

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC**

**CURSO DE DIREITO**

**FLÁVIA AMBONI SPILERE**

**O(A) VIÚVO(A) MEEIRO(A) PORTADOR(A) DE TRANSTORNO AFETIVO  
BIPOLAR E O CONFRONTO ENTRE SUA AUTONOMIA PATRIMONIAL E A  
LIMITAÇÃO DE SUA CAPACIDADE CIVIL**

**CRICIÚMA**

**2017**

**FLÁVIA AMBONI SPILERE**

**O(A) VIÚVO(A) MEEIRO(A) PORTADOR(A) DE TRANSTORNO AFETIVO  
BIPOLAR E O CONFRONTO ENTRE SUA AUTONOMIA PATRIMONIAL E A  
LIMITAÇÃO DE SUA CAPACIDADE CIVIL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de Bacharel no curso de Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Rosângela Del Moro

**CRICIÚMA**

**2017**

**FLÁVIA AMBONI SPILERE**

**O(A) VIÚVO(A) MEEIRO(A) PORTADOR(A) DE TRANSTORNO AFETIVO  
BIPOLAR E O CONFRONTO ENTRE SUA AUTONOMIA PATRIMONIAL E A  
LIMITAÇÃO DE SUA CAPACIDADE CIVIL**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel, no Curso de Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, com Linha de Pesquisa em Direito Civil.

Criciúma, 28 de novembro de 2017

**BANCA EXAMINADORA**

Prof.<sup>a</sup> Rosângela Del Moro - Especialista - (UNESC) - Orientadora

Prof.<sup>a</sup> Daiani Barboza - Doutora - (UNESC)

Prof. Marcus Vinícius Almada Fernandes - Especialista - (UNESC)

**Aos meus avós Leonides (*in memoriam*) e Santina que foram a principal fonte de inspiração para esta pesquisa.**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar a Deus que me iluminou durante esta caminhada.

À minha orientadora Rosângela, por toda paciência nesse último ano. Me faltam palavras para agradecer todo apoio. Mas quero principalmente agradecer por ter acreditado e investido nesse projeto. Rô meu muito obrigada por tudo!

Aos meus pais, Alvani Luiz e Claudete, aos meus irmãos, Júlio e Maurício por todo amor, incentivo, apoio dispendido principalmente na conclusão do curso e dessa monografia.

Ao meu namorado Rafael, pela paciência, especialmente nos últimos meses, pelo carinho, atenção, companheirismo que ajudaram muito nas horas de dificuldade.

Aos meus amigos, que (in)diretamente participaram dessa conquista, mas principalmente aqueles que estiveram ativamente comigo nestes últimos meses, João Victor, Luís Fernando, Alexandre, Lara, Avelino, Estevão e Júlia.

Por fim, agradeço a todos os demais que de alguma maneira me fizeram seguir em frente durante esta caminhada.

**“Cada sonho que você deixa para trás, é um  
pedaço do seu futuro que deixa de existir”.**

**Steve Jobs**

## RESUMO

O transtorno afetivo bipolar é um distúrbio complexo que possui características bem marcantes como a alternância, muitas vezes súbita, de episódios de depressão com episódios de euforia e ainda períodos assintomáticos. Os principais sintomas são: depressão, mania (com alternância de estados de euforia e descontrole, chegando os casos mais graves ao delírio e alucinação) e hipomania. O diagnóstico do transtorno afetivo bipolar é clínico, posto que baseado no relato do próprio paciente e/ou da família e amigos. O diagnóstico do transtorno afetivo bipolar pode levar anos para ser concluído, uma vez que seus sintomas podem vir a ser confundidos com os sintomas de outras doenças, tais como a esquizofrenia, depressão ou síndrome do pânico. Cabe lembrar que o portador de transtorno afetivo bipolar, mesmo nos momentos de crise, não é considerado absolutamente incapaz e tampouco é considerado relativamente incapaz. Assim, o portador de transtorno afetivo bipolar pode ficar até meses sem ter consciência de seus atos, o que demonstra a necessidade de se estudar a situação dos meeiros bipolares, pois em uma de suas crises poderá dispor de todo o seu patrimônio. Cumpre ressaltar que com exceção dos maiores de dezesseis anos e menores de dezoito anos, as demais pessoas apenas serão declaradas como incapazes por meio de processo judicial de interdição. A relevância do tema consiste em verificar quais os instrumentos jurídicos disponíveis para tutelar a pessoa portadora de transtorno afetivo bipolar e a proteção de seu patrimônio, evitando que a mesma venha a dispor de seu patrimônio de modo prejudicial, uma vez que a doença não possui cura e seu tratamento é custoso. A pesquisa foi desenvolvida através do método dedutivo, com utilização de livros, teses, artigos e jurisprudências ilustrativas, sendo possível afirmar que a partir da vigência do Estatuto da Pessoa com Deficiência um dos instrumentos disponibilizados aos portadores de transtorno afetivo bipolar é a tomada de decisão assistida, ou seja poderá escolher duas pessoas que lhe acompanharão quando da realização de negócios jurídicos patrimoniais.

**Palavras-chave:** Transtorno afetivo bipolar. Meeiro. Incapacidade. Tomada de decisão assistida

## ABSTRACT

Bipolar affective disorder is a complex illness, displaying marked features such as an often sudden alternation between depressive and manic phases, as well as intermediate asymptomatic periods. The main symptoms are depression, mania (with the alternation between euphoric and hysterical states, with the most severe cases presenting deliriums and hallucinations) and hypomania. Bipolar affective disorder presents a clinical diagnosis, given the latter is based on the reports of the patient himself or his close family and friends. Such diagnosis can take years to be concluded, since its symptoms can be attributed to those of other disorders, such as schizophrenia, depression or panic syndrome. It is worth noting that people with bipolar affective disorder, even during their crises, are not considered to be neither relatively nor absolutely incapable. Therefore, people with bipolar affective disorder might go for months without conscience of their actions, which demonstrates the need to study the situation of bipolar spouses entitled to a share of the estate, who might expend their acquired assets during a crisis. It should be noted that with the exception of those over sixteen and under the age of eighteen, other persons will only be declared incapable through a judicial process of interdiction. The relevance of the subject consists in verifying which are the legal instruments available to protect the person with bipolar affective disorder, as well as their assets, avoiding detrimental expenditures once the disorder has no cure and its management is rather expensive. The research was developed through the deductive method, using books, theses, articles and illustrative jurisprudence, and it is possible to affirm that from the validity of the Statute of the Person with Disability one of the instruments made available to people with bipolar affective disorder is decision making assisted, that is to say you can choose two people who will accompany you when carrying out legal property transactions.

**Keywords:** Bipolar affective disorder. Incapacity.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR.....</b>	<b>12</b>
2.1 CARACTERÍSTICAS E SINTOMAS DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR...	12
2.2 DIAGNÓSTICOS .....	17
2.3 TRATAMENTOS .....	18
<b>3 INCAPACIDADES DO ORDENAMENTO CIVIL.....</b>	<b>22</b>
3.1 AS INCAPACIDADES CIVIS .....	24
3.2 O PROCESSO CURATELA E LIMITES DE INTERDIÇÃO .....	29
3.3 TOMADA DE DECISÃO ASSISTIDA .....	33
<b>4 DO(A) VIÚVO(A) MEEIRO(A) PORTADOR(A) DE TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: AUTONOMIA PATRIMONIAL OU PROTEÇÃO PATRIMONIAL?.....</b>	<b>38</b>
4.1 A CURATELA E A (IM)POSSIBILIDADE DE DISPOSIÇÃO PATRIMONIAL .....	38
4.2 LIMITAÇÕES NA DISPOSIÇÃO PATRIMONIAL DO(A) VIÚVO(A) MEEIRO(A): PROTEÇÃO OU RESTRIÇÃO INDEVIDA EM SUA AUTONOMIA PATRIMONIAL?	45
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>51</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O transtorno afetivo bipolar é uma doença que se caracteriza pelo fato de o portador sofrer oscilações de humor, com alternância, súbita em alguns casos, entre episódios depressivos, eufóricos e mistos, podendo o portador perder a consciência de seus atos, nos casos mais graves, por tempo não determinado, variando entre um dia, alguns meses, podendo chegar a anos, consoante cada caso.

Levando-se em consideração as características do transtorno afetivo bipolar, principalmente a falta de discernimento em alguns momentos da vida, por conta das crises vividas, surge a preocupação com o patrimônio a ser recebido pelo(a) cônjuge meeiro(a) que é portador(a) de transtorno afetivo bipolar, atentando-se ao fato que alguns sintomas da doença, fazem com que o(a) portador(a) venha a se desfazer de seus bens desordenadamente.

Assim, o presente trabalho tem o objetivo de analisar no ordenamento civil brasileiro os institutos que visam a proteção patrimonial do(a) cônjuge meeiro(a) portador(a) de transtorno afetivo bipolar, sem que lhe seja afetada a capacidade civil.

Para cumprir com o objetivo proposto, o trabalho se divide em três capítulos, onde, primeiramente, estudar-se-á o transtorno afetivo bipolar, suas características, diagnósticos, tratamentos de maneira mais superficial, apenas para que seja entendido como funciona a doença. Na sequência explicar-se-á como e quando surge a capacidade civil, para adentrar nas incapacidades civis do ordenamento civil brasileiro. Ainda, em decorrência das incapacidades civis, estudar-se-á os institutos da curatela e da tomada de decisão assistida.

Por fim, no último capítulo analisar-se-á qual a mais adequada solução, dentre as existentes e aplicáveis no ordenamento civil brasileiro, nos casos do(a) cônjuge meeiro(a) portador(a) de transtorno afetivo bipolar, visando, principalmente, a proteção patrimonial deste.

Para tanto, a metodologia a ser aplicada é predominantemente o método dedutivo, mediante pesquisa bibliográfica e jurisprudencial.

A relevância do tema consiste em verificar quais instrumentos jurídicos disponíveis para tutelar a pessoa portadora de transtorno afetivo bipolar e a proteção de seu patrimônio, evitando que venha a dispor de seu patrimônio de modo prejudicial, uma vez que a doença não possui cura e seu tratamento é custoso.

O caso da proteção patrimonial do meeiro portador de transtorno afetivo bipolar foi escolhido, pois mesmo a Organização Mundial da Saúde (OMS) considerando o transtorno afetivo bipolar uma das doenças que mais causa incapacidade no mundo, o ordenamento civil brasileiro ainda não trata a respeito deste assunto, e mais, analisar-se-á do Tribunal de Justiça de Santa Catarina, no período compreendido entre 2015 e 2017, se utilizando como critérios de pesquisa as palavras “transtorno bipolar” e “interdição” com observação das divergências em relação ao transtorno afetivo bipolar e sua (in)capacidade.

## 2 TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

O transtorno afetivo bipolar (TAB) que também é chamado de transtorno bipolar (TB), doença maníaco-depressiva e transtorno de humor bipolar (THB), começou a ser comentado em meados do século XIX, porém apenas no século XXI é que recebeu maior atenção da comunidade científica, sendo reconhecido como uma patologia presente, predominantemente, na população mais jovem. (BRAGA; KUNZLER; HUA, 2008).

Quando o transtorno afetivo bipolar é diagnosticado em pessoas com idades mais avançadas surge um enorme desafio para o tratamento clínico, pois possuem necessidade de tratamentos diferenciados. Ademais, os idosos portadores de transtorno afetivo bipolar podem apresentar declínio cognitivo mais rápido quando comparados as pessoas da mesma faixa etária e mesma escolaridade. Tal alteração acaba propiciando maior dependência dos familiares. (MONTESCHI; VEDANA; MIASSO, 2010).

Sanches e Jorge (2004) dissertam rapidamente sobre as características gerais do transtorno afetivo bipolar:

O transtorno afetivo bipolar (TAB) corresponde a um dos mais prevalentes e potencialmente graves transtornos psiquiátricos. Caracterizado por oscilações importantes do humor entre os polos da exaltação (ou euforia) e depressão, apresenta curso recorrente e crônico, implicando em elevado grau de morbidade e incapacidade para seus portadores.

Levando em consideração a gravidade da doença, é necessário que se entenda as características, os diagnósticos os tratamentos para poder-se analisar de que maneira o transtorno afetivo bipolar pode influenciar na vida do portador, da família, dos amigos.

### 2.1 CARACTERÍSTICAS E SINTOMAS DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

O transtorno afetivo bipolar é uma doença recorrente, crônica, incapacitante, grave e caracteriza-se por haver oscilações, bem marcantes de humor, como a alternância, muitas vezes súbita, de episódios de depressão, de episódios de mania, de episódios mistos e ainda períodos assintomáticos entre eles. (VARELA, 2017).

Tanto os episódios de depressão quanto os de mania podem aparecer em uma mesma pessoa. As crises (mudanças súbitas de humor) podem ser leves, moderadas ou graves, tendo como base a intensidade da alteração de humor, o comportamento e o tempo de duração da crise. (MORENO; MORENO, 2005).

O transtorno afetivo bipolar é dividido basicamente em quatro grupos, cada qual com suas particularidades, como Varela (2017) explica:

- 1) Transtorno bipolar Tipo I: O portador do distúrbio apresenta períodos de mania, que duram, no mínimo, sete dias, e fases de humor deprimido, que se estendem de duas semanas a vários meses. Tanto na mania quanto na depressão, os sintomas são intensos e provocam profundas mudanças comportamentais e de conduta, que podem comprometer não só os relacionamentos familiares, afetivos e sociais, como também o desempenho profissional, a posição econômica e a segurança do paciente e das pessoas que com ele convivem. O quadro pode ser grave a ponto de exigir internação hospitalar por causa do risco aumentado de suicídios e da incidência de complicações psiquiátricas.
- 2) Transtorno bipolar Tipo II: Há uma alternância entre os episódios de depressão e os de hipomania (estado mais leve de euforia, excitação, otimismo e, às vezes, de agressividade), sem prejuízo maior para o comportamento e as atividades do portador.
- 3) Transtorno bipolar não especificado ou misto: Os sintomas sugerem o diagnóstico de transtorno bipolar, mas não são suficientes nem em número nem no tempo de duração para classificar a doença em um dos dois tipos anteriores.
- 4) Transtorno ciclotímico: É o quadro mais leve do transtorno bipolar, marcado por oscilações crônicas do humor, que podem ocorrer até no mesmo dia. O paciente alterna sintomas de hipomania e de depressão leve que, muitas vezes, são entendidos como próprios de um temperamento instável ou irresponsável.

