

CORPOS, INSTITUIÇÕES E NECROPOLÍTICA: REFLEXÕES CONTEMPORÂNEAS SOBRE A INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MENTAL E AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Laércio Melo Martins

Doutorando em Direito pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestrando em Filosofia pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás (UFG). Mestre em Direito Constitucional pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal Fluminense (UFF). Especialista em Teoria e Filosofia do Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG). Professor de Direito do Centro Universitário de Goiatuba – UNICERRADO. lalorj@hotmail.com

Bodies, institutions and necropolitics:
contemporary reflections
about the involuntary hospitalization
of mentally disabled person and
therapeutic communities

RESUMO

O objetivo do presente artigo é analisar a execução da internação involuntária a partir da Lei n. 13.840/2019, que trata sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, ao considerar inclusive a Lei 10.216/01 (Lei da Reforma Psiquiátrica). Nesse caminho, foi considerada a construção social do indivíduo no processo de subjetivação atravessado pelas instituições médico-jurídicas ao pensar o cuidado médico em liberdade da pessoa com deficiência mental usuária de álcool ou outras drogas na Rede de Atenção Psicossocial brasileira. Além disso, buscou-se realizar uma compreensão sobre o controle sociopolítico do corpo, a partir do método hipotético-dedutivo, bem como descritivo, teórico e analítico, através das instituições. Como resultado da análise em documentos

Recebido: agosto 13, 2019.

Aceito: maio 9, 2020.

legislativos, livros e artigos acadêmicos, observa-se a opção necropolítica do Estado brasileiro, ao fortalecer às Comunidades Terapêuticas, em detrimento dos Centros de Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: Corpo; Comunidade Terapêutica; Necropolítica; Saúde Mental.

Abstract

This article analyzes the involuntary hospitalization based on Law n. 13.840/ 2019, which deals with the National System of Public Policy on Drugs, considering the law n. 10.216/ 01 (Psychiatric Reform Law). In this sense, a social construction of the individual was constituted in a process of subjectification of the medical-legal study at the service of free medical support of the mentally disabled person. In addition, we can realize an understanding of the socio-political control of the body, using the hypothetical deductive method, as well as descriptive, theoretical and analytical, through the institutions. As a result of the analysis of legislative documents, books and academic articles, we could note the necropolitical option of the Brazilian State, when strengthen therapeutic communities, to the detriment of Psychosocial Care Centers.

Keywords: Body; Therapeutic Community; Necropolitics; Mental Health.

1. INTRODUÇÃO

Através da publicação da Nota Técnica n. 11 do Ministério da Saúde, em 04 de fevereiro de 2019, ficou evidente o interesse institucional de fortalecimento do modelo hospitalocêntrico, sobretudo através do aumento do repasse financeiro para as Comunidades Terapêuticas, além do fim da política de redução de danos, como consequência da introdução da abstinência química como *locus* principal para tratamento de usuários de álcool e outras drogas.

Nesse contexto, foram implementadas pelo Estado brasileiro diversas políticas públicas com caráter neoliberal, a partir da austeridade fiscal e da redução dos direitos sociais, a exemplo da aprovação da Emenda Constitucional n. 95, também denominada de Proposta de Emenda Constitucional (PEC) da Morte, que reduziu o investimento governamental em saúde e educação no país. Somado a isso, ocorreu a (des)reforma trabalhista e atualmente está em tramitação no Congresso Nacional a (des)reforma previdenciária. Portanto, houve uma acentuação na ruptura da incipiente ordem democrática

brasileira e a fragilização da proteção social de grupos vulneráveis, a exemplo, das pessoas com deficiência mental.

Dito isso, é possível uma análise dos retrocessos no campo da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) brasileira, tendo como marco histórico de aprofundamento da crise política o *impeachment* da presidente Dilma Roussef, consumado em 31 de agosto de 2016, culminando nas mudanças institucionais na legislação em saúde mental, a partir do final de 2017, com o advento da Resolução n.32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que iniciou essas alterações na Rede de Atenção Psicossocial (RAPs) e, posteriormente, outras portarias do Ministério da Saúde¹.

Por ora cumpre assinalar que, lamentavelmente, ainda existe a previsão normativa das Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPs), desde 2011. Assim, sob o ponto de vista estritamente jurídico-dogmático, poderia ser feita a sua defesa de permanência enquanto equipamento de saúde mental pública, já que integra o conjunto normativo da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

Pela legislação em saúde mental brasileira, as Comunidades Terapêuticas são consideradas serviço de atenção em regime residencial, destinada a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até 9 (nove) meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. E, portanto, infelizmente um ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial de caráter transitório e residencial (art.9º, II, Portaria n. 3.088/2011 do Ministério da Saúde). Em razão da hierarquia das normas jurídicas (lei federal vs. portaria ministerial), o prazo limite a ser observado é até o máximo de 90 (noventa) dias (art.23-A, §5º, III da Lei 13.840/2019).

Todavia, na prática, revela-se um instrumento de manutenção da exclusão social, ao fortalecer o estigma social da pessoa com deficiência mental através do confinamento, fundamentando suas ações em métodos de laborterapia e nos tratamentos de matrizes religiosas.

