

ANOREXIA NERVOSA E INTERDIÇÃO JUDICIAL: REFLEXÕES SOBRE O SENTIDO E O ALCANCE DA MEDIDA CONSTRITIVA EM UM CONTEXTO DE RELEITURA DA TEORIA DAS INCAPACIDADES

ANOREXIA NERVOSA AND JUDICIAL INTERDICTION: REFLECTIONS ABOUT THE MEANING AND SCOPE OF THE CONSTRICTIVE MEASURE IN A CONTEXT OF THE DISABILITIES THEORY REREADING

Maria de Fátima Freire de Sá
Maíla Mello Campolina Pontes

RESUMO: O presente artigo aborda o universo da anorexia, transtorno alimentar em que a pessoa se recusa a manter um peso mínimo normal, receia adquirir peso e, normalmente, interpreta seu corpo e sua forma de maneira distorcida. O agravamento do quadro clínico pode ensejar a internação involuntária do paciente para reversão de seu estado desnutricional. Nesse contexto, o conceito de competência é empregado para justificar e legitimar a constrição da autonomia privada. Durante o período em que se encontra impossibilitado de gerir pessoalmente todos os atos de sua vida civil, reflexões jurídicas precisam ser feitas a fim de se questionar quais os instrumentos dogmáticos poderiam ser empregados para auxiliar esse paciente. A interdição judicial pode vir a ser necessária, todavia, alguns apontamentos acerca dos limites da sentença de curatela carecem ser realizados, para que a medida não configure um recurso desarrazoado.

PALAVRAS-CHAVE: Anorexia; Competência; Autonomia; Interdição.

ABSTRACT: This article discusses the universe of anorexia, an eating disorder in which the person refuses to maintain a minimally normal weight, concerns about gaining weight and, usually, interprets their body and shape in a distorted way. The worsening of the clinical condition may give rise to an involuntary patient hospitalization to reverse his undernourishment state. In this context, the concept of competence is used to justify and legitimize the constriction of private autonomy. During the period in which it is impossible to

personally manage all acts of civil life, legal reflections need to be made in order to question which dogmatic instruments could be used to help this patient. A judicial interdiction may become necessary, however, some notes about the limits of guardianship sentence need to be made, so that the measure does not configure an unreasonable resource.

KEYWORDS: Anorexia; Competence; Autonomy; Interdiction.

1 INTRODUÇÃO

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

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

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

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

Tão logo o inusitado começa a se despejar na realidade, faminto por respostas que lhe atendam, o Direito é impelido a projetar sua voz, fazendo reverberar os esboços de

soluções que, nem sempre, solucionam de fato; apenas, saciam momentaneamente. No universo da Anorexia Nervosa, a questão é ainda mais incipiente, posto que os primeiros questionamentos sequer encontraram pouso em solo jurídico. Por ora, ainda, gravitam em torno do eixo sanitário, apontando supostas causas e conjugando os efeitos da patologia.

Foi pensando no aumento dos casos de Anorexia Nervosa que o presente artigo se dispôs a explorar esse universo, perquirindo quais os instrumentos jurídicos poderiam atuar na salvaguarda dos interesses desse paciente. Seria a interdição judicial uma medida indispensável para a tutela de seus direitos? Até que ponto? Ao se trabalhar com essa possibilidade, quais seriam os limites da sentença de curatela? Haveria o anoréxico de ser declarado relativamente incapaz para quaisquer atos de sua vida civil?

Nesse horizonte de releitura da Teoria das Incapacidades, torna-se imprescindível estudar os instrumentos de tutela disponibilizados pelo ordenamento e, principalmente, a maneira pela qual eles não de ser aplicados, para que, de fato, consubstanciem auxílio ao sujeito de direitos e, não, uma forma legítima de encerrá-los dentro da própria existência.

2 ANOREXIA: REVISÃO DOS ASPECTOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS

No estudo das síndromes psicopatológicas, a anorexia nervosa é conceituada como sendo um transtorno alimentar, caracterizado por comportamento obstinado e proposital direcionado a perder peso – oriundo da busca por um corpo magro ideal –, acompanhado por uma falsa percepção da imagem corporal e alterações hormonais devidas à desnutrição (amenorréia¹ ou ciclos menstruais irregulares, hipogonadismo hipotalâmico, retardo no desenvolvimento da puberdade e redução do interesse sexual). (SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011; SADOCK; SADOCK, 2007).