O transtorno afetivo bipolar, tem grande variabilidade de frequência, gravidade, duração, tanto entre os portadores quanto em um mesmo portador. Dessa maneira, a depressão, por exemplo, pode ocorrer uma única vez ou ser recorrente na vida do portador, repetindo-se inúmeras vezes, tendo intensidade leve, moderada ou grave, podendo durar dias, semanas, meses e até anos. Os sintomas quando persistem por anos, são chamados de crônicos. (DEL PORTO, 2004).

Quando os sintomas são classificados como leves ou moderados, o portador consegue realizar suas atividades diárias, ainda que com dificuldades. Porém, quando o portador tem seus sintomas diagnosticados como graves, a realização de tais atividades torna-se quase impossível. (DEL PORTO, 2004).

Rocca e Lafer (2006) esclarecem sobre características gerais do transtorno afetivo bipolar:

O transtorno bipolar (TB) é um dos mais graves tipos de doença mental e se caracteriza pela presença de episódios alternados de humor (mania/hipomania e depressão), os quais variam em intensidade, duração e frequência. Além dos episódios clássicos de mania, hipomania e depressão, há ainda aqueles mistos, ou seja, episódios nos quais ocorrem sintomas tanto característicos das fases de mania/hipomania como da depressão. A ocorrência de sintomas psicóticos tende a ser um indicador da gravidade do episódio nas diferentes fases da doença, bem como a alta frequência destes episódios tende a marcar a cronicidade da doença.

Vale ressaltar que independentemente do tipo de bipolaridade que acomete o portador, os sintomas são basicamente os mesmos, uma vez que os principais sintomas do portador que sofre de transtorno afetivo bipolar são a depressão, a mania (que também é chamada de euforia) e a hipomania. (VARELA, 2017).

Durante os episódios de depressão o portador, basicamente, fica com o humor deprimido, sente uma tristeza, angústia profunda, podendo chegar a ter alguns esquecimentos. O seu principal sintoma é um estado de humor de tristeza e desespero. (VARELA, 2017).

Ramíres-Basco e Thase resumem os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) descrevendo os sintomas do portador durante os episódios depressivos, também chamado de depressivo maior:

Cinco ou mais sintomas presentes durante o período de duas semanas (durante a maior parte do tempo), incluindo um estado de ânimo deprimido ou uma perda do interesse ou da capacidade para o prazer. Os sintomas representam uma mudança com respeito aos níveis prévios de funcionamento e não são devidos a uma doença ou a sintomas psicóticos:

1. Estado de ânimo deprimido.
  2. Notável diminuição do interesse ou prazer.
  3. Uma mudança significativa (aumento ou diminuição) do apetite e/ou de peso.
  4. Insônia ou hipersonia.
  5. Retardo ou agitação psicomotores.
  6. Perda de energia ou fadiga.
  7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva.
  8. Indecisão ou diminuição da capacidade para concentrar-se.
  9. Pensamentos recorrentes de morte ou de suicídio ou tentativa de suicídio.
- Não existe um episódio misto. Os sintomas provocam uma deterioração no funcionamento ou um mal-estar clinicamente significativo. Não se deve a uma doença nem ao abuso de substâncias psicoativas. Não há luto. (2009, p. 556).

Nos episódios de mania o portador fica em estado de agito, descontrola ao coordenar ideias, mania de grandeza, eufórico. O portador, nesse estado, pode tomar atitudes que reverterão em dano a si próprio e às pessoas próximas, como por

exemplo, gastos descontrolados de dinheiro. Nos casos mais graves, o portador pode sofrer delírio e alucinação. (VARELA, 2017).

Os principais sintomas da mania são o estado de humor elevado, expansivo, eufórico, irritável. Quando o portador está em crise nas fases iniciais, ele sente-se mais alegre, falador, ativo, sociável, autoconfiante, inteligente, criativo. (DIAS, 2006).

Ramíres-Basco Thase resumem os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) em relação aos sintomas que acometem o portador na fase maníaca:

Um estado de ânimo anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, que dura pelo menos uma semana ou requer hospitalização. Três ou mais dos sintomas seguintes (quatro, se o estado de ânimo foi irritável):

1. Autoestima ou grandiosidade excessivas.
2. Diminuição da necessidade de dormir.
3. Mais falador que o habitual ou necessita falar continuamente.
4. Fuga de ideias ou pensamentos que se sucedem a grande velocidade.
5. Distraibilidade.
6. Aumento da atividade ou agitação psicomotora.
7. Envolvimento excessivo em atividade que implicam risco.

Não existe um episódio misto. Deterioração do funcionamento ou necessidade de hospitalização. Não se deve a uma doença, ao abuso de substâncias psicoativas ou a tratamentos antidepressivos. (2009, p. 555).

Paralelamente, Moreno, Moreno e Ratzke (2005) complementam as características dos episódios maníacos:

A mania afeta o humor e as funções vegetativas, como sono, cognição, psicomotricidade e nível de energia. Em um episódio maníaco clássico, o humor é expansivo ou eufórico, diminui a necessidade de sono, ocorre aumento da energia, de atividades dirigidas a objetivos (por exemplo, o paciente inicia vários projetos ao mesmo tempo), de atividades prazerosas, da libido, além de inquietação e até mesmo agitação psicomotora. O pensamento torna-se mais rápido, podendo evoluir para a fuga de ideias. O discurso é caracterizado por prolixidade, pressão para falar e tangencialidade. As ideias costumam ser de grandeza, podendo ser delirantes. Geralmente a crítica está prejudicada e os ajuizamentos emitidos se afastam da realidade do paciente.

Durante os episódios de hipomania os sintomas são semelhantes aos dos episódios maníacos, havendo apenas diferença com relação a intensidade e duração das crises, uma vez que os sintomas sentidos são menos intensos e a duração de cada crise é menor na hipomania. (VARELA, 2017).

Ramíres-Basco e Thase resumem os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) descrevem os sintomas do portador nos episódios hipomaníacos:

Um estado de ânimo anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, que dura pelo menos quatro dias. Três ou mais dos seguintes sintomas (quatro, se o estado de ânimo for irritável):

1. Autoestima ou grandiosidade excessivas.
2. Diminuição da necessidade de dormir.
3. Mais falador que o habitual ou necessita falar continuamente.
4. Fuga de ideias ou pensamentos que se sucedem a grande velocidade.
5. Distraibilidade.
6. Aumento da atividade ou agitação psicomotora.
7. Envolvimento excessivo em atividades que implicam risco.

Os sintomas constituem-se uma troca inequívoca em relação ao funcionamento normal da pessoa. O estado de ânimo e os sintomas podem observar os demais. Não existe uma deterioração importante do funcionamento, não requer hospitalização nem tem sintomas psicóticos. Não se deve a uma doença, aos abusos de substâncias psicoativas ou a tratamentos antidepressivos. (2009 p. 557).

Paralelamente, Moreno, Moreno e Ratzke (2004) complementam as características dos episódios hipomaníacos:

A hipomania é um estado semelhante à mania, porém mais leve. Em geral, é breve, durando menos de uma semana. Há mudança no humor habitual do paciente para euforia ou irritabilidade, reconhecida por outros, além de hiperatividade, tagarelice, diminuição da necessidade de sono, aumento da sociabilidade, atividade física, iniciativa, atividades prazerosas, libido e sexo e impaciência. O prejuízo ao paciente não é tão intenso quanto o da mania. A hipomania não se apresenta com sintomas psicóticos, nem requer hospitalização.

Ademais, pode-se citar o estado misto, Ramíres-Basco e Thase resumem os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) descrevendo os sintomas do portador na fase mista:

- A) Durante o período de uma semana, são satisfeitos os critérios do episódio maníaco e do episódio depressivo maior.
- B) Deterioração do funcionamento ou necessidade de hospitalização.
- C) Não é devido a uma doença, ao abuso de substâncias psicoativas ou a tratamentos antidepressivos. (2009, p. 556).

Como visto, o transtorno afetivo bipolar divide-se em quatro tipos, além de possuir sintomas característicos da doença, onde os principais são a depressão, a mania, a hipomania e a mista. Tais fatores tornam quase que único cada portador,



uma vez que as características da doença em cada portador decorrerão da união dos sintomas.

## 2.2 DIAGNÓSTICOS

O diagnóstico do transtorno afetivo bipolar é clínico, de tal modo que é baseado no relato do próprio portador e/ou da família e amigos. O diagnóstico da bipolaridade pode levar anos para ser concluído, uma vez que seus sintomas são facilmente confundidos com os sintomas de outras doenças, tais como a esquizofrenia, depressão maior, síndrome do pânico. (VARELA, 2017).

É comum que o portador não perceba que possui esta enfermidade, fazendo-se necessário que familiares e amigos façam parte ativamente da vida do mesmo para que possam reconhecer alguns dos sintomas e assim encaminha-lo a um tratamento adequado. (MORENO; MORENO; RATZKE, 2005).

Costa (2008) faz um breve comentário acerca do tema:

O TAB<sup>1</sup> frequentemente acomete os indivíduos no início de suas vidas profissionais: a idade média de início dos primeiros sintomas de TAB é aos 20 anos de idade, embora 69% dos pacientes não sejam diagnosticados corretamente, sendo a depressão unipolar o erro diagnóstico mais frequente. Os que são incorretamente diagnosticados acabam por consultar, em média, quatro médicos antes de receber o diagnóstico adequado, e mais de um terço dos pacientes esperam 10 anos ou mais antes de receber o diagnóstico correto. As consequências do diagnóstico incorreto são: menor probabilidade de que esses pacientes sejam tratados com medicações atualmente recomendadas como primeira linha de tratamento; uso mais frequente de antidepressivos, com seus riscos associados, além de taxas mais altas de suicídio e hospitalização, o que acaba refletindo nos desfechos e nos custos.

Para que o portador seja diagnosticado com transtorno afetivo bipolar é necessária a presença de dois ou mais episódios de alteração de humor, contanto que um desses episódios seja caracterizado com os sintomas da mania ou hipomania. (SANCHES; JORGE, 2004).

A mania, nos episódios mais graves, quando associada a delírio, paranoia, agitação, irritabilidade, torna-se mais difícil de distinguir da esquizofrenia, em que o portador apresenta maior número de delírios incoerentes com relação ao seu humor, apresentando também sintomas de *schneiderianos* (alucinações auditivas referindo-

---

<sup>1</sup> Transtorno afetivo bipolar.

se a ele mesmo na terceira pessoa. Na esquizofrenia também podem aparecer ideias delirantes de grandeza, porém diferencia-se do transtorno afetivo bipolar no tocante ao humor expansivo ou eufórico, característico da mania. (MORENO; MORENO; RATZKE, 2005).

Já a hipomania, pode ser confundida como o estado de humor normal do portador, como por exemplo, a alegria ao receber uma notícia boa ou a irritabilidade quando algo ruim acontece. Estes estados de humor não necessariamente são percebidos por aqueles que convivem com o portador como diferentes do padrão habitual de humor do mesmo. Esse comportamento não causa prejuízo, nem envolvimento com atividades de risco. Frequentemente, a hipomania é confundida com transtorno de personalidade, com a pessoa antissocial, narcisista. (MORENO; MORENO; RATZKE, 2005).

Em vista disso, pode-se perceber o quão difícil é fazer o diagnóstico correto do transtorno afetivo bipolar. Visto que o diagnóstico não se resume em apenas atestar a pessoa com a doença, mas sim identificar quais os sintomas sofridos pelo portador, para que possa iniciar o correto tratamento.

### 2.3 TRATAMENTOS

O transtorno afetivo bipolar não tem cura. Em contrapartida pode ser controlado por meio medicamentoso e acompanhamento psiquiátrico, porquanto o atraso ou erro ao diagnosticar a doença, elevam a carga e os custos da mesma. (COSTA, 2008).

Salienta-se ainda que é importante considerar se o portador é idoso, posto que os idosos portadores de transtorno afetivo bipolar necessitam de um tratamento diferente do tratamento das crianças e adolescentes, como explicam Monteschi, Vedana e Miasso (2010):

É fato que idosos portadores de TAB frequentemente têm diferentes necessidades de tratamento em comparação com indivíduos jovens. Estas são decorrentes de fatores típicos da terceira idade: comorbidades físicas, isolamento social, perdas cognitivas, poli farmácia, variações relacionadas à idade na resposta à terapia, entre outras. Além disso, idosos com TAB podem apresentar declínio cognitivo mais rápido do que o esperado para pessoas na mesma faixa etária e com a mesma escolaridade. Esta alteração pode propiciar maior dependência dos idosos em relação aos cuidados prestados por familiares ou outros cuidadores.  
[...]

Atualmente as alternativas disponíveis para o tratamento do TAB no idoso usualmente incluem estabilizadores do humor (lítio, anticonvulsivantes) e psicoterapia. Também podem ser utilizados, em alguns casos, os antipsicóticos, ansiolíticos, antidepressivos e a eletroconvulsoterapia.

O objetivo principal do tratamento é manter o portador sem sintomas, mesmo o transtorno afetivo bipolar não tendo cura. Em suma, a principal finalidade do tratamento é a remissão<sup>2</sup> da doença e não somente redução dos sintomas. (SOUZA, 2005).

Souza (2005) ensinam que o tratamento do transtorno afetivo bipolar possui três fases a aguda, a de continuação e a de manutenção:

O tratamento do paciente eutímico deve sempre considerar a possibilidade de o paciente vir a ter episódios de mania e/ou depressão. A eutimia, usualmente, é definida como a remissão dos sintomas, entretanto, idealmente, seria o período no qual o paciente não apenas estaria sem sintomas, mas (re)integrado funcionalmente em suas atividades de rotina. O objetivo do tratamento, portanto, é manter o paciente sem sintomas. Assim, a meta principal do tratamento é a remissão e não apenas a resposta clínica (redução de 50% dos sintomas observados), que é comumente usada como medida de desfecho nos ensaios clínicos.

Os objetivos do tratamento da fase aguda são: tratar mania sem causar depressão e/ou consistentemente melhorar depressão sem causar mania. A fase de continuação tem como meta: estabilizar os benefícios, reduzir os efeitos colaterais, tratar até a remissão, reduzir a possibilidade de recaída e aumentar o funcionamento global. Finalmente, os objetivos do tratamento de manutenção são: prevenir mania e/ou depressão e maximizar recuperação funcional, ou seja, que o paciente continue em remissão.

Outrossim, quando o portador já passou, pelo menos, por três crises ou por uma crise muito séria, aguda, que ocasionou o diagnóstico do transtorno afetivo bipolar, recomenda-se o não adiamento para iniciar o tratamento. (SANTIN; CERESER; ROSA, 2005).