¹ Resolução CIT n. 32/2017, de 17 de dezembro de 2017; Portaria GM/MS n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017; Portaria Interministerial n.2, de 21 de dezembro de 2017; Portaria GM/MS n.2.663, de 11 de outubro de 2017; Portaria GM/MS n.1.315, de 11 de março de 2018; Resolução CONAD n.1, de 9 de março de 2018; Portaria SAS/MS 544, de 7 de maio de 2018; Portaria GM/MS n.2.434, de 15 de agosto de 2018; Resolução CIT n.35/2018, 25 de janeiro de 2018; Resolução CIT n. 36/2018, de 25 de janeiro de 2018 e a Lei n. 13.840, de 05 de junho de 2019.

Somado a isso, pode-se notar, com clareza e distinção, o paradoxo da existência das Comunidades Terapêuticas enquanto equipamentos ditos de saúde mental, quando analisadas à luz do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146/15), que confere, em regra, capacidade plena às pessoas com deficiência, inclusive mental, pois já não há mais previsão jurídica da incapacidade civil absoluta, salvo na hipótese de menores de 16 (dezesesseis) anos (art. 2º do CC/02).

A regra é a preservação da autonomia e manutenção da vontade da pessoa com deficiência (mental), sendo considerada relativamente incapaz aquela que, por causa transitória ou permanente, não puder exprimir sua vontade (art. 4º, inciso III do CC/02). Com *status* de norma constitucional, a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo (2007) tem força normativa e, a partir desta hermenêutica constitucional, pode-se apontar os seguintes artigos – sem prejuízo dos demais dispositivos relacionados à proteção dos direitos das pessoas com deficiência, inclusive mental – que demonstram a inconsistência/contradição da existência, vigência e aplicação das Comunidades Terapêuticas: art. 3º, “a”, “b” e “d” (princípios gerais); art. 14, “b”, *in fine* (liberdade e segurança da pessoa); art.15, item 1 e 2 (prevenção contra a tortura ou os tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes); art. 17 (proteção da integridade da pessoa); art. 25 (saúde) e art. 29 (participação na vida política e pública). Em outras palavras, a Comunidade Terapêutica é equipamento de “saúde” inconstitucional.

Sob o fundamento da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/01), construiu-se a “nova” Política Nacional de Drogas. Em um primeiro momento, tal assertiva parece paradoxal, uma vez que esse dispositivo normativo permitiu a criação de exemplos exitosos na experiência brasileira como o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator do Estado de Goiás (PAILI-GO) e o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ-MG), em atenção à pessoa em sofrimento mental infratora. Esses programas foram adotados como formas alternativas de tratamento à vigência dos Manicômios Judiciários nos referidos entes da federação².

² No que diz respeito aos Manicômios Judiciários, ver a importante pesquisa com resultados lastimáveis da realidade brasileira, por ocasião da execução das medidas de segurança e a ineficácia do tratamento em saúde mental, bem como de diversas violações de direitos humanos. DINIZ, 2013.

Sendo assim, faz-se necessário compreender, além da construção da identidade social do indivíduo, o sentido político das instituições jurídico-médicas no controle social dos corpos e a escolha do Estado brasileiro em optar por uma política que permita o direito de eliminar os corpos, em detrimento da vida e do cuidado em meios extra-hospitalares.

Ora, uma questão precisa ser enfrentada: como uma lei federal (Lei 10.216/01) que permite avanços em cuidados em saúde mental, sobretudo na humanização da aplicação da medida de segurança, possibilita também retrocessos, através do argumento da internação psiquiátrica involuntária em Comunidades Terapêuticas, por exemplo?

Preliminarmente, a fim de eliminar o sentido dúbio e paradoxal, no que diz respeito ao tratamento em liberdade, deve-se, portanto, discutir a natureza da internação e suas modalidades previstas na Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n.10.216/01), em especial a internação involuntária. Sendo assim, faz-se necessário compreender, além da construção da identidade social do indivíduo, o sentido político das instituições jurídico-médicas no controle social dos corpos e a escolha do Estado brasileiro em optar por uma política que permita o direito de eliminar os corpos, em detrimento da vida e do cuidado em meios extra-hospitalares.

2. A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE SOCIAL DO INDIVÍDUO

De acordo com Mary Douglas, ao analisar a questão sobre o papel da cognição na formação do laço social, em exame preliminar, ela destaca a importância da solidariedade e da cooperação para a compreensão da natureza do poder do laço social instituído através da confiança mútua entre os indivíduos. Em sede conclusiva, afirma que *as instituições não podem ter opiniões próprias*, além de considerar que “pensamento e sentimento são para as pessoas, enquanto indivíduos”³, ao tomar as discussões teóricas fundamentalmente constituídas entre as ideias de Émile Durkheim e Ludwik Fleck:

O programa de Durkheim e Fleck pode dar uma resposta à crítica funcionalista e à crítica da escolha racional apenas quando desenvolve uma dupla visão do comportamento social. Uma dessas visões é cognitiva: a existência individual de ordem, coerência e controle da incerteza. A outra visão é transacional: a utilidade individual maximiza a atividade descrita em um cálculo que envolve o custo-benefício⁴.

Assim, com ênfase na análise da visão cognitiva, Mary Douglas diz que “apropriar-se de uma ideia é um processo social”⁵. De modo

³ DOUGLAS, 1998, p. 26.

⁴ DOUGLAS, 1998, p. 29-30.

⁵ DOUGLAS, 1998, p. 57.