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

¹ Ausência de menstruação por três meses ou mais.

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

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

A idade na qual regularmente se observa o início do quadro, de acordo com o DSM-IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000), está compreendida entre os quatorze e os dezoito anos, e sua manifestação se dá de 10 a 20 vezes mais em mulheres que em homens (MATARAZZO, 1995; SADOCK; SADOCK, 2007). No tocante ao diagnóstico, o DSM-IV-TR lista como os critérios a serem observados: a) recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (p. ex., perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou incapacidade de atingir o peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado); b) medo intenso de ganhar peso ou de engordar, mesmo estando com peso abaixo do normal; c) perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a autoavaliação, ou negação do baixo peso corporal atual; d) nas mulheres pós-menarca, amenorréia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

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

abuso de laxantes e diuréticos. Exercícios físicos intensos e ritualísticos, também, são observados com frequência em anoréxicos. (SADOCK; SADOCK, 2007).

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

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

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

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

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

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

Os clínicos não de verificar se não há ocorrência de alguma outra doença que poderia ser responsável pela perda de peso, como, por exemplo, um tumor cerebral ou câncer. A perda de peso, os comportamentos alimentares e os vômitos podem estar presentes em outros

transtornos mentais (SADOCK; SADOCK, 2007), razão pela qual se faz imperioso buscar os traços que os distinguem.

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

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

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

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

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

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

Com o fito de delinear possíveis respostas às indagações semeadas acima, bem como os reflexos jurídicos que delas adviriam, indispensável explorar os tipos de tratamento hospitalares indicados aos pacientes anoréxicos.

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

3.1 Tipos de tratamento

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

A abordagem médica se propõe a reverter os efeitos oriundos da falta de alimentação e a tratar as eventuais complicações de comorbidades clínicas e psiquiátricas. Um trabalho terapêutico visará a promover a recuperação cognitiva, volitiva e afetiva do medo mórbido de engordar e da insatisfação relativa à imagem corporal. Os pacientes não devem ser assistidos para prevenir a recaída e recorrência do quadro alimentar disfuncional. Para tanto, os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar que atua junto aos anoréxicos trabalham a melhora da autoestima, a autorresponsabilização do paciente sobre o tratamento, diluem pensamentos equivocados relacionados ao hábito alimentar e procuram mitigar/anular o medo obsessivo que esse tipo de paciente possui quando necessita ganhar peso para restaurar o equilíbrio orgânico. (SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011; SADOCK; SADOCK, 2007).

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

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

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

A indicação de internação baseada no critério do peso, em geral, ocorre quando o paciente apresenta um peso 20% abaixo daquele indicado para determinada altura. Quando esse peso estiver 30% ou mais abaixo do referencial esperado para dada altura, a internação

tende a ser prolongada, com duração que varia de 2 a 6 meses. (SALZANO; ARATANGY; AZEVEDO; PISCIOLARO; MACIEL; CORDÁS, 2011).

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

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

[...] a presença de desnutrição grave (peso menor que 75% do esperado de peso/altura); desidratação; distúrbios eletrolíticos; disritmia cardíaca; instabilidade fisiológica; bradicardia; hipotensão e hipotermia (< 36°C); mudanças ortostáticas (pulso e pressão sanguínea); estagnação do crescimento e desenvolvimento; falha no tratamento ambulatorial; recusa alimentar aguda; descontrole de purgações e compulsões; complicações clínicas da desnutrição e de emergências psiquiátricas (p. ex., ideação suicida e sintomas psicóticos); e diagnósticos de comorbidades que podem interferir no tratamento do TA (p. ex., depressão grave, TOC e disfunção familiar grave). (2011, p. 938).

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

Nessas situações, poderá ocorrer uma internação hospitalar involuntária. Durante esse tipo de tratamento, o paciente há de receber um suporte nutricional – que terá por objetivo conferir um aporte calórico maior que gere, gradativamente, o ganho de peso e a reversão do estado de desnutrição – ainda que contra a sua vontade. Para melhor entender a procedimentalidade desse tipo de tratamento, torna-se indispensável a análise dos instrumentos legais que o regulamentam.

3.2 A Lei n°. 10.216/2001 e a internação involuntária

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

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

A referida lei prevê três tipos de internação: a voluntária, na qual há o consentimento do paciente; a involuntária, feita a pedido de terceiros, sem o consentimento do paciente; e a compulsória, realizada por intermédio de ordem judicial (parágrafo único do artigo 6º). Em todas as situações, a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado com a caracterização dos motivos (artigo 6º, *caput*) e deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta (artigo 8º, §1º).

