla, o “Estado”, fundam suas

ações em uma força política e moral advinda de uma espécie de ilusão compartilhada na legitimidade dessas instituições como dotadas de coesão e capazes de promover uma realidade mais justa.

A promotora de justiça Ione Nakamura (2011), explica como, para o Direito Civil brasileiro, toda pessoa é considerada como sujeito de direitos e deveres, possuindo capacidade de direito (personalidade) e de fato ou de ação (exercício dos direitos que possui). Porém, a promotora esclarece que aqueles que têm apenas a capacidade de direito são considerados incapazes. “É como uma sentença de morte civil” (NAKAMURA, 2011, p. 82).

Trata-se então, neste trabalho, de lançar luz sobre as relações entre três instituições que tocam o indivíduo ocidental desde o seu nascimento e se entrelaçam por toda sua vida: a justiça, que concede legalmente o direito da família sobre o indivíduo, legislando também sobre as práticas a serem por ela adotadas; a medicina, que constrói desde o primeiro momento de vida o discurso sobre a saúde do indivíduo; e a família, que irá, através do poder que lhe foi concedido pela justiça e orientado também pela medicina, submeter seus entes às demais instituições, vigiar seu comportamento e apontar suas anomalias.

Do ponto de vista político, essas três instituições ocupam importante papel tanto no que se refere à manutenção das normas sociais vigentes como o que tange os limites das escolhas individuais. No caso de pessoas interditadas, o cerceamento radical dessas escolhas e a manutenção da vida por essas instituições se tornam ainda mais evidentes, uma vez que, mesmo com as reformas na área da saúde mental e as discussões sobre a cidadania daqueles diagnosticados com doenças mentais, e apesar delas, retira-se do sujeito interditado sua capacidade civil, sendo sua vida novamente restrita ao controle da família, legitimada pelo laudo da perícia médica e pela sentença judicial. É importante também considerarmos que a interdição civil já existia no direito romano e, no Brasil, mantém-se sobre ela a mesma legislação desde 1916⁷, sofrendo raras modificações no que diz respeito às nomenclaturas utilizadas na redação do texto legal.

Tal como procuraremos observar a partir do relato de alguns casos, e da leitura da bibliografia referenciada, a categoria “interdição”, apesar de ser tratada pelos discursos médicos e jurídicos sob uma aparente relação “lógica” (com a utilização dos interrogatórios e perícias como provas eficazes sobre as capacidades dos indivíduos

⁷Código Civil dos Estados Unidos do Brasil, 1916.

avaliados, por exemplo) não deve ser reduzida a uma categoria rígida e formal, devendo-se considerar também as questões morais que permeiam tais processos. Não sendo interpretada e significada apenas nas esferas médica e jurídica, a “incapacidade” refere-se também a classificação de determinados comportamentos como sinais de “doença mental”, assim como ao modo de vida dos indivíduos, reforçando os estigmas já existentes, como a associação de expressões como “preguiça” e “falta de força de vontade” à personalidade de pessoas avaliadas como “doentes mentais”.

Marina Cardoso (2002) ressalva os fundamentos morais e coercitivos presentes nos projetos terapêuticos psiquiátricos, baseados em uma noção de “patologia” associada a critérios “positivos” como forma de conhecimento e prática terapêutica, mas que são também formulados a partir de modelos culturais implícitos que irão repercutir tanto na própria noção de positividade como na relação médico-paciente, avaliação e diagnóstico. Para compreender então as relações estabelecidas entre os participantes desta pesquisa (pessoas interditadas e suas famílias, profissionais do direito e da saúde), torna-se necessário, como aponta a autora, “investigar o modo como essas concepções são social e culturalmente construídas, ‘negociadas’ e legitimadas” (p.23), pois as “doenças mentais” são, antes de “enfermidades” clinicamente definidas, construções sociais.

Partindo deste contexto, gostaria também de iniciar aqui uma discussão sobre a questão da ética no trabalho antropológico com a qual tenho me deparado durante o trabalho de campo. Especialmente nos estudos que abarcam temas sobre a saúde, somos colocados diante de questões éticas formuladas pelo conhecimento biomédico, por ser a medicina o conhecimento socialmente estabelecido como aquele capaz de elaborar os discursos oficiais sobre doenças e doentes.

Ao mesmo tempo em que compreendia que alguns usuários estavam sob efeito intensivo de psicoativos farmacológicos, e sem questionar sua eficácia se não através das suas reclamações, não poderia, por isso, desconsiderar seus discursos aceitando os diagnósticos atribuídos, que os categorizam como esquizofrênicos, bipolares e incapazes. Por outro lado, especialmente durante algumas conversas com usuários do CAPS local, me questionava sobre as circunstâncias nas quais estas pessoas concordaram em participar da pesquisa, colocando-me frente a questões que não poderiam ser resolvidas de acordo com um determinado código de ética profissional.

Sobre essas questões é relevante a contribuição de Cardoso (2013) ao tratar sobre a existência de dimensões éticas que "não são passíveis de serem regulamentadas a partir de procedimentos formais" (p.153), apontando que, para além desses procedimentos, é

preciso considerar a ética própria do campo de pesquisa, ou seja, a "ética local". No caso da pesquisa antropológica na área da saúde, a ética do campo é atravessada por uma ética específica, unilateral, elaborada por profissionais das ciências da saúde e que não só a estes se impõe, alcançando também usuários, familiares e o próprio pesquisador. É preciso compreender essa ética como parte do campo, sem submeter o trabalho do antropólogo a esse ponto de vista, a fim de tornar possível abarcar os discursos dos diversos atores que participam da pesquisa, dos profissionais da saúde e do direito aos daqueles considerados doentes mentais e incapazes pelo saber médico e jurídico.

Em algumas das minhas visitas aos serviços de saúde mental do município no qual realizei a pesquisa, precisei negociar com a coordenadora de uma das instituições que frequentei sobre a possibilidade de conversar com uma usuária que eu conhecera quando ainda começava meu trabalho de campo. Por motivos que explicitarei adiante, esta usuária foi encaminhada a um abrigo de proteção às mulheres vítimas de violência e, por estar interdita e ser seu curador o agressor denunciado, sua vida restringia-se nesse período ao trânsito entre o abrigo e o CAPS.

Em nosso primeiro encontro, a coordenadora argumentou que, devido ao fato de Cláudia, a usuária em questão, estar interdita, não poderíamos ter muitas conversas. Porém, apesar de não ter acesso a tal processo, eu sabia que Cláudia estava em um abrigo e interdita, ao menos em teoria, para preservar seus direitos e seu bem estar. A minha insistência em nossos encontros, foi, além dos interesses como pesquisadora, devido ao fato da própria Cláudia me pedir, quando nos vimos pela primeira vez nesse serviço, que eu voltasse para vê-la, pois sentia-se só e lhe fazia bem encontrar um rosto conhecido. Nesse mesmo encontro lhe expliquei sobre minha pesquisa, da qual concordou em participar.

Mesmo com Cláudia estando de acordo, a princípio me inquietava o fato de saber sobre o tratamento medicamentoso intensivo ao qual estava sendo submetida e também a condição, sobre a qual ela mesma havia me contado, de estar só e, por isso, gostar de receber minhas visitas. Estas questões me preocupavam porque me faziam repensar o trabalho do antropólogo e uma possível visão utilitarista, ainda que acadêmica, à qual, talvez, a pesquisa expusesse a vida das pessoas envolvidas, o que eu não gostaria, nem acharia ético fazê-lo.

Tais inquietações foram amenizadas quando, em nosso segundo encontro, expliquei à Cláudia que precisaria conversar com a coordenadora do CAPS sobre nossas conversas a fim de evitar mal entendidos. À minha colocação Cláudia rapidamente argumentou:

“Mas esse é um serviço público. Qualquer um pode entrar, você pode me visitar quando quiser, não precisa da autorização dela pra falar comigo”. Suas palavras me fizeram retomar à questão da autonomia dos indivíduos diagnosticados com doenças mentais. Se a justiça e a medicina já haviam decretado sua “incapacidade”, e, apesar disso, Cláudia insistia em seu direito sobre sua fala, eu não deveria acatar os discursos e as práticas médicas e jurídicas, argumentados pela coordenadora da instituição, em detrimento das palavras do sujeito principal dos processos de interdição. Ao contrário, deveria sim tratar Cláudia como interlocutora voluntária da pesquisa.

Sobre isso, Cynthia Sarti (2010) aponta o embate inevitável ao qual o antropólogo está sujeito quando toma como proposta de pesquisa a reflexão sobre categorias em relação às quais “os saberes biológicos se constituem socialmente como referência” (p.78). Torna-se então necessário relativizar os conceitos biomédicos, “abrindo caminho para que a experiência clínica e o discurso do doente – e não apenas da ‘ciência’ – possam dizer da doença” (2010, p.79), assim como para escutar as famílias e as histórias que contam como um ponto de vista distinto daquele do profissional ou do pesquisador, mas igualmente legítimo, fundamental e relevante (SARTI, 2004).

Se por um lado eu me questionava sobre minha relação com meus interlocutores, tanto no que se refere às condições em que os usuários dos serviços concordavam em participar da pesquisa (submetidos a tratamentos psiquiátricos e, certas vezes, em momentos de solidão e tristeza), como pela relação que suas famílias e mesmo profissionais da saúde comigo estabeleciam, me colocando, certas vezes, na condição de “pessoa normal” que faz pesquisa sobre os “doentes”, por outro lado, quando tratava-se das pessoas que participavam da pesquisa por conta de suas profissões (médicos, psicólogos, terapeutas, juízes e advogados), muitas vezes essa relação se invertia, ocupando eu mesma um lugar inferior em uma escala hierárquica na qual eu deveria me submeter às normas éticas, e muitas vezes também morais, pelos profissionais orientada. Tudo isso estabelecia, mesmo que de forma subjetiva, hierarquias das quais eu pensava formas de evitar.

Luiz Fernando Dias Duarte (2004), ao tratar sobre as relações éticas na antropologia, aponta a necessidade de resistir, no caso das pesquisas em Antropologia da Saúde, à ideologia da biomedicina e à ideologia norte-americana de forma geral. Nas palavras do autor:

A biomedicina, por tudo o que ela constrói, elabora, institui e controla em relação ao conjunto de nossas vidas humanas desde

o século XIX. E a ideologia norte-americana, por muitas das propriedades dessa variante dominante da civilização ocidental, já há algum tempo e certamente cada vez mais. Minha posição é de que a Antropologia como um todo (e particularmente a que se pode e deve fazer no Brasil) tem como uma de suas tarefas mais fundamentais resistir à ideologia médica e à ideologia norte-americana no que elas comportam de essencialmente antiantropológico: na primeira, o seu físcalismo, pragmático, redutor, e, na segunda, o seu empirismo espesso, utilitarista, o seu intrínseco individualismo metodológico e o seu moralismo banal (p.126)

Em contraposição à ética biomédica, Duarte (2004) aponta a utilização de uma ética tradicional própria da Antropologia, na qual a pesquisa deve ser conduzida mediante a autorização dos responsáveis institucionais e políticos relacionados aos campos de investigação, a preservação do anonimato dos participantes/observados e “o compromisso com a observação empírica controlada, instigadora de uma interpretação heurística da experiência humana”(p.128), respeitando a integridade física e moral dos indivíduos, preservando assim os aspectos fundamentais dos direitos individuais da cidadania ocidental: a liberdade e a privacidade.

Comecei então a percorrer os caminhos desta pesquisa, aceitando as indicações das pessoas que encontrei, que me fizeram transitar do empreendimento (que frequentei no período entre janeiro e novembro de 2014 ao menos duas vezes por semana, contribuindo no trabalho lá elaborado, participando também das reuniões⁸ da equipe profissional) até as casas de alguns dos membros da equipe de usuários e ao Fórum das Varas Cíveis, passando também pela defensoria pública e pelos dois CAPS do município. Os dados serão apresentados de acordo com os relatos etnográficos, resultado do trabalho de campo feito entre outubro de 2013 e novembro de 2014. Durante esse período, as observações relatadas nos diários de campo foram transformadas, ao fim de cada mês, em relatórios que encaminhava à minha orientadora, possibilitando entre nós um diálogo sobre as experiências e dificuldades ocasionadas pela pesquisa, assim como a organização dos dados. As pessoas que participaram deste trabalho foram informadas sobre a pesquisa, sempre no primeiro encontro, assim como todos os membros das instituições que frequentei.

⁸ A equipe se reúne todas as segundas-feiras, a fim de promover um momento onde os membros possam dialogar e expor suas ideias, desconfortos ou que mais sentissem vontade. Outra reunião ocorre quinzenalmente, sendo essa restrita aos profissionais e estagiários.

Os interlocutores da pesquisa, por serem usuários dos serviços de saúde mental do município, aparecerão no texto como “usuários”, “interditados” ou por seus nomes fictícios, e a equipe de profissionais, por trabalharem nestas instituições, aparecerão como “membros da equipe de saúde”. Tal escolha se justifica pela necessidade de manter sigilo sobre a identidade dos participantes da pesquisa. Como sugere Monnerat (2013) o sigilo não diz respeito apenas à troca dos nomes reais, pois as próprias histórias pessoais podem identificar os participantes; por esse motivo, também não são mencionados os nomes da cidade e das instituições nas quais a pesquisa foi elaborada.

Com relação aos termos utilizados (“profissionais da saúde” e “usuários” ou “interditados”), muito me custa utilizá-los, pois esses termos podem reproduzir a segregação presente em nossa sociedade entre “normais” e “anormais” ou “doentes”. Porém, não tendo encontrado outra forma de tornar possível a escrita deste trabalho sem expor a vida e a identidade dos participantes senão por meio da utilização destas categorizações, elas estarão presentes ao longo do texto, pois reproduzem também os códigos locais pelos quais eles se identificam ou são identificados nos serviços assistenciais de saúde.

A pesquisa no fórum da Vara Cível do município iniciou em abril de 2014. Através da indicação da coordenadora da defensoria pública, procurei o juiz da Segunda Vara a fim de acompanhar as audiências de interdição e ter acesso aos documentos gerados durante o processo. Entretanto, devido à centralização dos documentos ocorrida em São Paulo a partir de 2013⁹, só pude acessar os documentos referentes aos processos que acompanhei, pois os que já estavam arquivados só poderiam ser requisitados pelos advogados neles envolvidos. Devido à espera para desarquivar os processos durar cerca de 6 meses, e, somando a isso, a dificuldade de contatar os advogados neles envolvidos, uma vez que os processos de interdição ocorrem em segredo de justiça, a pesquisa se restringiu aos processos em andamento. Além disso, é importante explicitar que o município não conta ainda com Vara da Família e, por isso os processos de interdição são encaminhados para as varas cíveis.

Durante a pesquisa no Fórum acompanhei a etapa de interrogatório dos processos que ocorreram nas residências dos interditandos ou nas instituições onde estes se encontravam, que não necessariamente envolviam casos de “doença mental”, como aqueles casos que eu acompanhava nas relações que foram estabelecidas por meio do meu

⁹A partir de 2013 todos os processos findos do interior de São Paulo estão sendo transferidos para o Cartório Unificado de Jundiaí.

contato inicial no empreendimento cooperativista. Nessas audiências acompanhei o juiz e a oficial de justiça que com ele trabalha, assim como o trabalho feito no gabinete do juiz junto a sua equipe. Nesses casos, as audiências referenciam-se, de forma geral, a pessoas idosas acamadas, mas tornaram possível verificar a forma como os processos ocorrem.

Sendo escassas as pesquisas sobre processos de interdição civil de pessoas diagnosticadas com doenças mentais, é importante sublinhar a relevância dos trabalhos do médico psiquiatra Pedro Gabriel Delgado (1992) e do antropólogo Alexandre Zarias (2003) para a construção desta dissertação. A relevante distancia temporal entre a publicação destes trabalhos e a atual pesquisa, assim como as modificações ocorridas no código civil, não impediram a constatação de semelhantes práticas e teorias que embasam os processos de interdição. Partindo de questões referentes à cidadania do louco e os mecanismos da tutela, Delgado analisou a constituição das relações entre justiça e psiquiatria nos processos jurídicos em contrapartida às discussões acerca da Reforma Psiquiátrica suscitadas à época. Onze anos após a publicação da tese de Delgado, Alexandre Zarias, em sua dissertação de mestrado, analisou, a partir da etnografia dos documentos processuais e audiências nos fóruns, os processos de interdição como transição de problemas privados, referentes à esfera familiar, tornam-se públicos com o acionamento da justiça, focando especial atenção nas negociações de significados entre as instituições envolvidas (justiça, família e medicina).

Nesse sentido, a presente pesquisa insere-se em diálogo com tais autores, delimitando um lugar de complementação em relação à pesquisa de Zarias que, ao tratar dos conflitos que pouco são identificados nos autos processuais e audiências, sugere a presença destes nos momentos prévios e posteriores aos processos legais, os quais não foram foco de sua investigação. O trabalho de Pedro Delgado foi consultado como um rico material sobre os discursos e práticas médico jurídicas sobre a loucura considerando também os aspectos culturais que as envolvem.

O primeiro capítulo da dissertação abordará os processos históricos referentes aos mecanismos de interdição e curatela e a constituição do papel do médico perito em tais processos, paralelamente ao desenvolvimento da medicina e do direito no Brasil. Posteriormente, apresentarei os mecanismos presentes nos processos de interdição, a fim de contextualizar a pesquisa e introduzir as questões que serão discutidas nos capítulos seguintes, referentes à etnografia. No segundo capítulo serão apresentados trechos etnográficos sobre a pesquisa feita com os profissionais que atuam nos processos e os

ritos processuais que os abarcam, somando a estes, os dados referentes aos documentos dos autos consultados. A partir do exposto, serão discutidos os dados apresentados referentes aos discursos e as práticas dos profissionais nos processos de interdição a fim de compreender como dialogam os saberes em torno da concepção das capacidades dos indivíduos avaliados. O terceiro capítulo tratará da pesquisa realizada junto aos indivíduos interditados e suas famílias, explicitando os dados e discussões que se referem às causas da interdição assim como as relações construídas em torno do indivíduo interditado e suas percepções sobre o processo.

Capítulo 1 - Dados históricos acerca do estatuto de interdição e curatela

Assim é a regra: são incapazes para os atos da vida civil os loucos de todo o gênero. Sua incapacidade lhes dá o direito de serem tutelados
(Delgado, 1992)

Robert Castel (1978) identifica a Lei que abolia as *Lettres de cachet* em 1790, em meio à Revolução Francesa, como o primeiro momento em que todos os elementos que irão constituir a problemática moderna da loucura são dados em conjunto. Com a ruptura do equilíbrio tradicional dos poderes do Antigo Regime, no qual a administração real, o aparelho judiciário e a família repartiam entre si o controle dos comportamentos, esse será administrado a partir desse momento pela justiça, administrações locais e pela medicina. Esses novos agentes irão ocupar o lugar do poder real com o surgimento do “contexto político do advento do legalismo” (CASTEL, 1978, p.7) e, com eles, a atribuição do status de doente ao louco e a constituição de uma nova estrutura institucional, o asilo, como “meio terapêutico” serão estabelecidos.

O louco que surge como problema na ruptura revolucionária vai se ver dotado, no fim do processo, do status completo de alienado: completamente medicalizado, isto é, integralmente definido enquanto personagem social e tipo humano pelo aparelho que conquistou o monopólio de seu encargo legítimo (CASTEL, 1978, p.8).

Como indica o autor, o sistema de dados que compõem uma “política de saúde mental”, apesar de todas as transformações, se constitui, de forma simplificada, por um número finito de elementos ao longo de um contexto histórico: um código teórico, uma tecnologia de intervenção, um corpo de profissionais e um estatuto de usuário. Dessa forma, ao modernizar-se, um mesmo aparelho de dominação não só não altera suas funções como estende seus domínios e amplia seus poderes. A essas transformações que ocorrem na estrutura do sistema, mas mantêm suas funções, o autor denomina metamorfose.

O termo “metamorfoses” designa uma transformação no conjunto dos elementos do sistema capazes de gerar uma outra coerência, uma outra política: “É o produto de uma renegociação global das divisões de poder com as outras instancias interessadas numa política de controle: a justiça, a administração central, as comunidades locais, a escola, as

famílias, etc.” (CASTEL, 1978, p.10). Como aponta o autor, nas últimas duas décadas do século XIX esboçou-se um modelo substitutivo para o antigo sistema, modificando suas formas e estruturas ao passo que mantém suas funções e as estende. Nas palavras do autor: “As mesmas funções podem realizar-se através de práticas totalmente renovadas, monopólios do mesmo tipo podem perpetuar-se, interesses idênticos podem introduzir-se” (p.11). Essas transformações ocasionaram entre as duas épocas relações que apontavam sempre o lugar a ser ocupado pela medicina mental em um contexto social específico. À essas transformações, Castel identifica duas metamorfoses:

Primeira metamorfose: o momento em que a medicina mental se constitui na destruição revolucionária dos equilíbrios tradicionais entre os poderes para suprir suas carências, em harmonia com a nova concepção burguesa da legitimidade. Segunda metamorfose: o momento em que os aparelhos de controle transformam suas técnicas autoritárias-coercitivas em intervenções persuasivas manipuladoras (CASTEL, 1978, p.12).

Como demonstram Michel Foucault (2006) e Robert Castel (1978), o processo de interdição era o procedimento jurídico mais elaborado com relação ao enclausuramento¹⁰ dos “insanos”, até o início do século XIX, seja a pedido da família e através de um processo jurídico, ou por ordenação do rei, durante o Antigo Regime.

O que era a interdição? Um procedimento jurídico que, em primeiro lugar, era e devia ser pedido pela família; em segundo lugar, uma medida de ordem judiciária, isto é, era um juiz que a decidia a pedido da família, mas também depois da consulta obrigatória aos membros da família; enfim, em terceiro lugar, esse procedimento de interdição tinha por efeito jurídico transferir os direitos civis do indivíduo assim interditado a um conselho de família e fazia o alienado cair sob o regime da curatela. [...] o louco era essencialmente aquele que era interditado (FOUCAULT, 2006, p. 118-119).

Assim, em um primeiro momento, era a interdição que designava o estatuto do louco, passando tal estatuto a ser definido, em segundo momento, a partir de um campo médico-estatal (constituído pelo atrelamento do saber psiquiátrico e do inquérito do poder administrativo) com o aparecimento do asilo junto ao poder psiquiátrico. A internação e o asilo aparecem então em ruptura com a família, impondo a necessidade de retirar o indivíduo do ambiente familiar para corrigi-lo.

¹⁰ Robert Castel (1978) utiliza os termos “enclausuramento” ou “sequestração” para referir-se aos procedimentos de exclusão, curatela e suspensão dos direitos dos loucos.

Foucault (1979) aponta o peso de um saber técnico como a medicina, um saber que incide sobre o corpo e sobre a população, exercendo um controle da vida humana no que tange a maneira de viver, buscando um corpo útil e dócil a partir da normatização dos comportamentos. Essa busca exclui aquilo ou aqueles que fogem à norma estabelecida no intuito de formar uma população saudável, útil e produtiva através de mecanismos de poder.

Tal ruptura com a família será desfeita com a organização dos seus substitutos disciplinares: a “função psi”, função psiquiátrica, psicopatológica, que constitui o “indivíduo psicológico”. Oriunda do poder psiquiátrico, a “função psi” tem o objetivo de possibilitar a refamiliarização do indivíduo que escapa à soberania da família (FOUCAULT, 2006). Uma espécie de mecanismo “recuperador” dos resíduos do sistema disciplinar. Após o século XX, essa “função psi” torna-se o discurso e o controle de todos os sistemas disciplinares.

A psicologia como instituição, como corpo do indivíduo, como discurso é o que, perpetuamente, vai, de um lado, controlar os dispositivos disciplinares e remeter, de outro, à soberania familiar como instância de verdade a partir da qual será possível descrever todos os processos, positivos ou negativos, que se dão nos dispositivos familiares (FOUCAULT, 2006, p. 107).