Dentre as opções de tratamento, os estabilizadores de humor, conforme a necessidade de cada portador, são suficientes para controlar uma hipomania, uma mania ou ainda um estado misto, sendo estes estabilizadores, muitas vezes, ideais para o tratamento de manutenção do portador. Os estabilizadores também são utilizados com a finalidade de evitar novos episódios da doença. Além disso, é importante lembrar que os efeitos dos medicamentos no tratamento, da depressão, da mania, da hipomania ou ainda, do estado misto podem levar um período de duas

---

<sup>2</sup> Remissão: enfraquecimento, diminuição ou atenuação temporária dos sintomas de uma doença. (BUENO, 2017, p.566).

a quatro semanas para serem significativos. Já a melhora completa do portador pode demorar alguns meses. (SOUZA, 2005).

Após a melhora completa, o portador inicia o tratamento na fase de manutenção, para evitar que novas crises ocorram. Nessa fase o portador sente-se bem, diferentemente do que ocorre nas outras fases, porque o portador sem tratamento, fica sob a influência dos sintomas da doença. É durante a fase de manutenção que o portador corre maior risco de descuidar ou até parar o tratamento sem a autorização expressa do médico que o acompanha (fato que não pode ocorrer) por achar, o portador, que está curado ou por sentir-se bem. (SANTIN; CERESER; ROSA, 2005).

Com o avanço da medicina, hoje se tem algumas medicações as quais possuem a função de controlar as crises sofridas. Por conta das diferentes medicações que possuem a mesma finalidade, caso o portador não se adapte com algum medicamento, este pode ser substituído por algum semelhante, sem que haja alteração no tratamento. (MIASSO; CARMO; TIRAPELLI, 2012).

Os estabilizadores de humor são os medicamentos mais importantes utilizados pelo portador bipolar, do mesmo modo que, deve ser utilizado desde o diagnóstico da doença, visto que os estabilizadores controlam o processo de ciclagem entre os episódios de crise, fazendo com que eles diminuam a quantidade e a gravidade. Um único estabilizante varia entre si no efeito antimaníaco e antidepressivo. Os principais compostos utilizados nos estabilizadores no Brasil são o carbonato de lítio, a carbamazepina, o ácido valpróico. (SANTIN; CERESER; ROSA, 2005).

Alguns portadores de transtorno afetivo bipolar, por possuírem sintomas muito graves não conseguem ter suas ciclagens controladas apenas por estabilizadores de humor, então o médico responsável pelo tratamento do portador, associa um antidepressivo ao estabilizante. (SANTIN; CERESER; ROSA, 2005).

Cabe lembrar que se o portador parar o tratamento medicamentoso, os sintomas sentidos antes de iniciar o tratamento voltarão, tornando o tratamento do portador de transtorno afetivo bipolar vitalício. (MONTESCHI; VEDANA; MIASSO, 2005).

Inclusive, Monteschi, Vedana e Miasso (2010) explicam porque o tratamento do idoso portador de transtorno afetivo bipolar é mais complicado e de difícil manutenção:

Como o TAB é crônico, a aderência ao tratamento medicamentoso é fundamental para o sucesso do mesmo. Porém, existe um grande número de barreiras a serem transpostas pela pessoa com TAB diante da necessidade de uso contínuo de medicamentos, resultando, frequentemente, na não adesão aos mesmos. Em especial para o idoso com TAB esta é uma questão crítica, tendo em vista que, com frequência, se encontra em uso de outros medicamentos além daqueles prescritos para o transtorno mental. Destaca-se que a não adesão ao medicamento pode aumentar a recorrência de mania, a frequência de episódios depressivos, hospitalizações e suicídios, gerando sofrimento tanto para os pacientes como para seus familiares.

Monteschi, Vedana e Miasso (2010) elucidam a respeito das famílias que buscam apoio, as frustrações e o efeito positivo na inclusão de pelo menos um familiar no tratamento do portador de transtorno afetivo bipolar:

Nesse contexto, os familiares que buscam suporte nos serviços de saúde mental apresentam demandas das mais variadas ordens, dentre elas, a dificuldade para lidarem com as situações de crise vividas, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa e o pessimismo, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pela complexidade do relacionamento com o paciente, sua expectativa frustrada de cura, bem como pelo desconhecimento da doença propriamente dita e do tratamento prescrito. Faz-se, assim, necessário identificar possibilidades de intervenção e de ajuda junto à família, bem como efetivá-la como colaboradora e alvo do cuidado. Para tanto, ela precisa conhecer os vários aspectos relacionados ao transtorno e à terapêutica medicamentosa do paciente, como sinais e sintomas indicativos de recorrência e recaída, nome dos medicamentos prescritos, dose, efeitos terapêuticos e adversos dos mesmos, dentre outros. Alguns trabalhos têm evidenciado que a inclusão de familiares no tratamento de pessoas com TAB tem efeito positivo no curso do tratamento, havendo, assim, maior entendimento e aceitação do transtorno.

Um dos pontos importantes durante o tratamento medicamentoso é o acompanhamento familiar. Isso pois, os conhecimentos da doença, dos diagnósticos, dos tratamentos, do portador, por parte da família, tornam o tratamento mais eficaz, posto que são eles que acompanharão o portador, são eles quem saberão, melhor do que ninguém, se o portador está em seus dias “normais” ou se está passando por uma crise. Isso torna o acompanhamento familiar quase indispensável quando o assunto é o tratamento do portador de transtorno afetivo bipolar.

### 3 INCAPACIDADES DO ORDENAMENTO CIVIL

Antes de tratar das incapacidades do ordenamento civil brasileiro, cumpre informar de que maneira ocorre a aquisição da personalidade jurídica. Dispõe o artigo 2º do Código Civil: “A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro.”. (BRASIL, 2017a).

A importância de se tratar a respeito do início da personalidade jurídica está no fato de que somente com a personalidade jurídica é que a pessoa adquire direitos, tornando-se sujeito de direitos. (VENOSA, 2013).

No ordenamento jurídico brasileiro predomina a teoria do nascimento com vida para que a pessoa adquira personalidade jurídica. Cumpre lembrar que, apesar de a personalidade somente ter início com o nascimento com vida, o nascituro<sup>3</sup> possui seus direitos resguardados, baseado na parte final do artigo 2º do Código Civil e nos julgados agasalhados dos tribunais. (VENOSA, 2013).

Nesse sentido, tem-se a Apelação Civil nº 0300380-80.2016.8.24.0054 do Tribunal de Justiça de Santa Catarina, que decidiu conforme a teoria concepcionista e reconheceu o nascituro como titular de direitos da personalidade:

CIVIL - SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT - MORTE DE NASCITURO - TEORIA CONCEPCIONISTA - TITULAR DE DIREITOS - INDENIZAÇÃO DEVIDA - PRECEDENTES DO STJ. **Reconhecido o nascituro como titular de direitos da personalidade, seguindo os preceitos da teoria concepcionista e em interpretação sistemática do artigo 2º do Código Civil**, é inevitável a conclusão de terem os ascendentes a garantia de indenização pelo seguro obrigatório em virtude do seu abortamento sucedido por força de acidente de automóvel. (TJSC, Apelação Cível n. 0300380-80.2016.8.24.0054, de Rio do Sul, rel. Des. Luiz César Medeiros, j. 25-04-2017). (SANTA CATARINA, 2017a). (Grifou-se).

O nascimento com vida configura-se por meio da respiração do nascido, que é aferível pelo exame de docimasia hidrostática de Galeno<sup>4</sup>. Ainda, para a

<sup>3</sup> Nascituro é aquele que irá nascer, que foi gerado e não nasceu ainda. (BUENO, 2017, p. 449).

<sup>4</sup> Esse exame é baseado na diferença de peso específico entre o pulmão que respirou e o que não respirou, mergulhados na água. O primeiro, por se achar com os alvéolos dilatados e impregnados de ar, sobrenada, ao passo que o segundo, compacto e vazio, com as paredes alveolares coladas e, por conseguinte, mais denso, vai ao fundo. Na eventual impossibilidade de utilização desse método principal de investigação (se, por acaso, o pulmão do neonato já vier impregnado de líquido), outras técnicas são aplicáveis, como a dicimasia pulmonar histológica (verificação dos alvéolos pulmonares, pois, se houve respiração, apresentação dilatação uniforme e, caso contrário, as paredes alveolares estarão coladas), docimasia óptica de Icard (exame microscópico de fragmento do pulmão, esmagado em uma lâmina, quando, ao observar pequenas bolhas de ar na película esmagada, deduz-se a

configuração da personalidade jurídica, apenas é necessário o nascimento com vida, portanto não se exige que a vida seja viável. (GAGLIANO, PAMPLONA FILHO, 2014).

Ademais, nos casos em que a criança nasce com vida, mas vem a falecer logo em seguida, ela terá adquirido personalidade jurídica, tornando-se sujeito de direitos e mesmo que por breve espaço de tempo houve personalidade. Ainda, a importância de saber o início da vida e conseqüentemente da personalidade jurídica está no fato de que isso afeta diretamente o direito sucessório. (VENOSA, 2013).

Adquirida a personalidade jurídica, a pessoa passa a ser capaz de direitos e obrigações. A capacidade é dividida em dois institutos: de direito ou de fato, posto que a primeira, todos possuem, pois, a personalidade jurídica é atributo inerente à sua condição, já a segunda, somente possuem aqueles que tem aptidão para exercer pessoalmente seus direitos, praticar atos jurídicos, podendo esta sofrer restrições, por inúmeras razões. (GAGLIANO, PAMPLONA FILHO, 2014).

Assim, quando uma pessoa possui tanto a capacidade de direito quanto a capacidade de fato, fala-se que esta possui capacidade civil plena. (VENOSA, 2013).

Neste sentido Gomes ensina:

*A capacidade de direito confunde-se, hoje, com a personalidade, porque toda pessoa é capaz de direitos. Ninguém pode ser totalmente privado dessa espécie de capacidade.*

*A capacidade de fato condiciona-se à capacidade de direito. Não se pode exercer um direito sem ser capaz de adquiri-lo. Uma não se concebe, portanto, sem a outra. Mas a recíproca não é verdadeira. Pode-se ter capacidade de direito, sem capacidade de fato; adquirir o direito e não poder exercê-lo por si. A impossibilidade do exercício é, tecnicamente, incapacidade. (2002, p. 166). (Grifos no original).*

Ademais, deve-se lembrar que a capacidade não se confunde com legitimação, já que se tratam de institutos diferentes. Venosa explica com precisão a diferença entre elas:

Não se confunde o conceito de capacidade com o de legitimação. A legitimação consiste em se averiguar se uma pessoa, perante determinada

---

respiração), docimasia química Icard (passagem rápida de fragmento do pulmão em álcool absoluto, a seguir mergulhado em solução alcoólica de potássio cáustico a 30%, que dissolve o estroma pulmonar liberando bolhas de ar, no pulmão que respirou), docimasia radiográficas de Bordas (exame radiográfico dos pulmões, que se mostrarão opacos – se não respiraram – ou transparentes – se receberam oxigênio), docimasia epimicroscópica pneumoarquitetônica (exame da superfície externa dos pulmões) e as docimasias respiratórias indiretas ( verificação de outros órgãos, como estômago, intestinos, fígado e ouvidos – trompas de Eustáquio – conjuntamente com os pulmões, para tentar constatar se houve ar circulando no corpo do nascituro). (SEMIÃO,1998, p. 158-159).

situação jurídica, tem ou não capacidade para estabelecê-la. A legitimação é uma forma específica de capacidade para determinados atos da vida civil. O conceito é emprestado da ciência processual. Está legitimado para agir em determinada situação jurídica quem a lei determinar. Por exemplo, toda pessoa tem capacidade para comprar ou vender. Contudo, o artigo 1.132 do Código Civil de 1916 estatui: 'os ascendentes não podem vender aos descendentes, sem que os outros descendentes expressamente consintam'. Desse modo, o pai, que tem a capacidade genérica para praticar, em geral, todos os atos da vida civil, se pretender vender um bem a um filho, tendo outros filhos, não poderá fazê-lo se não conseguir a anuência dos demais filhos. Não estará ele, sem tal anuência, 'legitimado' para tal alienação. Num conceito bem aproximado da ciência do processo, legitimação é a pertinência subjetiva de um titular de um direito com relação a determinada relação jurídica. A legitimação é um *plus* que se agrega à capacidade em determinadas situações. (2013, p. 139).

Como visto, a aquisição da personalidade jurídica influencia diretamente a (in)capacidade civil, de direito e de fato, posto que é a partir dela que a pessoa adquire direitos e a partir daí passa a ter ou não capacidade para os atos e negócios da vida civil.

### 3.1 AS INCAPACIDADES CIVIS

Recapitulando, a capacidade de direito todos possuem por ser a personalidade jurídica atributo inerente à sua condição, já a capacidade de fato é aquela onde somente possuem aqueles que têm aptidão para exercer atos jurídicos, pessoalmente, sem qualquer acompanhamento. Porém, a capacidade de fato pode sofrer restrições, em decorrência de inúmeras razões, o que torna o sujeito incapaz. (VENOSA, 2013).

Nesse sentido Diniz preleciona que:

A incapacidade é a restrição legal ao exercício dos atos da vida civil, devendo ser sempre encarada estritamente, considerando-se o princípio de que "a capacidade é a regra e a incapacidade a exceção. Como toda incapacidade advém de lei, conseqüentemente não constituem incapacidade quaisquer limitações ao exercício dos direitos provenientes de ato jurídico *inter vivos* ou *causa mortis*. Exemplificativamente: se o doador grava o bem doado de inalienabilidade, o donatário não poderá dele dispor; se o testador institui uma substituição fideicomissária, o fiduciário não terá a disponibilidade da coisa recebida. (2012, p. 168-169).

As incapacidades são divididas em dois institutos: a relativa e a absoluta. Venosa leciona sobre as características da incapacidade absoluta e relativa:



A incapacidade absoluta tolhe completamente a pessoa que exerce por si os atos da vida civil. Para esses atos será necessário que sejam devidamente representadas pelos pais ou representantes legais. A incapacidade relativa permite que o sujeito realize certos atos, em princípios apenas assistidos pelos pais ou representantes. Trata-se como vê, de uma incapacidade limitada. (2013, p. 144).

A incapacidade absoluta está descrita no artigo 3º do Código Civil: “São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesesseis) anos.”. (BRASIL, 2017a).