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

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

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

i) existindo discernimento do paciente, e este não querendo ser internado, em princípio, não há como a família fazê-lo; ii) Mas, supondo a existência de discernimento e, ainda que o paciente não queira ser internado, a família poderia fazê-lo se o portador de transtorno colocasse em risco a vida de terceiros; iii) E, no

caso de não existir discernimento do paciente e suas ações colocarem em perigo a própria vida e/ou a vida de terceiros, é possível a internação. (LIMA; SÁ, 2011, p. 343).

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

Ante o exposto, algumas conclusões já podem ser delineadas.

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

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

É muito importante salientar que, no quadro clínico da Anorexia Nervosa, existe uma situação peculiar, em cima da qual se funda o correto entendimento das situações que podem ocorrer junto a esse tipo de paciente.

A distorção da autoimagem está frequentemente presente em portadores desse transtorno alimentar. Existe uma captação equivocada e/ou uma interpretação incongruente da própria imagem pelo anoréxico. Além desse quesito, há uma incapacidade trazida pela própria patologia em aderir aos tratamentos necessários para reversão do quadro clínico. O paciente, por vezes, pode até ter consciência de sua condição de caquexia, todavia, por mais que se esforce, vê-se impossibilitado de tomar as medidas indispensáveis para sua recuperação.

Não se trata, portanto, de uma vontade livre e consciente de alguém que pleiteie a própria morte ou que, após severas reflexões, tenha optado por não se alimentar, como forma de exercer plenamente sua autonomia privada. Se o discernimento é atingido pela Anorexia Nervosa, mesmo que seja, somente, no concernente às questões autorreferentes no âmbito sanitário, significa que não há expressão da autonomia privada quando o paciente repele o tratamento. Não há condições para autodeterminação, porquanto inexistir uma correta apreensão da realidade. Sem esse pressuposto, qualquer tomada de decisão atinente à própria saúde é eivada por condicionantes internas – trazidas pela própria patologia. Logo, existe, sim, um comprometimento da capacidade de fato do paciente, não havendo que se adriçar equivocadamente flâmulas em nome de uma pretensa autonomia privada que, nesse tipo de situação, vê-se comprometida em seu exercício.

Entretanto, qual seria o aparato conceitual médico para justificar a internação involuntária de um paciente anoréxico? Certamente, o arcabouço teórico dos profissionais da saúde não é operado pelas mesmas expressões semeadas no âmbito jurídico.

3.3 O conceito de competência

A situação do paciente anoréxico começa a ganhar contornos: trata-se de indivíduo que, na quase totalidade dos casos², não teve sua capacidade jurídica restringida por procedimento de interdição, porém, em razão da própria doença, pode não ter condições de decidir sobre assuntos que se referem ao seu estado patológico. Todavia, em situações de internação involuntária, qual a justificação do ponto de vista médico que legitima essa conduta?

No universo da Medicina, trabalha-se com o termo “competência”.

Competência é um conceito clínico que expressa as habilidades de um paciente para a tomada de decisões válidas em relação ao tratamento. De acordo com Moreira e Oliveira (2008), a capacidade seria o conceito fixo usualmente ligado a aspectos legais, tratar-se-ia da habilidade para entender e assimilar informações relevantes para a decisão em questão para, assim, ser possível fazer uma escolha consciente. O conceito de competência inclui fatores

² A pesquisa jurisprudencial feita até o momento não localizou um caso de interdição judicial que tenha ocorrido em decorrência do quadro de Anorexia Nervosa isoladamente. Foram localizados julgados nos quais o paciente possuía um estado de enfermidade composto por entidades nosológicas conglobadas, existindo, nas situações, comprometimento mental acentuado.

adicionais de extrema importância no julgamento clínico, como consistência na expressão das decisões durante o tempo, consistência nas decisões expressas e razões subliminares por detrás dessas, como desejos expressos anteriormente e a personalidade antes da doença, o estado emocional atual (especialmente se o indivíduo está sob estresse ou agitado) e seu impacto no processo de exteriorização volitiva, o impacto psicopatológico da doença mental nos sistemas de crenças, assim como nos sistemas de valores e desejos.