Andrade (2011) resume esse processo ocorrido ao longo do século XIX, que permitiu que a medicina, e posteriormente a psiquiatria enquanto especialidade médica, ocupasse um lugar hegemônico no que diz respeito ao conhecimento sobre a loucura, transformada agora em doença mental, na sociedade ocidental. Nessa posição de poder, a medicina psiquiátrica ocupou-se em tratar dos comportamentos humanos, categorizá-los e ordená-los de acordo com os diagnósticos por ela produzidos:

Ao isolar-se o louco no confinamento e deixá-lo aos cuidados médicos, criou-se a condição de possibilidade para que a loucura emergisse como objeto de conhecimento da ciência médica positivista. A observação ao mesmo tempo moral e científica do médico sobre o louco converteu a loucura em uma doença mental, em um objeto tão natural quanto as demais doenças do corpo, embora não se tratasse do corpo, mas da mente. A relação do louco com o mundo passou a se dar por meio dessa razão científica abstrata, que o coagia e o obrigava a se enquadrar na ordem. Por outro lado, o homem comum, o cidadão racional, encarregava o especialista médico de lidar com a loucura (ANDRADE, 2011, p.03).

Castel (1978) categoriza a psiquiatria com uma ciência política, uma vez que respondeu a um problema de governo, possibilitando a administração da loucura. Porém, essa resposta se deu por meio do deslocamento do impacto político da solução do problema para uma questão puramente técnica, reduzindo toda sua realidade à sua gestão em um quadro técnico.

O autor argumenta ainda como essa administração da loucura pela “medicina mental” possibilitou uma cumplicidade entre a medicina e a administração: não sendo o louco sujeito de direito, insensato, irresponsável, incapaz de trabalhar, ficando fora do circuito de trocas de mercadorias e homens no sistema que se instalara, ele deve ser reprimido, mas segundo um sistema de punições diferente aos referentes àqueles que voluntariamente transgrediram as leis. Tais práticas introduzem na sociedade moderna a perícia médica como “subversão progressiva” do legalismo, uma vez que o estatuto dos “marginais” será definido agora por uma competência técnica, mas de valor legal.

Sobre o processo que constituiu os laços entre justiça e medicina psiquiátrica, Sérgio Carrara (1998) faz um importante apanhado histórico teórico que nos ajudará a compreender, posteriormente, o processo brasileiro. O autor demonstra como a noção de reincidência justificou a modernização de técnicas de controle e repressão e deu origem a um “tipo natural” de criminoso. Em outras palavras, como o fato de um indivíduo, já penalizado por cometer um crime, cometer novamente o mesmo tipo de delito, originou a ideia de uma desigualdade natural entre os indivíduos que ia de encontro à igualdade jurídica e a liberdade individual consagrada pela ordem liberal, fomentando uma nova concepção sobre o indivíduo e sua relação com a sociedade. Sobre tal questão articularam-se reflexões médicas ou relativas às ciências biológicas – através das quais discursavam a psiquiatria e a antropologia criminal -, e jurídicas.

Nesse contexto, a “monomania”¹¹ aparece como primeira reflexão entre crime e loucura elaborada pelos alienistas franceses no início do século XIX, como um tipo de loucura sem delírio, associada a “movimentos inesperados das paixões e afetos” (CARRARA, 1998, p.76), diferenciando-se da “loucura moral”, que se explicitaria por delírios, extravagâncias e excentricidades que, por isso, era mais evidente aos olhos de não especialistas. Devido ao seu caráter “oculto”, apenas os alienistas, amparados por seu conhecimento técnico específico, poderiam identificá-la.

¹¹ De acordo com Castel (1978), a monomania funciona como uma nova forma de qualificar comportamentos patológicos sem a necessária manifestação de delírios ou manifestações de delírios parciais, que não afetavam necessariamente a faculdade da razão.

Partindo de estudos de Robert Castel, Carrara explicita que o que os psiquiatras faziam, na realidade, era criminalizar o louco, “incorporando à sua figura um novo perfil marcado pela crueldade, indisciplina, amoralidade e periculosidade” (CARRARA, 1998, p.80). Segundo Castel, foi através da noção de monomania que a psiquiatria estendeu seu papel, codificando comportamentos transgressores e criminosos, agora transformados em doença.

A identificação da monomania partia da classificação das doenças através de seus sintomas, sendo identificada após sua manifestação através de um crime e avaliadas caso a caso, havendo um número indefinido de categorias que apareciam conforme tais manifestações. Tal formulação recebeu inúmeras críticas e impedia o desenvolvimento de uma medicina mental de base científica, associada a fatores que pudessem ser previamente identificados. Tal classificação seria superada, em meados do século XIX, pela noção de degeneração, desenvolvida por Morel, por meio da qual a doença mental, os desvios comportamentais da normalidade, passaram a referir-se também a um atributo da natureza do sujeito, a algo congênito, hereditariamente transmissível e incurável. Essa formulação não se diferenciava profundamente do que se referia à monomania no que diz respeito aos comportamentos categorizados como doentios, mas permitiu o desenvolvimento de uma medicina positivista que fundava suas bases em questões biológicas. Portanto, foi a partir das formulações sobre o “louco criminoso” que a medicina psiquiátrica se inseriu dentro do sistema judiciário, constituindo seu lugar de poder, dando origem à figura do perito.

Em “Os anormais”, Michel Foucault (2001) aponta a relação entre verdade e a prática da justiça como um dos principais pressupostos do discurso judiciário. Quando encontram-se no tribunal a instituição destinada a administrar a justiça e o saber médico científico, “são formulados os enunciados que possuem o estatuto de discurso verdadeiros” (FOUCAULT, 2001, p.14). O autor demonstra ainda como a relação entre justiça e medicina é um dos efeitos de um processo histórico no qual a medicina, através da especialização psiquiátrica, expandiu seu campo de atuação institucionalizando a doença como verdade científica no interior da justiça por meio da prova judiciária, que aparecerá, posteriormente, nos casos de interdição como a perícia médica.

Em relação ao Brasil, o estatuto da curatela estava presente nas leis e regulamentações desde o período colonial, fundamentando-se nas *Ordenações e Leis do Reino de Portugal* (ou *Código Philippino*). Apesar de não aparecer no texto o termo “interdição”, a curatela já se referia nesse período à responsabilização de um parente

sobre a vida e os bens do indivíduo que, já sendo maior de idade, não podia responder por seus atos, estando dentre os possíveis curatelados os pobres, mentecaptos, desmemoriados ou pródigos. Tal lei ordenava, segundo consta na compilação das Ordenações organizada por Cândido Mendes (1870):

Mandamos que tanto que o Juiz dos Orfãos souber que em sua jurisprudência há algum Sandeu, que por causa de sua sandice possa fazer mal, ou dano algum na pessoa, ou fazenda, o entregue a seu pai, se o tiver, e lhe mande de nossa parte, que dali em diante ponha nelle boa guarda, assim na pessoa como na fazenda; e se cumprir, o faça aprisoar, em maneira que não possa fazer mal a outrem¹².

De acordo com a lei citada, quando o sujeito voltasse a seu estado anterior de compreensão seus bens lhes seriam restituídos para serem por ele administrados, como os tinha antes de “perder o entendimento”. Nesse momento, os *Sandeus* eram determinados pelos juízes, não havendo ainda a indicação da consulta a outros profissionais que não o jurista, mesmo porque era raro ainda na colônia a presença de médicos e a psiquiatria surgiria apenas no século XIX, na Europa, como especialidade médica.

O súbito aumento populacional provocado pela vinda da corte portuguesa para o Brasil em 1808 agravou os problemas higiênicos e sanitários já existentes na colônia, assim como um aumento significativo dos crimes, demarcando a necessidade da formação de médicos e juristas capazes de lidar com as enfermidades e problemas locais. Além disso, após a independência política em 1822, buscava-se também criar uma *intelligentsia* local, apta a enfrentar os problemas da nação e possibilitar a construção de uma elite intelectual independente de Portugal. Nesse contexto foram fundadas as faculdades de Direito de Recife e São Paulo, em 1828, e as Faculdades de Medicina na Bahia e no Rio de Janeiro em 1832 (SCHWARCZ, 2011).

Aprovado em 1830, o *Código Criminal do Império do Brasil* se firmava sob os pressupostos da igualdade entre os homens, na doutrina do livre-arbítrio e na noção de responsabilidade. Os “loucos de todo gênero” eram reconhecidos pelos juízes, não devendo ser julgados como criminosos, sendo a loucura marcada pela desrazão (MACHADO, 1978).

¹² *Código Philippinho ou Ordenações e Leis do Reino de Portugal*. Livro IV, Título CIII, *Dos curadores, que são aos pobres e mentecaptos*.

Não havendo ainda um tratamento específico aos loucos, a situação destes era definida de acordo com sua situação social: os pobres que fossem vistos como loucos perigosos eram controlados por uma polícia médica e encaminhados às cadeias ou às Santas Casas, enquanto os demais deveriam ser entregues às suas famílias, sendo a decisão do destino dos julgados determinada pelo juiz (PERES; FILHO, 2002).

Ainda em 1830 foi lançada pela recém-criada Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, uma nova palavra de ordem: “aos loucos o hospício”, assinalando a periculosidade e a necessidade da criação de um local exclusivo para seu tratamento. Esse local surgiria em 1852, quando foi inaugurado no Rio de Janeiro o Hospital D. Pedro II, com o intuito de afastar o louco da área urbana, excluindo-o do convívio com os demais, tirando-os de dentro da Santa Casa da Misericórdia que encontrava-se superlotada. A criação deste hospício marca, segundo Roberto Machado (1978), o nascimento da psiquiatria no Brasil, pois é a partir desse momento que a medicina constitui um espaço próprio para o louco, capaz de dominá-lo e medicalizá-lo, tendo evidente preocupação com os preceitos científicos da época.

Delgado (1992) aponta como a noção de capacidade fundamenta-se em uma concepção hierarquizada do homem na qual “a razão controla a vontade, ou: a inteligência controla o corpo. [...] Para juristas (e psiquiatras), a razão que não subordinar a vontade excluirá o sujeito (?) do contrato social” (p.36), colocando este sob o regime da curatela. Dessa forma, o autor aponta como o asilo surge como conciliação entre o imperativo do direito e da cidadania e a necessidade da tutela.

Lilia Schwarcz (2011), em seu livro *O espetáculo das Raças*, chama atenção para esse contexto histórico apontando para a “missão higienista”, reservada aos médicos, que se justificava pelo crescimento desordenado das cidades que aumentava a criminalidade e os casos de alienação e embriaguez, além das pestes e moléstias que assolavam o território:

Nesse momento, conectada à noção de higiene, aparecia a ideia de saneamento: caberia aos médicos sanitaristas a implementação de grandes planos de atuação nos espaços públicos e privados da nação, enquanto os higienistas seriam os responsáveis pelas pesquisas e pela atuação cotidiana no combate às epidemias e às doenças que mais afligiam as populações.(SCHWARCZ, 2011, p.207).

Com relação ao debate intelectual, Schwarcz aponta que os estudantes e pesquisadores das faculdades de direito atribuíam à raça e à mestiçagem os problemas

associados à criminalidade e à loucura, lançando mão da Antropologia Criminal, que associava características físicas e hereditárias dos indivíduos à delinquência. Das faculdades de medicina, por outro lado, surge como um contraponto à figura do antropólogo criminal o perito especialista em medicina legal, na década de 1890, provocando o debate entre essas duas áreas de saber que reivindicavam a capacidade de organizar o país e tratar de sua gente. Ou seja, se para os antropólogos criminais a degeneração era associada a variações étnicas e raciais sem conotação patológica, os médicos, seguindo as formulações de Morel, a associavam a doenças hereditariamente transmissíveis.

Nesta mesma década, o termo *incapaz* aparece nos textos legais, no *Código Penal dos Estados Unidos do Brazil*¹³, que determinava como não criminosos “os que por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação”¹⁴. Dessa forma o crime cometido pelos ditos incapazes recebe um novo atributo: a imputabilidade; e um destino diferente dos demais criminosos: o Hospital do Rio de Janeiro, agora denominado Hospício de Alienados. A nova legislação tirava então do âmbito da sanção penal o destino do louco criminoso que ficava agora a cargo dos alienistas.

Assim como ocorreu na França, a determinação da imputabilidade da pessoa considerada incapaz precede historicamente e dá origem ao papel do perito como especialista capaz de definir os limites da racionalidade e da vontade humanas, determinando os que são ou não responsáveis por seus atos. Porém, se para os intelectuais das faculdades de direito o médico era visto como um técnico que auxiliava no bom desempenho dos profissionais das leis, pela ótica médica o direito lhe servia como um assessor que redigiria em forma de lei o que o médico perito diagnosticara e, com o tempo, seria capaz de curar (SCHWARCZ, 2011). De qualquer forma, ambas as áreas de conhecimento justificavam a loucura, a criminalidade e a degeneração pelo convívio ou cruzamento de raças que imigraram para o país. O que estava em disputa era o poder e o lugar político ocupado por cada área no contexto nacional.

Independentemente de qual *sciencia* iria elaborar os discursos que respaldariam as práticas a serem adotadas pela república, o importante aqui é ressaltar a relação estabelecida entre direito e medicina desde os primeiros anos de suas universidades no

¹³ Código Penal dos Estados Unidos do Brazil, promulgado em 19 de outubro de 1890.

¹⁴ Ibidem. Art. 27, §3º

Brasil. Uma relação que, se por um lado divergia na disputa por um lugar de saber, por outro se complementava nas políticas públicas formuladas.

Costa (1983) aponta a noção de higiene como importante ponto de convergência entre a medicina e o Estado, que passa a medicalizar suas ações políticas, alterando também as condutas dos habitantes, tomando a família como alvo de suas ações, uma vez que a higienização das cidades esbarrava frequentemente nos hábitos familiares. É relevante ressaltar que o autor refere-se aqui às famílias burguesas, pois os demais – pobres, loucos, ex-escravos – serviam como exemplo da anti-norma, uma forma de ameaça sobre o que poderia ocorrer àqueles que não seguissem as condutas higiênicas previstas. Dessa forma, a educação higiênica tornou-se um ponto de fusão entre a aquisição de saúde individual, de status social e manipulação político econômica da vida dos indivíduos. Sendo os valores político-ideológicos da família burguesa a norma, através da educação higiênica desenvolveu-se também a educação moral da população, em estreita relação com o desenvolvimento urbano e a criação do Estado Nacional.

Nesse contexto é possível perceber a estreita relação construída entre a justiça, o Estado, a medicina e as famílias que se iniciara com a formação do país. Sendo importante, neste momento de crises e revoltas, reconverter para o Estado as famílias e solucionar os problemas associados à degeneração e à higiene pública. Os médicos exerceram importante papel no que diz respeito a modificar os hábitos e as condutas da população através da medicalização e normalização da instituição familiar. Aos juristas e bacharéis cabia a imposição da ordem através das leis e a punição dos desvios.

Em “O Poder Psiquiátrico”, Foucault (2006) lança luz sobre o papel da família entre os dispositivos disciplinares designando os que são loucos, apontando os comportamentos considerados anormais, através de um olhar que se tornou, através dos processos descritos na obra citada, o próprio “olho psiquiátrico”, ou seja, um olhar psicopatológico que vigia seus membros, seus comportamentos, seu caráter, e submete o sujeito considerado anormal a outras instituições disciplinares.

[...] esse discurso de verdade que se forma no asilo e essa relação com a família se amparam mutuamente, se apoiam um no outro e vão, finalmente, dar lugar a certo discurso psiquiátrico, que se dará como discurso de verdade e que terá essencialmente por objeto, por alvo, por campo de referência, a família, os personagens familiares, os processos familiares. [O discurso psiquiátrico] vai poder se tornar o discurso da família, o discurso verdadeiro da família, o discurso verdadeiro sobre a família (FOUCAULT, 2006, p.118).

A partir deste século, quando a medicina passou a estabelecer e justificar sua presença principalmente através da higiene pública, é possível caracterizá-la como um novo tipo de saber e prática que passam a organizar medidas de controle que incidam sobre a sociedade. Como demarca Roberto Machado (1978), é nesse momento que surge o que se define como medicina social, que incorpora o meio urbano como elemento de reflexão e de prática médicas, deslocando da doença para a saúde seu objeto. As transformações na cidade estiveram, desde então, associadas à questão da saúde.

O que se tem chamado de ‘medicalização da sociedade’ [...] é o reconhecimento de que a partir do século XIX a medicina em tudo intervém e começa a não mais ter fronteiras; é a compreensão de que o perigo urbano não pode ser destruído unicamente pela promulgação de leis ou por uma ação lacunar, fragmentária, de repressão aos abusos, mas exige a criação de uma nova tecnologia de poder capaz de controlar os indivíduos e as populações tornando-os produtivos ao mesmo tempo que inofensivos; é a descoberta de que, com o objetivo de realizar uma sociedade sadia, a medicina social esteve, desde a sua constituição, ligada ao projeto de transformação do desviante [...] em um ser normalizado (MACHADO, 1978, p.156).

Lançando mão dos estudos de Michel Foucault, Costa (1983) explicita a relação entre a justiça e a medicina por meio dos agentes responsáveis pela construção de padrões de comportamento social, sejam eles a lei e a norma: a lei pela ação coercitiva e essencialmente punitiva, tendo como principal mecanismo a repressão; e a norma, explicitada teoricamente pela noção de dispositivos que por meio de práticas discursivas e não discursivas, atuam à margem da lei:

As práticas discursivas que os integram compõe-se dos “elementos teóricos” que reforçam, no nível do conhecimento e da racionalidade, as técnicas de dominação. Estes elementos são criados a partir dos saberes disponíveis, [...], e articulados segundo as táticas do poder. As práticas não discursivas são formadas pelo conjunto de instrumentos que materializam o dispositivo: técnicas físicas de controle corporal; regulamentos administrativos de controle do tempo dos indivíduos ou instituições, [...] técnicas de criação de necessidades físicas e emocionais etc. Da combinação destes discursos técnicos e destas regras de ação prática o dispositivo extrai seu poder normalizador (COSTA, 1983, p.50).

No primeiro código civil brasileiro, promulgado em 1916¹⁵ e vigente até o ano de 2002, passaram a ser determinados como *incapazes* aqueles que não tem condições físicas ou mentais de “exercer pessoalmente os atos da vida civil”¹⁶, estando sujeitos à interdição e à curatela. Tal categoria divide-se entre “relativamente incapazes” e “absolutamente incapazes”, localizando na segunda os “loucos de todo gênero”¹⁷. Apesar de ainda não prever como indispensável a participação do médico perito, ou pelo menos de não denominá-la dessa forma, este código determina que, “antes de se pronunciar acerca da interdição, examinará pessoalmente o juiz o argüido de incapacidade, ouvindo profissionais”¹⁸.

A expressão “loucos de todo gênero”, já presente no Código Criminal do Império, de 1930, acarretava a categorização de toda loucura como incapacitante. Como demonstra Delgado (1992), nesses termos, a loucura precede a interdição, sendo a incapacidade um produto legal. Ou seja, embora prive o indivíduo de exercer seus direitos, a interdição e a curatela surgem como um “benefício da lei”, um direito àqueles vistos como incapazes de serem tutelados.

Sérgio Carrara (1998) assinala o surgimento da categoria “louco criminoso” e da instituição que dele se ocupa, os Manicômios Judiciários, no início do século XX, como importante fator consolidador da perícia médica como dispositivo médico-legal.

Como saldo da interpenetração das figuras do degenerado e do criminoso nato, temos ao menos que os tribunais não tiveram que abrir espaço para mais um especialista, o criminólogo ou antropólogo criminal. A presença médica nos tribunais se reduzirá ao médico-legista, com função que hoje conhecemos – autópsias, exame de corpo de delito etc.; e o perito psiquiatra, preocupado com a questão da responsabilidade penal e com os exames de averiguação da periculosidade. A psiquiatria forense, enquanto sub-área da psiquiatria, consolidou-se e ganhou contornos mais definidos, preenchendo o papel que era reivindicado pelos antropólogos criminais (CARRARA, 1998, p.125).

Importante atentar para o fato das categorias legais associadas aos “loucos”, “incapazes” e “doentes mentais” aparecem primeiro no código criminal e penal, assim

¹⁵ Código Civil dos Estados Unidos do Brasil, promulgado em 1º de janeiro de 1916.

¹⁶ Ibidem. Art. 5º.

¹⁷ Código Civil dos Estados Unidos do Brasil, Art. 5º, §II. Essa expressão já estava presente também no Código Criminal do Império do Brasil, de 1830, no Art. 10, §2, que se refere àqueles que não podem ser julgados.

¹⁸ Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Art. 450.

como a categorização legal do papel do perito. Somado ao que nos elucida Carrara sobre o surgimento dos Manicômios Judiciários, essas questões apontam a importância das discussões acerca da periculosidade do louco e a degeneração como fator consolidador do papel do perito psiquiatra, que será estendido aos processos civis. Em contrapartida, a interdição não aparece como ponto de discussão, existindo desde as primeiras leis coloniais, antes mesmo do aparecimento da psiquiatria como especialidade médica.

Silva (2010), ao tratar sobre o papel do perito no sistema jurídico aponta a perícia psiquiátrica como dispositivo médico-legal capaz de formular discursos sobre as condições dos indivíduos em responder pelos próprios atos, assim como quem é ou não cidadão, sem precisar estabelecer qualquer compromisso no sentido de promover melhorias em relação à saúde do indivíduo avaliado. Ou seja,

Em outras palavras, nessa época consolida-se um potente dispositivo, que valida ou invalida pessoas, diz que uns são capazes e outros incapazes para o trabalho, conviver ou mesmo ter sentimentos, é um dispositivo médico cujas consequências são de forte cunho moral (SILVA, 2010, p.101).

Nesse contexto, a incapacidade aparece no Código Civil de 1916 como categoria médico-jurídica através da qual serão formulados os discursos que embasarão a sentença judicial. Para tanto, o interrogatório torna-se o mecanismo pelo qual o juiz descreverá suas percepções acerca do interditando, e o laudo pericial o documento oficial com o parecer e diagnóstico médico. O jurista Luiz Rodrigues Wambier (2000), em seu livro sobre processo civil, explicita os objetivos do interrogatório, no intuito de diferenciá-lo do papel a ser desempenhado pelo perito:

Não se espera que o juiz, com o interrogatório, perceba aspectos técnicos da moléstia mental, até porque, para isso, disporá da perícia. O interrogatório é uma fase procedimental importante, porque permite ao juiz, com o contato pessoal da pessoa do interditando, colher detalhes de sua personalidade e comportamento que, ainda que não sob o aspecto médico, certamente trazem elementos de convicção importantes para o juiz. Por isso, além dos que a lei determina que o juiz pergunte (vida, negócios e bens do interditando), a praxe é que também seja indagado sobre os aspectos cotidianos da vida (o nome da moeda em curso do país, o nome do Presidente da República, o dia da semana em que se realiza a audiência, por exemplo). As respostas a tais indagações fornecerão importantes subsídios ao juiz acerca da higidez mental do interditando (WAMBIER, 2000).

A partir do que explicita o jurista e das etapas do processo já identificadas, é possível pensar o saber psiquiátrico como eixo fundamental que perpassa todo o processo de interdição civil. Por outro lado, se é o médico quem detém o conhecimento científico capaz de definir se o indivíduo é ou não “doente” e suas “capacidades” ou “incapacidades”, é o juiz quem determina, através do aparato legal que o ampara, se tais “incapacidades” condizem ao estado de “incapacidade civil absoluta”, que é o foco de tal processo.

Sobre a relação entre a psiquiatria e a justiça, Delgado (1992) assinala uma contaminação recíproca entre os discursos jurídico e psiquiátrico, resultado de uma construção lenta “através do qual a ciência da alienação nutriu a moderna ciência penal” (p. 5). Porém, como afirma o autor, como os profissionais do direito sempre recorrem ao aval da psicologia ou psicopatologia forense, é possível afirmar que “a psiquiatria ‘coloniza’ a Justiça desde sempre” (p.39).

Alexandre Zarias (2003) explicita como o critério estabelecido para julgar o interditando não é mais médico ou jurídico, mas uma interseção entre essas duas esferas, um encontro de práticas e saberes “num campo específico onde a apreensão social de certos atributos do comportamento humano condiciona a atribuição de papéis aos sujeitos através de processos de classificação” (p.39).

Sobre essa tênue fronteira entre os saberes e para onde cada profissional olha no que diz respeito à avaliação do interditando, Carrara (1998) aponta o fato do juiz poder considerar ou não o que foi constatado no laudo médico como forma de limitar a atuação do perito psiquiatra, que se tornaria, sem essa limitação, um juiz ainda mais poderoso, pois não haveria instância à qual se pudesse recorrer em caso de discordância.