Nesse sentido, compreender a dinâmica de forças político-sociais que perpassam o campo da saúde mental pública brasileira, é analisar a formação da subjetividade do indivíduo, e, portanto, da pessoa em sofrimento mental na formação de laços sociais e também com as instituições, inclusive às ditas de cuidado, oficialmente pelo Estado brasileiro.

inverso, “a apropriação de uma instituição constitui, em sua essência, um processo intelectual, tanto quanto um processo econômico e político”⁶. Para adquirir legitimidade, toda instituição precisa da aceitação do processo cognitivo pautado na fundamentação da ordem social, considerando que tal construção mais elementar dos indivíduos depende das instituições sociais⁷.

A formação da identidade social do indivíduo dentro desse processo dialético de reconhecimento objetivo e subjetivo da realidade, fundamenta o mecanismo de organização social, e ainda mais, as instituições implicam a historicidade e controle, elas, portanto, tem história, da qual são produtos⁸. Dessa forma, “é impossível compreender adequadamente uma instituição sem entender o processo histórico em que foi produzida”⁹.

Ora, indivíduos concordam ou discordam que duas coisas são semelhantes ou não, a partir da ideia de que a uniformidade é conferida e fixada pelas instituições¹⁰. Portanto, as instituições conferem identidade, conclui Mary Douglas: “A abordagem à cognição humana só pode se beneficiar ao reconhecer o envolvimento do indivíduo com a construção de uma instituição a partir do início do empreendimento cognitivo. Até mesmo os simples atos de classificar e lembrar são institucionalizados”¹¹.

O mundo institucional é a atividade humana objetivada, todavia ele não adquire um *status* ontológico à parte da atividade humana que o introduziu. A relação entre o homem, o produtor, e o mundo social, produto dele, é e permanece sendo uma relação dialética, atuando reciprocamente um sobre o outro¹². Nesse sentido, compreender a dinâmica de forças político-sociais que perpassam o campo da saúde mental pública brasileira, é analisar a formação da subjetividade do indivíduo, e, portanto, da pessoa em sofrimento mental na formação de laços sociais e também com as instituições, inclusive às ditas de cuidado, oficialmente pelo Estado brasileiro.

⁶ DOUGLAS, 1998, p. 57.

⁷ DOUGLAS, 1998.

⁸ BERGER; LUCKMANN, 1985.

⁹ BERGER; LUCKMANN, 1985, p. 79-80.

¹⁰ BERGER; LUCKMANN, 1985, p. 66.

¹¹ BERGER; LUCKMANN, 1985, p. 81.

¹² BERGER; LUCKMANN, 1985, p. 87.

3. CORPOS E CONTROLE INSTITUCIONAL: DA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA

Judith Butler ao tratar sobre o processo de subjetivação no corpo, a partir da teoria foucaultiana de poder, e a produção discursiva de identidades, destaca a presença de um princípio regulador capaz de exercer o controle social¹³. Em sua crítica psicanalítica à Foucault, Butler, ao retomar o processo de sublimação, faz a seguinte afirmação sobre a natureza corpórea:

O corpo não é um lugar onde acontece uma construção; é uma destruição em cuja ocasião o sujeito é formado. A formação desse sujeito é, ao mesmo tempo, o enquadramento, a subordinação e a regulação do corpo, e o modo como essa destruição é preservada (no sentido de sustentada e embalsamada) na normalização¹⁴.

Foucault entende que dentro dos arranjos políticos contemporâneos, a formação de identidade no Estado liberal se forma em relação a requisitos de afirmação de direitos e sua reivindicação com base em uma identidade singular, segundo Judith Butler¹⁵. Ora, é possível que determinados tipos de interpelação confirmam identidade passível de reformulação através da resignificação da subjetividade do indivíduo, e, por conseguinte, do seu papel social.

Acrescido a isso, Nikolas Rose afirma que as experiências subjetivas e estados mentais, como instância de intimidade, podem parecer talvez o único lugar onde podemos localizar nossos verdadeiros eus privados. Essa crença parece muito confortável, mas é profundamente enganadora, adverte¹⁶.

Assim, a administração do eu contemporânea, segundo Rose, pode ser compreendida a partir do (a) controle das capacidades pessoais e subjetivas dos cidadãos que têm sido incorporadas aos objetos e aspirações dos poderes públicos – uma regulação da capacidade subjetiva de forma ampla e profunda em nossa existência social¹⁷; (b) da administração da subjetividade como tarefa central da organização moderna, dessa forma as organizações vieram a preencher

¹³ BUTLER, 2017, p. 92.

¹⁴ BUTLER, 2017, p. 99.

¹⁵ BUTLER, 2017, p. 107.

¹⁶ ROSE, 1988, p. 30.

¹⁷ ROSE, 1988, p. 31.

o espaço entre as vidas “privadas” e as preocupações “públicas” dos governantes¹⁸ e, por fim, (c) o surgimento de profissionais de *expertise* da subjetividade, apresentando-se com virtuosismo no que diz respeito ao eu, classificação e medida da psique – “engenheiros da alma”¹⁹.

Dentro desse contexto de discussão sobre a construção da identidade do indivíduo pela interação institucional, além da própria regulação do seu corpo pelo poder estatal e dos laços sociais, pode-se pensar às últimas alterações sobre o regime de cuidado da pessoa em sofrimento mental no cenário atual brasileiro, em que o governo federal optou, oficialmente, pelo retorno ao modelo hospitalocêntrico e aumento de financiamento para as Comunidades Terapêuticas e suas implicações para a proteção dos direitos e garantias das pessoas com deficiência mental.