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

3.3 Um exemplo de interpretação equivocada

No dia 28 de agosto de 2012, foi divulgada, no portal do site Terra, a seguinte notícia: “Justiça proíbe alimentação forçada de anoréxica à beira da morte”. A notícia narrava a decisão de uma juíza da alta corte de Londres que determinou que a alimentação forçada não estaria de acordo com os melhores interesses de uma mulher anoréxica à beira da morte. A magistrada Eleanor King tomou uma decisão favorável ao Sistema de Saúde britânico (da sigla em inglês, NHS), ao permitir que os médicos não ministrassem nutrição e hidratação, caso a paciente não concordasse.

A paciente, que não teve o nome divulgado e foi denominada por “L” durante o julgamento, pesa 20 quilos e sofre de Anorexia Nervosa desde os 12 anos. A partir dos 14 anos, passou a ser internada para tratar-se e, desde então, quase toda a sua vida tem transcorrido em clínicas.

A representante legal do sistema de saúde britânico, Bridget Dolan, disse que “L” não expressa desejo de morrer, não sendo essa a razão de sua recusa em ser hidratada ou alimentada. Ao mesmo tempo, recordou que a Anorexia Nervosa impede que o paciente se alimente.

A paciente “L” concordou em ser alimentada, via tubária, com 600 calorias por dia, todavia, essa quantidade ainda seria insuficiente para a manutenção do peso atual. Destarte, a juíza King declarou que essa não seria uma batalha que a paciente iria vencer e disse que a tarefa, nesse momento, seria fazer desse último tempo de vida da paciente o mais confortável possível.

Ora, diante de todos os dados e informações apresentados, a decisão acima se afigura um completo despropósito. Conforme explanado, essa paciente não tem condições psíquicas de tomar uma decisão no âmbito sanitário que seja congruente às necessidades de seu quadro clínico. Face à cronicidade de seu estado de saúde, se não for alimentada com um aporte nutricional superior ao que tem sido ofertado, a paciente irá morrer em pouco tempo. Ocorre que essa não é a sua vontade. Ela não procura a morte. Entretanto, o comprometimento de seu discernimento pela Anorexia Nervosa a impede de tomar uma decisão que a salve do desfecho mencionado.

Nesse caso, de acordo com o salientado, não se trata de respeitar a autonomia privada dessa paciente. Afinal, qual autonomia está sendo exercida? Existe uma vontade livre e esclarecida a ser externalizada ou o que se vislumbra é a exteriorização de um sintoma absolutamente pertinente com o quadro da paciente? Sabendo que há comprometimento do discernimento da paciente nos assuntos que se referem à sua saúde, será que essa juíza, de fato, proferiu a decisão adequada?

Por conta desse tipo de situação, que não ressona somente em horizontes longínquos, o conhecimento das peculiaridades de cada quadro psiquiátrico é indispensável para a compreensão exata e a decisão adequada dentro e fora do âmbito judicial.

Diante dessas considerações, quais os reflexos jurídicos poderiam advir da realidade de um paciente anoréxico? No caso de uma internação involuntária, qual seria o aparato dogmático que legitimaria a tomada de decisão em nome do paciente por outrem? Perante um quadro clínico persistente, que se arraste por anos, justificaria um procedimento de interdição? Em caso positivo, qual seria o limite da curatela?

No intuito de explorar essas e outras questões que respingam no universo jurídico de um anoréxico, importante adentrar pelos instrumentos dogmáticos presentes no ordenamento a fim de se constatar em que medida eles se apresentam satisfatórios.

4 EXTRATIVISMO LEGISLATIVO OU CORRETA APLICAÇÃO: SERIA NECESSÁRIO CRIAR NOVOS INSTITUTOS OU NOVOS INTÉRPRETES?

4.1 Aparato dogmático a legitimar a atuação em nome de outrem

Primeiramente, há de se esclarecer que, na maioria dos casos, a anorexia se manifesta, pela primeira, vez durante o período da adolescência do paciente. Assim, sendo o paciente menor de idade e, conseqüentemente, incapaz para os atos da vida civil, certamente, as eventuais situações que se lhe apresentem e careçam ser solucionadas, não de ser administradas pelos pais, no exercício do poder familiar.

No caso de pacientes plenamente capazes que se vejam impedidos de gerirem pessoalmente os atos de sua vida civil – seja por estarem hospitalizados ou mesmo em tratamento ambulatorial –, no tocante à esfera patrimonial, o ordenamento apresenta instrumental dogmático que viabiliza a operacionalização de determinadas atividades. Trata-se da gestão de negócios.