Em suma, o código preleciona que a pessoa menor de 16 (dezesesseis) anos é absolutamente incapaz. Isso, pode ser explicado pelo fato de que a pessoa menor de 16 (dezesesseis) anos não possui discernimento suficiente para atuar na órbita do direito por si só, senão somente quando representado legalmente por seus pais ou tutores. (GONÇALVES, 2016).

Venosa faz comentário nesse sentido:

Ao estabelecer essa idade de 16 (dezesesseis) anos, o legislador considerou não a simples aptidão genética, isto é, de procriação, porém o desenvolvimento intelectual que, em tese, torna o indivíduo plenamente apto para reger sua vida. (2013, p. 146).

Com relação aos atos desse incapaz, via de regra todos são considerados nulos. Porém, não será considerado nulo os atos praticados por incapazes que sejam dotados de ampla aceitação social, como por exemplo, quando uma criança compra balas, sorvete, chocolates no supermercado. (GONÇALVES, 2016).

Além disso, Gonçalves, preleciona situações especiais em que haverá manifestação de vontade do incapaz:

Em algumas situações, a lei exige a manifestação de vontade do incapaz. Assim, por exemplo, a adoção depende de sua concordância, colhida em audiência, se contar mais de doze anos (ECA, artigo 28, § 2º). O Estatuto da Criança e do Adolescente prescreve que, havendo necessidade de colocar a criança ou o adolescente em família substituta, mediante guarda, tutela ou adoção, deverão eles ser previamente ouvidos e a sua opinião devidamente considerada (Lei n. 8.060/1990, artigo 28, caput). O Enunciado 138, aprovado na III Jornada de Direito Civil organizada pelo Conselho da Justiça Federal, tem o seguinte teor: “A vontade dos absolutamente incapazes, na hipótese do I do artigo 3º, é juridicamente relevante na concretização de situações existenciais a eles concernentes, desde que demonstrem discernimento suficiente para tanto. (2016, p. 109).

Salienta-se que a incapacidade absoluta ocasiona proibição total, pelo incapaz, no exercício do direito. Resta, o absolutamente incapaz, proibido de praticar qualquer ato jurídico ou participar de qualquer negócio jurídico. Em face disso, estes atos serão praticados pelo representante legal do mesmo, sob pena de nulidade, conforme leciona o artigo 166, I, do Código Civil<sup>5</sup>. (GONÇALVES, 2016).

A incapacidade relativa, por sua vez, está elencada no artigo 4º do Código Civil:

Artigo 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 e os viciados em tóxico;

III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade;

IV - os pródigos.

Parágrafo único. A capacidade dos indígenas será regulada por legislação especial. (BRASIL, 2017a).

Diferentemente da incapacidade absoluta, na incapacidade relativa a pessoa pode praticar atos da vida civil por si só, mas deve estar assistida por alguém a quem o direito positivo incumbiu tal função, em razão de parentesco, ordem civil, designação judicial. (DINIZ, 2011).

Nesse sentido Venosa, elucida o instituto da incapacidade relativa:

Repita-se que, não havendo disposição especial em contrário, os relativamente incapazes devem figurar nos atos jurídicos com a assistência do pai ou da mãe, ou de um tutor se estiverem sob o regime de tutela. Para proporem ações judiciais também necessitam da assistência, e para figurarem como réus nessas ações devem ser citados juntamente com os assistentes. (2013, p. 150).

Com relação aos maiores de 16 (dezesseis) anos e menores de 18 (dezoito) anos, pode-se afirmar que certos atos da vida civil podem ser praticados livremente, sem a assistência do representante legal, como por exemplo, ser

---

<sup>5</sup> Artigo 166. É nulo o negócio jurídico quando:

I - celebrado por pessoa absolutamente incapaz; (BRASIL, 2017a).

mandatário, conforme artigo 666 do Código Civil<sup>6</sup>, ser testemunha, com base no artigo 228, I, do Código Civil<sup>7</sup>. (GONÇALVES, 2016).

O fato de o relativamente incapaz exercer atos da vida civil, desde que assistido pelo representante legal, o coloca na chamada zona intermediária, entre a incapacidade absoluta e a capacidade plena, onde pode, nesta última, a pessoa exercer atos da vida civil sem qualquer acompanhamento. (DINIZ, 2011).

Em suma, o relativamente incapaz pode praticar atos da vida civil, desde que assistido por seu representante legal, sob pena de anulabilidade do negócio ou ato jurídico, conforme artigo 171, I do Código Civil<sup>8</sup>. Entretanto, pode o relativamente incapaz praticar alguns atos sem assistência, contudo quando necessária a assistência, devem participar do ato ou negócio jurídico o relativamente incapaz e seu representante legal. Em outras palavras, caso o relativamente precise assinar um documento, ambos (o relativamente incapaz e o representante legal) assinarão, sendo que o ato será anulável na falta da assinatura de algum deles. (GONÇALVES, 2016).

Com relação ao exposto, Gonçalves preleciona:

Como as pessoas supramencionadas já têm razoável discernimento, não ficam afastadas da atividade jurídica, podendo praticar determinados atos por si sós. Estes, porém, constituem exceções, pois elas devem estar assistidas por seus representantes para a prática dos atos em geral, sob pena de anulabilidade. Estão em uma situação intermediária entre a capacidade plena e a incapacidade total. (2016, p. 115).

Ainda, Diniz fala sobre as obrigações dessa categoria de relativamente incapaz (maior de dezesseis e menor de dezoito anos):

Entretanto, o menor, entre 16 e 18 anos, não poderá, para eximir-se de uma obrigação, invocar a sua idade se dolosamente a ocultou quando inquirido pela outra parte ou se, no ato de obrigar-se, espontaneamente se declarou maior (CC, artigo 180). "A incapacidade relativa de uma das partes não pode ser invocada pela outra em benefício próprio, nem aproveita aos cointeressados capazes, salvo se, neste caso, for indivisível o objeto do direito ou da obrigação comum" (CC, artigo 105). Se não houve malícia por parte do menor, tem-se a anulação de seu ato, porém, pelo artigo 181 do

---

<sup>6</sup> Artigo 666. O maior de dezesseis e menor de dezoito anos não emancipado pode ser mandatário, mas o mandante não tem ação contra ele senão de conformidade com as regras gerais, aplicáveis às obrigações contraídas por menores. (BRASIL, 2017a).

<sup>7</sup> Artigo 228. Não podem ser admitidos como testemunhas: I - os menores de dezesseis anos; (BRASIL, 2017a).

<sup>8</sup> Artigo 171. Além dos casos expressamente declarados na lei, é anulável o negócio jurídico: I - por incapacidade relativa do agente; (BRASIL, 2017a).

Código Civil, "ninguém poderá reclamar o que, por uma obrigação anulada, pagou a um incapaz, se não provar que reverteu em proveito dele a importância paga". (2011, p. 188).

Já com relação aos ébrios habituais e os viciados em tóxicos, somente se enquadram nesse grupo os alcóolatras ou dispsômanos<sup>9</sup> e os toxicômanos<sup>10</sup>, Gonçalves fala sobre os viciados em tóxicos, embriaguez e as consequências diante do direito civil:

Os viciados em tóxico que venham a sofrer redução da capacidade de entendimento, dependendo do grau de intoxicação e dependência, poderão ser, excepcionalmente, considerados deficientes pelo juiz, que procederá à graduação da curatela, na sentença, conforme o nível de intoxicação e comprometimento mental (Lei nº 13.146/2015, artigo 84 e parágrafos). Assim também procederá o juiz se a embriaguez houver evoluído para um quadro patológico, aniquilando a capacidade de autodeterminação do viciado. Por outro lado, preceitua o artigo 1.772 do Código Civil, com redação dada pela Lei nº 13.146/2015, que, pronunciada a interdição, "o juiz determinará, segundo as potencialidades da pessoa, os limites da curatela, circunscritos às restrições constantes do artigo 1.782, e indicará curador". (2016, p. 116).

Com relação àqueles que, por causa transitória ou permanente, não podem exprimir sua vontade, pode-se citar como exemplo a arteriosclerose, a excessiva pressão arterial, a paralisia, a embriaguez não habitual, o uso eventual e excessivo de entorpecentes ou de substâncias alucinógenas, a hipnose ou outras causas semelhantes, desde que não sejam permanentes. (GONÇALVES, 2016).

Sabe-se, ainda, que é anulável o ato jurídico da pessoa com condição psíquica normal que se encontrava, como por exemplo a pessoa completamente embriagada no momento em que praticou determinado ato da vida civil e que, levando em consideração a situação transitória, não se encontrava em perfeitas condições de modo que pudesse exprimir sua vontade. (GONÇALVES, 2016).

Por fim os pródigos, que são caracterizados por dissipar seu patrimônio desvairadamente. Trata-se do indivíduo que por ser portador de um defeito de personalidade, gasta sem moderação alguma todo o seu patrimônio, correndo o risco de reduzir-se a miséria. (GAGLIANO, PAMPLONA FILHO, 2014).

A respeito do desvio de personalidade do pródigo, Gonçalves explica:

---

<sup>9</sup> Dispsômano é aquele que possui desejo incontrolável de consumir bebidas alcoólicas. (BUENO, 2017, p. 2017).

<sup>10</sup> Toxicômano é aquele que faz uso frequente de alcólicas ou entorpecentes, dependente. (BUENO, 2017, p.646).

Trata-se de um desvio da personalidade, comumente ligado à prática do jogo e à dipsomania (alcoolismo), e não, propriamente, de um estado de alienação mental. O pródigo só passará à condição de relativamente incapaz depois de declarado como tal em sentença de interdição. Justifica-se a interdição do pródigo pelo fato de encontrar-se permanentemente sob o risco de reduzir-se à miséria, em detrimento de sua pessoa e de sua família, podendo ainda transformar-se num encargo para o Estado, que tem a obrigação de dar assistência às pessoas necessitadas. (2016, p. 117-118).

Cumprido lembrar que o pródigo, enquanto não ser declarado como tal, é considerado capaz de todos atos da vida civil pois somente com sua interdição é que indivíduo passa a ser considerado relativamente incapaz. (DINIZ, 2011).

Destaca-se também o artigo 928 do Código Civil: “O incapaz responde pelos prejuízos que causar, se as pessoas por ele responsáveis não tiverem obrigação de fazê-lo ou não dispuserem de meios suficientes.”. (BRASIL, 2017a). Nele está expresso que tanto a incapacidade absoluta quanto a incapacidade relativa não são excludentes de responsabilização patrimonial.

### 3.2 O PROCESSO CURATELA E LIMITES DE INTERDIÇÃO

Primordialmente, antes de tratar do assunto curatela, deve-se entender de onde surge a pessoa do curador.

O procedimento de interdição de uma pessoa natural<sup>11</sup> é uma medida extraordinária a ser adotada pelo menor tempo possível (dependendo do caso) e trata-se de um procedimento de jurisdição voluntária, de maneira que no processo de interdição o juiz não decidirá frente a duas partes conflitantes, mas sim face de um mesmo e único interesse. (THEODORO JÚNIOR, 2016).

Dessa forma:

Se a pessoa é maior, mas não é capaz, em razão de causa de incapacidade absoluta ou relativa, é necessário interditá-la, porque há uma presunção de capacidade dos maiores, que precisa ser afastada.

[...]

Como a finalidade é declarar a incapacidade, não há interesse para promover a interdição de menores de dezesseis anos, que já são absolutamente incapazes, e estão sob os cuidados dos pais ou tutores. Mas é possível a do menor entre dezesseis e dezoito anos, relativamente incapaz, para que se possa reconhecer a incapacidade absoluta, e para que nos atos da vida civil

---

<sup>11</sup> É todo e qualquer ser humano que nasce da natureza. Todo ser humano é pessoa no sentido jurídico da palavra, com a denominação particular de pessoa, que é a melhor de todas as expressões” (LIMA, 1984, p. 148-149).

ele passe a ser representado, não apenas assistido. (GONÇALVESa, 2016, p. 693).

Ademais, estão sujeitos ao processo de interdição aqueles que, não se acham habilitados, não possuem discernimento necessário administrar seus bens, gerir seus atos ou exprimir sua vontade, mesmo que seja temporário. (THEODORO JÚNIOR,2016).

Cabe informar que tanto o pedido de interdição quanto o levantamento<sup>12</sup>, podem ser pedidos a qualquer tempo, podendo apenas serem requeridos pelos legitimados<sup>13</sup> ou no caso de levantamento pelo curador ou pelo Ministério Público<sup>14</sup>. (GONÇALVESa, 2016).

O artigo 71 do CPC determina que os incapazes, no processo, serão representados ou assistidos por pais, tutores ou curadores, na forma da lei civil, se a incapacidade é absoluta, há necessidade de representação; se relativa, de assistência. Para saber quem é o representante ou assistente, é preciso identificar o tipo de incapacidade: se proveniente da menoridade, os incapazes serão representados pelos pais; se casados, por qualquer um deles; se não, por aquele que detenha a guarda. Se ela for compartilhada, por qualquer um. Se o incapaz não está sob o poder familiar, porque os pais faleceram ou dele foram destituídos, haverá nomeação de um tutor, que passará a representa-lo ou assisti-lo. O tutor serve apenas ao incapaz por menoridade. Se a incapacidade provém de outras causas, como de embriaguez habitual ou uso de tóxicos, ou da incapacidade transitória ou permanente de exprimir à vontade, ou ainda da prodigalidade (artigo 4º do Código Civil, com a redação dada pela Lei nº 13.146/2015), haverá interdição e nomeação de um curador, que passará a assistir o incapaz. Nos termos do artigo 6º da Lei 13.146/2015, a enfermidade ou deficiência mental não afeta a capacidade da pessoa, mas o artigo 84 § 1º, da mesma lei permite que seja colocada, se necessário, sob curatela. Nesse caso, a pessoa terá de ser representa ou assistida em juízo pelo seu curador. (GONÇALVESa, 2016, p. 195-196).

---

<sup>12</sup> O levantamento é o processo pelo qual demonstra-se que a causa geradora da incapacidade cessou. (GONÇALVESa, 2016).

<sup>13</sup> Código de Processo Civil, artigo 747. A interdição pode ser promovida:

I - pelo cônjuge ou companheiro;

II - pelos parentes ou tutores;

III - pelo representante da entidade em que se encontra abrigado o interditando;

IV - pelo Ministério Público. (BRASIL, 2017b).