Como resultado das diversas portarias do Ministério da Saúde supracitadas, ocorreu a sanção da Lei n. 13.840, de 5 de junho de 2019 que alterou profundamente a Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006, e, portanto, o Plano Nacional de Política sobre Drogas. Nesse aspecto particular, nota-se o privilégio do tratamento pela abstinência química, sob a égide da “evidência científica” em contraposição à política de redução de danos, entendida pela atual gestão como “viés ideológicos, que carece de cientificismo”.

Inicialmente, cumpre considerar o sentido e o alcance do conceito dimensão jurídico-política da reforma psiquiátrica, derivado das reflexões do médico psiquiatra Franco Rotelli, sucessor de Basaglia, que também foi um importante articulador da Psiquiatria Democrática Italiana, ambos influenciadores do pensamento da reforma psiquiátrica brasileira, nos anos 1980²⁰.

Dessa maneira, a noção de dimensão jurídico-política da reforma psiquiátrica, entendida enquanto parte do processo social complexo, situada em um conjunto de desafios e estratégias no campo normativo civil e penal, apresenta um posicionamento crítico em relação à estigmatização social da pessoa como deficiência mental, de modo que a loucura – alienação – não deve ser entendida como

¹⁸ ROSE, 1988, p. 32.

¹⁹ ROSE, 1988, p. 33.

²⁰ Para maior conhecimento ver BASAGLIA, 1982.

Não restam dúvidas que no regime democrático a defesa da autonomia e liberdade dos indivíduos deve ser fundamental para o exercício da cidadania e do convívio social no espaço da cidade e, por conseguinte, da participação política.

sinônimo de periculosidade social, de irracionalidade, de incapacidade civil e privação do exercício da cidadania²¹.

Não restam dúvidas que no regime democrático a defesa da autonomia e liberdade dos indivíduos deve ser fundamental para o exercício da cidadania e do convívio social no espaço da cidade e, por conseguinte, da participação política. Logo, em um Estado Democrático de Direito as ações e políticas públicas, de um modo geral e aqui de forma específica, no âmbito da saúde, inclusive mental, devem ser tomadas com ampla participação social, além de compreender as entidades profissionais civis²².

Portanto, à luz dessa premissa democrática é que deve ser feita a hermenêutica constitucional da Política Nacional sobre Drogas, bem como do tratamento destinado às pessoas com deficiência mental usuárias de álcool e outras drogas e os regimes de internação. Em verificação preliminar, observa-se o caráter centralizador das ações e políticas pela União, na atual gestão, no que diz respeito às condições de tratamento e financiamento, ao tornar o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas um conjunto ordenado de princípios, regras, critérios e recursos materiais e humanos, incluindo-se nele, por adesão, os sistemas de políticas públicas dos entes da federação, bem como as formas de colaboração, financiamento e integração (art. 3º, §§ 1º e 2º c/c art. 8º- A, VIII, IX e X da Lei n. 13.840/2019).

Nesse sentido, com vistas a tornar evidente a cooperação da sociedade, o art. 8º –A, *caput* da Lei n. 13.840/2019 diz que compete à União elaborar o Plano Nacional sobre Políticas de Drogas em parceria com os entes da federação e a sociedade. Mandamento normativo reforçado pela redação do art. 8º- D, incisos I e II da Lei n. 13.840/2019, ao estabelecer dentre os objetivos de tal política, a promoção da interdisciplinaridade e integração dos programas, ações, atividades e projetos de órgãos e entidades públicas e privadas nas áreas de saúde, educação, trabalho, assistência social, previdência social, habitação, cultura, desporto e lazer, visando à prevenção do uso de drogas, atenção e reinserção social dos usuários

²¹ AMARANTE, 2015, p. 69.

²² Veja a Lei n. 8.142/90 que trata sobre as Conferências de Saúde e do Conselho de Saúde, ao normatizar a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

e dependentes de drogas, além de ampla participação popular na formulação, implementação e avaliação das políticas sobre drogas.

Somado a isso, o art. 19, II e XIII, da Lei n. 13.840/2019 afirma que as atividades de prevenção do uso indevido de drogas devem observar, dentre outros princípios e diretrizes, a adoção de conceitos objetivos e de fundamentação científica como forma de orientar as ações dos serviços públicos comunitários e privados e de evitar preconceito e estigmatização das pessoas e dos serviços que as atendam, incluindo o alinhamento às diretrizes de órgãos de controle social de políticas setoriais específicas.

Novamente, o discurso pela “evidência científica” assume *locus* de destaque no tratamento do usuário ou dependente de drogas, de modo que deva ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para a modalidade ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais (art. 23-A, *caput*, Lei n. 13.840/2019). É interessante que a ideia da adoção de conceitos objetivos e com fundamentação científica deve, mais uma vez, buscar o alinhamento com as diretrizes de órgãos de controle social, e, portanto, considerar a diversidade e multidisciplinaridade sobre as questões relativas às políticas sobre drogas.

Há, portanto, uma ordem para a internação da pessoa usuária ou dependente de drogas. Observe que não há nenhuma menção expressa no dispositivo normativo de pessoas com deficiência mental usuárias de álcool ou outras drogas, de modo que se pode inferir que a lei adotou um sentido interpretativo *latu sensu*, ao envolver pessoas com (sem) deficiência mental. A ordem que se segue para a internação: (1) ambulatorio, (2) unidades de saúde e hospitais gerais.