O instituto, no Código Beviláqua, encontrava-se previsto no Capítulo VIII do Título “Das Várias Espécies de Contrato”. Regulavam-no os artigos 1.331 a 1.345. Pelo Código Civil de 2002, passou a se localizar dentre os “Atos Unilaterais”, disciplinados no Título VII do Livro “Do Direito das Obrigações”. Agora, pois, regulamentam a gestão de negócios os artigos 861 a 875.

No que tange à conceituação do instituto, pode-se concluir ser a gestão de negócios a “prática unilateral de atos lícitos, por parte do gestor, tendentes à manutenção de interesses alheios, exigidos pelo caso concreto, à qual é atribuída legalidade e pela qual se apuram, a *posteriori*, benefícios e prejuízos”. (SUMEIRA, 2005, p. 277). Possui por pressupostos objetivos a falta de outorga de poderes – a inexistência de relação jurídica contratual ou legal entre gestor e gerido – e a gestão a assuntos alheios e, por pressupostos subjetivos, o *animus negotia aliena gerendi* – a vontade do gestor de gerir interesses de outrem.

Na gestão de negócios, o gestor envida esforços na manutenção de assunto alheio, valendo-se, segundo as circunstâncias do caso, das medidas possíveis que, presumivelmente, seriam referendadas pelo dono do negócio. (SUMEIRA, 2005).

Desse modo, situações simples e rotineiras no âmbito patrimonial, que compõem a mecânica da vida de cada um, poderiam ser solucionadas sem maiores dificuldades.

Contudo, como proceder quando o tratamento se estende por longo período de tempo? Como solucionar situações de cunho existencial que, por ventura, apresentem-se como carecedoras de atenção?

No filme *Malos Habitros*, do diretor mexicano Simón Bross, ano 2007, é retratada a história de uma paciente com anorexia nervosa que, no exercício do poder familiar, acaba por direcionar à sua filha uma série de comportamentos absurdos, com o objetivo de promover o emagrecimento da criança que se encontra prestes a realizar a primeira comunhão e está acima do peso.

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

4.2 Interdição judicial: medida razoável?

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

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

Todavia, não se pode olvidar que um anoréxico, além de enxergar sua própria imagem distorcida, é um indivíduo lipofóbico, ou seja, possui verdadeiro pânico de ganhar peso. Conforme já foi explorado, são sintomas peculiares à patologia. Nem sempre, contudo, a submissão ao tratamento será impossível. A quase totalidade dos pacientes – senão a totalidade – refuta a própria condição, entretanto, mesmo que de modo penoso, alguma vez, conduzidos por familiares, alguns conseguem iniciar a terapêutica indicada.

O caso a ser considerado, nesse ponto do presente trabalho, refere-se ao paciente que não aceita sua condição e se furta ao tratamento, persistindo junto a uma realidade que pode comprometer o exercício de algum direito da personalidade ou mesmo se refletir no exercício do poder familiar.

Pelo fato de a sua limitação se circunscrever às questões sanitárias relativas ao aspecto nutricional, não faria o menor sentindo que o indivíduo anoréxico se visse privado da prática de outros tantos atos da vida civil que não guardam o menor vínculo com a temática apontada. Interditá-lo como absoluta ou relativamente incapaz, tolhendo-o de exercer a sua personalidade em situações para as quais não se visualiza qualquer obstáculo, estaria na contramão do que propõe a releitura da teoria das incapacidades. Nesse sentido, Pietro Perlingieri (2007), ao dissertar sobre a justificação constitucional dos institutos de proteção, alerta para a possibilidade de que uma série estereotipada de limitações, proibições e exclusões – que não traduzam o verdadeiro grau de comprometimento do discernimento do interditado –, venha a representar um engessamento desproporcionado à realização de seu pleno desenvolvimento:

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

Assim, caberia ao magistrado, em sua sentença, graduar a incapacidade, fazendo com que a interdição incida, somente, sobre determinados atos e situações indispensáveis no contexto daquele paciente.

Apesar de existirem incontáveis críticas acerca da interdição dos pródigos, talvez, a forma pela qual o procedimento é operado nesse tipo de situação seja a mais acertada. Não se adentrando pelo mérito sobre os motivos que levam à constrição da capacidade civil dos pródigos, é indispensável assinalar o limite que a sentença de curatela possui nesses casos. Se

o problema trazido pela prodigalidade se cinge à disposição patrimonial, não seria aceitável que o indivíduo fosse impedido de praticar atos de administração patrimonial ou demais atos de cunho existencial.