Para compreender o contexto no qual esta pesquisa se insere, é imprescindível considerarmos o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciado em meados da década de 1970, pautado inicialmente em questões de ordem trabalhista e em denúncias às políticas de saúde mental, tendo como objeto primeiro de transformação a administração dos serviços hospitalar-manicomiais, no sentido da humanização de tais serviços, e as condições de trabalho e assistência (AMARANTE, 1992).

Em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, seguida pelo segundo encontro do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, importante marco para o Movimento da Reforma Psiquiátrica, no qual foi fundado o Movimento Antimanicomial sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Fernando Tenório (2002) aponta que essa conferência representou o fim da trajetória sanitarista que visava

transformar apenas o sistema de saúde, marcando o início da desconstrução das formas arraigadas de lidar com a loucura no cotidiano das instituições e da sociedade. O autor aponta também como um marco importante desse período, a participação dos agora chamados usuários dos serviços de saúde mental (no lugar de pacientes) e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências do movimento. Os questionamentos feitos pelo Movimento Antimanicomial passaram assim a alcançar a própria natureza do saber e das práticas das instituições psiquiátricas. As estruturas dos serviços também ganham outra abordagem deslocando o foco do aperfeiçoamento das estruturas tradicionais para a necessidade de criar novos dispositivos comunitários ou territoriais.

Conforme argumenta Goulart (2006), pretendia-se nesse período a desinstitucionalização da loucura através da desconstrução do aparato manicomial: não apenas o aparato anti-terapêutico, mas também o discurso médico psiquiátrico que lhe dava sustentação. O Movimento Antimanicomial atua, dessa forma, como um fenômeno associativo de caráter mobilizador e reivindicador, congregando profissionais de saúde mental, pesquisadores, usuários e ex-usuários desses serviços e seus familiares, alcançando resultados tanto a nível legislativo como assistencial.

Nesse contexto foram criados os Centros de Atenção Psicossocial, regulamentados pelo Ministério da Saúde em 1992, como política pública de âmbito nacional e conveniados ao SUS, sendo sua gestão de responsabilidade municipal. Como demonstra Tenório (2002), os CAPS devem oferecer atenção diária e integral, sendo o serviço territorializado, a fim de não retirar o usuário de seus vínculos sociais, utilizando não apenas os recursos da instituição, mas também os comunitários, para que as ações terapêuticas alcancem as demais esferas da vida dos usuários desses serviços, incluindo aqueles antes compreendidos como “extra clínicos”.

Silva (2005) demonstra que o CAPS insere-se como política pública sob a noção de *atenção psicossocial*, que envolve diversos procedimentos que possibilitem a busca de autonomia pelos usuários. Inspirada na ideia de *presa in carico* da psiquiatria italiana - traduzida como “tomar encargo” -, essa noção se constitui numa premissa fundamental na organização dos serviços territoriais, o que implica uma impossibilidade do serviço em delegar a outra estrutura a assistência à população de uma determinada região de referência.

Reinheimer, Leal, Lima e Silva (2009) evidenciam que a *tomada de responsabilidade pelo território* se constitui como diretriz da atenção à saúde, atribuindo

um aumento de responsabilidade ao profissional que atua no serviço substitutivo¹⁹ mas também expandindo-a aos familiares e ao próprio usuário através da divisão, delegação e negociação de encargos pelo cuidado da pessoa portadora de transtorno mental. Segundo esses autores

O cuidado passava a ter como um dos seus principais desafios a promoção de uma relação e um lugar social diferente para os que experienciam o adoecimento mental e para a própria experiência do adoecimento mental grave. Para tal, a instituição deveria inventar um novo modo de funcionar, de se organizar e articular com a cidade, bem como fazer da relação com o espaço social, com o seu próprio cotidiano institucional, questão central para a atenção à saúde a ser oferecida (REINHEIMER, LEAL, LIMA e SILVA, 2009, 138).

Outro importante resultado alcançado por tais movimentos foi a promulgação da Lei nº 10.216 de 04 de abril de 2001, e o estabelecimento de diretrizes não asilares para o financiamento público e o ordenamento jurídico da assistência psiquiátrica, incentivando a implementação dos CAPS como uma alternativa ao manicômio²⁰.

Apesar de todas as mudanças suscitadas pela Luta Antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica, essas mudanças não se refletiram nos processos de interdição, que permanece como uma forma de suspensão dos direitos das pessoas diagnosticadas com uma doença mental incapacitante.

Apenas no Novo Código Civil Brasileiro, em vigor desde 2003, a consulta ao perito psiquiatra é demarcada como obrigatória em casos de interdição. Além disso, pouco se modificou com relação à redação da lei: substituiu-se a expressão *loucos de todo gênero*, presente no Código de 1916, por “enfermidade ou doença mental”²¹ e a categoria de *parcialmente incapazes* foi estendida “aos excepcionais sem desenvolvimento mental completo”²². Apesar dessa última mudança, tanto Delgado (1992) como a promotora de justiça Ione Nakamura (2011) apontam que a maior parte dos processos nos quais a interdição é justificada por um diagnóstico de “doença mental”, esta é sentenciada na forma absoluta.

¹⁹Como aponta Silva (2005), a partir dos dados de sua pesquisa em um CAPS do Rio de Janeiro, nesse serviço “novos encargos sociais se conectam a novos modos de cuidar e gerir a loucura no tecido social, preferencialmente por meio do engajamento, da implicação e do vínculo de atores e instâncias sociais envolvidos no cuidado” (p.137).

²⁰ Para maior compreensão sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira, vide Amarante (1995); Tenório (2002).

²¹ Novo Código Civil, Art. 3º § II; art. 1.767 § I e III.

²² Ibidem. Art. 4º §III; Art. 1.772, parágrafo único. Quando apenas alguns atos da vida civil são delegados ao curador, sendo os limites da interdição demarcados pelo juiz responsável pelo processo.

Nakamura (2011), como outros autores já citados, trata também sobre uma finalidade normalizadora e excludente das instituições jurídicas argumentando que o processo de interdição visa principalmente afastar do convívio social pessoas não aptas a produzir negócios jurídicos válidos e proteger o patrimônio privado. Apesar do discurso jurídico referir-se também à proteção da pessoa interditada, a promotora argumenta que tal questão aparece com relevância secundária.

Sob o ponto de vista de que a interdição apenas regulariza uma situação pré-existente (condizente com o discurso institucional), ou seja, presumindo-se que o indivíduo avaliado nunca teve a capacidade para exercer os atos da vida civil, o levantamento da interdição torna-se impensável. De forma semelhante, a interdição parcial é concebida pelos profissionais do direito como fato comum, embora, na prática, tal tipo de sentença seja rara (DELGADO, 1992).

Talvane de Moraes²³, médico psiquiatra, perito e advogado da Comissão de Direitos Humanos da OAB-RJ assume, como perito, a responsabilidade por determinar a capacidade ou incapacidade laboral do indivíduo, argumentando que, dessa forma, a “natureza” da definição das capacidades do indivíduo não é judicial e define capacidade laborativa como “plenitude física e mental para exercer atividade produtiva”, explicando que essa “plenitude” pode “sofrer limitações temporárias ou totais em razão de doenças físicas ou mentais. É a chamada invalidez”²⁴. O médico diverge da opinião de que não houveram mudanças significativas no processo de interdição argumentando que o Código Civil de 1916, que contava apenas com a determinação da incapacidade absoluta, foi o responsável por estabelecer uma relação entre o diagnóstico de doença mental e a incapacidade:

Olhem a grande novidade. Agora o doente mental não é automaticamente considerado incapaz. O doente mental somente será considerado incapaz se existir uma patologia, um transtorno, e se esse transtorno interferir diretamente em seu discernimento ou na sua manifestação de vontade. Criou-se um critério objetivo. Hoje, para que haja interdição civil, não basta a presença da patologia mental. É necessário que haja o prejuízo do discernimento. Esse é um critério muito objetivo. Então, é óbvio que não basta a perícia psiquiátrica forense dizer ao juiz que existe, por exemplo, uma esquizofrenia. É preciso que o perito, além de dizer que existe uma esquizofrenia, diga que esse quadro mental é de tal monta que impede a pessoa de ter discernimento

²³ Falas do médico registradas no livro “A banalização da interdição judicial no Brasil – Relatórios”, organizado pela Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados, 2007.

²⁴ *Ibidem*, p.37.

para a prática de seus atos. Portanto, houve um afunilamento da decretação da interdição. Infelizmente, [...] alguns juízes não entraram no clima do novo Código, e estão simplesmente fazendo uma associação arcaica, superada, entre a presença de doença e incapacidade. [...] Por outro lado, acho que foi um grande progresso alcançado pela luta dos profissionais de saúde mental, de todos nós que aqui estamos, porque hoje é admissível legalmente que o doente mental tenha capacidade civil. O critério agora é bio-psicológico. Não basta a doença. Ela deve estar associada diretamente ao psicológico, ao discernimento, à vontade. [...] Hoje são relativamente incapacitantes certos hábitos ou a maneira de exercê-los, os ébrios habituais, os viciados em tóxicos e o deficiente mental, os excepcionais sem desenvolvimento mental completo e os pródigos, mas desde que tenham discernimento reduzido. Vejam que o critério é bio-psicológico²⁵.

Porém, o que o perito aponta como “grande novidade”, o critério biopsicológico, já existia no Código Penal de 1940, como demonstra Peres e Filho (2002). Nesse código, ainda vigente, a doença mental não é mais descrita como uma lesão no entendimento, passando a imputabilidade a adotar tal critério biopsicológico na tentativa de evitar o arbítrio do médico e do juiz. Por esse ponto de vista o crime passou a ser relacionado à capacidade de entendimento e à capacidade de determinação, associados ao intelecto e à vontade respectivamente. Para determinar a imputabilidade é necessário então a ausência de um desses elementos: a vontade ou o entendimento, sendo as “causas biológicas” as únicas capazes de suprimi-las.

Em contrapartida ao que apresenta o perito, o psiquiatra Tomas Szasz (1979), argumenta que o que se define como “doença mental” é eminentemente social e não biológico. Segundo o autor, a afirmação de que determinado comportamento é um sintoma de doença mental pressupõe uma comparação “entre as ideias, conceitos ou crenças do paciente e as do observador e da sociedade em que vivem. A noção de sintoma mental está, desse modo, intrinsecamente ligada ao contexto social e particularmente ético” (p.21). Ou seja, “o psiquiatra está comprometido com um quadro daquilo que considera a realidade e com o que pensa que a sociedade considera real; observa e julga o paciente à luz dessas crenças” (p.26).

Retomando o discurso do perito, este diferencia ainda a incapacidade laboral da incapacidade absoluta explicando que a primeira deve ser determinada por perícia previdenciária ou trabalhista e a segunda por ação judicial, estabelecida por perícia

²⁵ *Ibidem*, p.37-38.

psiquiátrica forense, argumentando que esta é um prejuízo para os atos de cidadania e traz limitação de direito. Para o perito este é o “grande divisor” entre os dois tipos de incapacidade: uma privilegia o direito e a outra o limita.

Nesse sentido, é relevante considerar os argumentos de Maria Bernadette Medeiros (2008), doutora em Serviço Social, ao abordar a questão da interdição da capacidade civil através do binômio proteção/exclusão. A autora corrobora com o argumento que embasa o ponto de vista médico-jurídico sobre a interdição quando explicita que a declaração da sentença pelo juiz não é responsável por criar uma nova situação na vida do sujeito interditado; ao contrário, ela serve, ao menos teoricamente, para oficializar uma situação preexistente, determinando um curador que deverá prezar pela proteção dos direitos do sujeito interditado. Para tanto, tal mecanismo necessita de uma aproximação entre o sistema médico, legal e social para que os direitos do indivíduo sejam preservados da melhor forma possível. Prevalece, em tal processo, o saber médico psiquiátrico como aquele que determinará tal situação tanto no que se refere àquela preexistente como a que servirá como confirmação da situação apresentada através da perícia médica:

É fundamental a caracterização da ausência de discernimento para a prática do ato ou a impossibilidade de expressão da vontade determinada por causa duradoura. Essa caracterização é expressa, primeiramente, em linguagem médica. É o médico-perito o profissional que detém o saber/poder de determinar, com a autoridade que lhe é conferida oficialmente, se a pessoa é ou não um doente. Se ela tem ou não discernimento. Se ela é capaz ou incapaz e qual o grau de sua incapacidade. É através desse olhar, isto é, da doença descrita, categorizada e atribuída ao sujeito por um profissional da área médica, que a justiça dará o veredictum que definirá o papel que o sujeito passará a desempenhar na vida social (MEDEIROS, 2008, p.13).

Dessa forma, é possível pensar o poder psiquiátrico como eixo fundamental de tal processo. Por outro lado, se é o médico psiquiatra que detém o conhecimento científico capaz de definir se o indivíduo é ou não doente e suas capacidades ou incapacidades, é o juiz quem determina tal incapacidade civil através da promulgação da sentença. Como aponta Zarias (2003), “[...] Isso significa que a justiça olha através desse anteparo, que é a ‘doença’ identificada, descrita e atribuída ao interditando, para definir o conjunto de ações possíveis e impossíveis de serem realizadas no âmbito da vida civil” (p.37).

Mas não apenas a justiça, como também a família compartilha do olhar psiquiátrico, sendo os parentes do interditando aqueles que iniciam o processo - excluindo-se os casos excepcionais, quando tal processo pode ser iniciado pelo Ministério Público – baseando-

se em um diagnóstico médico previamente atribuído. Dentre os motivos que me foram apresentados para acionar os processos de interdição, o controle das famílias sobre os indivíduos apareceu tanto no que se refere a uma forma de cuidado de um parente que, do ponto de vista familiar e médico, não tem condições de organizar a própria vida, como maneira encontrada pela família de impedir determinados comportamentos que lhes parecem inadequados.

Além dessas questões, outro motivo encontrado durante a pesquisa para o acionamento da interdição civil é o entendimento desta como possível facilitadora para o requerimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC) por pessoas diagnosticadas com doença mental que, devido ao diagnóstico, não têm capacidade para o trabalho. Concedido pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e garantido pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), o benefício é “a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência”²⁶ e ao idoso com mais de 65 anos que comprovem não ter condições “de prover a própria manutenção e nem tê-la provida pela família”²⁷, compreendendo-se dentro deste parâmetro as famílias cuja renda mensal per capita seja inferior a um quarto do salário mínimo. Como pessoa portadora de deficiência define-se aquela caracterizada como “incapacitada para a vida independente e para o trabalho”²⁸.

Apesar da lei não prever a necessidade de interdição para concessão do benefício, esta tem sido apontada por advogados como possível facilitadora em tal processo, uma vez que, estando o sujeito interditado, a incapacidade total já está comprovada. Essa indicação ilegítima dos advogados, uma ex-coordenadora da saúde mental do município em que foi realizada a pesquisa denominou “banalização dos processos de interdição”.

Com o mesmo termo utilizado pela coordenadora foram intitulados o Seminário Nacional e a Audiência Pública realizadas em Brasília em 2005²⁹ com o objetivo de propor um debate acerca do tratamento dispensado pela sociedade e governo aos “portadores de sofrimento mental” no Brasil. A Audiência Pública “Banalização da Interdição Judicial no Brasil”, que proporcionou a organização, no mesmo ano, do “Seminário Nacional - Há banalização nos atos de interdição judicial no Brasil?”, incitou a problemática que aqui pretendo discutir, levando para o campo dos debates médicos,

²⁶ LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social, seção I, “do benefício de prestação continuada”, p.20, art. 20.

²⁷ Ibidem. § 3º.

²⁸ Ibidem. § 2º.

²⁹ Organizados pela Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados em parceria com o Conselho Federal de Psicologia, a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial e a Comissão de Direitos Humanos da OAB.

psicólogos, advogados, representantes do INSS e dos Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

Nesses eventos, publicados em formato de relatório em 2007 pela Câmara dos Deputados³⁰, alguns expositores constataram que mesmo não havendo orientação legal que indique a necessidade de interdição daqueles que buscam o benefício, é esse o recurso que tem sido acionado na prática. Discutiram a partir dessa questão os direitos das pessoas “portadoras de transtornos mentais”, o caminho burocrático para concessão do benefício, assim como o papel e a responsabilidade dos peritos e dos juízes em tais processos. Com relação aos dados apresentados no evento, o gerente de qualidade do INSS³¹ destaca que, dentre os 164 mil beneficiários existentes em 2005, 40% eram “portadores de deficiência mental” que estão interditados. Dentre as doenças que justificam a interdição, o “retardo mental grave” é o que tem maior incidência, seguido do “retardo mental moderado”.

A supervisora médico-pericial do INSS, Tânia Marisa, explica que o papel do perito é avaliar se a pessoa é portadora de alguma deficiência e avaliar se esta deficiência a incapacita para o trabalho, responsabilizando a instituição (INSS) pela exigência, mesmo que informal, da interdição para concessão do benefício, e os juízes por sentenciarem a interdição sem necessidade. A diretora do Departamento de Benefícios³² da instituição questiona a responsabilidade do juiz, acrescentando também a responsabilidade dos médicos especialistas que concedem os laudos e pareceres.

Outra questão importante apresentada nesses eventos foi a distinção entre incapacidade para a vida laboral e incapacidade civil, considerando os expositores que tais incapacidades pertencem a naturezas distintas, não devendo a última ser determinada pela primeira. Marcos Vinícius Silva, vice-presidente do Conselho Nacional de Psicologia à época dos eventos citados, assinala que nos serviços de saúde mental existe uma prática comum no sentido de conceder diagnósticos psiquiátricos que apontem a pessoa como incapaz devido à “insuficiência social que o candidato apresenta”³³, concedendo um laudo que o avalia como incapaz para todos os atos da vida e não somente para os atos da vida laboral. Essa concessão acaba por promover uma troca da cidadania pelo benefício tornando-se uma barreira para a “ressocialização” e “reinserção social” do

³⁰ BRASIL. *A banalização da interdição judicial no Brasil – Relatórios*. Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados, 2007.

³¹ Raimundo Nonato.

³² Ana Lígia Gomes, diretora do Departamento de Benefícios Assistenciais da Secretaria Nacional de Assistência Social do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

³³ BRASIL. *A banalização da interdição judicial no Brasil – Relatórios*. Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados, 2007. p.21.

indivíduo, resultando no que o autor denomina “genocídio” de uma parte da população pobre, uma vez que o indivíduo interditado perde todo o controle sobre sua vida, ficando à mercê da vontade de terceiros.

Precisamos pensar que os portadores de transtornos mentais, e talvez esse seja o ponto central de nossa discussão, formam um grupo que se exprime socialmente, exprime sua conduta na vida social de um modo bastante particular, e é como grupo particular que tem que ser observado e compreendido. Os critérios devem tornar possível a inclusão desse grupo no benefício, sem a necessidade de fazer esse recurso, digamos assim, torto, essa volta tão prejudicial, que é buscar na condição de interditado judicial a legitimidade para ser beneficiário da prestação continuada³⁴.

Todos somos cúmplices dessa convicção de que, aos pobres, é melhor conceder o benefício mesmo que lhes custe a cidadania, porque, afinal de contas, precisam do benefício. Isso nos parece absolutamente injusto, indigno, e é o que precisaríamos afrontar neste debate [...] ³⁵.

De fato, um dos problemas discutidos constantemente nas instituições pesquisadas, e um dos motivos que movem essa organização, é a dificuldade encontrada por pessoas diagnosticadas com doenças mentais em seguir a rotina de trabalho exigida pelo mercado formal. Essa dificuldade também foi apresentada por dois participantes do empreendimento que estão interditados e com quem tive a oportunidade de conversar, assim como por suas mães, suas representantes legais, como motivo principal que impulsionou a família a recorrer ao processo de interdição civil.

Dentre as discussões sobre incapacidade laboral e civil, é importante demarcar que o médico perito que avalia a capacidade civil do interditando quando requerido pelo juiz é, via de regra, médico do município conveniado ao SUS ou, como ocorreu nas audiências que acompanhei no Fórum, devido à falta de médicos peritos na região³⁶, o médico que já atende ao indivíduo e o acompanha no tratamento médico referente à doença apresentada como causa da interdição.

No que diz respeito à avaliação para concessão do BPC, ou seja, à constatação da incapacidade laboral, o perito responsável por tal avaliação é um profissional específico

³⁴ Ibidem. p. 23.

³⁵ Ibidem. p.24.

³⁶ Segundo o médico entrevistado, esta escassez se deve à falta de interesse dos médicos da região em trabalhar no SUS, principalmente na área de psiquiatria, fazendo com que outros médicos tenham que desenvolver diversos papéis, inclusive o de perito.

do INSS, não sendo utilizados os laudos feitos anteriormente por outros médicos. Sobre o trabalho desses peritos há uma regulamentação específica explícita no *Manual de Perícia Médica da Previdência Social*, organizada pela diretoria de benefícios da Coordenação Geral de Benefícios por Incapacidade do INSS. De acordo com o que determina o manual, a instituição pode contar com médicos credenciados quando estiverem esgotadas as cargas de trabalho dos profissionais do quadro permanente, quando a jurisdição não possuir servidor da área médica pericial e nos casos de necessidade de parecer de médico especialista. Ao médico conveniado cabe o dever de "emitir pareceres especializados ou realizar exames complementares atendendo solicitação da Perícia Médica, sem atribuição de concluir sobre a capacidade laborativa do assegurado. Deve ater-se sobre a doença e não deve manifestar-se sobre a incapacidade"³⁷. Ou seja, mesmo contando com médicos conveniados, apenas os peritos permanentes do INSS podem emitir conclusões médico-periciais assim como realizar revisões sobre a conclusão médica.

No que se relaciona às atribuições do Médico Especialista, este deve possuir: “sólida formação clínica, amplo domínio da legislação de previdência social, conhecimento de profissiografia, disciplina técnica e administrativa e alguns atributos de personalidade e caráter destacando-se a integridade e independência de atitudes, além da facilidade de comunicação e de relacionamento”³⁸. Contata-se na leitura do documento citado o caráter moral do papel do perito, quando o próprio manual da instituição elucida características como “caráter” e “integridade” dentre os atributos necessários para exercer a função.

É importante atentar para as diferenças na escolha do profissional que emite o laudo médico requisitado pelo juiz nos processos de interdição, relacionados à capacidade civil, e do perito do INSS, responsável pela avaliação da capacidade laboral daqueles que buscam o benefício. Essa questão está intrinsecamente associada à “banalização da interdição” referenciada anteriormente, uma vez que a perícia elaborada pelo INSS é muito mais específica e rigorosa no que tange as escolhas dos peritos que a perícia requerida pelo juiz nos processos civis.

³⁷ Manual do Perito do INSS, p.13.

³⁸ Ibidem, p.11.

Capítulo 2 – Justiça e medicina: doenças, incapacidades e direitos civis

*Território distante, onde o ruído
inquieta da reforma mal ressoa.*

(Delgado, 1992)

2.1 A entrada no campo jurídico

O Fórum foi o ponto de partida para esta etapa da pesquisa, compreendendo um trabalho de campo extenso, o que não pode ser feito em relação ao trabalho dos médicos e peritos devido ao escasso número desses profissionais no município. Quando a pesquisa iniciou havia uma médica psiquiatra que trabalhava em um CAPS, que ainda no início do ano de 2014 pediu licença do trabalho e não mais voltou ao serviço até o final da pesquisa, o que ocorreu também com outra médica da mesma especialidade que trabalhava nesse serviço anteriormente, como soube ao longo do campo. Devido a essas questões, no que tange o trabalho do perito nos processos de interdição, a pesquisa restringiu-se à entrevista com o médico que trabalha em ambos os CAPS do município, tendo atuado como perito durante o ano de 2013.

Meu primeiro encontro com o juiz da Segunda Vara Cível do município ocorreu após a indicação da advogada e coordenadora da defensoria pública da região com quem havia conversado no final do mês de março a fim de compreender o papel da defensoria em tais processos. Além desse juiz, que chamarei de dr. Jonas³⁹, tentei contatar outros a fim de ampliar o campo da pesquisa, porém, quando não consegui sequer marcar um horário para explicar meu interesse, um dos assessores dos juízes⁴⁰ me indicou o mesmo que a defensora pública: procurar Dr. Jonas, conhecido, entre outros motivos, por aceitar estudantes (a maioria estagiários do curso de direito) para acompanhá-lo em seu trabalho.