<sup>14</sup> Código de Processo Civil, artigo 748. O Ministério Público só promoverá interdição em caso de doença mental grave:

I - se as pessoas designadas nos incisos I, II e III do artigo 747 não existirem ou não promoverem a interdição;

II - se, existindo, forem incapazes as pessoas mencionadas nos incisos I e II do artigo 747. (BRASIL, 2017b).

Assim sendo, o artigo 1.767 do Código Civil define quem está sujeito a curatela:

Artigo 1.767. Estão sujeitos a curatela:

- I - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade;
- II - revogado;
- III - os ébrios habituais e os viciados em tóxico;
- IV - revogado;
- V - os pródigos. (BRASIL, 2017a).

Tem-se também que a curatela somente será constituída em casos extraordinários e proporcionais às necessidades de cada pessoa, observando-se a circunstância de cada caso. Além disso, a curatela afetará apenas e somente os direitos de natureza patrimonial e negocial, sendo que todos os outros atos o curatelado poderá exercer sem qualquer acompanhamento.

Neste contexto cumpre fazer referência a três institutos da curatela: em favor do idoso, do prodígio e da pessoa com deficiência.

Sobre a curatela em favor dos idosos:

Além das hipóteses do CPC, é possível que leis especiais determinem a nomeação de curador especial, em outros casos. Um exemplo é dado pela Lei nº 8.842/94: quando a parte ou interveniente for um idoso (maior de sessenta anos) e, em virtude disso, não possua mais condições de conduzir adequadamente seus negócios, nem de gerir os seus interesses, ser-lhe-á nomeado curador especial, cuja função não é a de representá-lo, uma vez que ele pode não ter sido interdito e, mesmo que o tenha sido, poderá não ter curador que o represente, mas a de fiscalizar se os interesses do idoso estão sendo adequadamente protegidos e defendidos. Só haverá a necessidade de nomeação se o idoso estiver em situação de risco. (GONÇALVESa, 2016, p. 198).

Quando se fala em curatela do prodígio, cumpre lembrar que versa sobre um problema de ordem social jurídica e psíquica e não apenas de uma doença ou causa geradora de incapacidade. A interdição visa proteger tanto o prodígio quanto sua família, posto que se tal medida não for tomada e ocorrer a falência, o prodígio seria um ônus para sua família e até para a sociedade. (VENOSA, 2014).

Gonçalves faz uma breve explicação sobre o tema proposto:

A interdição do prodígio só interfere em atos de disposição e oneração do seu patrimônio. Pode inclusive administrá-lo, mas ficará privado de praticar atos que possam desfalca-lo como “emprestar, transigir, dar quitação, alienar, hipotecar, demandar ou ser demandado” (CC, artigo 1782). Tais atos

dependem da assistência do curador; sem isso, serão anuláveis (artigo 171, I). Não há limitação concernentes à pessoa do pródigo, que poderá viver como lhe aprouver, podendo votar, ser jurado, testemunha, fixar domicílio do casal, autorizar o casamento dos filhos, exercer profissão que não seja a de comerciante e até casar-se, exigindo-se, somente neste último caso, a assistência do curador se celebrar pacto antenupcial que acarreta alteração patrimonial. (2016, p. 118).

Posto isso, antes de adentrar no instituto da curatela referente à pessoa com deficiência, cumpre expor o artigo 2º do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), que explica quem é considerado pessoa com deficiência:

Artigo 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.  
 § 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:  
 I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;  
 II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;  
 III - a limitação no desempenho de atividades; e  
 IV - a restrição de participação. (BRASIL, 2017c).

Em vista disso, expõe-se os artigos 84, 85, 86 e 87 do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) que prelecionam a respeito da possibilidade de a pessoa deficiente possuir um curador:

Artigo 84. A pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas.  
 § 1º Quando necessário, a pessoa com deficiência será submetida à curatela, conforme a lei.  
 [...]  
 § 3º A definição de curatela de pessoa com deficiência constitui medida protetiva extraordinária, proporcional às necessidades e às circunstâncias de cada caso, e durará o menor tempo possível.  
 § 4º Os curadores são obrigados a prestar, anualmente, contas de sua administração ao juiz, apresentando o balanço do respectivo ano.  
 Artigo 85. A curatela afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial.  
 § 1º A definição da curatela não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto.  
 § 2º A curatela constitui medida extraordinária, devendo constar da sentença as razões e motivações de sua definição, preservados os interesses do curatelado.  
 § 3º No caso de pessoa em situação de institucionalização, ao nomear curador, o juiz deve dar preferência a pessoa que tenha vínculo de natureza familiar, afetiva ou comunitária com o curatelado.  
 Artigo 86. Para emissão de documentos oficiais, não será exigida a situação de curatela da pessoa com deficiência.



Artigo 87. Em casos de relevância e urgência e a fim de proteger os interesses da pessoa com deficiência em situação de curatela, será lícito ao juiz, ouvido o Ministério Público, de ofício ou a requerimento do interessado, nomear, desde logo, curador provisório, o qual estará sujeito, no que couber, às disposições do Código de Processo Civil. (BRASIL, 2017c).

Além do mais, pode-se acrescentar o artigo 1775-A do Código Civil: “Na nomeação de curador para a pessoa com deficiência, o juiz poderá estabelecer curatela compartilhada a mais de uma pessoa.” (BRASIL, 2017a).

Como explicado, deu-se maior atenção à curatela dos idosos, pródigos e pessoas com deficiência. Apesar de cada uma delas ter uma particularidade, todas têm uma coisa em comum, a pessoa que passar pelo processo de interdição onde ser-lhe-á nomeado um curador, perderá sua capacidade de fato, ficando a pessoa reconhecida como relativamente incapaz e proibida de agir sozinha com relação aos direitos de natureza negocial e patrimonial.

### 3.3 TOMADA DE DECISÃO ASSISTIDA

Inicialmente, cabe informar que o instituto da tomada de decisão assistida, também chamada de tomada de decisão apoiada, não é substituto da curatela, mas sim uma nova forma de proteção das pessoas com deficiência, sem que lhes tire a capacidade. Ele será utilizado nas hipóteses em que o deficiente ainda consegue exercer atos da vida civil, porém precisa de ajuda na tomada de algumas decisões. Pode-se citar como exemplo o caso das pessoas que sofrem de Alzheimer ou qualquer outra doença degenerativa, desde que estejam nas fases iniciais da doença, posto que o principal requisito para o processo de tomada de decisão assistida é que a pessoa tenha, ainda que de forma reduzida, discernimento de seus atos. (THEODORO JÚNIOR, 2016).

A tomada de decisão assistida estende-se aos deficientes em geral, abrangendo os campos da saúde física, intelectual e nos sentidos, conforme consta no artigo 2º do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015). Nesse instituto a pessoa não é considerada incapaz, pois ela ainda consegue ter discernimento das coisas e poder de decisão. (RIZZARDO, 2015).

Nesse contexto, Rosenvald (2015) faz um breve esclarecimento a respeito da tomada de decisão assistida:

Na Tomada de Decisão Apoiada, o beneficiário conservará a capacidade de fato. Mesmo nos específicos atos em que seja coadjuvado pelos apoiadores, a pessoa com deficiência não sofrerá restrição em seu estado de plena capacidade, apenas será privada de legitimidade para praticar episódicos atos da vida civil. Pensemos em uma pessoa com mais de 18 anos ou emancipada (pois para os menores o sistema dispõe da autoridade parental e tutela), que em razão de uma dificuldade qualquer ou um déficit funcional (físico, sensorial ou psíquico), permanente ou temporário, sinte-se impedida de gerir os seus próprios interesses e até mesmo de se conduzir pelo cotidiano da vida. Ela necessita de auxílio e, para tanto, o Direito Civil lhe defere a tomada de decisão apoiada. Cuida-se de figura bem mais elástica do que a tutela e a curatela, pois estimula a capacidade de agir e a autodeterminação da pessoa beneficiária do apoio, sem que sofra o estigma social da curatela, medida nitidamente invasiva à liberdade da pessoa. Não se trata de um modelo limitador da capacidade de agir, mas de um remédio personalizado para as necessidades existenciais da pessoa, no qual as medidas de cunho patrimonial surgem em caráter acessório, prevalecendo o cuidado assistencial e vital ao ser humano. Enquanto a curatela e a incapacidade relativa parecem atender preferentemente à sociedade (isolando os incapazes) e à família (impedindo que dilapide o seu patrimônio), em detrimento do próprio interdito, a Tomada de Decisão Apoiada objetiva resguardar a liberdade e dignidade da pessoa com deficiência, sem amputar ou restringir indiscriminadamente seus desejos e anseios vitais.

Nesse ínterim o artigo 6º do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) expõe que a capacidade civil do deficiente não será afetada:

Artigo 6º A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para:

- I - casar-se e constituir união estável;
- II - exercer direitos sexuais e reprodutivos;
- III - exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar;
- IV - conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória;
- V - exercer o direito à família e à convivência familiar e comunitária; e
- VI - exercer o direito à guarda, à tutela, à curatela e à adoção, como adotante ou adotando, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. (BRASIL, 2017c).

Pode-se dizer que os efeitos da tomada de decisão assistida são mais suaves que os da curatela, uma vez que na tomada de decisão assistida, a pessoa, desde que persista certo grau de compreensão, não é considerada incapaz, nesse contexto Rizzardo (2015) explica:

De maneira simplificada, pode-se dizer que a espécie se destina aos relativamente incapazes, que revelem limitações mentais, físicas, intelectuais e sensoriais, abrangendo as psicossociais e as cognitivas. A pessoa apresenta limitações mentais, físicas, intelectuais e sensoriais, denotando dificuldade na compreensão das situações da vida, na manifestação das ideias, na realização de negócios, na expressão da vontade, na comunicação pela fala, na visão, audição, percepção e outros canais de exteriorização. Há

somente uma redução dessas capacidades, persistindo um nível inferior de compreensão, decisão e ação, não havendo, pois, a participação plena e efetiva no convívio humano, como ocorre com as demais pessoas.

É comum a situação de pessoas com demências senis, cuja quantidade vai aumentando com o envelhecimento da população; com doenças que afetam a mente e o corpo, tomando-se como exemplos as que sofreram derrame cerebral ou acidente vascular cerebral, as portadoras do Mal de Alzheimer e outras moléstias incuráveis, os tetraplégicos, os nascidos com a Síndrome de Down, e os que perderam os membros ou os movimentos, sequer podendo escrever o nome.

Acrescenta-se também o artigo 84, §2º do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015):

Artigo 84. A pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas.  
 § 2º **É facultado à pessoa com deficiência a adoção de processo de tomada de decisão apoiada.** (BRASIL, 2017c). (Grifou-se).

É possível perceber, no dispositivo acima, que a adoção do processo da tomada de decisão assistida é um ato facultativo e de escolha do deficiente, tanto que o principal requisito deste é o mínimo discernimento da pessoa na tomada de decisões, lembrando que este instituto não é excludente do processo de curatela.

Em síntese, o artigo 1783-A do Código Civil explica o processo da decisão de tomada assistida:

Artigo 1.783-A. A tomada de decisão apoiada é o processo pelo qual a pessoa com deficiência elege pelo menos 2 (duas) pessoas idôneas, com as quais mantenha vínculos e que gozem de sua confiança, para prestar-lhe apoio na tomada de decisão sobre atos da vida civil, fornecendo-lhes os elementos e informações necessários para que possa exercer sua capacidade.

§ 1º Para formular pedido de tomada de decisão apoiada, a pessoa com deficiência e os apoiadores devem apresentar termo em que constem os limites do apoio a ser oferecido e os compromissos dos apoiadores, inclusive o prazo de vigência do acordo e o respeito à vontade, aos direitos e aos interesses da pessoa que devem apoiar.

§ 2º O pedido de tomada de decisão apoiada será requerido pela pessoa a ser apoiada, com indicação expressa das pessoas aptas a prestarem o apoio previsto no caput deste artigo.

§ 3º Antes de se pronunciar sobre o pedido de tomada de decisão apoiada, o juiz, assistido por equipe multidisciplinar, após oitiva do Ministério Público, ouvirá pessoalmente o requerente e as pessoas que lhe prestarão apoio.

§ 4º A decisão tomada por pessoa apoiada terá validade e efeitos sobre terceiros, sem restrições, desde que esteja inserida nos limites do apoio acordado.

§ 5º Terceiro com quem a pessoa apoiada mantenha relação negocial pode solicitar que os apoiadores contra assinem o contrato ou acordo, especificando, por escrito, sua função em relação ao apoiado.

§ 6º Em caso de negócio jurídico que possa trazer risco ou prejuízo relevante, havendo divergência de opiniões entre a pessoa apoiada e um dos apoiadores, deverá o juiz, ouvido o Ministério Público, decidir sobre a questão.

§ 7º Se o apoiador agir com negligência, exercer pressão indevida ou não adimplir as obrigações assumidas, poderá a pessoa apoiada ou qualquer pessoa apresentar denúncia ao Ministério Público ou ao juiz.

§ 8º Se procedente a denúncia, o juiz destituirá o apoiador e nomeará, ouvida a pessoa apoiada e se for de seu interesse, outra pessoa para prestação de apoio.

§ 9º A pessoa apoiada pode, a qualquer tempo, solicitar o término de acordo firmado em processo de tomada de decisão apoiada.

§ 10. O apoiador pode solicitar ao juiz a exclusão de sua participação do processo de tomada de decisão apoiada, sendo seu desligamento condicionado à manifestação do juiz sobre a matéria.

§ 11. Aplicam-se à tomada de decisão apoiada, no que couber, as disposições referentes à prestação de contas na curatela. (BRASIL, 2017a).

Conforme o artigo exposto acima, o § 2º artigo 1783-A do Código Civil explica que a tomada de decisão assistida será requerida pelo próprio paciente, já indicando quem são os 2 (dois) indivíduos aptos a prestarem apoio nas decisões da vida civil. Acerca disso Rizzardo (2015) leciona:

Nota-se que da pessoa com deficiência deve partir o interesse para a escolha de pelo menos duas pessoas que a apoiarão e a secundarão nos atos e nas decisões da vida civil. Visa o instituto manter integrados na vida normal os portadores de deficiências, revelando-se inaplicável o instituto aos totalmente incapazes e que não puderem exprimir à vontade. Insere-se na regra a participação do deficiente na decisão, que indicará pessoas com as quais possui vínculos e que sejam de sua confiança, o que é possível se remanescer alguma capacidade de se exprimir.