Resta uma dúvida, a que tipo de internação se refere a norma federal? Internação médica? Internação psiquiátrica? Poderia ser argumentado que a Lei n. 13.840/2019 em nenhuma parte do seu escopo tratou da internação psiquiátrica e, portanto, trata-se de uma internação de natureza médica tão somente, que, por consequência lógica, deve compreender também a internação psiquiátrica, enquanto especialidade da Medicina.

Uma vez realizada a internação, há que se obedecer aos protocolos técnicos predefinidos, baseado em evidências científicas, oferecendo atendimento individualizado ao usuário ou dependente de drogas

com abordagem preventiva e, sempre que indicado, ambulatorial, cabendo a União dispor sobre os protocolos técnicos de tratamento em âmbito nacional (art. 23-A, II e §1º da Lei n. 13.840/2019). Por ora, cumpre esclarecer uma contradição evidente dessa proposta científica padronizada e que concomitantemente deve atender às singularidades existenciais de cada pessoa. Um protocolo objetivo, portanto, não é capaz de diagnosticar a complexidade da experiência psicossocial da pessoa, em outras palavras, sua subjetividade.

Assim, para a internação ordenada da forma supracitada há dois requisitos de condicionalidade para o seu cumprimento: (1) a internação somente será realizada em unidades de saúde ou hospitais gerais, dotados de equipes multidisciplinares e (2) deverá ser obrigatoriamente autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação (art. 23 – A, §2º da Lei n. 13.840/2019). Portanto, essa leitura reforça o argumento de que a natureza da internação é médica, e qualquer médico pode realizar a internação da pessoa usuária ou dependente de drogas.

Outra indagação se faz imprescindível. Ora, uma vez que qualquer médico pode realizar a internação da pessoa sob essa condição vulnerável, pode um médico, sem a especialidade da psiquiatria, solicitar a internação de uma pessoa com deficiência mental usuária de álcool e outras drogas? Pela hermenêutica de tal dispositivo, a resposta é afirmativa e, portanto, preocupante, uma vez que intensifica o patrulhamento do poder médico no controle social e político da vida urbana, a partir desses pressupostos²³.

Veja que o art. 23–A, §3º, incisos I, II e IV da Lei n. 13.840/2019 trata sobre dois tipos de internação: voluntária e involuntária, tema também da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/01). A internação voluntária deve ser realizada por meio de declaração escrita da pessoa solicitante de que optou por este regime de tratamento com o seu término previsto por determinação do médico responsável ou solicitação escrita da pessoa que deseja interromper o tratamento; já a internação involuntária deve ocorrer após a formalização por médico responsável, indicada após avaliação de parâmetros biomédicos, com prazo máximo de 90 (noventa) dias,

²³ Para maior aprofundamento do tema ver MACHADO, 1978 e DOUZELOT, 1980.

considerando o tempo necessário para a desintoxicação e o término pode ocorrer pelo médico responsável ou a pedido da família ou representante legal, que podem requerer a interrupção do tratamento (art. 23-A, §5º, III e IV da Lei n. 13.840/2019).

Por outro lado, o art. 6º, *caput* da Lei da Reforma Psiquiátrica afirma que a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos, prevendo as modalidades de internação voluntária, involuntária e compulsória. De modo explícito, sua redação diz que a internação voluntária é aquela que se dá com o consentimento do usuário (art. 6º, I, da Lei n. 10.216/01) e a internação involuntária ocorre sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro (art. 6º, II, da Lei 10.216/01).

No caso da internação voluntária, a pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento (art. 7º, *caput* da Lei n. 10.216/01) e o término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente (art. 7º, parágrafo único, da Lei n. 10.216/01).

Tal como na Lei n. 13.840/2019, a Lei da Reforma Psiquiátrica já dizia que a internação voluntária ou involuntária somente seria autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento (art. 8º da Lei n. 10.216/01). Além disso, a internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta (art. 8º, §1º da Lei n. 10.216/01).

Por fim, o término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento (art. 8º, §2º da Lei n. 10.216/01). A internação compulsória não foi tema da Lei n. 13.840/2019, embora também esteja prevista no art. 6º, III, da Lei 10.216/01.

Seguindo a redação do texto da Lei da Reforma Psiquiátrica nos artigos art. 4º, *caput* e art. 8º, §1º, a Lei n. 13.840/2019 diz que

a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (art. 23–A, §6º). Além disso, acrescentou a Defensoria Pública, enquanto órgão a ser informado da internação, e ao se referir ao Ministério Público não expressou o âmbito de atuação (federal ou estadual), bem como a notificação de alta da internação, por meio de sistema informatizado único, também no prazo de 72 (setenta e duas) horas (art. 23–A, §7º).

Outrossim, a partir da definição de internação involuntária (art. 6º, II, da Lei 10.216/01), não restam dúvidas sobre o sentido que a Lei n. 13.840/2019 buscou estabelecer para esse tipo de intervenção: sem consentimento e a pedido de terceiros. Além disso, o tema da internação para fins de tratamento que era restrito à Lei da Reforma Psiquiátrica, agora encontra lugar no Sistema Nacional sobre Políticas de Drogas, ao ampliar, portanto, o rol de intervenção médica, para além dos médicos psiquiatras.