Os processos de interdição podem ser julgados em varas de família ou em varas cíveis, dependendo da organização da comarca em questão e do entendimento entre as competências. No caso do município pesquisado, como não haviam ainda varas de família

³⁹ Apesar de todas as formalidades existentes em torno da figura do juiz, chamo-o de Dr. Jonas por ser a maneira como os demais funcionários do fórum a ele se dirigiam.

⁴⁰ O termo “assessores” era utilizado por funcionários do fórum para referir-se às pessoas que trabalham com os juízes e exercem a função de secretários (as), escreventes e assistentes. Utilizo aqui o mesmo termo apresentado no campo. Formalmente, o cargo dessas pessoas é de Assistente Judiciário e é assim que assinam os documentos, como pude acompanhar nos processos.

à época da pesquisa, esses processos eram julgados sempre nas varas cíveis, sendo distribuídos de forma randômica entre os juízes. Dessa forma, optei por frequentar o fórum durante duas semanas, na tentativa de contatar alguns dos juízes que lá trabalham. Mesmo conseguindo dialogar com alguns assistentes judiciais, o acesso aos magistrados foi difícil, não sendo permitida, inicialmente, minha presença nos corredores onde ficam suas salas.

Após alguns dias frequentando o fórum, soube por um dos assessores judiciais que não haviam audiências na segunda vara às sextas-feiras e que, por isso, seria um bom dia para tentar iniciar o diálogo com os funcionários do Dr. Jonas. Procurei então na sexta-feira uma das assessoras do juiz, com quem pude conversar no mesmo dia e lhe explicar meus interesses, deixando meu contato para que me retornasse na semana seguinte. Na segunda-feira retornei ao fórum com horário marcado para encontrar o Dr. Jonas, o juiz da segunda vara, que me recebeu gentilmente após o expediente de trabalho.

Depois de uma breve conversa sobre minha pesquisa de mestrado e o trabalho que estava realizando, o juiz pediu à escrevente que procurasse em sua agenda quando ocorreriam as próximas audiências de interdição, permitindo-me acompanhá-los e ter acesso aos seus respectivos documentos. Quando explicitiei meu interesse em conversar também com os peritos, os quais já havia tentado, em vão, encontrar no município, Dr. Jonas esclareceu que, devido à falta de peritos no município, o médico que atende o interditando tem sido o responsável por avaliá-lo e preencher o formulário para perito. Explicou também que, dessa forma, evita-se que o processo demore ainda mais e acarrete mais custos com o requerimento da presença de um perito de outra localidade.

Sobre as questões que balizavam a pesquisa, o juiz me indicou que as anotasse em um papel para que ele, posteriormente, me respondesse por escrito. “Pode ser nesse caderno aí mesmo”, referindo-se ao pequeno caderno que tinha em mãos para anotar as datas das audiências, explicitando que eu deveria fazê-lo naquele momento. Escrevi então em uma folha as seguintes perguntas:

Quais são as etapas do processo?

O que é uma pessoa incapaz do ponto de vista jurídico?

Quando a justiça deve ou não interferir?

Quando uma pessoa deve ser interditada?

O que se avalia em tal processo?

Qual é o procedimento jurídico nos casos de pessoas que tem um juiz como curador?

Quando terminei de escrever as perguntas, entreguei o papel à Dr. Jonas que o olhou rapidamente, respondendo apenas a última, que fazia referência a uma das pessoas interditadas que havia acompanhado durante a pesquisa e o discurso da equipe profissional, que afirmava que ela estava sob a curatela de um juiz enquanto aguardava o resultado de seu processo contra seu curador. O juiz explicou que não deve se nomear curador de ninguém. Nos casos em que o interditando não tem um parente próximo para responder por ele, nomeia-se um vizinho ou um amigo que lhe visite sempre ou esteja por perto e, se a pessoa encontrar-se internada em um abrigo ou asilo, nomeia-se então o diretor ou outro funcionário responsável pela instituição. Às demais perguntas Dr. Jonas disse que responderia por escrito quando nos encontrássemos para a audiência, o que nunca ocorreu, mas as questões anotadas no papel, e outras que surgiram posteriormente, foram respondidas ao longo do trabalho de campo, como será apresentado.

Foram acompanhadas doze audiências de interdição no período entre maio e novembro de 2014. Destas, nove tinham como justificativas questões relacionadas à doença mental, porém, associadas a algum tipo de “senilidade” ou incapacitação julgada decorrente da idade, sendo todos os interditandos pessoas com mais de 60 anos. As demais envolviam diagnósticos associados a dificuldades motoras, como a paralização dos movimentos voluntários do corpo, sendo justificadas por Acidente Vascular Cerebral (AVC), Poliomielite (também conhecida como paralisia infantil) e Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico. Apesar das causas para a interdição dos processos acompanhados no Fórum serem bastante diferentes daquelas relatadas pelos interlocutores interditados que fizeram parte da pesquisa, o acompanhamento dos processos na Vara Cível permitiu o conhecimento sobre o funcionamento dos processos legais assim como o registro documental destes.

As audiências de interrogatório etnografadas ocorreram na casa do interditando ou na instituição em que se encontravam⁴¹, a fim de evitar o deslocamento da pessoa que “já está debilitada”⁴², com exceção de uma audiência que ocorreu equivocadamente no fórum. Como íamos para as audiências juntos no carro do juiz (eu, o juiz, a oficial de justiça e, apenas uma vez, a advogada do requerente), pude esclarecer algumas das minhas dúvidas durante o percurso, além de conversar acerca das minhas impressões sobre as mesmas como costumava indagar o juiz. Tive acesso também à literatura que me foi emprestada por Dr. Jonas para que eu compreendesse, juridicamente, como o processo

⁴¹ Duas audiências foram realizadas em um abrigo para idosos.

⁴² Trecho da fala do juiz anotado no diário de campo do dia 12 de maio 2014.

ocorre e suas etapas. O livro consultado foi aqui utilizado como parte da bibliografia referenciada⁴³, e compreendido como parte do material de campo uma vez que, sendo vasta a literatura na área do direito civil, privilegiou-se os textos acessado no campo no fórum.

Em relação aos documentos dos processos, tive acesso apenas aqueles que estavam em tramitação, os referentes aos processos findos não puderam ser acessados devido à unificação destes ocorrida no interior do estado de São Paulo a partir de 2014. Até esse ano os documentos permaneciam nos cartórios do próprio fórum, podendo ser consultados com autorização do juiz. Após o início da unificação, todos esses processos passaram a ser encaminhados para um cartório na cidade de Jundiaí/SP, onde só podem ser requeridos pelo advogado responsável, por meio de uma ação denominada “desarquivamento”. Por demorar pelo menos cinco meses para que o processo seja entregue ao advogado e ainda ter que entrar em contato com cada um deles, não foi possível acessar os processos findos. Relevante ainda explicitar que a etnografia dos documentos foi construída de forma fragmentada, pois, das audiências acompanhadas, apenas partes dos autos processuais me foram entregues, somados a outros cujas audiências ocorreram previamente à pesquisa.

2.2 - Ritos processuais e discurso psiquiátrico

A primeira audiência de interdição que acompanhei foi a única a ocorrer no fórum. Como explicou o juiz, “por falha na comunicação”, o oficial de justiça não o informara que a interditanda não tinha condições de ir até a instituição, como deve ser feito nesses casos. Segundo a requerente, mãe da interditanda, ela informara ao oficial sobre as dificuldades de locomoção da mãe, mas o profissional da justiça lhe disse que nada podia fazer. Ao tentar comprovar o que dizia, a requerente, em um tom de voz que demonstrava seu descontentamento com o ocorrido, perguntou a mãe, na sala do juiz, “você lembra o que o oficial disse?”, mas a interditanda, corroborando com os “sintomas” descritos na petição inicial, respondeu apenas que não lembrava. Apesar da audiência ter ocorrido equivocadamente no fórum e, por isso, ter sido conduzida de forma não rotineira, foi possível compreender as etapas dos processos de interdição e os papéis de cada profissional.

⁴³ WAMBIER, Luiz Rodrigues. *Curatela dos Interditos*. 2000.

Quando me encontrava ainda nos corredores do fórum, aguardando a audiência, conheci a requerente, que buscava explicações sobre o atraso para o início da mesma, explicando que sua mãe, a interditanda, não podia mais esperar devido ao seu estado debilitado de saúde, além de não conseguir chegar à sala do juiz, que ficava no segundo andar e o único elevador do fórum estava quebrado. Após explicar a mim e ao guarda que fica na entrada das salas dos juízes, e ser esclarecida por ele que tal fato deveria ter sido comunicado pelo oficial de justiça, a mulher explicou a situação a um dos assistentes judiciais do Dr. Jonas, que, após alguns minutos, retornou com o juiz. Depois do Dr. Jonas ir até a sala de espera no primeiro andar do fórum conversar com a interditanda e informar suas desculpas pelo erro do oficial de justiça, todos subiram para sua sala, a interditanda com ajuda do guarda, para finalizar a audiência.

A longa mesa de madeira localizada no centro da sala de audiências, na qual sentam-se o réu, o autor e seus respectivos advogados, cada uma das partes de um lado da mesa, encontrava-se com todos os lugares ocupados por participantes da audiência que fora interrompida pelo juiz quando seu assessor informou sobre o equívoco do oficial de justiça. Dr. Jonas entrou na sala e ocupou seu lugar, no centro de outra mesa em um patamar mais alto em uma das extremidades da sala. Ao lado direito do juiz, no mesmo patamar que os demais, estava a escrevente que, ao nos ver entrar, levantou-se e indicou a mim, à interditanda e à requerente que nos sentássemos no sofá em frente à sua mesa. Em posição oposta à do juiz, estava uma de suas assistentes judiciais, que acompanhava de seu lugar os processos em andamento com uma cópia dos processos em mãos.

Quando nos sentamos, a escrevente separou os documentos do processo de interdição e entregou-lhes ao Dr. Jonas, como fez em todas audiências que acompanhei. Em seguida, digitou o que o juiz lhe ditara nos autos processuais, declarando a interdição provisória da interditanda, as impressões do juiz sobre a mesma, e o restante do texto padrão para este tipo de audiência. Encerrada a audiência, a escrevente entregou à requerente o documento a ser preenchido pelo médico, recolhendo as assinaturas dos envolvidos no termo de audiência de interrogatório. Depois esclareceu as etapas seguintes, explicando à requerente que a interdição provisória já estava decretada e que o advogado deveria juntar aos autos o formulário do perito, podendo este ser preenchido pelo médico que atende a interditanda, para que seja sentenciada a interdição definitiva. Após encerrada a audiência, o juiz me explicou o ocorrido quando eu já me encontrava na porta de saída da sala:

Lu, essa senhora entrou com o processo de interdição de sua mãe, que está doente (mentalmente) e tem diabetes. Precisa de acompanhamento e atenção para tomar as medicações. Como sua mãe não tem como cuidar de si, a filha será nomeada sua curadora para que possa responder pela mãe. O certo seria eu ter ido até sua casa, mas o oficial de justiça não informou (trechos do diário de campo, 20/05/2014).

Em relação à participação dos advogados nos processos de interdição, o papel destes está mais associado à formulação da petição inicial e a juntada dos demais documentos necessários, indicados pelos juízes ao longo do processo, não sendo obrigatória a presença destes profissionais nas audiências de interrogatório. Quando estavam presentes nesta etapa, os advogados restringiam-se ao recolhimento dos documentos entregues pelo juiz. No que tange à participação do Ministério Público (MP), parte do processo citado nos autos, este não esteve presente em nenhuma das audiências etnografadas, apenas constando o nome de seu representante no processo e a indicação de que este abra vista aos autos do processo após o interrogatório⁴⁴.

Dessa forma, em relação aos ritos⁴⁵ que abarcam os processos de interdição, apenas uma audiência é necessária, em geral, para que a interdição seja decretada. As demais etapas (petição inicial e sentença) são feitas apenas através dos documentos, e a perícia médica, via de regra, substituída por uma consulta com o médico do interditando. Por fim, encerram os ritos processuais a sentença do juiz, que deve ser inscrita no Registro de Pessoas Naturais, contendo o nome do interdito e do seu curador, as causas da interdição e os limites da curatela (se houver).

As audiências de interrogatório baseiam-se no que aponta a Petição inicial, documento que inicia o processo em nome do requerente que solicita a interdição de um parente. Junto ao discurso do advogado sobre as condições físicas e mentais do interditando, que evidenciam as causas da interdição, são comumente apresentados relatórios médicos com o diagnóstico do interditando ou, quando estes não constam nos autos, cita-se no documento o diagnóstico atribuído com referência ao nome e número de registro do médico responsável pela avaliação.

A interditanda encontra-se impossibilitada de deambular, de maneira definitiva, devido ao seu estado de senilidade, não mais

⁴⁴ O papel do MP é descrito no anexo II, de acordo com o Código de Processo Civil.

⁴⁵ No direito o termo “rito” está associado a categorias que indicam a sequência de atos processuais a serem seguidos. Aqui o termo foi utilizado em referência ao conjunto de atividades observadas no fórum, que incluem gestos, linguagem e documentos, que ocorrem de forma mais ou menos padronizadas, seguindo um conjunto de normas, compondo os processos jurídicos.

possuindo capacidade civil para reger seus atos, conforme atestado pelo Dr. Fulano, que a Interditanda “está totalmente dependente impossibilitada de praticar atos da vida civil por doença degenerativa, progressiva, incurável”.

Que após tal estado de incapacidade, a Requerente passou a cuidar totalmente da vida e dos interesses da Interditanda, suprindo-lhe todas e quaisquer necessidade (trecho da petição inicial).

O objetivo das audiências é que o juiz, por meio de perguntas ao interditando, compreenda detalhes sobre sua personalidade e comportamento e elabore suas impressões, como explicita Wambier (2000), que constarão no Termo de Audiência de Interrogatório. Porém, em todas as audiências, as perguntas eram direcionadas aos familiares do interditando - com exceção das primeiras falas que consistiam, basicamente, em “Olá senhor X, tudo bem com o senhor?”, com especial atenção ao requerente, futuro curador no caso da declaração da interdição.

O percurso até o local onde encontrava-se o interditando era feito no carro do juiz, no qual nos acompanhava a oficial de justiça. No caminho, o juiz e a oficial conversavam sobre assuntos do fórum (ambos trabalham juntos há cerca de 15 anos) e me antecipavam algumas poucas informações sobre o processo de interdição em questão. Quando chegávamos ao destino, o juiz nos apresentava à família e todos entrávamos na casa, ocorrendo a audiência quase sempre na sala, com exceção dos casos nos quais o interditando estava acamado, que ocorriam no quarto. Em todas as audiências estiveram presentes ao menos mais um parente do interditando, embora fosse raro que o juiz dirigisse perguntas que não fossem para o requerente. De forma geral, as famílias nos recepcionavam com algum decoro, nos ofereciam café ou água e respondiam apenas o que lhes era perguntado pelo juiz.

As audiências de interrogatório seguiam um padrão pouco variável: após as apresentações e cumprimentos, o juiz sentava-se perto do interditando, perguntava como a pessoa estava e iniciava o interrogatório direcionando as perguntas ao requerente. Certa vez me explicou que não se dirigia ao interditando, como seria o indicado, porque já havia lido no processo as condições nas quais a pessoa se encontrava⁴⁶. Tal afirmação sugere a importância do processo, que, quando iniciado, já sublinha as “anomalias” da pessoa avaliada como um fato mesmo antes do interrogatório e da declaração oficial do médico sobre o interditando. Tal observação poderia ser óbvia, já que a petição inicial tem como

⁴⁶ Exemplo de petição inicial e termo de interrogatório encontram-se no anexo III e IV, respectivamente.

objetivo apontar os motivos da interdição, porém a prática do juiz, de direcionar as perguntas para o requerente, assim como a elaboração prévia do Termo de Audiência de Interrogatório, como veremos a seguir, demonstram que a petição não é apenas uma suposição que será averiguada ao longo do processo, mas sim um documento que indica aos envolvidos o estado mental do interditando.

As perguntas ao requerente referiam-se à compreensão sobre quantas pessoas moravam em seu domicílio, quem eram essas pessoas e quem dentre os parentes cuidava do indivíduo que se pretendia interditar, se todos os filhos o visitavam, se levavam o interditando ao médico ou o médico o visitava em sua residência, se o interditando fazia uso de medicamentos, se estava se alimentando bem, se caminhava e, nos casos de resposta afirmativa, se a caminhada ocorria dentro ou fora da residência, com ou sem ajuda de terceiros, se o interditando se comunica e como.

“Ela está cuidando bem de você, seu Antônio?” (juiz, referindo-se à esposa do interditando). Com alguma dificuldade, Antônio respondeu que sim, “cuida bem”. Em seguida o juiz direcionou suas perguntas ao filho e requerente, Cláudio, e à esposa do requerido. Perguntou quem morava na casa, quantos filhos eles tinham e se todos costumam visitar o pai. Cláudio respondeu que na casa mora apenas os pais, mas que os visita todos os dias. Tem duas irmãs, uma morando fora da cidade e outra que, mesmo morando perto, não o visita.

Juiz: Ela trabalha? Não dá pra vir?

Cláudio: Dá pra vir, porque ela trabalha das 7h às 16h, mas não vem.

Juiz: Então ela não vem por que não se esforça?! Ele toma remédio?

Esposa: a gente dá, mas só à noite.

Juiz: Há quanto tempo ele está assim?

Cláudio: há mais ou menos três anos. Ele já tem a doença (Alzheimer) há mais ou menos três anos, mas piorou nos últimos dois.

Juiz: Ele não anda mais?

Cláudio: Não

Juiz: E desde quando ele não anda?

Cláudio: Desde novembro.

Juiz: E antes ele andava na rua ou só em casa?

Cláudio: Aqui em casa mesmo, já não saía mais.

Juiz: Por preocupação de vocês?

Cláudio: É, ele se perdeu muito na rua.

Juiz: E como é a alimentação?

Cláudio: A gente dá... às vezes ele come sozinho, ele consegue, a gente coloca o garfo na mão dele. Mas geralmente a gente tem que dar mesmo.

Juiz: Quem dá banho?

Cláudio: Eu e ela [apontando para a esposa de Antônio].
Enquanto o juiz realizava o interrogatório, Antônio repetia as frases “daqui eu não saio (saiu ou saio?)...”, “essa casa é minha”, “daqui eu não saio não, só quando morrer”. O juiz parecia não dar atenção às falas do interditando, até que, quando perguntou há quanto tempo Antônio estava “assim” pela segunda vez, direcionou sua pergunta a ele. Antônio parou de repetir as frases, deu um sorriso e respondeu: “há, nem sei mais”. O juiz sorriu-lhe de volta.
Juiz: E o médico?
Cláudio: Ele vai...
Juiz: Vocês levam ele lá ou o médico vem aqui?
Cláudio: A gente leva.
Juiz: Seria bom ter um médico de família, para vir até a casa e ele não precisar sair. Então, vamos às assinaturas? (Caderno de campo, 10/06/2014).

Após o esclarecimento dessas informações, o juiz encerra o interrogatório e recolhe as assinaturas do requerente e da oficial de justiça (ou do advogado, quando presente) no Termo de Audiência de Interrogatório e entrega, ao requerente ou ao advogado, o “formulário do perito” a ser preenchido pelo médico e juntado ao processo. Como me explicou o juiz, o Termo de Audiência serve como comprovação de que a audiência ocorreu na casa do requerente, podendo ser assinada por mim, no lugar da oficial de justiça, ou por qualquer outro presente que não fizesse parte do processo. A princípio, o interditando também deveria assinar o documento e, quando não pudesse fazê-lo, segundo indica a lei (e alguns juízes assim o fazem), deveria ser colocada sua digital no local da assinatura. O juiz argumentou não proceder dessa forma por achar que tal ato pode atentar contra a dignidade da pessoa ou constrange-la, optando então por pedir que assine o documento o advogado, representante legal do interditando, ou seu requerente. É também no Termo de Audiência que se encontram descritas as impressões do juiz e a declaração da interdição provisória, como segue no exemplo abaixo:

Interrogatório da interditanda: “A interditanda encontra-se acamada, sem capacidade de locomoção. Aliás, sua capacidade motora em geral mostra-se fortemente debilitada. Não tem consciência da realidade ao seu redor. Profere frases desconexas, demonstrando severo déficit cognitivo. É totalmente dependente de terceiros para os cuidados essenciais”. **Impressão do Juiz:** “A capacidade cognitiva da interditanda encontra-se visivelmente abalada, razão pela qual não possui condições de reger os atos da vida civil”. O Juiz deliberou: “Concedo a Curatela Provisória para fins legais, pois doravante a interditanda será representada pelo requerente que prestará compromisso em 5 dias, devendo comparecer em cartório para esse fim. O requerente fica intimado

para, em 15 dias, exibir parecer técnico dando conta d estado atual da interditanda e respondendo aos requisitos do MP, que lhe estão sendo entregues neste ato.” (Trecho do Termo de Audiência de Interrogatório).

É importante atentar como, nesse momento do processo, o interditando já está sob a curatela de terceiros, pois o advogado, descrito pelo juiz como representante do interditando é, do ponto de vista legal, representante do requerente, já que um indivíduo não pode iniciar um processo de interdição de si mesmo. O requerente, por sua vez, também possível assinante, já ao fim do interrogatório atua como curador do indivíduo interditado, mesmo que ainda provisoriamente, demonstrando o caráter imediato da interdição. Ao fim da audiência domiciliar, que não ultrapassa 15 minutos de duração, o juiz decreta a curatela provisória, sendo a sentença de interdição definitiva proclamada após a juntada do laudo médico ao processo.

Mesmo com um parecer técnico prévio já presente na petição, a importância da audiência de interrogatório encontra-se na avaliação pessoal do juiz, capaz de identificar, através de um olhar “treinado” não apenas as condições físicas e mentais do indivíduo avaliado, como também se a família, e o requerente mais especificamente, tem condições de cuidar do interditando e já o fazem.

Não foi raro, durante os processos, referências do Dr. Jonas ao que me refiro como “um olhar treinado”. Nos momentos que precederam as audiências, assim como nos posteriores, quando nos encontrávamos em seu carro no caminho de volta ao fórum, o juiz referiu-se à possibilidade de compreender “pelo olhar” se o requerente falava a verdade, assim como se o ambiente familiar apresentado durante a audiência era compatível com a realidade cotidiana da família. Outras vezes referiu-se ao amor que podia ser perceptível durante a audiência, quando os familiares falavam sobre o interditando. “Anota aí no seu caderno: casos emocionantes da vida”, me disse Dr. Jonas referindo-se à audiência que acabara de ocorrer, na qual a interditanda esteve cercada por suas 3 filhas e uma neta que se revezavam em seu cuidado. No momento posterior a outra audiência o juiz sublinhou “dava pra ver o amor nos olhos dela”, descrevendo a requerente que interditava a mãe.

Sobre a importância da audiência de interrogatório e a impressão pessoal do juiz em tais processos, Delgado (1992) assinala:

[...] para subsidiar a convicção do magistrado, a audiência de impressão pessoal é avaliada como indispensável. É ali que se podem identificar casos que constituem uma “cena preparada”, de

pessoas “que chegam aqui instruídos por outrem”, de situações “obscuras”, que fazem o juiz decidir-se por uma inspeção local, etc... É um momento culminante do rito processual, uma vez que ali o juiz forma sua convicção, e ali se reafirma o estatuto de subalternidade do perito e das partes. O juiz “olha e aquilata”, e vai lidar com as posteriores peças processuais já com um embrião da certeza íntima de onde nascerá a sentença (p.168).

Um exemplo dos padrões morais que acercam as concepções sobre os papéis sociais ideais concebidos pelo juiz, assim como os que demarcam o que é socialmente estabelecido como tipo ideal de normalidade, foram apresentados em uma audiência que não fazia parte da pesquisa, mas que acompanhei enquanto aguardava na sala do juiz o momento de irmos para as audiências domiciliares. Nesta o foco do processo eram os atrasos na pensão que deveria ser paga pelo pai à seu filho de 9 anos. Logo que a audiência foi iniciada, o juiz questionou se a criança estudava e lhe interrogou se já sabia o que queria ser “quando crescer”. Quando a criança disse-lhe que não, o juiz lhes fez alguns questionamentos no sentido de demonstrar a importância dos estudos para alcançar um lugar de destaque socialmente:

Juiz: Mas você que ser um profissional, não quer? Bem sucedido?