O § 4º artigo 1783-A do Código Civil trata da validade das decisões tomadas em conjunto com os apoiadores, tais decisões são completamente válidas. Entretanto, o § 5º do artigo 1783-A do Código Civil expõe a possibilidade, nos casos em que terceiro possui relação negocial com o apoiado, pode solicitar aos apoiadores que contra assinem o contrato ou acordo, especificando, por escrito, sua função em relação ao apoiado.

Em contrapartida, o § 6º do artigo 1783-A do Código Civil trata dos negócios jurídicos que podem trazer certo risco ou até prejuízo relevante ao apoiado e havendo divergência de opiniões entre 1 (um) dos os apoiadores e o apoiado, o caso será levado ao juízo, será ouvido o Ministério Público, e será decidida a questão. Vale lembrar que tanto o apoiado quanto os apoiadores, podem a qualquer tempo solicitar

o término do acordo firmado no processo e decisão assistida, conforme o § 9º do artigo 1783-A do Código Civil.

Deve também, o apoiador agir com presteza, cumprido todos os termos que foram acordados, ajudando da melhor maneira a pessoa na tomada de decisões com relação aos atos da vida civil, fornecendo-a elementos e informações necessárias para que possa exercer sua capacidade. (THEODORO JÚNIOR, 2016).

Conclui-se, portanto, que o instituto da tomada de decisão assistida seria o mais benéfico para a pessoa, uma vez que a mesma não perderá sua capacidade civil de fato e mais, exercerá essa capacidade quando escolher as duas pessoas de sua confiança para serem seus apoiadores.

#### **4 DO(A) VIÚVO(A) MEEIRO(A) PORTADOR(A) DE TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: AUTONOMIA PATRIMONIAL OU PROTEÇÃO PATRIMONIAL?**

Há, no tocante ao portador de transtorno afetivo bipolar, quem defenda a hipótese de o portador, fazendo o correto uso do medicamento e acompanhamento psiquiátrico ou psicológico, não ser interditado, ou mesmo de se considerar que a bipolaridade afeta o discernimento, não podendo a pessoa administrar sozinha seus bens.

Como já estudado<sup>15</sup>, apesar de o transtorno afetivo bipolar ser tratado como uma doença “única”, ela subdivide-se em quatro grupos, cada um possuindo suas características, tratamentos, diagnósticos.

Quando analisado os quatro grupos, entende-se que é necessária uma observação mais atenta do portador que sofrem de bipolaridade relacionados aos sintomas de (hipo)mania<sup>16</sup> pois são aqueles que possuem os sintomas mais eufóricos e não se preocupam com o risco dos negócios, preocupam-se apenas em viver tudo da maneira mais intensa possível.

##### **4.1 A CURATELA E A (IM)POSSIBILIDADE DE DISPOSIÇÃO PATRIMONIAL**

É preciso lembrar que a curatela somente será constituída em casos extraordinários, afetando apenas e somente os direitos de natureza patrimonial e negocial, não limitando os demais direitos de personalidade do curatelado(a).

O artigo 1.767, I,<sup>17</sup> do Código Civil diz que aqueles que por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade estarão sujeitos a curatela. Dito isso, cumpre lembrar que os portadores de transtorno afetivo bipolar durante as crises, podem vir a perder, mesmo que por pequeno período de tempo, o discernimento ou até a total consciência, chegando ao limite de sofrer alucinações.

---

<sup>15</sup> Ver item 2.1.

<sup>16</sup> Na fase de mania o portador fica em estado de euforia, agito, descontrole ao coordenar ideias, mania de grandeza. Durante a hipomania os sintomas são semelhantes aos da mania, os que os diferencia é a intensidade e a duração de cada crise. (VARELA, 2017).

<sup>17</sup> Artigo 1.767. Estão sujeitos a curatela:

I - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade; (BRASIL, 2017a)

É de se dizer que não há consenso acerca da possibilidade de interdição de um portador de transtorno afetivo bipolar. A guisa de exemplo, no Tribunal de Justiça de Santa Catarina, no período compreendido entre 2015 e 2017, se utilizando como critérios de pesquisa as palavras “transtorno bipolar” e “interdição” se chega a um total de 04 julgados, sendo que destes em apenas um dos julgamentos houve a decretação por incapacidade civil do portador de transtorno afetivo bipolar. Assim, face ao reduzido números de julgamentos será realizada a análise de todas as decisões.

O primeiro julgado trata-se da Apelação Cível nº 0000893-76.2012.8.24.0082 (2016.007979-8), que decidiu pela interdição da pessoa, com a justificativa de que o portador sofria de transtorno afetivo bipolar o qual passava por fases maníacas, fazendo com que o mesmo fosse assemelhado com a prodigalidade, ficando assim ementada:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE INTERDIÇÃO. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA NA ORIGEM. RECLAMO DO INTERDITANDO. ALEGAÇÃO DE QUE A INTERDIÇÃO PARCIAL NÃO TERIA RAZÃO DE SER, POIS ESTARIA EM PLENO GOZO DE SUAS FACULDADES MENTAIS, TANTO QUE PODERIA GERIR SOZINHO SEU PATRIMÔNIO E PRATICAR OS DEMAIS ATOS DA VIDA CIVIL SEM O AMPARO DA CURATELA. PROVA DOS AUTOS QUE REFLETE SITUAÇÃO DIVERSA. **PARTE QUE SOFRE DE "TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR" (F.31, CID 10), COM HISTÓRICO DE SURTOS RECORRENTES E SÚBITOS, OPORTUNIDADES EM QUE PRATICA ATOS DE PRODIGALIDADE, TANTO QUE PERDEU, EM TEMPOS IDOS, QUASE A TOTALIDADE DO SEU EXPRESSIVO PATRIMÔNIO, EM RAZÃO DE GASTOS INJUSTIFICÁVEIS E AO PROMOVER INVESTIMENTOS IRREFLETIDOS.** PERITO JUDICIAL QUE, EM SEU PARECER, APONTA QUE OS EPISÓDIOS DE PRODIGALIDADE OCORREM DURANTE AS CRISES DA MOLÉSTIA PSÍQUICA. EXAMES E PRONTUÁRIOS CLÍNICOS CARREADOS EM MESMO SENTIDO, A APONTAREM QUE, DURANTE OS PAROXISMOS DA DOENÇA, O INTERDITANDO SE REVELA PRÓDIGO E POUCO PRESENTE DA REALIDADE, TORNANDO-SE INCAPAZ DE REGER A ADMINISTRAÇÃO PATRIMONIAL. INTERROGATÓRIO QUE COMPROVOU A IMPOSSIBILIDADE DA PARTE DE GERIR SEUS BENS DE MODO SAUDÁVEL E COMPATÍVEL COM SEUS PRÓPRIOS INTERESSES. INTERPRETAÇÃO DO ARTIGO 1.767, V, DO CÓDIGO CIVIL. ESTADO DE PRODIGALIDADE DEVIDAMENTE COMPROVADO NOS AUTOS. INTERDIÇÃO PARCIAL, NOS TERMOS DO ARTIGO 1.782 DO CÓDIGO CIVIL, QUE SE IMPÕE. PRECEDENTES. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. (SANTA CATARINA, 2017-b) (Grifou-se).

Aqui os julgadores valeram-se da interpretação do artigo 4º, IV, do Código Civil<sup>18</sup>, posto que compararam os sintomas da (hipo)mania com os sintomas do pródigo, que muito se assemelham, principalmente com relação as atitudes que podem reverter dano ao portador e a terceiros próximos, podendo-se citar os gastos descontrolados de dinheiro. (VARELA, 2017).

Em contrapartida, tem-se o Agravo de Instrumento nº 4000383-71.2017.8.24.0000, onde se entendeu que pelo fato do portador se encontrar em tratamento medicamentoso e terapêutico não seria possível a decretação de sua interdição, alegando-se que uma vez que o mesmo mantenha de forma correta o tratamento não haverá interferência em seu discernimento, ou seja, o mesmo manterá o discernimento necessário para atos da vida civil, afastando toda e qualquer possível incapacidade:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE INTERDIÇÃO. DECISÃO INTERLOCUTÓRIA QUE DECRETOU A INTERDIÇÃO PROVISÓRIA DA AGRAVANTE. **INEXISTÊNCIA DE ELEMENTOS QUE DEMONSTREM, AO MENOS EM COGNIÇÃO SUMÁRIA, A NECESSÁRIA AUSÊNCIA DE DISCERNIMENTO PARA A PRÁTICA DOS ATOS DA VIDA CIVIL.** TRANSTORNO BIPOLAR E INCONSISTÊNCIAS EMOCIONAIS EM TRATAMENTO E QUE, POR ORA, NÃO VIABILIZAM A DECRETAÇÃO DA MEDIDA. ATESTADO MÉDICO QUE CONSIGNOU, ATÉ O PRESENTE MOMENTO, MELHORAS SIGNIFICATIVAS NO QUADRO CLÍNICO DA AGRAVANTE. PEDIDO DE ALTERAÇÃO DO CURADOR NOMEADO PREJUDICADO. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. (SANTA CATARINA, 2017-c). (Grifou-se).

No presente julgado, houve certa precipitação no que tange a relação entre tratamento e cura. Sabe-se que o transtorno afetivo bipolar não tem cura, que o principal objetivo do portador é a remissão<sup>19</sup>, porém isso não quer dizer que em algum momento ele não tenha uma recaída, mesmo fazendo o correto tratamento, posto que as crises normalmente originam-se por conta de fatos supervenientes.

No tocante a Apelação Cível n. 2015.075685-9, restou afastada a interdição, utilizou-se como fundamento o fato de o transtorno afetivo bipolar não afetar as faculdades mentais, possuindo o interditando capacidade de gerir sua pessoa, administrar seus bens e praticar os demais atos da vida civil:

<sup>18</sup> Artigo 4º. São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer: [...] IV - os pródigos. (BRASIL, 2017a).

<sup>19</sup> Manter o portador sem qualquer sintoma da doença. (SOUZA, 2005).



APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE INTERDIÇÃO. JUÍZO A *QUO* QUE JULGOU IMPROCEDENTE O PLEITO EXORDIAL. INSURGÊNCIA DA AUTORA. INTERDITANDO QUE, NÃO OBSTANTE APRESENTE PATOLOGIAS PSÍQUICAS (AUTISMO, TRANSTORNO BIPOLAR E RETARDO MENTAL LEVE), NÃO TEM COMPROMETIDA SUA AUTODETERMINAÇÃO. PERÍCIA MÉDICA QUE ATESTA A CAPACIDADE DO REQUERIDO DE GERIR SEUS ATOS CIVIS. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA IMPOSITIVA. A interdição é uma medida extrema, que gera efeitos restritivos importantes ao indivíduo e, portanto, somente se destina àquele que, em decorrência de comprometimento de suas faculdades mentais, está impedido de reger sua vida e seus bens. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. (SANTA CATARINA, 2017-d). (Grifou-se).

Nesse julgado, a Desembargadora Rosane Portella Wolff, em seu voto, afirmou que “para a concessão da curatela não basta que a pessoa padeça de alguma doença psíquica, mas sim que seja, incontestavelmente, incapaz de exercer os atos da vida civil. [...] nenhuma delas compromete efetivamente sua autodeterminação.”.

Porém, não se atentou ao fato do transtorno afetivo bipolar apresentar episódios de crise, ou seja, contém elementos de transitoriedade.

Finalmente na Apelação Cível n. 0037087-58.2012.8.24.0023, que também afasta a interdição do portador bipolar, fundada sua decisão no fato de que ao tempo da análise o portador apresentava-se em plena capacidade civil, ou seja, não levando em consideração, novamente, os elementos de transitoriedade da doença:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE INTERDIÇÃO. ALCOOLISMO E TRANSTORNO BIPOLAR. ACTIO PROPOSTA PELA IRMÃ DO PROPENSO INTERDITO. LAUDO CONCLUSIVO NO SENTIDO DE QUE AO TEMPO DA ANÁLISE O PERICIANDO APRESENTAVA-SE EM PLENA CAPACIDADE CIVIL. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA. RECURSO DA AUTORA. PRELIMINAR. ALEGAÇÃO DE JULGAMENTO CITRA PETITA. INOCORRÊNCIA. ATO COMPOSITIVO DA LIDE EM CONSONÂNCIA COM A PRETENSÃO FIRMADA. MÉRITO. PRETENDIDO O RECONHECIMENTO DE INTERDIÇÃO RETROATIVA. INSUBSISTÊNCIA. INVALIDADE DE ATOS RETROATIVOS À DECISÃO QUE RESOLVE À INTERDIÇÃO QUE DEVEM SER DIRIMIDOS EM AÇÃO AUTÔNOMA À LUZ DO PROCEDIMENTO DEVIDO. EFEITOS DA SENTENÇA QUE OPERAM *EX NUNC*. EXEGESE DO ARTIGO 1.184 DO CPC/1973 (VIGENTE À ÉPOCA). RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. “[...] A sentença de interdição, salvo pronunciamento judicial expresse em sentido contrário, opera efeitos *ex nunc*”. Precedentes. (SANTA CATARINA, 2017-e). (Grifou-se).

Nos autos, ficou evidenciado que o portador sofria de transtorno afetivo bipolar cíclico<sup>20</sup> intercalado por períodos assintomáticos, sendo que ao tempo da perícia o periciado encontrava-se assintomático.

Neste julgado a própria perícia confirmou que o mesmo passa por períodos assintomáticos, como períodos maníacos ou depressivos. O fato de que na data da perícia encontrava-se sem sintomas não quer dizer que não haverá outra crise que o faça voltar aos episódios maníacos ou depressivos.

Ao se ampliar a pesquisa acerca do tema, abordando agora a concessão de aposentadoria por invalidez e/ou auxílio doença dos portadores de transtorno afetivo bipolar, Tribunal de Justiça de Santa Catarina, no período compreendido entre 2015 e 2017, se utilizando como critérios de pesquisa as palavras “transtorno bipolar” e “incapacidade laboral” se chega a um total de 03 julgados. Igualmente, face ao reduzido números de julgamentos será realizada a análise de todas as decisões.