Poderia ser argumentada, a partir disso, a defesa da hipótese de se internar uma pessoa com (sem) deficiência mental usuária de álcool ou outras drogas, sem consentimento e a pedido de terceiros, de modo involuntário, à luz da Lei n. 13.840/2019. Todavia, apesar de estar vigente, tal norma jurídica está eivada de inconstitucionalidade, em total incompatibilidade material com a Constituição Federal de 1988, bem como com a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, que tem *status* de norma constitucional no ordenamento jurídico brasileiro. Além da contradição presente no próprio texto da Lei n. 13.840/2019, que por ora afirma respeitar a autonomia, a liberdade e os direitos fundamentais da pessoa humana (art. 4º, I, da Lei n. 13.840/2019).

Além disso, há outra contradição intrínseca à atuação da gestão do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Cidadania, uma vez que ficou demonstrado que a Lei n. 13.840/2019, prevê expressamente a participação da sociedade e entidades profissionais multidisciplinares no planejamento das políticas públicas sobre drogas, como se nota em face da sanção do Decreto n. 9.926, de 19 de julho de 2019, que extinguiu a participação de diversos setores da sociedade civil e entidades profissionais do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas.

Assim, deixaram de ter assento representantes da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), do Conselho Federal de Medicina (CFM), do Conselho Federal de Psicologia (CFP), do Conselho Federal de Serviço Social (CFSS), do Conselho Federal de Enfermagem (CFE), do Conselho Nacional de Educação (CNE), da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e da União Nacional de Estudantes (UNE).

Como se não bastasse, observe que as Comunidades Terapêuticas foram adjetivadas como “acolhedoras” pelo próprio texto da Lei 13.840/2019, que desconsiderou as diversas denúncias feitas por órgãos institucionais de controle e fiscalização de ações e serviços em saúde mental, a fim de verificar o respeito à dignidade da pessoa humana sob condições de assistência psiquiátrica, mesmo após a Resolução CONAD n.1 de 2015, considerada um marco regulatório das normas mínimas de funcionamento para esse ambiente de “acolhimento”. E como resultado, mostraram-se contrários à existência desse modelo de “cuidado”²⁴.

Pela legislação em saúde mental, as Comunidades Terapêuticas são consideradas serviço de atenção em regime residencial, destinadas a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório, por até 9 (nove) meses, para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Lamentavelmente, ainda é um ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial de caráter transitório e residencial (art. 9º, II, Portaria n. 3.088/2011 do Ministério da Saúde). Em razão da hierarquia das normas jurídicas (portaria ministerial vs. lei federal), o prazo limite a ser observado é até o máximo de 90 (noventa) dias (art. 23-A, §5º, III da Lei n. 13.840/2019).

Vejam que há uma vedação da realização de qualquer modalidade de internação nas Comunidades Terapêuticas “acolhedoras” (art. 23-A, §9º, III da Lei n. 13.840/2019). Além disso, residualmente,

²⁴ Para maior aprofundamento sobre a discussão veja o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (2017) realizado pelo Conselho Federal de Psicologia, pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal; Nota Técnica n.21: Perfis das Comunidades Terapêuticas brasileiras do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Relatório de Fiscalização: Serviço Social e Inserção de Assistentes Sociais nas Comunidades Terapêuticas no Brasil (2018). Além disso, verifique o Caderno Temático n.30 – Álcool e outras drogas: subsídios para a sustentação da política antimanicomial e de redução de danos do Conselho Federal de Psicologia do Estado de São Paulo (CFP/SP), 2019.

Há uma evidente tentativa de apagamento da memória de humanização dos cuidados em saúde mental e da ética médica desenvolvida com base no respeito à autonomia e liberdade do indivíduo ao longo dos últimos trinta anos, principalmente.

o planejamento e a execução do projeto terapêutico individual deverão observar, no que couber, o previsto na Lei 10.216/01 (art. 23-A, §10, da Lei n. 13.840/2019).

A partir de então, o prazo máximo de até 90 (noventa) dias nas Comunidades Terapêuticas deve ser denominado de “acolhimento”, já que não deve existir mais internação como o próprio texto diz, expressamente. Assim, como denominar o lapso temporal de permanência distante do convívio social, nesse contexto, senão de exclusão social e confinamento? Essa construção textual na lei ao empregar o termo “acolhimento” é falaciosa e eufemística e desconsidera a realidade, na prática, desses espaços de isolamento físico e moral, tal como um manicômio ou hospital psiquiátrico.

Todavia, na Seção VI – Do Acolhimento em Comunidade Terapêutica Acolhedora, curiosamente não há referência no art. 26-A e seus incisos à internação involuntária. Além disso, as ofertas de serviços das Comunidades Terapêuticas devem visar à abstinência (art. 26-A, I, da Lei n. 13.840/2019). Nesse contexto, é vedado o acolhimento às pessoas com comprometimentos biológicos e psicológicos de natureza grave que mereçam atenção médico-hospitalar contínua ou de emergência, caso em que deverão ser encaminhadas à rede de saúde (art. 26-A, §1º, da Lei n. 13.840/2019).