Menino: Quero.

Juiz: quer ter um carrão?

Menino: quero.

Juiz: uma casa grande?

Menino: quero.

Juiz: uma mulher linda?

Menino [rindo]: quero.

Juiz: mas só uma, heim!

O trecho demonstra algumas questões morais que balizam o “olhar” do juiz perante os indivíduos avaliados, assim como a importância de aspectos que não constam necessariamente nos códigos legais, mas que podem ser decisivos em casos de interdição, como a relação entre o interditando e o trabalho, por exemplo. Nesse sentido, é importante sublinhar que a interdição, assim como os demais processos jurídicos, também discursa sobre a sociedade nas quais se encontram, não sendo possível dissociá-los da cultura local. Apesar da ideia socialmente difundida de que estas sejam instituições burocráticas que operam sobre bases rigidamente estabelecidas, as formulações legais dizem respeito a questões morais sobre o que é ou não socialmente aceito ou “normal”.

No que tange essas questões, Zarias (2003) elucida:

No processo de interdição, o interrogatório e a perícia médica são regulados por um sistema de práticas envolvendo convenções e

regras, guiando as ações dos indivíduos através do uso de signos e símbolos transmitidos por pequenos gestos, tonalidade de voz, postura, etc.; que são focos particulares de pensamento e atenção visual, mantidos por um curso específico de fala adotado pelo juiz e pelo perito, considerado como oficialmente representativo do encontro, ao avaliarem as condições do réu em ‘administrar os próprios bens e reger a própria pessoa’. A organização dessas ocasiões é fechada, conduzindo a um padrão esperado de respostas e comportamento. A atenção visual oficial, que é a do juiz e a do perito, é conduzida sutilmente por meio de avaliações formais e informais transformadas em texto (p.139).

Retornando à questão da petição inicial, é importante salientar que, nos casos das audiências domiciliares, como não está presente a escrevente ou qualquer assistente judiciário, o Termo de Audiência de Interrogatório só pode ser entregue ao final da audiência se redigido previamente. Ou seja, as impressões declaradas pelo juiz, assim como a declaração provisória de interdição já estavam descritas no documento antes da audiência ocorrer, tendo o juiz se baseado na petição inicial e no parecer médico nela declarado.

O psiquiatra forense dos Tribunais de Justiça de São Paulo, Guido Palomba (1992), difere relatório e parecer médicos do laudo pericial por um aspecto principal: “o laudo tem quesitos a serem respondidos, o parecer não” (p.7). Ambos devem, porém, abranger uma descrição minuciosa de um fato médico observado pelos técnicos. Nem todas as respostas dos médicos nos documentos acessados durante o trabalho de campo, porém, fazem referência aos quesitos explicitamente e algumas vezes restringem-se a especificar que o interditando apresenta anomalia psíquica que o impede de exprimir sua vontade e gerir sua vida, identificando o diagnóstico atribuído, já apresentado na petição inicial.

Os quesitos do documento citado, a ser preenchido pelo perito ou, no caso do município em questão, pelo médico do interditando, são formulados pelo Ministério Público e variam quanto à ordem e a formulação das perguntas, de acordo com o promotor de justiça que o assina, mas em geral se direcionam às mesmas questões:

- 1º) O (a) paciente apresenta anomalia, anormalidade psíquica ou deficiência física, que o impede de exprimir a sua vontade, cuidar de todos ou alguns de seus negócios?
- 2º) Em caso de afirmativo do 1º quesito, qual a natureza da moléstia? É de caráter permanente ou transitório?
- 3º) Se positivo o 1º quesito, é esse mal congênito ou adquirido?
- 4º) Se adquirido o mal, qual a data ou época, ainda que aproximada, de sua eclosão?

5º) Tem o (a) paciente condições de discernimento, com capacidade de, por si só, gerir a sua pessoa e administrar seus bens e interesses?

6º) No caso do quesito 4º, a eclosão do mal gerou, desde logo, a incapacidade do (a) paciente de, por si só, gerir sua pessoa e administrar seus bens e interesses?

7º) Se positivo o quesito 5º, o(a) paciente sofre de restrições, ainda que induzidas, na capacidade de gerir e administrar seus bens e interesses, ou para a prática de todos os atos da vida civil? Em caso positivo, em que consistem tais restrições? São elas temporárias ou permanentes?

8º) Demais considerações, entendidas necessárias, a critério do(s) senhor(es) perito(s).

(Trecho do formulário para o perito acessado durante a pesquisa no fórum).

Sobre a avaliação feita em tais processos, Dr. Flávio, médico do CAPS e ex perito do município⁴⁷, definiu a observação feita pelo médico em relação ao interditando como “um exame do estado mental baseado nas informações do paciente e de quem o acompanha”, sendo o acompanhante alguém que “tem responsabilidade com o paciente”, podendo ou não ser um parente. O resultado final do trabalho do perito deve então mostrar, segundo o médico, “exatamente o estado mental no qual ele [o interditando] se encontrava”:

Então você faz o exame do estado mental cujo objetivo final, vamos dizer assim, é estabelecer se o sujeito ainda tem juízo crítico da realidade. Então esse é o objetivo final, que você avalia em vários aspectos do condicionamento mental para entender se ele tem condições de julgar a realidade e ver de uma maneira crítica, ou seja, tomar uma decisão, né? Sobre a vida dele de uma maneira que ele não venda ou não dê o patrimônio dele para a cuidadora, por exemplo (trecho da entrevista realizada com Dr. Flávio em 09/10/2014).

Palomba (1992) argumenta, em relação ao “exame psíquico”, que o perito lança mão de seu contingente pessoal de observação e técnica a fim de construir uma elaboração pormenorizada, fiel e objetiva, utilizando, quando necessário, “exames subsidiários” referentes ao funcionamento orgânico geral. Assim, é “com exames laboratoriais, boa anamnese e exame físico completo que se chega ao juízo de certeza sobre tal”

⁴⁷ Dr. Flávio participou de uma entrevista semi-estruturada realizada para a pesquisa no mês de outubro de 2014. Com pós-graduação realizada em homeopatia, o médico explicou na entrevista em questão, que para trabalhar com saúde mental não é necessário ser psiquiatra, mas sim trabalhar com saúde mental. O mesmo ocorre para o trabalho como perito, que exerceu durante o ano de 2012, para o qual é necessário ser concursado e especialista na área.

(PALOMBA, 1992, p.12). O psiquiatra forense assinala ainda não haver possibilidades de simulação por parte do interditando e seus familiares em tais processos, argumentando que, se há tentativa de simular uma doença, “não há exame rigoroso que não a desvende” (p.29).

Já se disse algures que o “louco tem aspecto de louco”: há um brilho típico nos olhos do delirante, há uma postura física típica do corpo do deprimido, há uma movimentação típica nos casos de mania, há uma inflexão de voz típica para determinadas patologias, isso para falar de algumas características grosseiras, que o simulador, por mais hábil que seja, não consegue imitar (PALOMBA, 1992, p.29)

Dessa forma, a perícia é feita de certezas fundamentadas em um conhecimento biomédico que ultrapassa os parâmetros da técnica, alcançando um “olhar treinado”, capaz de perceber qualquer detalhe que pudesse escapar à pessoa comum, que indique os desvios “patológicos” de comportamento do indivíduo avaliado.

Como já observou Delgado (1992), poucas discordâncias ocorrem entre o laudo pericial e o interrogatório médico, tratando-se de uma “região pacífica, onde as representações dominantes são marcadas pela ideia de que só se interditam pessoas de fato muito dependentes, e para que sejam protegidas” (p.168). Demonstrações desse fato, além dos processos observados durante a pesquisa, foi a fala do médico, ex perito do município, Dr. Flávio, ao explicitar nunca ter participado de processos onde o juiz não tenha acatado seu parecer, justificando tal fato com o argumento de que seu laudo é muito detalhado e, nas ocasiões em que existiram dúvidas quanto à capacidade da pessoa avaliada, ter solicitado a um colega uma segunda perícia. O único conflito apontado pelo médico durante o período em que atuou como perito foi relacionado ao questionamento de seu laudo por um interditando.

O único caso que eu lembro tipo um conflito, vamos dizer assim, foi de uma vez que a gente foi visitar um paciente que já estava há anos num transtorno maníaco, e se achando fantástico, maravilhoso, e queria uma forma de atendimento e a família já estava incapaz. Ele brigava com todos e num fazia mais nada da vida dele. O juiz mandou que ele fosse trabalhar e ele depois se queixou. Fez uma queixa pra mim perante o CRM [Conselho Regional de Medicina]. Eu expliquei pro CRM o que tinha acontecido e o CRM entendeu. Mandei os documentos do trabalho como perito, mandei o relatório da equipe da perícia, pápápá... mostrando exatamente o estado mental no qual ele se encontrava, então pra isso tá bem documentado é difícil você ter problema. [...] Nesse caso deixei bastante claro que se ele fosse medicado, ele teria provavelmente condições de cuidar da vida

dele. [...]. Porque transtorno bipolar é o tipo da doença que você medica e tem controle, normalmente. Mas ele não queria tratamento (trecho da entrevista realizada com Dr. Flávio em 09/10/2014).

Qualquer possível conflito que poderia existir entre as competências do juiz e do médico ou perito, parecem ser afastadas quando se compreende que é o médico aquele que detém o conhecimento técnico capaz de avaliar a saúde mental do indivíduo de forma a auxiliar a decisão do juiz, responsável pela decisão judicial. Tal acordo se torna claro na fala do Dr. Flávio quando ao explicar que quem interdita é o juiz, cabendo ao médico avaliar o estado mental do interditando e elaborar o laudo. Dessa forma “se é lícito o juiz divergir do laudo, é recomendável não esquecer que, na matéria, o juiz é leigo” (Delgado, p. 128).

Partindo das formulações de Goffman sobre os tipos de interação social, em seu trabalho etnográfico Zarias (2003) identifica a colaboração entre os envolvidos no processo de interdição (juízes e peritos, principalmente, mas também o requerente) no sentido de encontrar no interditando sinais de problemas mentais contidos na petição inicial. Como explicita o autor, “pode-se dizer que prevalece a tendência em registrar os eventos havidos na sala de audiências no sentido de torna-los provas de um sintoma mental, enquanto aqueles que poderiam desmenti-las não chegam a fazer parte do termo de interrogatório (p.152). A tarefa do juiz é, dessa forma, encontrar no interditando as características que resultem na formulação “doente”, portanto “incapaz”.

Tal argumentação é elaborada também a partir da percepção de que os juízes e os peritos, ao avaliar o interditando, o fazem em um determinado momento e ambiente que apesar de serem atípicos para os indivíduos avaliados, fazem referências aos demais momentos de suas vidas, nos quais as anomalias foram apresentadas, no intuito de comprovar o diagnóstico referenciado.

Como já foi apontado anteriormente, o termo de interrogatório escrito previamente à audiência corrobora enquanto argumento para o que evidencia Zarias (2003). O fato de que parte dos réus desconhecem a razão de estarem em um interrogatório, ou, às vezes, não saberem nem mesmo que estão em uma audiência também indicam a colaboração entre os presentes no que diz respeito à comprovação da incapacidade do indivíduo avaliado. Outra situação que apontou tais considerações ocorreu durante a audiência de interrogatório de um senhor de 64 anos que apresentava sintomas associados à perda de memória e dificuldade de fala, de acordo com a petição inicial. Durante o interrogatório,

como de praxe, o juiz direcionou as duas primeiras perguntas ao interditando, sendo as seguintes voltadas ao requerente, filho do interditando e dono da casa onde nos encontrávamos. Quando perguntado pelo juiz “e ele está cuidando bem do senhor, senhor x?”, ao que o interditando respondeu apenas “não”. A resposta inesperada do interditando fez com que o juiz olhasse para o requerente, sem lhe perguntar nada, como quem espera uma explicação. O requerente contou que o pai não era uma pessoa fácil de lidar e nunca esteve presente na família, não tendo uma boa relação com nenhum de seus outros quatro filhos. Após a breve explicação do requerente o interditando não disse mais nada. O juiz prosseguiu com as demais perguntas e encerrou o interrogatório, concedendo a interdição provisória até a juntada do laudo médico aos autos processuais.

Em outra audiência domiciliar, cuja interditanda era uma senhora de 89 anos diagnosticada em estado de senilidade, a requerente, uma de suas filhas, ao ser perguntada pela interditanda quem era aquela pessoa em sua casa, referindo-se ao juiz, respondeu-lhe que se tratava de um médico. Embora a pergunta tenha sido feita em um tom de voz muito baixo, impossibilitando a todos nós ouvi-la, o ocorrido nos foi narrado pela requerente minutos depois, acompanhada da explicação de que mentira porque achava melhor a mãe não saber que era um juiz.

Sobre as pessoas que passam pelo processo de interdição, a coordenadora da defensoria pública do município, responsável pelos processos de interdição e internação de pessoas diagnosticadas com “transtornos mentais”, explicou que normalmente os casos de interdição envolvem pessoas que já estão em situação de dependência, quase sempre pobres (ao menos nos casos acompanhados pela defensoria pública). Nesse sentido, segundo a defensora, os processos apenas regularizam uma situação preexistente. Ressaltou que, os casos de dependência química, mesmo sendo tratados dentro da esfera da doença mental, não passam pelo processo de interdição, sendo encaminhados, quando necessário, para tratamento ou internação.

O discurso da defensora pública, no qual a doença é responsável pela incapacidade e não a interdição, já aparecia na pesquisa de Delgado (1992) quando o autor questiona a forma de cuidado que associa a justiça e medicina em torno do argumento da proteção à pessoa incapaz. O autor questiona a contradição de um dispositivo que, ao identificar “um cidadão peculiarmente frágil” (p.34) e, portanto, incapaz, lhe dá o direito de ser tutelado, corroborando, justamente, com a perda de seus direitos civis e, conseqüentemente, sua cidadania.

Ao mostrar uma versão do código civil interpretado e explicar quem são as pessoas que podem ser interditadas, apontou a categoria “pródigos” salientando que também faz “essas interdições”, explicando-me que pródigo é a pessoa que gasta muito, que não tem controle dos bens e que isso também é uma forma de transtorno mental. Contou que nos casos de interdição de pessoas que tem alguma renda, esta é transferida para o Banco do Brasil, podendo ser acessada apenas para fins que beneficiem o interditado, devendo qualquer movimentação de conta lhe ser informada, com exceção de um valor mensal disponível, declarado em sentença de acordo com as necessidades do interditado.

Em contrapartida ao que me disse a defensora pública, o juiz fez referência a casos de interdição por uso de drogas, explicando que há casos de usuários que, pelo uso abusivo de substâncias ilícitas, “perdem a capacidade de responder por si e ficam dependentes dos outros”, ocasionando a interdição. Também o médico entrevistado fez alusão ao uso de drogas como possível causador da interdição, ressaltando, porém, que tratam-se de raros casos, sendo a maioria dos usuários abusivos de drogas encaminhados para tratamento em regime de internação.

Você tem tanto pacientes que estavam... pessoas normais que, por fazerem uso de drogas, principalmente cocaína, entram em estado de surto psicótico que pode ser transitório, pode ser um surto agudo, pode perder... sair da casinha durante um tempo e voltar pra casinha e se ele parar de usar a droga ou não, pode ser pra sempre. Mesmo que pare. Porque apertou um botãozinho ali que não volta pra trás. Tirou do trilho, não volta mais. Então você tem uma mistura grande pro paciente que é esquizofrênico, mas que é usuário de cocaína mesmo e que a recuperação dele foi, infelizmente, impossível. Ele ficava melhor, usava cocaína. Não foi possível, infelizmente, ele está interditado (Trecho da entrevista realizada com ex perito em 09/10/2014).

Ao tratar sobre quem são, de forma geral, as pessoas interditadas e sobre as categorias de doenças “mais incapacitantes”, Dr. Flávio foi mais específico que os demais interlocutores, explicando o ponto de vista médico:

Do ponto de vista da saúde mental, sim [há algumas doenças incapacitantes]. Ou seja, quando você perde o contato com a realidade, fica complicado. E isso... vamos dizer assim, você tem algumas áreas de funcionamento da nossa mente que tem que estar integradas e funcionando direitinho. Então você tem a cognição, que é nossa capacidade de raciocínio, basicamente. Você tem o seu humor, você tem a sua memória, que é a capacidade de você evocar seus conteúdos lá guardados, e você tem toda a integração das nossas percepções da realidade, não é? Desde as percepções visuais, auditivas, tal, até a percepção que

eu tenho do ambiente, enfim. [...] Então você tem alucinações, você tem delírios, delírios persecutórios, delírios em que o sujeito se sente ameaçado, ele fica achando que as pessoas tão combinando contra ele. Ou então você tem estados de exaltação de humor que faz com que você se sinta capaz de tudo, não é? E a sua crítica sobre isso vai diminuindo na medida em que você se sente muito bem, muito bacana e etc, etc, etc. Então aí você é capaz de transar com metade da rua ou então ir lá e bater no prefeito se você não gosta dele. [...] Então você não tem mais o juízo crítico da realidade. Então você tem doenças que reconhecidamente colaboram com isso. Tem a famosa perda da cognição, que é a doença de Alzheimer, muito comum, demências, que você vai perdendo o conteúdo que você já tinha e vai se esquecendo, num é isso? Então, nesses casos, você vai esquecendo ao ponto de você esquecer como vai ao banheiro. Então fica claro que nesses processos de demência, dependendo da fase em que eles se encontrem, que você já perdeu a capacidade de tomar decisões sobre a sua vida. [...] Claro que isso começa normalmente devagar, mas pode começar de forma abrupta se você tiver, por exemplo, uma isquemia cerebral. E você tem as doenças que provocam uma desruptura entre o seu raciocínio e os seus afetos, que a mais clássica é a esquizofrenia. Então essa doença é uma doença que normalmente leva, ou frequentemente leva, para uma incapacidade dos atos da vida civil. Você consegue reverter em alguns casos, você consegue manter o paciente funcional, mas incapaz para o trabalho, por exemplo.

Sobre a fala do médico, é relevante apontar que a associação dos “sintomas” que categorizam o indivíduo como “incapaz” tratam de categorias como “perda do juízo crítico da realidade” e “desruptura entre razão e afetos”, categorias que, como já demonstrou o psiquiatra Thomas Szasz (1977), só podem ser compreendidas dentro de um contexto social e ético no qual são elaboradas. Diferentemente do que se relaciona às doenças físicas (uso o termo “físicas” apenas para contrapor o das “doenças” da mente), os discursos sobre as “doenças mentais” e seus sintomas não fazem alusão ao padrão do qual o desvio caracteriza a doença. Nesse sentido, só podem ser avaliadas a partir de julgamentos morais e éticos.

Dr. Flávio ressaltou também a importância da interdição parcial, embora não muito comum na prática cotidiana dos fóruns brasileiros, como já demonstraram Delgado (1992) e Nakamura (2011), apontando a possibilidade desta permitir que o indivíduo continue com alguns dos seus direitos civis, sendo responsável por parte de sua vida, no lugar de perder toda a autonomia, como ocorre na interdição total.

A gente tem uma paciente no CAPS, por exemplo, que todo o CAPS se envolveu numa decisão muito bacana sobre a vida dela, que é uma senhora que vive em relação a situações terríveis que ela viveu no passado e ela vive num sonho, mas numa espécie de um sonho... ela fica delirando em relação a essas situações o tempo todo e mistura conteúdos religiosos ou crenças dela de macumba e num sei o que, mas, independente dessa vida, se você conversar com ela, ela tá presa a quem a estuprou, a quem ela matou, a quem num sei o que no passado, e ela passou por essas violências mesmo, mas ela não consegue se libertar dessas imagens. Mas na vida dela, ela tem uma caderneta de poupança, ela organiza as contas dela, ela paga as contas dela, ela faz as compras dela, num é... Então, a gente teve que explicar pro juiz "olha, esse é um caso complicado", porque ela é doente, mas ela faz tratamento e ela tem capacidade, uma capacidade relativa, parcial, porque ela consegue dar conta das atividades da vida diária, mas agora, se a coisa extrapolar muito ela não tem condição. Então é preciso supervisão. Então você tem uma incapacidade completa, uma incapacidade parcial ou uma capacidade. [...] Tem que ser caso a caso. Olhar e, é claro que, pelo menos do meu ponto de vista, você tem que explorar a capacidade do sujeito. É realmente fazer o possível pra que ele, independente de ser até interditado ou não, mas que ele atinja sua função. Então o fato de estar interditado não quer dizer que ele não possa recuperar a função dele. Mas não é um processo fácil.

Partindo do que expos médico, é possível compreender o importante lugar do trabalho, da renda do indivíduo e a forma como ele a gerencia, no que se refere à negociação do que são capacidades e incapacidades. O médico explicita a dificuldade encontrada por uma "paciente" em "se libertar" das "coisas terríveis" ocorridas no passado, como sintomas de uma doença mental, acarretando o que denomina de "delírios". Esses delírios, por sua vez, são tidos como sinais da não desruptura entre o presente e o passado. Em contrapartida à "doença", o fato da mulher ter uma aposentadoria, administrá-la e pagar suas contas, aparecem como signos associados às "capacidades". Cabe retomar aqui ao fato do médico perito avaliar não apenas a "saúde mental" do interditado, mas suas capacidades ou incapacidades, não sendo, portanto, suficiente determinar se o interditado é ou não doente, mas se seu diagnóstico o torna ou não incapaz para os atos da vida civil.

O médico argumenta a importância da interdição parcial como forma de manter o indivíduo "funcional", exercendo os atos da vida civil para os quais ainda tem capacidade, mas, ao mesmo tempo, aponta como "casos complicados" aqueles em que os

comportamentos associados aos sintomas são notados paralelamente aqueles tidos como normais.

Sobre a questão do Benefício de Prestação Continuada, a defensora pública explicou que, de fato, a interdição facilita o acesso ao benefício, pois, ao ser interditada, a pessoa passa por uma perícia médica que pode avaliá-la como incapaz, comprovando o documento de interdição também a incapacidade laboral. Dr. Flávio, por outro lado, apontou a responsabilidade dos advogados que instruem mal os seus clientes, recomendando a interdição à família mesmo não sendo necessária, e dos peritos do INSS que negam o benefício mesmo quando o indivíduo tem o direito de acessá-lo.

[...] os pacientes que não conseguem o benefício... isso é frequente. Eles recorrem e em alguns casos muito severos, eu tenho uma paciente que eu atendi recentemente, totalmente esquizofrênica, muito mal, que teve um problema sério numa unidade prisional. Um dia ela presenciou uma rebelião e teve consequências terríveis, a única mulher era ela, e meu colega perito disse "não, você tem que voltar, dá pra voltar" [negando o benefício]. E ela saiu totalmente surtada, ela já tava pirando e ela saiu totalmente surtada da perícia e aí ela recorreu com meu apoio, porque eu fiz um novo atestado pra perícia federal. A perícia federal geralmente é muito bem feita. Se os meus colegas do INSS muitas vezes desconsideram casos extremamente graves, o perito federal não. Ele faz um exame do estado mental, que é o que tem que ser feito. O perito do INSS nem olha, vamos ser sinceros, né?! [...] Pressupõe-se que numa perícia você vai entrevistar o sujeito, fazer perguntas, questionar sobre os sintomas... né? Então, se há quem faça isso, parece que essa não é a regra. Então, esses casos, indo pra perícia federal, eles ganham. Então não vejo porque o sujeito abrir mão do direito civil dele pra isso.