O primeiro julgamento, a Apelação nº 0041422-75.2012.8.24.0038, julgou procedente o pedido do autor, concedendo-lhe o auxílio doença, posto que ficou comprovado, mediante perícia, que se tratava de incapacidade laborativa total e temporária decorrente do transtorno afetivo bipolar:

APELAÇÃO E REEXAME NECESSÁRIO. INFORTUNÍSTICA. **TRANSTORNO BIPOLAR**. CAUSALIDADE MULTIFATORIAL INCLUÍDA RAZÃO LABORATIVA. PEDIDO DE AUXÍLIO-DOENÇA OU DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. **PERÍCIA COMPROBATÓRIA DE INCAPACIDADE LABORAL TEMPORÁRIA**. SENTENÇA DE CONCESSÃO DE AUXÍLIO-DOENÇA. DECISÃO ADEQUADA. APLICABILIDADE DOS CONECTIVOS DEVIDOS: JUROS MORATÓRIOS, CORREÇÃO MONETÁRIA E ÔNUS DE SUCUMBÊNCIA. RECURSO VOLUNTÁRIO E REMESSA DESPROVIDOS. (SANTA CATARINA, 2017-f). (Grifou-se).

No mesmo sentido tem-se a Apelação Cível nº 2014.092380-4, que julgou favoravelmente o pedido da autora, concedendo-lhe a aposentadoria por invalidez, justificando tal concessão no fato de a requerente sofrer de transtorno afetivo bipolar, o que a incapacita, conforme laudo pericial, de forma permanente para o trabalho:

APELAÇÃO CÍVEL E REEXAME NECESSÁRIO. DIREITO PREVIDENCIÁRIO. PLEITO DE CONCESSÃO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE LABORATIVA. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA PARA

---

<sup>20</sup> O transtorno bipolar cíclico/ ciclotímico é marcado por oscilações crônicas do humor, que podem ocorrer até no mesmo dia. O portador alterna sintomas de hipomania e de depressão leve. (VARELA, 2017).

CONCESSÃO DA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. PROCESSUAL CIVIL. PRELIMINAR. COMPETÊNCIA. NEXO DE CAUSALIDADE EVIDENCIADO. CONCESSÃO PELA AUTARQUIA DE BENEFÍCIO AUXÍLIO-DOENÇA ACIDENTÁRIO. DOENÇA LABORAL. COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA ESTADUAL PARA JULGAR A LIDE ACIDENTÁRIA (ARTIGO 109, I, DA CF/88 E SÚMULA 15 DO STJ). MÉRITO. SEGURADA QUE EXERCIA ATIVIDADE DE OPERADORA DE CAIXA. **DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO BIPOLAR GRAVE E RECORRENTE. REDUÇÃO TOTAL E PERMANENTE DA CAPACIDADE PARA O EXERCÍCIO DA ATIVIDADE LABORATIVA HABITUAL ATESTADA POR PERÍCIA MÉDICA JUDICIAL.** LAUDO MÉDICO INTERPRETADO A FAVOR DA OBREIRA. RESPEITO AO PRINCÍPIO DO *IN DUBIO PRO MISERO*. CONDIÇÕES PESSOAIS QUE EVIDENCIAM A DIFICULDADE PARA REINserÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO. REQUISITOS PARA O DEFERIMENTO DA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ PREENCHIDOS (ARTIGO 42 LEI N. 8.213/91). MARCO INICIAL. BENEFÍCIO QUE DEVE RETROAGIR À DATA DA INDEVIDA CESSAÇÃO ADMINISTRATIVA DO BENEFÍCIO AUXÍLIO-DOENÇA. ÔNUS SUCUMBENCIAL. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS DEVIDOS NOS TERMOS DAS SÚMULAS 110 E 111 DO STJ. CUSTAS LEGAIS DEVIDAS PELA METADE (SÚMULA 178 STJ). REEXAME NECESSÁRIO. CONSECUTÓRIOS LEGAIS. APLICABILIDADE DA LEI N. 11.960/2009 AOS JUROS MORATÓRIOS E À CORREÇÃO MONETÁRIA. SENTENÇA REFORMADA, NO PONTO. ANTECIPAÇÃO DOS EFEITOS DA TUTELA. INCAPACIDADE LABORAL INEQUÍVOCA. VERBA DE CARÁTER ALIMENTAR. CONCESSÃO EM SEDE RECURSAL. POSSIBILIDADE. RECURSO DO RÉU CONHECIDO E DESPROVIDO. ADEQUAÇÃO DOS DEMAIS TERMOS DA SENTENÇA EM REEXAME NECESSÁRIO. (SANTA CATARINA, 2017-g). (Grifou-se).

Em seu voto o Desembargador Carlos Adilson Silva, entendeu que o portador sofria de transtorno afetivo bipolar, que foi a causa geradora de sua incapacidade. Também, que poderia haver o agravamento da doença caso o portador continuasse trabalhando e restou comprovado uma improvável reabilitação.

Na Apelação Cível nº 2013.045588-9 ficou determinada a aposentadoria por invalidez, com a justificativa de que o trabalho teria ajudado a desencadear o transtorno afetivo bipolar:

SERVIDORA PÚBLICA ESTADUAL ACOMETIDA DE TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR. APOSENTADORIA COM PROVENTOS PROPORCIONAIS. REVISÃO PARA ALCANÇAR A INTEGRALIDADE. LAUDO PERICIAL QUE ATESTA QUE O TRABALHO FOI FATOR IMPORTANTE NO DESENVOLVIMENTO DA DOENÇA. CONCAUSA EVIDENCIADA. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA MANTIDA. REMESSA NECESSÁRIA E RECURSOS DESPROVIDOS. **"Comprovado que a incapacidade laboral permanente decorreu ou foi agravada pela atividade profissional desenvolvida pelo servidor, imperativa é a concessão da aposentadoria por invalidez.** (SANTA CATARINA, 2017-h). (Grifou-se).

É de consignar que o Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu no Agravo em Recurso Especial nº 442.273 – SC (2013/0385625-0) pela determinação da

aposentadoria por invalidez do portador acometido de transtorno afetivo bipolar, fundando seu argumento no fato de que a doença compromete a personalidade do portador, caracterizando alienação mental:

ADMINISTRATIVO. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. SERVIDOR DO TRT 12. TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR. ALIENAÇÃO MENTAL CARACTERIZADA. PROVENTOS INTEGRAIS. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. 1.- **Os elementos carreados nos autos não deixam dúvidas de que o transtorno psíquico bipolar que acomete o autor, além de crônico e refratário ao tratamento, compromete de modo irreversível a sua personalidade, caracterizando alienação mental** para efeitos do artigo 186, § 1º, da Lei n. 8.112/90. 2.- O servidor faz jus à aposentadoria integral, mesmo que constatada uma das patologias elencadas no § 10 do artigo 186, da Lei 8.112/90, após o ato de concessão da aposentadoria com proventos proporcionais. 3.- A alienação mental do autor foi atestada por Junta Médica Oficial tão somente em 04/10/2007, constando expressamente da conclusão que, a época do primeiro laudo (01/07/2005) não havia elementos para o enquadramento da alienação mental, de modo que não há como retroagir a 2003, data do afastamento definitivo do serviço, o termo inicial da modificação dos proventos de aposentadoria de proporcionais para integrais. 4.- Honorários advocatícios fixados em favor do advogado da parte autora, atendendo aos parâmetros estabelecidos no artigo 20, §§ do CPC, bem como ao padrão desta Turma. (BRASIL, 2017-i). (Grifou-se).

Nos três julgados apresentados e na decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ) ficou evidenciado que todos foram a favor do portador de transtorno afetivo bipolar. Mais, em todos eles restou comprovada, mediante perícia, a incapacidade laboral por causa do transtorno afetivo bipolar.

A incapacidade laboral pode ser explicada baseando-se nos sintomas da doença, por exemplo, os sintomas quando classificados como graves, torna quase impossível a realização de atividades diárias do portador, podendo, nesses casos, ocorrer sintomas psicóticos. Porém, mesmo que os sintomas sejam classificados como leves ou moderados, o portador terá dificuldades para realizar as atividades diárias, mesmo que simples. (DEL PORTO, 2004).

Destarte, perante os benefícios de auxílio doença e aposentadoria por invalidez, todos os julgados foram a favor do portador, fundamentando suas decisões no fato de que a pessoa já não estaria mais apta a cumprir com o seu trabalho habitual em virtude do transtorno afetivo bipolar. Em contrapartida com relação aos processos de curatela, apesar das divergências, o Tribunal de Justiça de Santa Catarina decide majoritariamente pela não interdição da pessoa que sofre de transtorno afetivo bipolar.

## 4.2 LIMITAÇÕES NA DISPOSIÇÃO PATRIMONIAL DO(A) VIÚVO(A) MEEIRO(A): PROTEÇÃO OU RESTRIÇÃO INDEVIDA EM SUA AUTONOMIA PATRIMONIAL?

O transtorno afetivo bipolar, no ordenamento jurídico brasileiro, ainda é um assunto com inúmeras divergências mesmo após o advento do Código de Processo Civil e das atualizações do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015).

As divergências podem ser explicadas pelo fato de o transtorno afetivo bipolar dividir-se em quatro grupos<sup>21</sup>.

Ao analisar os quatro grupos, entende-se que é necessária uma observação mais atenta do portador de transtorno afetivo bipolar relacionados aos sintomas de (hipo)mania, pois são àqueles mais eufóricos e não se importam com o risco dos negócios, preocupando-se apenas em viver tudo da maneira mais intensa possível.

De um modo geral, não é porque a pessoa é portadora de transtorno afetivo bipolar que deve ser interdita, uma vez que as pessoas com sintomas (hipo)maníacos são as que oferecem maior risco de desfazerem-se de seu patrimônio sem qualquer cautela.

Nesse sentido pode-se fazer uma relação entre o transtorno afetivo bipolar com sintomas (hipo)maníacos e a prodigalidade. O primeiro possui um estado de euforia, agito, descontrole ao coordenar ideias, mania de grandeza, podendo tomar atitude que reverterá em dano a si próprio e às pessoas próximas, tais como, gastos descontrolados de dinheiro, podendo os casos mais graves haver delírio e alucinação. (VARELA, 2017).

Outrossim a prodigalidade, que por ser portador de um “defeito” de personalidade, gasta sem moderação alguma todo o seu patrimônio, correndo o risco de reduzir-se a miséria. (GAGLIANO, PAMPLONA FILHO, 2014).

---

<sup>21</sup>Transtorno bipolar Tipo I: períodos alternados de mania e depressão, ambos sintomas são intensos e provocam profundas mudanças comportamentais e de conduta.

Transtorno bipolar Tipo II: períodos alternados de depressão e hipomania (estado mais leve de euforia), não havendo maiores prejuízos no comportamento do portador.

Transtorno afetivo bipolar não especificado ou misto: Os sintomas sugerem o diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, mas não são suficientes nem em número nem no tempo de duração para classificar a doença em um dos dois tipos anteriores.

Transtorno ciclotímico: alteração entre os sintomas de hipomania e de depressão leve. É o tipo mais leve de transtorno, que pode até ser confundido com a personalidade da pessoa. (VARELA, 2017).

Salienta-se que a curatela do pródigo está prevista no artigo 1767, V, do Código Civil e sua incapacidade relativa no artigo 4º, IV do Código Civil.

Entretanto, quando se fala em portador de transtorno afetivo bipolar, conforme o caso, não há equiparação com a prodigalidade, mesmo que os sintomas sejam quase que idênticos.

Paralelamente, tem-se o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), onde trata no seu artigo 2º<sup>22</sup> quem é a pessoa com deficiência. Nesse caso, a pessoa com transtorno afetivo bipolar também não é considerada deficiente, acredita-se que pelo fato de a doença ser transitória. Em contrapartida, o transtorno afetivo bipolar não possui cura e justamente por ser transitório é que torna o portador com “impedimento a longo prazo intelectual e mental” posto que a qualquer momento pode passar por uma crise, aumentando-se as chances quando o portador não faz tratamento adequado.

Outrossim, cumpre diferenciar os institutos da curatela e a tomada de decisão assistida. O primeiro tem previsão tanto no Código Civil quanto no Estatuto da Pessoa com Deficiência, será constituída em casos extraordinários, sendo proporcionais às necessidades de cada pessoa e observada a circunstância de cada caso. Ainda, a curatela afetará somente os direitos de natureza patrimonial e negocial, podendo o curatelado exercer qualquer outro ato sem acompanhamento, pode-se citar como exemplo o pródigo. Mas vale ressaltar que no processo de curatela a pessoa passa a ser considerada relativamente incapaz, perdendo sua capacidade de fato. (GAGLIANO, PAMPLONA FILHO, 2014).

Já a tomada de decisão assistida, que não é substituto da curatela, tem previsão no Estatuto da Pessoa com Deficiência e Código Civil, é utilizada nas hipóteses em que a pessoa ainda consegue exercer atos da vida civil, precisando de ajuda na tomada de algumas decisões. Pode-se citar como exemplo o caso das pessoas que sofrem de Alzheimer ou qualquer outra doença degenerativa, desde que nas fases iniciais da doença. E neste caso, a pessoa não terá sua capacidade civil alterada. (THEODORO JÚNIOR, 2016).

---

<sup>22</sup> Artigo 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (BRASIL, 2017c).

Observe-se o seguinte exemplo, uma pessoa diagnosticada com transtorno afetivo bipolar possui os sintomas de (hipo)mania, faz tratamento medicamentoso e acompanhamento psiquiátrico<sup>23</sup>, é casada e seu cônjuge falece, consoante regime jurídico compatível com a meação, essa pessoa torna-se meeira da herança.

O principal questionamento nesse caso é: independente da condição financeira desse(a) meeiro(a), independente se possui ou não descendentes, mas levando em consideração a gravidade da doença, deveria haver, no ordenamento jurídico brasileiro, alguma previsão expressa para a proteção dos bens desse(a) viúvo(a) meeiro(a)?

Seria muito simples resolver a questão tornando o transtorno afetivo bipolar causa geradora de incapacidade, pois assim, o portador ficaria com seu direito de praticar atos da vida civil restrito. No caso da incapacidade absoluta<sup>24</sup>, todos os atos da vida civil serão realizados pelo representante legal. Já na incapacidade relativa, pode-se praticar determinados atos da vida civil desde que assistido por alguém instituído, pelo direito positivo, para a função. (DINIZ, 2011).

Ademais, cumpre lembrar que estão sujeitos ao processo de interdição aqueles que, não se acham habilitados, não possuem discernimento necessário para administrar seus bens, gerir seus atos ou exprimir sua vontade, mesmo que temporariamente. (THEODORO JÚNIOR, 2016).

Em ambos os casos, o(a) portador(a) de transtorno afetivo bipolar ficaria quase totalmente restrito para atuar na vida civil sozinho, sendo que o objetivo não é deixa-lo incapaz de praticar qualquer ato, mas sim a proteção patrimonial, pois o transtorno afetivo bipolar não é uma doença que deixa o portador sempre e totalmente incapaz de praticar qualquer ato.