Em outras palavras, pessoas com deficiência mental de natureza grave devem ser encaminhadas para outros pontos do equipamento de saúde e, pela regra da própria Lei n. 13.840, devem ser encaminhadas ao (1) ambulatório ou (2) unidades de saúde e hospitais gerais; já para os outros casos, as Comunidades Terapêuticas seriam “adequadas”. Além do desfinanciamento progressivo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), que são o ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada (art. 7º da Portaria n. 3.088/2011 do Ministério da Saúde), o que se nota é o desaparecimento da narrativa histórica da saúde mental brasileira.

Há uma evidente tentativa de apagamento da memória de humanização dos cuidados em saúde mental e da ética médica desenvolvida com base no respeito à autonomia e liberdade do indivíduo ao longo dos últimos trinta anos, principalmente.

Vejam, que o tema da governamentalidade e a racionalidade política moderna discutida por Foucault, é retomada por Rose, considerando

as tarefas dos governantes em termos de supervisão e maximização calculadas das forças da sociedade, de modo a questionar o sentido de liberdade contemporâneo, uma vez que nossa subjetividade capturada pelo controle estatal, paradoxalmente, seria a premissa da escolha livre:

O governo da alma depende de nos reconhecermos como, ideal e potencialmente, certo tipo de pessoa, do desconforto gerado por um julgamento normativo sobre a distância entre aquilo que somos e aquilo que podemos nos tornar e do incitamento oferecido para superar essa discrepância, desde que sigamos o conselho dos experts na administração do eu²⁵.

Em outros termos, a expectativa da gestão de corpos e do seu manejo pela estrutura política, enquanto modo de governo e, por consequência, o controle de vidas deve considerar, nessa análise, a noção das formas de cuidado comunitárias, características da sociabilidade humana e resultado da interação da Natureza-homem. “Na dialética entre a natureza e o mundo socialmente construído, o organismo humano se transforma. Nessa mesma dialética o homem produz a realidade e com isso se produz a si mesmo”²⁶.

A experiência brasileira de assistência psiquiátrica demonstra grande participação do Estado na burocracia da administração hospitalar e, por conseguinte, na gestão e controle social dos corpos internados. A construção da individuação, no racionalismo moderno, sob a égide das promessas inacabadas do avanço social, em nome do progresso da Ciência.

Isso permitiu a abertura de outras nuances da concepção da subjetividade do indivíduo nos espaços público e privado da classe trabalhadora e, portanto, na esfera médico-jurídica²⁷, tão próximas à ideia de irrealização da modernidade, em virtude da resignação cognitiva tão presente nos dias atuais – suspensão do uso da razão, em detrimento de sentimentos, ignora-se os fatos e evidências. Assim, é dentro desse contexto que deve ser analisada a internação involuntária da pessoa com (sem) deficiência mental nas Comunidades Terapêuticas.

²⁵ ROSE, 1988, p. 44.

²⁶ BERGER; LUCKMANN, 1985, p. 241.

²⁷ DIAS DUARTE, 1986.

4. DO CUIDADO MÉDICO À ESCOLHA DE ELIMINAÇÃO DOS CORPOS

No que diz respeito ao saber e às práticas médicas, Kenneth R. de Camargo Jr. apresenta críticas fundamentais a partir de Canguilhem e a relação entre a clínica e a fisiologia experimental²⁸. Nesse sentido, a busca pela saúde como superação da doença encontra no escopo médico-jurídico sua regulação:

A “ciência médica” permanece como norma institucional (e como modelo ideal), e tudo que a contraria é afastado, com apoio na ordem jurídica, inclusive. Assim, tudo que se refere à subjetividade, ao imaginário (por exemplo), é posto de lado como não científico, sendo objeto de uma “farmacologização” tão maciça quanto cega – sempre em nome da ciência²⁹.

Portanto a relação do discurso médico-paciente, bem como a linguagem de comunicação da doença na expressão corporal, que atravessa a percepção médica, acentua a divisão social, uma vez verificada a barreira linguística que separa o médico do doente das classes populares.

Assim, o sofrimento interessa ao sujeito da dor e não ao médico, que o observa como portador da doença tão somente. “Para o médico, o sofrimento é irrelevante, e o paciente, fonte de distorções. Sua relação se dá com a doença, e o paciente é um mero canal de acesso a ela. Um canal muito ruim, por sinal, já que introduz “ruídos” em níveis insuportáveis”³⁰.

Nesse sentido, Luc Boltanski afirma que a história da medicina, tradicionalmente, é a história de uma luta contra os preceitos médicos do público e, mais especialmente, das classes baixas, contra as práticas médicas populares, com o fim de reforçar a autoridade do médico, de lhe conferir o monopólio dos atos médicos³¹.

Portanto a relação do discurso médico-paciente, bem como a linguagem de comunicação da doença na expressão corporal, que atravessa a percepção médica, acentua a divisão social, uma vez verificada a barreira linguística que separa o médico do doente das classes populares. Portanto, uma visão tradicional e equivocada da imagem social do paciente enquanto sujeito de direitos que perpassam sua subjetividade:

²⁸ CAMARGO JUNIOR, 1992, p. 206.

²⁹ CAMARGO JUNIOR, 1992, p. 108.

³⁰ CAMARGO JUNIOR, 1992, p. 109.

³¹ BOLTANSKI, 1989, p. 14.