Sobre a questão dos direitos, um outro ponto de vista importante foi apresentado por um guarda do fórum que conheci durante as esperas nos corredores ainda no início da pesquisa. Nesse dia, após referir-se à audiência de interdição que ocorrera equivocadamente no fórum, já mencionada, o guarda falou sobre problemas que percebia durante o trabalho, associando-os ao fato de muitas pessoas não saberem sobre seus direitos, o que possibilita que os funcionários das instituições deixem de cumpri-los. Frisou ainda a importância de diferenciar “assistencialismo” e “assistencializar”, apontando o primeiro como a disponibilização de verbas para população carente e o segundo como forma de esclarecer a população mais pobre, contribuindo para que seus direitos sejam cumpridos. Argumentou ainda que apenas políticas assistenciais não

podem melhorar a situação dessas famílias e que, para poder trabalhar nesses lugares de forma mais participativa, está cursando graduação em assistência social, ressaltando que não quer ser “assimilado pelo sistema”. O que observou o guarda é interessante também por tocar um ponto que, apesar de comum aos demais participantes da pesquisa, uma vez que o tema dos direitos é parte intrínseca dos processos jurídicos, não foi levantado pelos demais interlocutores.

Se o objetivo da interdição é nomear um curador para gerir a vida civil e os bens daqueles que não puderem fazê-los por si e, paralelamente a isso, o Benefício de Prestação Continuada é garantido pelas políticas públicas devendo ser direcionado aos indivíduos considerados incapazes para o trabalho, ambas as políticas tratam sobre direitos: direito de interditar, direito de ser beneficiário do INSS. Mesmo sendo de esferas distintas, ambos os direitos, porém, entrelaçam-se, em parte, devido ao que apontou o guarda e o médico (o fato das instituições não cumprirem adequadamente seu papel), em parte por uma espécie de hábito dos juízes em não atentarem para a possibilidade de interdições parciais.

A diferença entre as falas dos profissionais da justiça sobre os códigos legais referentes à interdição e a prática dos tribunais acompanhadas nesta pesquisa e nas demais já citadas é pontual no que se refere as possibilidades que acercam a interdição. Trata-se, como já apontou Delgado (1992), como fato comum a declaração da interdição parcial e a possibilidade de desinterdição, embora sejam raros os casos nos quais essas possibilidades sejam sentenciadas.

Todas as audiências de pessoas idosas foram justificadas na petição inicial pela dificuldade do interditando em gerir os benefícios do INSS, principalmente pensão, devido às suas dificuldades motoras e de comunicação. Esse fato pode ser associado ao que é amplamente aceito pela maioria dos participantes do processo, que a interdição apenas regulariza uma situação já existente. O que chama atenção é o fato corriqueiro das interdições serem declaradas totais como regra aos que são submetidos a tal processo.

Sobre a desinterdição, Dr. Jonas afirmou já ter participado desse tipo de caso, narrando o único do qual conseguiu lembrar. O caso referia-se a uma mulher que fazia uso abusivo de drogas e, após ser interditada e passar por um período de tratamento e desintoxicação, “se curou” e pode ser desinterditada. Tentou encontrar os documentos de tal processo, mas, sem lembrar o nome de nenhum dos envolvidos, não foi possível. O médico comentou nunca ter participado deste tipo de processo.

Delgado faz uma importante discussão acerca dos processos de desinterdição ao demarcar a contradição explícita na possibilidade do indivíduo, interditado e, portanto, legalmente incapaz de promover qualquer ato jurídico, iniciar um processo civil, afinal, “se o sujeito está interditado, como pode fazer uma petição ao juiz, ato da vida civil por excelência?” (p.149). Além disso, o autor questiona a possibilidade de desinterdição se pensarmos que as doenças mentais são, do ponto de vista médico, incuráveis. Para exemplificar tal contradição, Delgado expõe um caso de desinterdição no qual, após a juntada do laudo do perito que afirmava a capacidade do interditado, o juiz questiona: “senhor perito, esquizofrenia tem cura?” (1992, p. 167).

Tais exemplos demonstram onde poderiam estar os possíveis conflitos nesses processos. Porém, na grande maioria das vezes declarados como interdições totais, sem desacordos entre médicos e juízes, esses conflitos nem se quer chegam ao horizonte, mantendo a atmosfera de paz entre as competências. Essa constatação também induz ao argumento de Zarias (2003) ao se referir a relação conspiratória percebida no trabalho conjunto de peritos e juízes de sublinhar os comportamentos do interditando que corroborem com as causas apresentadas na petição inicial.

Essa relação, que prefiro denominar de complementar, uma vez que os profissionais atuam por saberes e práticas diferentes com um mesmo objetivo, é percebida também quando nota-se que nem tudo o que é dito no interrogatório é redigido nos autos, sendo estes bastante sintéticos, referindo-se apenas ao que concorda com o relatório médico, a queixa familiar e, conseqüentemente, embasa a sentença.

Capítulo 3 – Interdição e moralidades

O trabalho de campo me proporcionou contato com diversos usuários dos serviços de saúde mental do município pesquisado. Além das pessoas com as quais procurei conversar para tornar possível a compreensão sobre os processos que interessam à pesquisa, outras me procuraram para falar sobre suas vidas, certas vezes a fim de conversas simples, para passar o tempo, outras no intuito de dividir um pouco de seus sofrimentos cotidianos. Nesses encontros “não programados” muitas coisas me foram ditas que, se por um lado desviam do tema da interdição, por outro muito dizem sobre os conflitos que surgem quando os discursos oriundos do saber médico psiquiátrico não encontram ressonância entre os usuários dos serviços e/ou seus familiares. Em torno desses discursos, que apresentarei a seguir, se formularam outros, provenientes de membros da equipe médica que atendem os usuários que participaram da pesquisa. Dessa forma, mesmo quando partem de pessoas que não estão interditadas, esses relatos apontam por fim, para o centro da questão desta pesquisa: as relações entre médicos, “pacientes” e suas famílias.

A última parte deste trabalho discutirá as questões suscitadas durante a pesquisa de campo com as pessoas interditadas, suas famílias e os profissionais da saúde que com eles convivem, seja no empreendimento de trabalho comunitário, seja nos serviços públicos de saúde mental, mas também envolvem outros usuários desses serviços e membros da equipe do empreendimento que não estão interditados. O intuito é lançar luz especialmente sobre as questões morais que envolvem os processos de interdição, tanto sobre as questões relacionadas à impossibilidade de trabalhar, como aquelas que apontam os comportamentos reconhecidos pelo saber médico e pela família - e legitimados socialmente - como anormais, inadequados, irracionais e, portanto, passíveis de interdição, retornando o controle familiar sobre a vida desses indivíduos.

3.1 - Incapacidade civil e incapacidade laboral: o lugar do trabalho na categorização da “doença mental”

*O trabalho dignifica o homem.
Cabeça vazia, oficina do diabo.*
(Provérbios populares)

A estreita relação entre incapacidade laboral e civil foi recorrente ao longo da pesquisa. Sendo o trabalho um valor moral em nossa sociedade, a indicação de incapacidade laboral exerce um papel fundamental na vida das pessoas interditadas, seja no lugar que lhes cabe dentro da família, seja no que se refere à identidade que essas pessoas constroem de si.

Essa relação entre “doença mental” e trabalho foi evidenciada durante o trabalho de campo junto ao empreendimento, que se insere justamente como uma possibilidade de trabalho construído fora dos parâmetros formais, como carga horária de 40 horas por semana e relações hierárquicas. Segundo a coordenadora do empreendimento, o intuito é proporcionar a geração de renda para os membros da equipe sem o ônus que o trabalho formal pode acarretar à essas pessoas que, tendo diagnósticos de doenças mentais, encontram dificuldades em conseguir empregos e, quando conseguem, com o regime intenso de trabalho e a carga horária exaustiva, dificilmente mantêm-se empregados.

Durante o período em que frequentei o empreendimento pude compreender o que me disse a coordenadora sobre alguns ex membros que haviam saído da equipe por terem voltado ao mercado de trabalho retornarem nos momentos de “crise”⁴⁸. Há, por essa perspectiva, uma dupla compreensão sobre o trabalho: por um lado, o fato de estar empregado e, conseqüentemente, ter uma renda fixa, apareceu nos discursos dos interlocutores como indicador de saúde e capacidade; por outro o mesmo foi identificado também como causador de crises ou de adoecimento mental, como veremos a seguir.

Como já foi evidenciado, há uma recorrente relação entre incapacidade laboral e civil, sendo a primeira, muitas vezes, determinante para a constatação de uma incapacidade total, que abrange ambas as classificações. Ou seja, se o indivíduo é considerado incapaz para o trabalho, mesmo que não seja interditado, isso acarretará estigmas sociais relacionados a suas demais capacidades.

⁴⁸ “Crises” ou “surtos” são categorias socialmente identificadas, não apenas pelos profissionais de saúde, aos momentos agudos de expressão da “doença mental”, associados ao descontrole e a necessidade de cuidado intensivo.

É preciso considerar também o papel crucial que o Benefício de Prestação Continuada exerce nessa relação quando, ao ser negado pelo INSS, leva famílias a interditar um de seus membros a fim de consegui-lo mediante a comprovação de uma incapacidade não apenas laboral, mas total para os atos da vida civil do indivíduo avaliado.

Bruno, um dos interlocutores da pesquisa que se encontra interditado, é o mais velho dos três filhos de dona Sandra, “sou o filho mais velho e eu que dei trabalho a vida inteira”. Foi diagnosticado com uma “doença mental” ainda criança quando uma professora recomendou à sua mãe que o encaminhasse a uma consulta médica por apresentar “dificuldades” no aprendizado. Em sua primeira consulta, aos 8 anos de idade, o rapaz foi diagnosticado com “psicose infantil”, o que acarretava, segundo o laudo médico, consequências como dificuldades motoras, de fala e comportamentais. Após me mostrar o documento com seu primeiro diagnóstico psiquiátrico, Bruno, que tem hoje 36 anos, me perguntou se eu havia ficado assustada, explicando que o documento comprovava que ele é esquizofrênico desde a infância (esquizofrenia é o seu diagnóstico psiquiátrico atribuído atualmente).

A pergunta de Bruno sugere uma associação socialmente estabelecida entre certas categorias de “doença mental” e risco, ou, mais precisamente, entre as possibilidades de risco ocasionadas pelo convívio entre pessoas “normais” e aquelas que desviam do padrão de normalidade e racionalidade. Ao responder-lhe que nem o documento nem seu diagnóstico atribuído me causavam medo, Bruno foi em direção às estagiárias que trabalhavam no empreendimento neste dia, lhes mostrou o papel e explicou que este era uma comprovação de que era, de fato, “doente”.

Além do tratamento ocasionado pelo documento, o rapaz foi atendido também por um homeopata ainda na infância e, já adulto, iniciou acompanhamento no CAPS, segundo sua mãe, procurando sozinho a instituição. Em 2004, aos 26 anos, apesar da discordância de alguns funcionários do CAPS⁴⁹, Bruno foi interditado através de um processo movido pelo pai, com quem não tinha uma boa relação e que não chegou a ser seu curador por ter morrido no mesmo período em que o processo terminou:

⁴⁹ Segundo me contam os usuários deste CAPS e alguns funcionários e ex-funcionários da instituição, sua equipe modificou-se profundamente após as últimas eleições para a prefeitura do município, quando, após 12 anos de governo petista o PSDB elegeu um novo prefeito, ocasionando mudanças nas equipes de saúde da cidade. Quando me refiro à equipe do CAPS dessa época, refiro-me também a alguns profissionais de saúde que trabalham atualmente no empreendimento de trabalho comunitário.

[...] eu tinha problema mental desde criança. Eu estudei e tudo só que eu tinha dificuldade dentro da aula pra entender as coisas. E eu tenho problema de raciocínio, pra raciocinar rápido. Então meu pai falou assim: “bom, como ele se atrapalha com o troco eu vou interditar ele”. Aí o advogado falou: “o único jeito que eu consigo um benefício pro Bruno é tentando interditar ele”, na época, antes dele morrer. Aí ele foi atrás, fizeram perícia e o médico diagnosticou que eu tinha condição de trabalhar. [...] Aí meu pai falou “dá uma de tonto perto do médico, fala que você não tem condição”. Aí eu fui tentando, fiz o que eles mandaram. Fiquei nervoso, não tomei remédio naquele dia, fiquei agressivo. Aí eu fui embora [...] cheguei em casa, tomei o remédio. Só que aí eu fiquei mais calmo. [Depois de seu pai morrer], minha mãe foi atrás, fez uma certidão... Aí eu fiquei interditado... em 2004 até... até hoje, até 2014 (Entrevista realizada no dia 18/02/2014).

Bruno ainda aguarda a liberação do benefício, tendo sido avaliado novamente por perito do INSS em 2009. O médico perito, que segundo Bruno era cirurgião plástico, negou sua incapacidade para o trabalho. Sua mãe entrou então com recurso e o juiz concedeu o benefício, mas, dessa vez, o INSS recorreu à decisão judicial estando o processo tramitando atualmente na Justiça Federal. Além do acesso ao benefício, a interdição dá a Bruno o direito de receber a pensão de sua mãe, em caso de falecimento.

Sandra, mãe de Bruno, também justificou a interdição com a intenção de conseguir o benefício do INSS, apesar de explicitar que o filho se preocupa mais com o processo que ela. Em nossas conversas durante minhas visitas à casa da família, Sandra relacionou a “doença” do filho, além das dificuldades de aprendizado na escola, ao fato do rapaz, quando criança, esconder-se quando chegavam visitas à sua casa e, na vida adulta, ao fato de falar demais (o que o torna uma pessoa “chata”) e ser preguiçoso. Apesar das dificuldades de aprendizado apontadas pela professora, Bruno terminou a escola e frequentava durante a pesquisa, além do empreendimento de trabalho comunitário, uma escola de inglês e o curso de leitor da igreja católica de seu bairro, no intuito de “ocupar a cabeça” pois, como argumentou sua mãe, “cabeça vazia é oficina do diabo”.

Em nossos encontros Bruno sempre demonstrava sua vontade de ter um emprego, namorar e morar sozinho ao mesmo tempo em que se questionava se seria capaz de trabalhar, explicitando sua dificuldade em “ouvir desaforo” por ser “nervoso” e não ter paciência. Os mesmos questionamentos eram apresentados por sua mãe de forma enfática quando esta explicava que o filho até poderia conseguir um emprego, mas duvidava que fosse capaz de manter-se empregado por muito tempo, seguindo uma rotina de trabalho

diário, devido a características negativas que atribuía ao filho, como o fato de “pensar demais” e não conseguir acordar cedo.

Se eu tivesse condição, Luciana, eu vou ser sincero pra você, eu tava indo atrás, tava correndo atrás das coisas, mas não tenho condição. Então eu prefiro ficar interditado mesmo que ficar sofrendo por aí. Agora, se minha mãe tirar minha interdição pra mim trabalhar, só o tempo vai dizer. A minha mãe acha que... se eu tenho condição, ela fala assim: “o duro é ficar no serviço”. Porque eu falo muito, eu tenho essa mania de falar muito e repetir as coisas, se eu não tomar remédio eu repito. Então é isso que acontece, eu tenho esse problema [...] (trecho da entrevista concedida por Bruno em 18/02/2014).

Afora o impedimento de trabalhar, o fato de estar interditado impede Bruno de realizar outros atos da vida civil, os quais, apesar de nunca ter expressado verbalmente algum descontentamento, parecia almejar em determinados momentos. Certa vez, enquanto me fazia companhia ao aguardar a chegada do ônibus para voltar para minha casa após uma visita, Bruno fazia um comentário diferente para cada carro que passava na rua, comentários referentes a época correspondente ao modelo, à potência do motor e coisas do tipo. Depois contou que não pode dirigir “por causa da...”, apontando a cabeça com o dedo indicador, “mas é a vida, tem que aceitar”. Além de não dirigir, Bruno não pode votar, mas sempre fala sobre política em conversas no empreendimento, expressando seus descontentamentos e apreços com relação aos políticos locais, algumas vezes explicitando em que candidatos gostaria de votar.

O diagnóstico atribuído a Bruno e sua trajetória “terapêutica” relaciona-se também à sua identidade e a forma como fala de si. Exemplo disso ocorreu quando Bruno conversava com um novo cliente do empreendimento e, ao se apresentar a ele, explicou que tem problemas, é esquizofrênico e, por isso, repete frases e fala demais. Outras vezes Bruno perguntava a minha opinião sobre seu comportamento e se eu havia percebido alguma melhora, se ele estava repetindo menos suas falas e seu eu o achava chato. À essas perguntas, constantes durante nossos encontros, eu respondia argumentando que não gostaria de me colocar na posição de avaliadora da saúde das pessoas, e exemplificava com alguns casos da minha vida o fato de que todos podemos ser chatos ou falar demais de acordo com a situação que vivemos, sem que isso acarrete necessariamente um diagnóstico psiquiátrico ou esteja atrelado a alguma doença.

História semelhante foi narrada por Carmem sobre sua filha que também está interditada. Carmem contou que a filha foi identificada por uma professora com

aprendizado anormal em relação às demais crianças, sendo indicado à sua mãe que a levasse a uma consulta com um médico psiquiatra. Segundo sua mãe, nesse período a filha, que chamarei de Paula, já apresentava dificuldades com os números e com o aprendizado em geral, o que caracterizou como “atraso”, “retardo mental” e “problemas de inteligência”. Seguindo o conselho da professora, levou a filha ao psiquiatra. Assim, aos 4 anos de idade, Paula iniciou seu percurso “terapêutico”/psiquiátrico.

Aos 7 anos de idade Paula começou a frequentar o CAPS. Na escola os “problemas” de aprendizado persistiam, mas, “como não podiam repetir”, os professores passavam Paula de ano “para que conseguisse o diploma”. Carmem enfatizou que isso acontecia apenas para que a filha conseguisse terminar os estudos e com ajuda de seus professores, descartando qualquer mérito ou esforço de Paula em razão da complacência dos docentes.

O diagnóstico de Paula foi explicitado por sua mãe como uma espécie de retardo mental e depressão, referindo-se à doença como “F-alguma coisa, 17 ou algo assim”, pois os médicos não lhes deram um nome mais preciso, apenas o código correspondente à sua classificação no Código Internacional de Doenças (CID). Além do diagnóstico psiquiátrico, Paula tem “problemas de pressão”, tireoide e obesidade, o que faz com que tenha sua vida acompanhada por outros médicos e administrada por diversas medicações.

Quando Paula tornou-se adulta, alguns conhecidos da família informaram à sua mãe sobre o direito da filha ao benefício do INSS. Sendo este inicialmente negado, Carmem iniciou o processo de interdição de sua filha seguindo a indicação de sua advogada, que apontara a interdição como possível facilitadora para sua concessão. Atualmente Paula recebe o Benefício de Prestação Continuada, gerido por sua mãe, e aguarda o resultado de outro processo, no qual Carmem requer as parcelas do benefício referentes ao período anterior, quando fora negado.

Carmem demonstrou sua vontade e expectativa de que o tratamento psiquiátrico pudesse curar sua filha, fazendo com que ela não precisasse mais dos remédios em algum momento e pudesse cursar uma faculdade, mas compreendeu que isso não aconteceria quando a médica lhe disse que as medicações deverão ser administradas por Paula durante toda a vida. Quando falou sobre seu outro filho, Carmem mencionou que está casado, descrevendo-o como “inteligente” e “normal”. Apesar de também não ter cursado o ensino superior, descrito por Carmem como seu “sonho de mãe”, esta opção apareceu, no caso do filho, como uma escolha por começar a trabalhar e garantir seu sustento, permitindo-lhe casar e construir uma família ainda jovem.

Comentando as melhoras no estado de saúde da filha, Carmem argumentou que ela não precisa mais frequentar o CAPS todos os dias, indo à instituição apenas para as consultas médicas e administração da medicação. Para ela, o fato da filha frequentar menos a instituição é um sinal que ela não tem um “grau tão elevado da doença”, se comparada a outros membros do empreendimento de trabalho comunitário, que frequentam o CAPS ao menos três vezes por semana.

Os diferentes motivos que levaram os familiares envolvidos na pesquisa a recorrerem à interdição passam por uma negociação de significados sobre os comportamentos individuais, suas interpretações do ponto de vista familiar, médico e jurídico, provocando, certas vezes, conflitos entre significados divergentes atribuídos em torno do sujeito interditado pelas diferentes instituições que o avaliam, assim como aqueles construídos pelos próprios sujeitos.

Um dos conflitos narrados por Bruno e, posteriormente, por uma terapeuta que o atendia no CAPS à época da interdição, foi o posicionamento contrário à sua interdição pela equipe da instituição. Apenas uma enfermeira foi citada por Bruno esteve de acordo com o processo e, por isso, dele participou.

Zarias (2003) sugere que, se os conflitos não são registrados nos autos processuais, estes podem ser encontrados nas situações prévias e posteriores à sentença. Não tendo sido as famílias o foco de sua pesquisa, o autor chega à essa argumentação por compreender que juízes e médicos atuam nos processos de interdição no intuito de identificar no interditando os comportamentos relatados na petição inicial, trabalhando conjuntamente para que a interdição seja decretada, deixando à margem do processo os fatos que não atuem nesse sentido. Os argumentos do autor foram corroborados neste trabalho: os conflitos em torno dos processos de interdição existem e tornaram-se evidentes ao longo do trabalho de campo, mas estão localizados fora dos fóruns e, ao menos no que tange a experiência etnográfica desta pesquisa e às leituras referenciadas, não adentram os portões da instituição nem os documentos por esta produzidos.

Nesse sentido é importante também destacar que, quando negado o Benefício de Prestação Continuada em primeira instância, surgem outras formas de negociá-lo, seja por meios burocráticos, como o pedido de recurso, seja através de novas interpretações sobre o que é doença mental e incapacidade. No caso de Bruno, a incapacidade foi associada por seu pai a “dar uma de tonto”, e a forma de renegociá-la por ele sugerida constituiu-se por um outro comportamento de Bruno perante o juiz e o perito, contribuindo para isso a não ingestão de medicamentos. No caso de Paula, quando lhe foi

negado o benefício do INSS, a negociação se deu através do acionamento do processo de interdição, outra via para comprovar sua “incapacidade” para o trabalho, também acionada pela família de Bruno.

O que coloco aqui como uma outra “interpretação” de Bruno perante o juiz e a não ingestão de medicamentos que, ainda assim, não alteraram a posição do INSS que permaneceu negando o benefício, apontam mais para as contradições entre as instituições públicas e os laudos médicos que qualquer tentativa de forjar uma doença por parte do requerente. Prova disso foi o posterior consentimento da interdição em primeira instância quando requerida pela família na justiça civil: a mesma pessoa que foi avaliada como capaz para a vida laboral pela perícia do INSS foi categorizada como incapaz para todos os atos da vida civil no processo de interdição, o que inclui a incapacidade para o trabalho.

Apesar de estar impedido legalmente de trabalhar e da espera pelo benefício, que após 12 anos tramita agora no Superior Tribunal Federal em Brasília, segundo nos explicou Bruno e sua mãe, em nossos encontros o rapaz sempre ressalta sua disposição para o trabalho e seus desejos de ter uma esposa, um carro e morar sozinho. Nenhum desses planos podem ser realizados pelo indivíduo interditado. No entanto, Bruno não se opõe à decisão da mãe de manter a interdição, demonstrando compreender seus motivos, expondo também suas dúvidas em relação à suas capacidades: como o rapaz trabalhou apenas informalmente antes da interdição, mesmo que disposto para o trabalho, não tem experiência com trabalho formal que lhe sirva como resposta à dúvida.

Sarti (2007) aponta como o trabalho relaciona-se, especialmente nas famílias mais pobres, a uma condição de autonomia moral, associada principalmente à identidade masculina. Para além de um rendimento econômico, o *rendimento moral* que o trabalho proporciona diz respeito a uma afirmação pessoal e social de si. Nesse sentido, demonstra a autora, como o corpo é o instrumento do trabalho, a saúde carrega também um valor moral: é preciso mostrar-se *forte* e *saudável* para ser capaz de alcançar tal autonomia.

A disposição para trabalhar apresentada por Bruno diversas vezes em sua fala pode ser associada ao que Sarti (2007) assinala como *valores masculinos* (dentre eles a disposição e a força) e argumenta ser o fundamento da autonomia do sujeito.

Essa *disposição* é vivida como fundamento de sua autonomia. Para tê-la, no entanto, é preciso ter *saúde*, um valor relacionado ao trabalho. O corpo é instrumento do trabalho, não apenas para sobreviver, mas para mostrar-se *forte*. Também a saúde tem um valor moral (SARTI, 2007, p. 91).