No caso do paciente anoréxico, afigurando-se indispensável a sua interdição, há de se observar os pontos específicos em que ele não pode agir sozinho: seja na tomada de decisões relativas à sua saúde, seja no tocante ao exercício do poder familiar, caso este seja turvado pela existência do quadro clínico em apreço.

Destarte, para se alcançar a verdadeira proteção do paciente anoréxico, não se exige a criação de novos institutos por intermédio de uma atividade de extrativismo legislativo infundável. O que se faz indispensável é a correta aplicação do aparato dogmático existente, sem a pressa de se produzir sentenças de interdição em escala industrial para resguardar a conclamada “segurança jurídica”, que não reflitam as reais limitações do interditando.

O que se verifica com frequência, principalmente, com relação a portadores de algum transtorno mental, é que a patologia que apresentam, ao invés de figurar como objeto de estudo para uma correta delimitação da incapacidade no caso concreto, acabam por representar uma sentença condenatória a um ostracismo civil. O “doente” é uma ameaça à fluência dos negócios jurídicos e nunca é protegido contra os pontos que lhe são desfavoráveis em sua patologia. Quem é protegida é a sociedade, que encurrala o indivíduo dentro de sua própria existência, sem que lhe sejam admitidos os intercâmbios inerentes à intersubjetividade.

No intuito de alcançar a melhor eficiência no processo de interdição – leia-se “eficiência” como correta interpretação dos limites da incapacidade do interditando – imperioso que, no transcurso do procedimento, na audiência para interrogatório do interditando, o magistrado tenha a sensibilidade de perquirir os pontos, de fato, norteadores para a formação de sua convicção, podendo, inclusive, ser assistido por especialistas (médicos, por exemplo) e pela própria família do interditando.

Após a defesa do interditando, é exigida a realização de perícia obrigatória, sob pena de nulidade do procedimento. Nesse particular, inclusive, inovou a Codificação de 2002 ao exigir que o juiz realize inspeção pessoal, acompanhado por especialista. É o que dispõe o artigo 1.771 do Código Civil: “Antes de pronunciar-se acerca da interdição, o juiz, assistido por especialistas³, examinará pessoalmente o arguido de incapacidade”.

³ A expressão “assistido por especialistas” é utilizada no plural, posto que a compreensão precisa de eventual incapacidade oriunda de algum comprometimento mental reclama a realização de laudo pericial por equipe multidisciplinar, composta não somente por médicos, mas também por psicólogos e assistentes sociais. Juntos,

É facultada aos interessados (ao próprio interditando e ao requerente) a indicação de assistente técnico para acompanhar a perícia, conforme dispõe o artigo 421, § 1º, I, do Código de Processo Civil.

Exatamente pelo fato de o juiz não estar vinculado ao exame médico, podendo decidir com base em outros elementos de prova, é que se faz imprescindível sua participação interessada no procedimento. Ainda que, após a realização da perícia e ouvido o Ministério Público, o juiz acredite que o manancial probatório não se lhe apresenta suficiente, poderá colher o depoimento de testemunhas para melhor fundamentar sua convicção. (FARIAS; ROSENVALD, 2012).

Ao sentenciar, no caso de declaração da incapacidade do interditando, faz-se indispensável que o juiz estabeleça uma gradação da incapacidade jurídica, sendo este o momento em que ele irá observar, em cada contexto, quais são os atos comprometidos e quais não hão de ser alcançados pela sentença.

No caso da anorexia, portanto, defende-se que, uma vez necessária a interdição, a sentença, apenas, impossibilite ao anoréxico a tomada de decisões relativas ao seu quadro clínico e, em sendo visualizada a hipótese, o impedimento de decidir sobre questões sanitárias, no âmbito nutricional, de sua prole. Para tanto, deverá ser assistido pelo curador que lhe for nomeado.

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

Isso posto, verifica-se que os instrumentos necessários para salvaguardar os direitos dos incapazes existem e podem ser extremamente eficientes se manuseados por profissionais que intencionem utilizá-los para melhoria da qualidade de vida daqueles que serão por eles atingidos.