Já a tomada de decisão assistida é um instituto onde a pessoa conserva sua capacidade de fato, a privação deste instituto ocorre na legitimidade para praticar determinados atos da vida civil. Sendo que o principal requisito para o processo de tomada de decisão assistida é que a pessoa tenha, ainda que de forma reduzida, discernimento de seus atos.

---

<sup>23</sup> O transtorno afetivo bipolar, mesmo quando a pessoa faz corretamente o tratamento, não é sinônimo de que não haverá mais crises, mas que elas diminuirão, até mesmos nos casos em que ocorre remissão, posto que não há previsibilidade de quando haverá uma crise. (CABALLO, 2003).

<sup>24</sup> Trata-se de uma situação hipotética, tendo em vista que o atual Código Civil apenas considera como incapaz as pessoas menores de (dezesesseis) anos.

Nesse sentido, pode-se acrescentar o fato de que o portador de transtorno afetivo bipolar não perde completamente o discernimento das decisões, o que ocorre é que, durante as crises o portador pode vir a perder a consciência, mas isso não é regra.

Cumprе enfatizar o artigo 2º do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015):

Artigo 2º. Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (Grifou-se). (BRASIL, 2017a).

Pode-se notar que a pessoa que sofre de transtorno afetivo bipolar pode ser considerada deficiente, porquanto possui um impedimento a longo prazo mental e intelectual, todavia, as crises sofridas podem deixar o portador inconsciente, de modo que venha agir sem o discernimento necessário. Entretanto ressalta-se aqui, o caráter transitório da doença, onde é possível afirmar que o portador de transtorno afetivo bipolar, quando não está em crise, possui plena capacidade de gerir sua vida e seus atos.

Portanto, pode-se concluir que certamente, a melhor opção de proteção a ser adotada, baseado nos institutos já existente do ordenamento jurídico brasileiro, seria a tomada de decisão assistida, por ser um instituto menos grave comparando-se com os efeitos causados pelo processo de curatela e principalmente pois neste instituto o portador não perderá sua capacidade de fato.



## 5 CONCLUSÃO

Como se pôde observar o transtorno afetivo bipolar apesar de ser uma doença considerada mundialmente incapacitadora, atualmente, no ordenamento jurídico brasileiro não há legislação que trate desta doença tampouco a respeito da proteção do patrimônio do meeiro portador de transtorno afetivo bipolar.

Anterior ao advento do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), isto é, antes de 2015, a única solução viável para poder proteger o patrimônio do portador de transtorno afetivo bipolar seria o processo de interdição, onde a pessoa ficaria com a capacidade restrita, passaria a ser considerada relativamente incapaz. Medida essa que não seria razoável por conta da transitoriedade do transtorno afetivo bipolar.

Ressalta-se aqui, que o processo pela interdição do portador de transtorno afetivo bipolar não é aceito com unanimidade pelo Tribunal de Justiça de Santa Catarina, conforme foi apresentado no item 4.1.

Com o advento do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), no ano de 2015, surge uma nova possibilidade de proteção do patrimônio e mais benéfica para a pessoa, posto que a capacidade de fato não sofrerá nenhuma intervenção. Ainda, a pessoa terá o direito de escolher, livremente, quem serão seus apoiadores.

Entretanto, vale lembrar que no Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) não há, ainda, qualquer previsão, ou entendimento jurisprudência, ou ainda entendimento doutrinário, que o portador de transtorno afetivo bipolar pode vir a ser enquadrado no artigo 2º do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), passando a ser reconhecida como pessoa com deficiência.

Outro ponto relevante deste estudo é o fato de que no Tribunal de Justiça de Santa Catarina, no período compreendido entre 2015 e 2017, acerca da possibilidade de interdição de um portador de transtorno afetivo bipolar, foram encontrados 04 julgados, sendo que destes em apenas um dos julgamentos houve a decretação por incapacidade civil do portador de transtorno afetivo bipolar.

Ao se ampliar a pesquisa acerca do tema, abordando agora a concessão de aposentadoria por invalidez e/ou auxílio doença dos portadores de transtorno afetivo bipolar, Tribunal de Justiça de Santa Catarina, no período compreendido entre

2015 e 2017, chega a um total de 03 julgados e em todos eles, foi decretado o benefício a favor do portador de transtorno afetivo bipolar.

Aqui é possível observar que não há um consenso do Tribunal de Justiça de Santa Catarina com relação ao transtorno afetivo bipolar, posto que em apenas um dos julgados, relacionados aos processos de interdição, houve a decretação da mesma. Entendeu, nestes casos, o tribunal que o transtorno afetivo bipolar não causou incapacidade no portador.

Entretanto, os julgados referentes ao benefício de aposentadoria por invalidez ou auxílio doença, em todos eles o Tribunal de Justiça de Santa Catarina entendeu que sim, o transtorno afetivo bipolar acabou incapacitando o portador para o trabalho.

Essa contradição entre os julgados não há explicação, uma vez que se trata da mesma doença. E mais, qual seria a explicação do Tribunal de Justiça de Santa Catarina para o fato de que o portador de transtorno afetivo bipolar ser considerado completamente capaz de gerir seus atos, porém quando se trata de trabalho, esse mesmo portado não pode exercer por conta da doença que o acomete.

Dito isso, afirma-se que, caso o(a) portador(a) de transtorno afetivo bipolar passe a fazer jus, efetivamente, do instituto da tomada de decisão assistida previsto no Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), ao mesmo tempo que o(a) portador(a) teria seus patrimônios protegidos por meio deste instituto ele ainda possuirá sua liberdade pois, escolherá de livre e espontânea vontade quais serão as duas pessoas que o ajudarão nas decisões das relações cíveis.

Conclui-se então, que a proteção patrimonial do(a) meeiro(a) portador(a) de transtorno afetivo bipolar, por meio da tomada de decisão assistida, não gerará restrição da autonomia patrimonial, posto que estes institutos não se excluem, mas se completam, um não existirá sem o outro.

## REFERÊNCIAS

- BRAGA, Audrey Regina Magalhães; KUNZLER, Lia Silvia; HUA, Feng Yu. Transtorno de humor bipolar: diversas apresentações de uma mesma doença. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 77-80, abr. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082008000100015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000100015&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 24 out. 2017.
- BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm). Acessos em: 06 out. 2017a.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015**. Institui o Código de Processo Civil. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm). Acessos em: 06 out. 2017b.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm). Acessos em: 13 out. 2017c.
- \_\_\_\_\_. **Superior Tribunal de Justiça**. Administrativo. Aposentadoria por invalidez. Servidor do TRT 12. Transtorno afetivo bipolar. Alienação mental caracterizada. Proventos integrais. Honorários [...]. Agravo em Recurso Especial nº 442.273 – SC (2013/0385625-0), rel. Min. OG FERNANDES. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/deciso/es/doc.jsp?livre=%28%22OG+FERNANDES%22%29.min.&data=%40DTPB+%3E%3D+20150810+e+%40DTPB+%3C%3D+20170810&b=DTXT&p=true&t=JURIDICO&l=10&i=17415>>. Acessos em: 27 set 2017–i.
- BUENO, Silveira. **Minidicionário da língua portuguesa**, São Paulo: FTD, 2017.
- CABALLO, Vicente E. **Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos**. São Paulo: Santos Livraria Editora, 2003.
- COSTA, Anna Maria Niccolai. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 104-110, 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832008000300003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000300003&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 08 ago. 2017.

DEL PORTO, José Alberto. Evolução do conceito e controvérsias atuais sobre o transtorno bipolar do humor. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, supl. 3, p. 3-6, out. 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462004000700002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000700002&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 07 mai. 2017.

DIAS, Rodrigo da Silva et al. Transtorno bipolar do humor e gênero. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 80-91, 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832006000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200008&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 05 mai. 2017.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de direito civil brasileiro**. São Paulo: Saraiva, 2012.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Novo curso de direito civil**. São Paulo: Saraiva, 2014.

GOMES, Orlando. **Introdução ao direito civil**. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

GONÇALVES, Carlos Roberto, **Direito civil esquematizado**. São Paulo: Saraiva, 2016.

GONÇALVESa, Marcus Vinícius Rios. **Direito processual civil esquematizado**. São Paulo: Saraiva, 2016.

LIMA, João Franzen de. **Curso de direito civil brasileiro**. Rio de Janeiro: Forense, 1984.

MIASSO, Adriana Inocenti; CARMO, Bruna Paiva do; TIRAPELLI, Carlos Renato. Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento. **Rev. esc. enferm. USP.**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 689-695, jun. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000300022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300022&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 12 mai. 2017.

MONTESCHI, Maristela; VEDANA, Kelly Graziani Giacchero; MIASSO, Adriana Inocenti. Terapêutica medicamentosa: conhecimento e dificuldades de familiares de pessoas idosas com transtorno afetivo bipolar. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 709-718, dez. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072010000400014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400014&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 08 ago. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400014>.

MORENO, Doris Hupfeld; MORENO, Ricardo Alberto. Estados mistos e quadros de ciclagem rápida no transtorno bipolar. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 32, supl. 1, p. 56-62, 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832005000700009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000700009&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 25 mai. 2017.

MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Doris Hupfeld; RATZKE, Roberto. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 32, supl. 1, p. 39-48, 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832005000700007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000700007&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 25 mai. 2017.

RAMÍRES-BASCO, Mônica; THASE, Michael E. Transtornos do humor. In GABBARD, Glen O. **Tratamento dos Transtornos psiquiátricos**. 4. edição Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 554-559.

RIZZARDO, Arnaldo. **Os deficientes e a tomada de decisão apoiada**. Disponível em <<http://genjuridico.com.br/2015/10/21/os-deficientes-e-a-tomada-de-decisao-apoiada/>>. Acessos em 16 de out. 2017.

ROCCA, Cristiana C A; LAFER, Beny. Alterações neuropsicológicas no transtorno bipolar. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 226-237, set. 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462006000300016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000300016&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 08 ago. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000300016>.

ROSENVALD, Nelson. **A tomada de decisão apoiada**. Disponível em <http://genjuridico.com.br/2015/09/28/a-tomada-de-decisao-apoiada/>. Acessos em 27 de out. 2017.

SANTIN, Aida; CERESER, Keila; ROSA, Adriane. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 32, supl. 1, p. 105-109, 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832005000700015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000700015&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 22 mai. 2017.

SANCHES, Mabrsal; JORGE, Miguel Roberto. Transtorno afetivo bipolar: um enfoque transcultural. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, supl. 3, p. 54-56, out. 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462004000700013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000700013&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 25 out. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000700013>.

SANTA CATARINA. **Tribunal de Justiça**. Ementa: Apelação Cível. Civil - Seguro obrigatório - dpvat - Morte de nascituro - Teoria concepcionista - Titular de direitos - Indenização devida - Precedentes do stj. reconhecido o nascituro como titular [...]. Apelação Cível nº 0300380-80.2016.8.24.0054. Disponível em <[http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/#resultado\\_ancora](http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/#resultado_ancora)>. Acessos em 12 set. 2017. – a.

\_\_\_\_\_. Apelação Cível. Ação de interdição. Sentença de procedência na origem. Reclamo do interditando. Alegação de que a interdição parcial não teria razão de [...]. Apelação Cível nº 0000893-76.2012.8.24.0082 (2016.007979-8). Disponível em: <[http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/#resultado\\_ancora](http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/#resultado_ancora)>. Acessos em 12 set. 2017. – b.

\_\_\_\_\_. Agravo de Instrumento. Ação de interdição. Decisão interlocutória que decretou a interdição provisória da agravante. Inexistência de elementos que demonstrem, ao [...]. Agravo de Instrumento nº 4000383-71.2017.8.24.0000. Disponível em: <[http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/#resultado\\_ancora](http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/#resultado_ancora)>. Acessos em 12 set. 2017. – c.

\_\_\_\_\_. Apelação Cível. Ação de interdição. Juízo *a quo* que julgou improcedente o pleito exordial. Insurgência da autora. Interditando que, não obstante apresente patologias [...]. Apelação Cível nº 2015.075685-9. Disponível em: <[http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/#resultado\\_ancora](http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/#resultado_ancora)>. Acessos em 12 set. 2017. – d.

\_\_\_\_\_. Apelação Cível. Ação de Interdição. Alcoolismo e transtorno bipolar. Actio proposta pela irmã do propenso interdito. Laudo conclusivo no sentido de que [...]. Apelação Cível nº 0037087-58.2012.8.24.0023. Disponível em: <[http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/#resultado\\_ancora](http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/#resultado_ancora)>. Acessos em 12 set. 2017. – e.

\_\_\_\_\_. Apelação e reexame necessário. Infortúnica. Transtorno bipolar. Causalidade multifatorial incluída razão laborativa. Pedido de auxílio-doença ou de [...]. Apelação nº 0041422-75.2012.8.24.0038. Disponível em: <[http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/#resultado\\_ancora](http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/#resultado_ancora)>. Acessos em 12 set. 2017. – f.

\_\_\_\_\_. Apelação Cível e reexame necessário. Direito previdenciário. Pleito de concessão de benefício por incapacidade laborativa. Sentença de procedência para [...]. Apelação Cível nº 2014.092380-4. Disponível em: <[http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/#resultado\\_ancora](http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/#resultado_ancora)>. Acessos em 12 set. 2017. – g.

\_\_\_\_\_. Servidora pública estadual acometida de transtorno afetivo bipolar. Aposentadoria com proventos proporcionais. Revisão para alcançar a integralidade. [...]. Apelação Cível nº 2013.045588-9. Disponível em: <[http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/#resultado\\_ancora](http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/#resultado_ancora)>. Acessos em 12 set. 2017. – h.

SEMIÃO, Sérgio Abdalla. **Os Direitos do Nascituro – Aspectos Cíveis, Criminais e do Biodireito**, Belo Horizonte: Del Rey, 1998.

SOUZA, Fábio Gomes de Matos e. Tratamento do transtorno bipolar: eutimia. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 32, supl. 1, p. 63-70, 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010160832005000700010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832005000700010&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 25 mai. 2017.

THEODORO JÚNIOR, Humberto. **Curso de direito processual civil**. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

VARELLA, Drauzio. **Transtorno bipolar**. Disponível em: <<https://drauziovarella.com.br/letras/t/transtorno-bipolar-2/>>. Acessos em 26 abr. 2017.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito civil**. São Paulo: Atlas, 2013.

\_\_\_\_\_. **Direito civil: Direito de família**. São Paulo: Atlas, 2014.