Dessa forma, a falta de saúde justificada pelo diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia e reafirmada pela interdição contrapõe-se à disposição de Bruno, aparecendo como um obstáculo à comprovação desta. Sendo impedido legalmente de trabalhar sob o risco de perder a chance de obter o Benefício de Prestação Continuada, apenas as palavras de Bruno argumentam sua possibilidade de exercer um ofício, sendo contrapostas pelas de sua mãe, que não acredita que o filho seja capaz de manter-se em um emprego. Nesta situação, o benefício aparece como uma outra possibilidade de desempenhar um papel no que diz respeito às finanças e aos *valores masculinos* (e familiares uma vez que, em geral, as famílias compartilham desses valores). Vivendo com o salário mínimo que a mãe recebe como empregada doméstica, o benefício é também a possibilidade de dobrar a renda familiar. Apesar da mãe de Bruno argumentar que não há necessidade do benefício, uma vez que não lhes falta nada em casa, aponta que o filho é quem “enche o saco” para acompanhar o processo.

Um exemplo desse lugar na família que o benefício pode alterar, no sentido de proporcionar, mesmo que parcialmente, o cumprimento da expectativa do papel masculino de “pôr dinheiro em casa” (SARTI, 2007) foi quando um dos membros do empreendimento no qual a pesquisa também foi realizada informou aos demais sobre ter conseguido o benefício. Além de ser felicitado por todos, foi com satisfação que ele me contou, na semana seguinte, que agora ajuda sua avó com as despesas de casa e se ofereceu para pagar meu almoço. O benefício somado ao trabalho que ele desempenha no empreendimento, que apesar de resultar em pouco lucro financeiro lhe proporcionava um lugar de responsabilidade pelo qual era sempre elogiado pela pontualidade e afinco, lhe concediam, ao que me parece, um tipo de substituto moral para o trabalho formal que não podia exercer devido ao seu diagnóstico atribuído, mesmo não estando interditado.

Na mesma semana, Bruno conversou comigo sobre o benefício concedido ao colega de equipe, referindo-se a ele como alguém que agora tem dinheiro e pode exercer certa autonomia que ele, por depender da mãe, não tem. E mais uma vez demonstrou sua vontade em obter o benefício, explicando que, depois de tantos anos de espera, é provável que já esteja chegando a hora do juiz sentenciá-lo.

Outros aspectos relacionados ao trabalho como valor moral foram apresentados como causa da interdição de Cláudia, interditada pelo pai por morar com um homem que, segundo a coordenadora do CAPS à época de sua interdição, não trabalhava e a levava para pedir dinheiro na rua, sendo categorizado como “doente mental”, apesar de não

frequentar a instituição. Com a declaração da interdição, Cláudia voltou a morar com a família e seu pai tornou-se seu curador.

Compreendendo o trabalho como fator que proporciona respeito e autoridade ao homem na família, no sentido de remeter ao papel de provedor, e, em contrapartida, não trabalhar implicar a desmoralização e perda de autoridade, a família tende, nesses casos, a compensar tal perda por outra autoridade masculina familiar (SARTI, 2007). Nesse sentido, é possível compreender o retorno de Cláudia à casa de seus pais como uma reivindicação pela autoridade que pode prover seu sustento e exercer o papel masculino socialmente estabelecido.

Delgado (1992) comenta a demarcação de gênero presente em processos de interdição de homens exemplificado em seu texto com um dos casos que acompanhou em sua pesquisa. No caso citado pelo autor, o argumento apresentado para a manutenção da curatela de um homem interdito por sua esposa sintetiza-se na fala da mulher explicitada nos autos: “Desde de sua aposentadoria provocada pela doença, nem nos ‘intervalos de lucidez’ se dedicou a uma atividade laborativa” (p.162). No processo em questão, os argumentos da esposa encontraram acordo no julgamento do juiz, que sentenciou a permanência da interdição de seu marido.

Como foi apresentado, os dados obtidos na pesquisa sugerem uma considerável diferença no papel familiar ocupado por homens e mulheres no que tange a influência da determinação da incapacidade laboral. Estando o lugar do homem no núcleo familiar associado culturalmente à expectativa de principal provedor do sustento da família, e, em contrapartida, os papéis femininos associarem-se ao cuidado da casa e dos familiares, é possível pensarmos relações entre essas características culturais e as experiências vividas pelos indivíduos interditados. Essa questão pode encontrar ressonâncias também no que se refere aos curadores e as relações que estes estabelecem com o parente curatelado de acordo com o gênero com o qual se identificam. Entretanto, não tendo sido foco deste trabalho as questões de gênero, para elucidá-las é necessário uma investigação mais profunda e específica.

Importante ressaltar também outras relações entre pessoas diagnosticadas com “doenças mentais” e o trabalho, quando este apareceu como causador das “doenças” e da perda de saúde. Se por um lado, as pessoas interditas e suas famílias associaram a doença como impedimento ao trabalho, e a elas são associados estigmas determinados pela condição de “doente”, Livia, que não está interdita, mas frequenta o CAPS devido a um diagnóstico de depressão, estando afastada da vida laboral por tempo indeterminado,

apontou o trabalho como causador de sua “doença”. Segundo Livia, as longas jornadas de trabalho, que podiam chegar a doze horas diárias, e as situações de pressão pelas quais passava em sua rotina diária, foram as causas de sua depressão, o que era visto por sua mãe como sinal de preguiça não apenas para voltar a ter um emprego como para ajudá-la no cumprimento das tarefas domésticas. Enquanto os familiares de pessoas interditadas tratavam a “doença mental” como um fato dado, do qual não se duvidava e sobre o qual se atribuíam aspectos relativos à identidade dos indivíduos, no caso de Livia, sua mãe questionavam sua doença e suspeitava da veracidade de sua necessidade de tomar medicações. Um amigo da família certa vez, em um almoço do dia das mães em sua casa, argumentou que era muito fácil sentir-se mal, não conseguir dormir, tomar um calmante (Rivotril) e ficar bem, interpretando o que seria o comportamento de Livia após tomar a medicação (algo como uma pessoa boba e alegre). Em seguida aconselhou a mulher a suspender a medicação, explicando que elas fazem mal e podem acabar deixando-a “doente de verdade”.

As diferentes percepções sobre o estado de saúde de Livia são exemplos das negociações de significados presentes não apenas nos discursos médicos e nos processos de interdição, alcançando outras esferas sociais. Enquanto Livia concorda com seu diagnóstico médico de depressão, outros sujeitos lhe caracterizam como preguiçosa ou alguém que procura uma vida fácil através dos medicamentos. O discurso de sua mãe também caminha nesse sentido. Em sentido oposto, Bruno questionava se era de fato incapaz para a vida laboral como indica seu diagnóstico que, atribuído desde a infância, sempre delimitou sua relação com o trabalho e com a família.

O fator que indica o trabalho como causador da doença, reconhecido por Livia pode ser comparado àquele referente ao fato de alguns membros da equipe do empreendimento “não conseguirem manter-se em um trabalho”, como sugeriu uma terapeuta. Se do ponto de vista médico a doença é a causadora do impedimento para o trabalho e, conseqüentemente, este impedimento afirma a necessidade da interdição, é possível deslocar a lógica dessa equação quando o trabalho é apontado como causador de um “doença mental” ou de um momento de “crise”.

Nesse sentido é também relevante considerar os relatos referentes à vida escolar de Bruno e Paula ainda na infância, evidenciando um papel fundamental da escola na construção das incapacidades por meio da demarcação da diferença entre comportamentos “normais” e “anormais”, através de categorias como “aprendizado lento” comparação aos demais alunos. Esses apontamentos se relacionam à forma como

essas pessoas constroem a imagem de si, uma vez que o diagnóstico psiquiátrico faz parte de suas vidas desde muito cedo. Hoje, com 36 anos, a “esquizofrenia” ou o “problema na cabeça”, como o rapaz se refere algumas vezes, faz parte da forma como Bruno se apresenta aos outros e se relaciona com o mundo à sua volta. A interdição, por outro lado, confirma socialmente tais “incapacidades”.

Como a concepção de incapacidade para o trabalho relaciona-se não apenas à capacidade intelectual, mas à disciplina, “disposição” e “força de vontade”, está só pode ser compreendida dentro da relação de interação entre o corpo e o ambiente social, uma vez que a incapacidade é identificada em contraposição ao que é tido como normal. Cabe sublinhar, como foi demonstrado, a relevância da capacidade laboral na definição da capacidade civil e, mais especificamente, no que se refere a um determinado tipo de trabalho formal, uma vez que as pessoas interdítadas que participaram da pesquisa trabalham no empreendimento de trabalho comunitário.

As burocracias impostas pelo INSS, a perícia costumeiramente divergente em relação àquelas apresentadas nos tribunais, somado ao aconselhamento de advogados, induzem famílias pobres a interditar um parente por sua incapacidade para a vida laboral. Este deslocamento da compreensão sobre as capacidades, consequente da negociação pelo benefício, corrobora para a ideia já apresentada de que a interdição apenas regulariza uma situação já existente ao mesmo passo em que por ela se justifica. Porém, é importante ressaltar que a situação prévia à interdição nesses casos dizia respeito apenas à incapacidade laboral e à seguridade social. Dessa forma, como elucida Delgado (1992), em tese, trata-se de duas incapacidades diferentes, na prática ambas aparecem superpostas, sendo a incapacidade laboral “formal e ritualisticamente identificada à impossibilidade de gerir seus bens e sua pessoa” (p.155), devido a um contexto cultural que propicia o deslocamento da incapacidade laboral para a incapacidade civil.

3.2 – Interdição como controle

A interdição como submissão de um indivíduo ao controle familiar representado pelo curador foi observada ao longo da pesquisa quando, sob o argumento institucional de proteção e cuidado, a interdição promoveu uma situação de total dependência do indivíduo em relação à família, excluindo as possibilidades de recuperação de sua autonomia. O processo de interdição de Cláudia por seu pai aparece, nesse sentido, como

um caso emblemático no qual os desejos e valores familiares vão de encontro às escolhas de Cláudia gerando uma situação familiar bastante conflituosa que não pôde ser controlada ou resolvida com o acionamento jurídico da curatela.

Os dados que serão apresentados foram obtidos por meio dos encontros com Cláudia e com profissionais da saúde que a atendem desde o período no qual começou a frequentar o CAPS, prévio à sua interdição, assim como os que trabalham atualmente no serviço. Os familiares da interlocutora não participaram da pesquisa em respeito à posição de Cláudia, que me indicou que eu não os contatasse devido às evidentes divergências entre suas opiniões, argumentando que sua família “não têm nada a ver” com sua vida.

Os encontros com Cláudia ocorreram inicialmente no local onde funciona o empreendimento, porém, após fugir de casa em uma tentativa de voltar a morar com seu marido, e ser obrigada a retornar à casa dos pais com o acionamento da polícia, os conflitos entre ela e seu pai aumentaram, resultado em uma denúncia de Cláudia contra seu pai por agressão. Como o acusado é seu curador, Cláudia foi encaminhada a um abrigo para mulheres vítimas de violência enquanto o processo por ela iniciado tramitava. Durante esse período, nossos encontros ocorreram no CAPS, único local para onde ela podia se dirigir quando saía do abrigo, sendo conduzida por um carro da instituição.

Segundo a narrativa de profissionais da saúde, Cláudia era casada com um homem “muito doente”, que não “levava comida para casa”, não trabalhava e a obrigava a pedir dinheiro na rua. Nesse período sua família e a equipe se opunham à tal relação, vendo-a como prejudicial para Cláudia. A ex-coordenadora de uma das instituições chegou a sugerir que seu marido lhe acompanhasse no serviço e fizesse também um tratamento para a própria saúde, não havendo, porém, acordo com o rapaz, que “não queria ser tratado”. O pai de Cláudia, como meio de tirá-la da casa em que morava com o marido, iniciou o processo de interdição para tornar-se seu curador. Além de Cláudia, sua irmã também frequenta os serviços de saúde, o que foi associado por uma terapeuta ocupacional a uma família “muito desestruturada”.

Após a interdição, Cláudia afastou-se do marido, o que a equipe de saúde compreendeu como um período de melhora em sua saúde. No ano de 2014, porém, Cláudia fugiu da casa da família no intuito de voltar a morar com seu marido na casa de dois cômodos que ele havia construído para morarem juntos, o que não aconteceu porque, segundo Cláudia, a polícia a encontrara assim que os dois chegaram ao local. No retorno à casa da família, Cláudia explicitou aos parentes sua decisão de morar com seu marido à qual seu pai reagiu com violência física e ameaça, ocasionando a denúncia de Cláudia

contra seu pai feita na delegacia da mulher. Após a denúncia, seu pai foi impedido de se aproximar da filha, que fora encaminhada ao abrigo⁵⁰.

A justiça, a medicina e a família dialogam, nesse caso, no intuito de resolver os conflitos familiares devolvendo o controle sobre a vida de Cláudia para seu pai, o que foi sentenciado ao final do processo. Para além do papel exercido pelos médicos que atuam como peritos nos processos de interdição, a opinião de membros da equipe de saúde foi relevante, no caso do processo que Cláudia moveu contra o pai, como comprovação da inocência do acusado por meio da citação de uma terapeuta que a atende e conhece sua família desde o início de seu tratamento no CAPS como testemunha no processo.

Dessa forma, o juiz, uma autoridade externa à família, mas com competência legal para determinar os papéis de cada membro, ordenou o retorno de Cláudia à casa e a subordinação de seus atos civis à autoridade do pai. Importante destacar que o posicionamento de Cláudia, em teoria, pessoa a quem os direitos deveriam ser assegurados e protegidos pelas instituições envolvidas (família, CAPS, e justiça), e requerente no processo em questão, foi desconsiderado, concedendo o juiz sua curatela à quem acusou por agressão.

Porém, o fato de ter participado do processo e contribuído para a efetivação do retorno da curatela de Cláudia ao seu pai, assim como na comprovação da inocência deste, não significa que a terapeuta concorde quanto à sentença. A mesma profissional que atuou como testemunha do acusado certa vez discutiu a suposta eficiência da interdição citando o caso de Cláudia como exemplo de que nem sempre dar os direitos sobre o indivíduo para a família faz, de fato, com que a pessoa interdita tenha sua vida determinada por ela, e questionou: “Vai fazer o que? Prendê-la em casa?”. Em outra ocasião, a mulher sugeriu à irmã de Cláudia se não seria melhor a família apoiá-la e permitir que ela volte a morar com o marido, invés de continuar tentando impedir, sem sucesso, que se encontrem.

Delgado (1992) demonstra como a curatela age, em determinados casos, como “submissão a um domínio familiar extremamente concreto, exercido no dia-a-dia, e aniquilador das possibilidades de recuperação” (p.172), deslocando posições de poder no núcleo familiar. Apresentando o caso de uma mulher que em muito se assemelha ao de Cláudia no que tange os desejos de retomar o controle sobre sua própria vida, o autor argumenta:

⁵⁰ Os dados apresentados no parágrafo foram narrados por Cláudia e são referentes ao diário de campo do dia 26 de março de 2014.

A interdição, que deveria “ser feita para devolver a autonomia, a responsabilidade, a independência, o amor próprio”, a essa pessoa “fragilizada”, torna-se instrumento para “cercear sua liberdade, tirar seus direitos, e julgá-la definitivamente como incapaz (DELGADO, 1992, p.173).

O fato de Cláudia estar interdita promove não apenas o controle de sua vida por seu curador, mas também por outras instituições às quais foi submetida. Como a acusação contra o pai impediu que este exercesse a curatela durante a tramitação do processo penal, a autoridade familiar e a casa foram substituídos pelo abrigo de proteção às mulheres e pelo CAPS no qual era atendida. Diferentemente do tratamento a pacientes não interditados, os quais podem transitar fora da instituição sem que esta exerça necessariamente um domínio sobre todas as esferas de suas vidas, Cláudia estava sob a tutela dos profissionais que influíam, por exemplo, na decisão sobre a possibilidade de conversarmos durante os intervalos das atividades, como demonstra a fala da coordenadora do CAPS: “Claro que não vou dizer isso a ela, mas Cláudia está interdita, sob a responsabilidade do juiz e com intervenção judicial, o processo ainda está acontecendo. É uma situação delicada e não posso permitir que vocês tenham muitas conversas”.

A tutela exercida pelo CAPS pôde ser observada quando Cláudia me pediu o celular emprestado durante uma oficina de artesanato conduzida por uma terapeuta, a qual eu aguardava o término no pátio ao lado. Quando lhe entreguei o aparelho, Cláudia o colocou em sua bolsa e saiu em direção ao banheiro. Algum tempo depois a professora da oficina perguntou onde ela estava, argumentando que havia saído para lavar as mãos e não voltara. Após o retorno de Cláudia, uma funcionária da instituição me perguntou se havia lhe emprestado meu celular e, quando respondi afirmativamente, me indicou que não o fizesse mais, explicando que a “paciente” estava “com ordem judicial por causa do marido” e que pede o celular às pessoas para ligar para ele.

Em relação às restrições aos seus atos, Cláudia parecia não perceber-los, ou identifica-los apenas parcialmente quando me explicou que pedira meu celular para ligar para o marido, pois completariam anos de casado nesse dia e não gostaria de deixar a data passar em branco e argumentou não compreender porque o banheiro ficava a maior parte do tempo vazio e, quando ela entrava para fazer uma ligação, alguém sempre batia à porta.

Dentre as questões suscitadas pelos acontecimentos narrados, é possível pensarmos sobre os diferentes poderes e saberes que alcançam Cláudia e sobrepõem-se aos seus desejos e anseios, privando-a de sua liberdade e de qualquer possibilidade de escolha, sob

a justificativa do acometimento de uma doença incapacitante. Tendo sua vida regulada por duas instituições que exerceram, durante a tramitação do processo, todo o controle de sua vida, a privação de algumas de suas relações afetivas foi determinada como requisito para seu “tratamento”. Dessa forma, Cláudia teve não apenas os aspectos sobre sua saúde, mas todas as esferas da vida, orientados e controlados por instituições que se baseiam no saber médico-psiquiátrico.

Por fim, é relevante ressaltar que os atuais dispositivos de atenção à saúde mental visam o atendimento ao indivíduo sem retirá-lo de seu território e sem isolá-lo, como fazia-se nos serviços manicomiais. Essa mudança traz algumas dificuldades para a equipe quando, por exemplo, não é possível isolar o “paciente” das relações vistas pela família ou pelos próprios profissionais como danosas, uma vez que o indivíduo fica apenas parte do dia no serviço. Nesse contexto a interdição age como dispositivo capaz de devolver à família o direito de gerir a vida de um parente, podendo, novamente, isolá-lo de parte do convívio social, retirando sua autonomia.

3.3 – Construções sociais sobre pessoas diagnosticadas com doenças mentais interditas e o papel dos medicamentos

É importante considerar os aspectos morais negativos associados pela família e por profissionais da saúde ao indivíduo que, considerado pelo saber médico como mentalmente “doente” e “incapaz”, é impedido de trabalhar, sendo considerado *preguiçoso, tonto* ou alguém que não tem força de vontade suficiente para modificar “positivamente” sua vida, influenciando também a própria imagem da pessoa sobre si, questões já apontadas por Cardoso (2002):

Paradoxalmente, os aspectos que deveriam ser considerados benéficos do ponto de vista dos programas desenvolvidos para atender esses pacientes (proteção previdenciária e possibilidade de controle dos episódios psicóticos pelo uso da medicação psicotrópica) revertem em elementos que se tornam estigmatizantes por parte da própria percepção que esses mesmos pacientes constroem sobre sua própria condição [...] (p.110).

Fato que exemplifica essa argumentação ocorreu em um dos meus encontros com Cláudia no CAPS. Enquanto ela descansava a fim de esperar os efeitos da medicação amenizarem, como a sensação do “olho virando” que descrevia como principal incomodo

em relação às medicações, conversei com uma profissional da equipe da instituição. A funcionária, ao falar sobre a “paciente”, atribuía ao seu comportamento falta de força de vontade para alcançar melhoras em seu estado de saúde, aconselhando-a que tivesse fé e acreditasse em Deus para buscar uma força interior que a ajudasse.

Duarte (1988), destaca como as diferentes capacidades avaliadas relacionam-se a categorias específicas, compondo locuções *físico-morais* através das quais são elaborados aspectos positivos ou negativos aos indivíduos: a *capacidade moral* relaciona-se a categorias como responsabilidade, obrigações, vontade e coragem - ou, em contrapartida, à fraqueza e à preguiça -, enquanto a *capacidade mental* associa-se a juízo e controle (ou ao descontrole e à *mente fraca*); e a *capacidade física* atrela-se a categorias como resistência, força e disposição (ou preguiça).

Essas categorias estão presentes tanto nos discursos dos profissionais da saúde e naqueles oriundos de familiares de pessoas interditadas que participaram da pesquisa. Mas estão também presentes na fala de Bruno, quando questiona a si mesmo sobre suas capacidades ou quando afirma sua disposição para o trabalho, argumentando que só não consegue um emprego por conta da interdição.

A disposição apresentada por Bruno, contraposta pelo “problema na cabeça” podem ser compreendidas a partir do que elucida Duarte (1988) sobre as locuções físico-morais. Ao discutir a questão do “nervoso” no contexto social das classes trabalhadoras, o autor argumenta como o corpo e a cabeça aparecem em oposição nas representações sobre os nervos: ao corpo associa-se a disposição, à força e demais capacidades físicas, enquanto a cabeça representa categorias como juízo, equilíbrio e controle, referentes às capacidades morais.

As “doenças mentais” são compreendidas, dessa forma, como parte das categorias associadas à cabeça, relacionadas às capacidades morais. A partir do que explicita o autor, é possível pensar o uso dos medicamentos para “tratar” as “doenças mentais”, como forma de alterar ou restabelecer o equilíbrio e o controle das pessoas diagnosticadas. Espera-se que as medicações, apesar de se direcionarem ao corpo, na lógica biomédica, uma vez que os remédios provocam alterações biológicas, alcancem resultados no comportamento moral.

Sobre as relações com os medicamentos, estes foram associados por alguns usuários e seus familiares como responsáveis pela amenização dos aspectos comportamentais associados à doença. No caso de Bruno, a ser menos repetitivo e não falar tanto. Carmem, ao falar sobre sua relação com a filha, explicitou que os conflitos encontram-se apenas

nos momentos de crise, quando a filha se torna agressiva e “mais depressiva”, associando também essas características aos momentos nos quais o uso da medicação foi suspenso (durante um período de greve nos serviços de saúde).

Em contrapartida à essa visão sobre a medicação, Cláudia apresentou uma experiência divergente: em todos os nossos encontros reclamava dos efeitos dos remédios, que a faziam “ficar com o olho virando”. Conversara com o médico que lhe atendia na tentativa de resolver suas queixas, mas, mesmo com a mudança dos medicamentos os efeitos persistiam e ela atribuía melhoras apenas aos períodos nos quais não tomava nenhuma medicação. Sobre o “tratamento” de Cláudia e as mudanças nas medicações, uma usuária do CAPS que mantinha com ela uma relação próxima, os explicitou como um período no qual “estão fazendo várias experiências com ela”.

Mesmo quando a família concorda com o diagnóstico médico, expressões como “ele é muito preguiçoso” ou “ele fala demais”, são apresentados como características da personalidade dos indivíduos que se misturam com aquelas definidas como “sintomas” da doença. Dessa forma, a premissa de que uma pessoa tem uma “doença mental”, logo, é uma pessoa “doente”, atravessa características da personalidade do indivíduo, uma vez que “ter” e “ser” acarretam uma transição das características da doença para as características do indivíduo. Nesse sentido, os medicamentos podem ser representados por uma mudança associada à personalidade, se seus efeitos fazem uma pessoa falar menos e tornar-se menos chata ou menos agressiva, embora essas mudanças não apareçam nos discursos da família e dos profissionais de saúde como algo que altere o fato do indivíduo avaliado “ser doente”.