Para tanto, basta estudo, habilidade, disposição e vontade, requisitos que não pertencem ao universo do jurídico e, sim, à seara do humano, do todo “demasiadamente humano” que não se encontra facilmente, nem mesmo quando o homem sentencia o seu semelhante.

os diferentes profissionais têm condição de apresentar um laudo mais pormenorizado sobre a capacidade e responsabilidade do interditando, com o fito de embasar a decisão judicial. (FARIAS; ROSENVALD, 2012).

5 CONCLUSÃO

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

Desprezando o tipo de comportamento do paciente anoréxico – sempre relutante ao tratamento – e a distorção da autoimagem ocasionada pela patologia, não seria possível entender qual o aparato conceitual que atua como legitimador de sua internação involuntária quando necessário.

O conceito médico de competência é trazido para esclarecer situações nas quais o paciente se encontra inabilitado para discernir sobre as questões atinentes ao seu estado de saúde. No caso da anorexia, verificou-se que a própria doença traz um condicionante interno ao que deveria ser a manifestação livre e esclarecida da vontade. Logo, sem que se adentre pelas características dessa entidade nosológica, verifica-se ser impossível uma decisão acertada que vise ao benefício desse paciente.

O tratamento involuntário, nesse cenário, não representa uma violência à autonomia privada, simplesmente, porque esta não tem como ser exercida se calcada em um discernimento turvado pela Anorexia Nervosa: fonte de onde toda e qualquer manifestação de vontade já nasceria eivada pelos sintomas estudados.

Tendo por foco o paciente anoréxico que se encontra em tratamento prolongado, podendo, inclusive, estar hospitalizado e longe da possibilidade de gerir pessoalmente os atos de sua vida civil, fez-se uma análise de quais seriam os instrumentos dogmáticos disponibilizados pelo Direito para auxiliá-lo.

Verificou-se que a gestão de negócios poderia ser evocada para facilitar operações rotineiras no âmbito patrimonial em favor do anoréxico. Todavia, dependendo da situação e da duração do tratamento, a abrangência do instituto poderia não responder suficientemente às necessidades do caso concreto. Para decisões mais específicas de cunho patrimonial e, também, para situações de natureza existencial do sujeito que se encontra impossibilitado de decidir, o instituto da interdição judicial se apresenta como o recurso existente.

Todavia, se a inabilidade do anoréxico se circunscreve à tomada de decisões no tocante a questões que se relacionam ao seu quadro clínico – nutricionais e dietéticas – e, eventualmente, em sendo possível verificar a trasladação dessa dificuldade a decisões que se

refiram à sua prole, não faria o menor sentindo estender sua incapacidade para situações outras que não guardam pertinência com a temática.

Destarte, defendeu-se, no presente artigo, que a interdição do anoréxico seja empregada somente se indispensável à realidade daquele paciente e, mesmo assim, fique adstrita à tomada de decisões autorreferentes no âmbito sanitário, sendo possível a extensão dessa limitação no exercício do poder familiar, se a situação concreta assim o exigir. Para tanto, nomear-se-á um curador. Nos demais atos da vida civil, a capacidade não sofrerá qualquer constrição.

A máxima preservação das habilidades de um indivíduo sujeito à interdição é a maneira adequada de manusear o aparato dogmático disponível, de modo a verberar o que propõe a releitura da Teoria das Incapacidades. Para o alcance de tal finalidade, dispensa-se a criação de novos institutos, posto que o déficit não se localiza nos catálogos de normas, mas nos intérpretes que as aplicam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

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

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

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

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

BIDAUD, Éric. **Anorexia mental, ascese, mística: uma abordagem psicanalítica**. Rio de Janeiro: Companhia Freud, 1998.

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

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

BRUMBERG, Joan Jacobs. **Fasting Girls: the history of anorexia nervosa**. New York: Vintage Books, 2000.

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

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

BYNUM, Caroline Walker. **Holy feast and holy fast: the religious significance of food to medieval women**. Berkeley: University of California Press, 1988.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

JUSTIÇA proíbe alimentação forçada de anoréxica à beira da morte. Terra. Disponível em: <http://noticias.terra.com.br/mundo/noticias/0..OI6108157-EI8142,00-Justica+proibe+alimentacao+forcada+de+anorexica+a+beira+da+morte.html>. Acesso em: 29 ago. 2012.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

WEINBERG; Cybelle; CORDÁS, Táki Athanássios. **Do altar às passarelas**: da anorexia santa à anorexia nervosa. São Paulo: Annablume, 2006.

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