Retomando as questões de gênero no que tange as diferenças relacionadas a como homens e mulheres são afetados pela interdição civil, Duarte lança luz sobre o a própria instituição familiar como um valor fundamental. Por meio da oposição marido/mulher, articula-se o “valor-família” que, nas palavras do autor:

Abarca um certo número de qualidades distribuídas entre seus componentes e que lhe concedem sua preeminência enquanto foco de identidade social. Essa identidade compreende uma dimensão por assim dizer “pragmática”, que pode ser traduzida pela noção de “reprodução social”; ou seja, de uma reprodução de sua condição de sujeitos sociais qualificados de certo modo, cercados por certos valores. De uma maneira muito geral, pode-se dizer que se trata, portanto, de um programa de reprodução “físico-moral”, por estarem aí implicadas não só a ideia da procriação e do provimento às condições de maturação física da prole, como a ideia de que essa reprodução “física” deve obedecer

a certas condições culturalmente determinadas (DUARTE, 1988, p.175).

Como demonstra o Duarte, as qualidades do elemento “homem” associam-se culturalmente à rua e ao trabalho, que acopla as duas capacidades eminentemente masculinas: a “física” e a “moral”. O trabalho e a constituição de um novo núcleo familiar com o casamento e os filhos, determinam ao homem a condição de respeitabilidade e de “chefe de família”. À mulher, por outro lado, é associada ao mundo da casa: ao desempenho das tarefas domésticas e a gerência dos recursos familiares, constituindo sua identidade ao nível da “capacidade moral”. Dessa forma, o homem ocupa o lugar do trabalho e da rua, mas também o da casa no sentido de provedor, e o papel da mulher é destinado o espaço doméstico.

Assim como o espaço público é “perturbador” para a mulher [...] o espaço privado é “perturbador” para o homem, sempre que se apresentar igualmente de modo obrigatório e constante. Ou seja, em circunstâncias de doença ou desemprego, o homem se expõe ao nervoso não só pelo que essas condições em si já trariam de perturbador mas pela ilegítima condenação à casa que podem implicar (DUARTE, 1988, p.182)

O que salienta Duarte pode nos ajudar a compreender as diferentes formas como a interdição é vivida pelos interlocutores da pesquisa. Sobre a relação com a “doença” e suas consequências, Carmem expressou sua preocupação com a filha dizendo que não gosta que ela ande sozinha pela cidade à noite, apontando que Paula é muito distraída, porém, ela pode ainda cumprir alguns dos seus papéis no núcleo familiar sem que a interdição vá, necessariamente, de encontro às todas as expectativas familiares. Por diferentes motivos, os espaços públicos e a rua também foram negados à Cláudia tanto pela família como pelas instituições que exerceram sua curatela no período em que esteve no abrigo. Para Bruno, por outro lado, os estigmas da interdição associam-se ao fato de não trabalhar nem ocupar os demais papéis masculinos esperados, como casar e sair da casa da mãe, o que promove uma não correspondência a todos os principais papéis masculinos, fazendo com que os negocie por outros sentidos, afirmando sua disposição física, por exemplo.

Considerações finais

A interdição civil de pessoas diagnosticadas como mentalmente “doentes” justifica-se, segundo o discurso das instituições responsáveis pelo processo, pela necessidade de tratamento diferenciado a pessoas que não tem “capacidade” para gerir sua vida civil, devendo esta ser transferida para um responsável legal. Contudo, muitas vezes, como foi demonstrado ao longo do texto, a opção em recorrer à interdição acionada pela família baseia-se não na constatação de uma incapacidade total do indivíduo, mas naquela que se refere à capacidade laboral e, ainda mais especificamente, no que se relaciona a um determinado tipo de trabalho formal.

De acordo com a literatura jurídica, para interditar não basta ter uma doença, é preciso que esta seja incapacitante. Entretanto, foi constatado ao longo da pesquisa a existência de um contexto cultural que associa a doença mental à incapacidade absoluta, o que se reflete no número reduzido de interdições parciais. Sendo avaliada por critérios biomédicos “positivos”, a “incapacidade” está estreitamente relacionada aos aspectos morais associados a comportamentos socialmente estabelecidos como “saudáveis” e “normais”. Vista como uma categoria médico-jurídica, a interdição pode acarretar não apenas a classificação do indivíduo como “doente” como determinar sua “incapacidade civil”, excluindo as possibilidades de autonomia desse sujeito, duplamente categorizado e estigmatizado, sem, em contrapartida, considerar outras possibilidades de promover um lugar social para os que experenciam o “adocimento mental” que não seja o da exclusão e controle.

Algumas diferenças podem ser demarcadas no que diz respeito aos processos de interdição acompanhados no fórum e fora dele, junto aos interlocutores que estão interditados. O principal aspecto a ser apontado é a heterogeneidade no que se refere ao grupo de pessoas interditadas em cada um dos campos de pesquisa. Idade, diagnóstico e causas da interdição foram diversos, porém, foi notório o número de pessoas idosas (algumas acamadas) nas audiências acompanhadas no fórum, com diagnósticos de doença mental acompanhada de dificuldades motoras, características associadas à idade avançada. Em consequência a esse fato, os requerentes das audiências acompanhadas no fórum eram filhos/filhas ou netas/netos dos interditandos, em contrapartida às demais pessoas que acompanhei fora do fórum que, tendo sido interditadas quando jovens, tinham como curadores um de seus genitores e a interdição relacionava-se mais a questões

financeiras e comportamentais que a condições associadas a aspectos físicos e de mobilidade (como ocorreu com as pessoas idosas).

Em todos os casos, porém, houve uma estreita relação com a renda do indivíduo, tanto no que tange a busca pelo Benefício de Prestação Continuada ou o intuito da família em resolver a dificuldade de acesso à pensão recebida pelo interditando devido às dificuldades motoras deste, como, por outro lado, fator que poderia indicar a capacidade parcial do indivíduo nos casos em que este administrava os próprios recursos.

É notório também o fato dos mecanismos de interdição permanecerem praticamente os mesmos quando contrapostos os dados desta pesquisa e daquelas feitas por Pedro Delgado, em 1992, e Alexandre Zarias, em 2003, dado relevante quando percebemos que as mudanças ocorridas nas políticas de saúde mental, especialmente após 2001, não acarretaram mudanças significativas nesse dispositivo.

Por fim, é possível concluir que a interdição civil acaba por agir como um obstáculo à Reforma Psiquiátrica, atuando como mecanismo desconstrutor deste movimento, uma vez que retira do indivíduo toda a capacidade civil, restringindo seus direitos sob o argumento de protegê-los. Além disso, a interdição, ao ser requerida como forma de acesso ao benefício, especialmente em famílias pobres, induz uma mudança nos papéis familiares dos indivíduos diagnosticados com doenças mentais por meio da qual trocam-se os direitos pelo benefício, concedendo ao indivíduo um lugar na família (colaborando com as despesas, ocupando, de certa forma, o papel de provedor) ao passo que lhes acarreta uma “morte civil”.

Referências bibliográficas

ANDRADE, D.P. Constituição histórica da loucura. Revista de Jornalismo Científico.USP,São Paulo, 2011.

ALMEIDA, Cândido Mendes. *Código Philippinho ou Ordenações e Leis do Reino de Portugal*. Typographia do Instituto Philomathico, Rio de Janeiro, 1870. 14ª Edição.

AMARANTE, Paulo. *A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial*. In: Saúde Mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde. São Paulo/ Salvador: Editora Hucitec/ Cooperação Italiana em Saúde. 1992.

_____. (org.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, SDE/ENSP. 1995

BRASIL. *Código Civil dos Estados Unidos do Brasil*. Lei nº 3.071, de 1 de janeiro de 1916.

_____. *Novo Código Civil*. 2002.

_____. *A banalização da interdição judicial no Brasil – Relatórios*. Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados, 2007.

CARDOSO, Marina. *Psiquiatria e antropologia: notas sobre um debate inconcluso*. ILHA, Florianópolis, V.4, n. 1, julho de 2002.

_____. Etnografia entre “éticas”: ética e pesquisa com populações indígenas. In.: Antropologia e ética: desafios para a regulamentação. Org.: Cynthia Sarti e Luiz Fernando Dias Duarte. Brasília – DF: ABA, 2013.

CARRARA, Sérgio. *Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

DUARTE, Luís Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1988.

_____. *Ética e “correção política” em antropologia*. In.: Antropologia e ética: o debate atual no Brasil/Ceres VÍctora, Ruben George Oliven, Maria Eunice Maciel e Ari Pedro Oro (organizadores).– Niterói: EdUFF, 2004.

DELGADO, P. G. *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

FOUCAULT, Michel. *Os Anormais – Curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes, 2001

_____. *Microfísica do Poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro. Edições Graal, 1979.

_____. *O Poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GOFFMAN, Erving. *Sintomas mentais e ordem pública*. In.: Sociedade e doença mental. Sérvulo A. Figueira (coord.). Rio de Janeiro: Campus, 1978.

GOULART, M. S. B. *A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica*. Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 1, n. 1, São João Del-Rei, jun. 2006.

MACHADO, Roberto. *A danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MEDEIROS, Maria Bernadette. *A antonímia proteção/exclusão presente nos estatutos de interdição e curatela*. Revista do Ministério Público do RS, Porto Alegre, nº 60, 2008.

MONNERAT, Sílvia. *De médico e de louco, toda família tem um pouco: um estudo sobre pacientes psiquiátricos e relações familiares*. Rio de Janeiro: Tese de doutorado, UFRJ/MN/PPGAS, 2013.

NAKAMURA, I. M. S. *Das iniquidades na visão jurídica da tutela de mulheres com transtorno mental grave*. Revista do Ministério Público do Paraná, V.6, Nº6, p.79-99. Belém, 2011.

PALOMBA, Arturo Guido. *Psiquiatria Forense: noções básicas*. São Paulo: Sugestões Literárias, 1992.

PERES, M. F. T.; NERY FILHO, A. *A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança*. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(2): 335-55, maio-ago. 2002.

REINHEIMER, P.; LEAL, E.; LIMA, E.; SILVA, M.. Território e práticas em saúde mental: um diálogo possível entre saúde, geografia e antropologia. HABITUS, Goiânia, V.7, n. ½, jan/dez 2009.

SARTI, C. A. *A família como ordem simbólica*. In.: Psicologia USP, 2004. P. 11-28.

_____. *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. *Corpo e doença no trânsito de saberes*. In.: RBCS, Vol. 25, nº74, 2010. P. 78-90.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. *O espetáculo das raças - Cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras. 2011

SILVA, Martinho Braga Batista. *Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental*. PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2005

_____. *As pessoas em medida de segurança e os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no contexto do Plano Nacional de Saúde no sistema penitenciário*. In.: Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano. 2010; p. 95-105.

TENÓRIO, F. *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito*. In.: História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

VIANNA, A. *Fazendo e desfazendo inquietudes no mundo dos direitos*. In.: O fazer e o desfazer dos direitos: experiências etnográficas sobre política, administração e moralidades. Org.: Adriana Vianna. 1ª Edição, Rio de Janeiro: E-papers, 2013. P.15-35.

WAMBIER, Luiz Rodrigues. *Curatela dos Interditos*. In.: Curso avançado de processo civil, v.3: processo cautelar e procedimentos especiais / Luiz Rodrigues Wambier, Flávio Renato Correia de Almeida, Eduardo Talamini; coordenação: Luiz Rodrigues Wambier. 3ª edição. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2000.

ZARIAS, A. *Negócio Público e Interesse Privado: análise dos processos de interdição*. Dissertação de Mestrado em Antropologia. UNICAMP, Campinas, 2003.

SZASZ, Thomas S. *Ideologia e doença mental: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

Anexo I - Legislação referente à interdição civil e curatela

NOVO CÓDIGO CIVIL (2002)

DAS PESSOAS NATURAIS

CAPÍTULO I

DA PERSONALIDADE E DA CAPACIDADE

Art. 1º Toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil.

Art. 2º A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro.

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

I - os menores de 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.

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

I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;

II - os ébrios 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.

DA CURATELA

Seção I

Dos Interditos

Art. 1.767. Estão sujeitos a curatela:

I - aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil;

II - aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade;

III - os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos;

IV - os excepcionais sem completo desenvolvimento mental;

V - os pródigos.

Art. 1.768. A interdição deve ser promovida:

I - pelos pais ou tutores;

II - pelo cônjuge, ou por qualquer parente;

III - pelo Ministério Público.

Art. 1.769. O Ministério Público só promoverá interdição:

I - em caso de doença mental grave;

II - se não existir ou não promover a interdição alguma das pessoas designadas nos incisos I e II do artigo antecedente;

III - se, existindo, forem incapazes as pessoas mencionadas no inciso antecedente.

Art. 1.770. Nos casos em que a interdição for promovida pelo Ministério Público, o juiz nomeará defensor ao suposto incapaz; nos demais casos o Ministério Público será o defensor.

Art. 1.771. Antes de pronunciar-se acerca da interdição, o juiz, assistido por especialistas, examinará pessoalmente o argüido de incapacidade.

Art. 1.772. Pronunciada a interdição das pessoas a que se referem os incisos III e IV do art. 1.767, o juiz assinará, segundo o estado ou o desenvolvimento mental do interdito, os limites da curatela, que poderão circunscrever-se às restrições constantes do art. 1.782.

Art. 1.773. A sentença que declara a interdição produz efeitos desde logo, embora sujeita a recurso.

Art. 1.774. Aplicam-se à curatela as disposições concernentes à tutela, com as modificações dos artigos seguintes.

Art. 1.775. O cônjuge ou companheiro, não separado judicialmente ou de fato, é, de direito, curador do outro, quando interdito.

§1º Na falta do cônjuge ou companheiro, é curador legítimo o pai ou a mãe; na falta destes, o descendente que se demonstrar mais apto.

§ 2º Entre os descendentes, os mais próximos precedem aos mais remotos.

§ 3º Na falta das pessoas mencionadas neste artigo, compete ao juiz a escolha do curador.

Art. 1.776. Havendo meio de recuperar o interdito, o curador promover-lhe-á o tratamento em estabelecimento apropriado.

Art. 1.777. Os interditos referidos nos incisos I, III e IV do

art. 1.767 serão recolhidos em estabelecimentos adequados, quando não se adaptarem ao convívio doméstico.

Art. 1.778. A autoridade do curador estende-se à pessoa e aos bens dos filhos do curatelado, observado o art. 5º.

Seção II

Da Curatela do Nascituro e do Enfermo ou Portador de Deficiência Física

Art. 1.779. Dar-se-á curador ao nascituro, se o pai falecer estando grávida a mulher, e não tendo o poder familiar.

Parágrafo único. Se a mulher estiver interdita, seu curador será o do nascituro.

Art. 1.780. A requerimento do enfermo ou portador de deficiência física, ou, na impossibilidade de fazê-lo, de qualquer das pessoas a que se refere o art. 1.768, dar-se-lhe-á curador para cuidar de todos ou alguns de seus negócios ou bens.

Seção III

Do Exercício da Curatela

Art. 1.781. As regras a respeito do exercício da tutela aplicam-se ao da curatela, com a restrição do art. 1.772 e as desta Seção.

Art. 1.782. A interdição do pródigo só o privará de, sem curador, emprestar, transigir, dar quitação, alienar, hipotecar, demandar ou ser demandado, e praticar, em geral, os atos que não sejam de mera administração.

Art. 1.783. Quando o curador for o cônjuge e o regime de bens do casamento for de comunhão universal, não será obrigado à prestação de contas, salvo determinação judicial.

Anexo II – Participação do Ministério Público nos processos civis

CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL

TÍTULO III

DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Art. 81. O Ministério Público exercerá o direito de ação nos casos previstos em lei, cabendo-lhe, no processo, os mesmos poderes e ônus que às partes.

Art. 82. Compete ao Ministério Público intervir:

I - nas causas em que há interesses de incapazes;

II - nas causas concernentes ao estado da pessoa, pátrio poder, tutela, curatela, interdição, casamento, declaração de ausência e disposições de última vontade;

III - nas ações que envolvam litígios coletivos pela posse da terra rural e nas demais causas em que há interesse público evidenciado pela natureza da lide ou qualidade da parte. (Redação dada pela Lei nº 9.415, de 23.12.1996)

Art. 83. Intervindo como fiscal da lei, o Ministério Público:

I - terá vista dos autos depois das partes, sendo intimado de todos os atos do processo;

II - poderá juntar documentos e certidões, produzir prova em audiência e requerer medidas ou diligências necessárias ao descobrimento da verdade.

Art. 84. Quando a lei considerar obrigatória a intervenção do Ministério Público, a parte promover-lhe-á a intimação sob pena de nulidade do processo.

Art. 85. O órgão do Ministério Público será civilmente responsável quando, no exercício de suas funções, proceder com dolo ou fraude.

Anexo III - Exemplos de petição inicial para interdição

Exemplo A:

Excelentíssimo Senhor Juiz da _____ Vara Cível da Comarca _____ - SP

[Identificação e domicílio da requerente], vem à presença de V. Excelência, com fundamento nos artigos 1177 e seguintes do Código de Processo Civil e artigos 1,767 e seguintes do Código Civil, propor **ACÃO DE INTERDIÇÃO COM PEDIDO DE CURATELA PROVISÓRIA**, em face de sua avó, [identificação e domicílio da interditanda], pelos motivos e fundamentos a seguir expostos:

1 – A autora é neta da Interditanda, conforme comprovam os documentos de identidade juntados a esta.

2 – A Interditanda sofre de demência senil e apresenta dificuldades de locomoção, conforme relatório médico ora juntado, dependendo da ajuda de terceiros para a realização das atividades pessoais e da vida civil.

3 – Tais fatos, infelizmente, torna-a incapaz de gerir os atos de sua vida civil, pois se encontra totalmente dependente dos cuidados de terceiros, jpa que só se locomove com ajuda permanente de terceiros.

4 – O Novo Código Civil, em seu artigo 1767 esclarece que nesse caso a Interditanda está sujeita à curatela, vênia para transcrevê-lo:

Estão sujeitos à curatela:

I – aqueles que, por enfermidade ou demência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil” (o termo “demência no lugar de “deficiência, como consta no Novo Código Civil foi utilizado pelo advogado do requerente).

5 – A Interditanda está sendo assistida pela Requerente e pela família, que lhe dedicam total assistência, com carinho e atenção.

6 – A Interditanda não possui quaisquer bens móveis ou imóveis, sendo que possui apenas o benefício de pensão por morte [identificação do número de registro do benefício], no valor de um salário mínimo federal, hoje em R\$724,00, insuficientes, muitas vezes, para cobrir os próprios gastos com remédios, mas inteiramente necessário para ajudar nos cuidados de que necessita.

7 – No estado físico e mental em que se encontra a Interditanda não consegue mais proceder aos recadastramentos e cumprir com outras obrigações impostas pelo Instituto Nacional da Previdência Social, razão pela qual se impõe o presente pedido de Curatela Provisória para que esta Requerente possa representá-la frente à burocracia administrativa e nos demais atos da vida civil.

8 – O presente pedido de interdição e curatela conta com anuência de todos os filhos da interditanda, cf. declarações anexas.

Diante do exposto, requer:

1 – Seja deferida, liminarmente, a Curatela Provisória à Requerente, para que possa representar a interditanda _____, em todos os atos da vida civil, especialmente perante o INSS.

2 – A citação da Interditanda e o prosseguimento do feito, nos termos dos artigos 1.181 e seguintes do Código de Processo Civil, devendo o interrogatório da Interditanda ser realizado através da petição de **inspeção judicial**, preferencialmente na residência da mesma, nos termos do artigo 440 do CPC, tendo em vista a séria limitação física e mental que a acomete, julgando-se procedente o pedido, para declarar a incapacidade da interditanda e nomear a requerente como curadora em caráter definitivo.

3 – A intimação do Ministério Público, para que intervenha no processo, conforme determina o artigo 1182, parágrafo 1º do Código de Processo Civil.

4 – O deferimento da **ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA**, nos termos da Lei 1060/50, conforme declaração em anexo.

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova admitidos em direito, especialmente através de oitiva de testemunhas e realização de perícia médica, que desde já ficam requeridos, além de outros julgados necessários para a comprovação da verdade.

(Grifos originais do documento)

Atestado médico anexo à petição:

[Identificação do médico geriatra]

A [identificação da interditanda], tem dificuldade de marcha e depende de terceiros.
[data, loca, assinatura e carimbo].

Relatório médico anexo à petição inicial:

[Identificação do mesmo médico que emitiu o atestado acima]

A senhora [identificação] tem demência senil e não se locomove. Depende de terceiros.
[data, loca, assinatura e carimbo].

Resposta aos quesitos do Ministério Público:

[Identificação do mesmo médico que emitiu o atestado e o laudo acima]

A paciente _____ apresenta anomalia psíquica que a impede de exprimir a sua vontade. A doença é degenerativa e permanente. O mal foi adquirido, com eclosão acerca de cinco anos e chama-se doença de Alzheimer. O paciente não tem condições, por si só de gerir sua vida e administrar seus bens e interesses. A eclosão do mal gerou essa incapacidade. A paciente é totalmente dependente de terceiros para sobreviver.
[data, loca, assinatura e carimbo].

Exemplo B

Excelentíssimo Senhor Juiz de direito da Vara Cível da Comarca _____ - SP

[Identificação e domicílio da requerente], vem com todo o respeito e acatamento perante V. Excelência, requerer a **INTERDIÇÃO** de sua genitora [identificação e domicílio da interditanda], pelos fatos e fundamento que abaixo alinha e passa a expor:

Que o Suplicante é filho de [identificação da interditanda], conforme faz prova os documentos em anexo.

Consoantes informações prestadas pelo médico ao qual atendeu a Interditanda a mesma possui um quadro clínico de déficit cognitivo com imobilidade motora [identificação do médico].

Destarte, ante o quadro clínico apresentado a Interditanda não tem condições de gerir e administrar sua própria pessoa é imprescindível que seja legalmente representado.

DIANTE DO EXPOSTO, vêm respeitosamente perante V.Exa.; se digne requerer

a) A citação da Interditanda para os fins do art. 1.181 e ss. Do CPC, ou de seu Curador Especial, conforme o art. 288 parágrafo 3º do CPC;

b) A citação do Douto Representante do Ministério Público, nos termos do parágrafo 1º do art. 1.182 do CPC;

c) A nomeação de perito para proceder o exame da Interditanda, caso necessário, conforme o art. 1.183 do CPC, e a decretação de sua Interdição, com a nomeação do Suplicante para o cargo de CURADOR;

d) A expedição do termo de Curatela provisório para atender as necessidades urgentes.

Atestado médico anexo à petição inicial:

Ao INSS,

Paciente em instituição de longa permanência por apresentar grau de dependência total, sendo cuidada por mim em visitas domiciliares e institucional por imobilidade motora e déficit cognitivo.

[Identificação do médico, assinatura, carimbo]

Anexo IV – Exemplos de Termos de Audiência e Interrogatório

[Epígrafe com número do processo, nomes do requerente e do interditando, data e assunto da audiência]

Aos 16 de junho de 2014, às 17h30, no [local onde foi realizado o interrogatório], sob a presidência do Juiz _____, comigo Assistente judiciário ao final nomeado, foi aberta a audiência de interrogatório, nos autos da ação entre as partes em epígrafe. Cumpridas as formalidades legais e apregoadas as partes, presentes se encontravam o autor e seu advogado, _____, e a interditanda. Presente ainda o representante do Ministério Público, _____. Pelo MM Juiz de Direito foi feito o **INTERROGATÓRIO DA INTERDITANDA**: “A interditanda encontram-se acamada, sem capacidade de locomoção. Aliás, sua capacidade motora em geral mostra-se fortemente debilitada. Não tem consciência da realidade ao seu redor. Profere frases desconexas, demonstrando severo déficit cognitivo. É totalmente dependente de terceiros para os cuidados essenciais”. **Impressão do Juiz**: “A capacidade cognitiva da interditanda encontra-se visivelmente abalada, razão pela qual não possui condições de reger os atos da vida civil”. **O Juiz deliberou**: “Concedo a Curatela Provisória para fins legais, pois doravante a interditanda será representada pelo requerente, que prestará compromisso em 5 dias, devendo comparecer em cartório para esse fim. O requerente fica intimado para, em 15 dias, exhibir parecer técnico dando conta do estado atual da interditanda e respondendo aos quesitos do MP, que lhe estão sendo entregues neste ato. **Reitero a intimação ao Curador Provisório de que está proibido de contrair empréstimos/financiamento em nome da interditanda, sem autorização judicial.** Aguarde-se, por 5 dias, a impugnação a cargo da interditanda, e, a seguir, abra-se vista ao MP”. Eu _____, Assistente Judiciário, digitei.

Assinaturas.

(Grifos do documento original)