Para o médico, efetivamente, o doente das classes populares é em primeiro lugar um membro de uma classe inferior à sua, possui o mais baixo nível de instrução, e que, fechado na sua ignorância e seus preconceitos, não está portanto em estado de compreender a linguagem e as explicações do médico, e a quem, se se quer fazer compreender, convém dar ordens sem comentários, em vez de conselhos argumentados³².

A fim de demonstrar a importância da compreensão da subjetividade do sujeito que sofre, Kenneth R. de Camargo Jr alerta para a estratégia de “naturalização” de conceitos fundamentais, a começar pela própria definição das “doenças”, referencial teórico básico da clínica, que faz desaparecer o subjetivo, para que surja a doença, e não o doente³³.

Cumprir assinalar as considerações de Foucault ao tratar sobre o nascimento da medicina social, ao dizer que o poder político da medicina consiste em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um, constatar o estado de saúde de cada um, ver se está vivo ou morto e fixar, assim, um espaço de enquadramento e inspeção de olhar permanente, tanto quanto possível, de todos os fenômenos³⁴.

É nesse caminho dialético, das ações sistematizadas e integradas do campo médico-jurídico, entre as realidades estruturais e o empreendimento humano de construir a realidade na história³⁵, que deve ser admitido uma leitura crítica das ações das Comunidades Terapêuticas e de privação da liberdade e à revelia da autonomia da pessoa em sofrimento mental (ou não) usuária de álcool e outras drogas.

Dito isso, a relação das instituições como os universos simbólicos legitimadores da ideia equivocada ainda hoje utilizada no âmbito sociojurídico associando o sofrimento mental com a periculosidade social, desconhece a subjetividade do indivíduo e ignora que a regra, no regime republicano e no espaço democrático, é a liberdade³⁶.

Assim, em princípio, o sofrimento mental, por si só, não mata, e, por conseguinte, há que ser examinado a confluência de fatores, sobretudo socioeconômicos, na constituição da experiência objetiva

³² CAMARGO JUNIOR, 1992, p. 44-45.

³³ CAMARGO JUNIOR, op. cit., p. 223.

³⁴ FOUCAULT, 1979, p. 89.

³⁵ BERGER; LUCKMANN, 1985, p. 243.

³⁶ Art.5º, *caput*, CRFB/88.

e subjetiva dessa pessoa com o mundo. Ora, uma vez constatado e reconhecido institucionalmente pelo Estado brasileiro, como visto acima, que as Comunidades Terapêuticas têm, ao longo da experiência brasileira, se mostrado instituições de violação de direitos e garantias fundamentais das pessoas ali confinadas, há que se indagar por que a opção, pelo mesmo Estado, das Comunidades Terapêuticas, inclusive, ao permitir ainda sua presença na Rede de Atenção Psicossocial (RAPs) que, com os CAPs AD, cumprem a finalidade de tratamento comunitário e em liberdade?

Ao que parece, esse paradoxo tem seu expoente maior no campo político, com advento de forças contrárias e tensionadas sobre a definição do financiamento de recursos, pois no âmbito técnico-científico não restam dúvidas de que a experiência internacional e brasileira da reforma psiquiátrica mostrou profunda eficácia e eficiência do cuidado em comunidade das pessoas em sofrimento mental usuárias de álcool e outras drogas³⁷.

Dentro desse contexto contemporâneo, Achile Mbembe, ao utilizar o conceito de necropolítica para caracterizar a fundamentação da soberania estatal na capacidade de gestão das vidas, mostra que matar ou deixar viver constituem os atributos fundamentais dos limites do exercício soberano³⁸. Nesse sentido, é possível considerar as relações políticas como uma arena de guerra de forças contrárias que buscam desenhar institucionalmente, através de políticas públicas, o lugar dado à vida, à morte e, por consequência, ao corpo humano.

Assim, de modo crítico, ao projeto moderno de sociedade, Achile Mbembe problematiza a relação entre biopolítica e razão enquanto um projeto de promoção da autonomia, da comunicação e do reconhecimento no âmbito coletivo. Portanto, ao pensar o exercício da razão na esfera pública, o faz não com a ideia abstrata da verdade do sujeito, a partir da racionalidade instrumental, mas com categorias concretas, como a vida e a morte³⁹.

Ao considerar a discussão hegeliana sobre a morte, centrada no conceito de bipartido de negatividade, Achile Mbembe afirma

³⁷ Para melhor entendimento ver: JORGE; CARVALHO; DA SILVA, 2014.

³⁸ MBEMBE, 2016.

³⁹ MBEMBE, 2016, p. 123-124.

que “a política é, portanto, a morte que vive uma vida humana”⁴⁰. Ao aprofundar seu argumento, o filósofo camaronês defende a tese de que o estado de exceção e a relação de inimizade tornaram-se a base normativa do direito de matar: “na economia do biopoder, a função do racismo é regular a distribuição de morte e tornar possível as funções assassinas do Estado”⁴¹.

De modo conclusivo, Achille Mbembe afirma que “as formas contemporâneas que subjagam a vida ao poder da morte (necropolítica) reconfiguram profundamente as relações entre resistência, sacrificial e terror”⁴². Nesse caminho, sustentou a hipótese de que a noção focautiana de biopoder não era suficiente para explicar as formas contemporâneas de subjugação da vida ao poder da morte, ao propor a noção de necropolítica (necropoder), como diz:

Para explicar as várias maneiras pelas quais, em nosso mundo contemporâneo, armas de fogo são implantadas no interesse da destruição máxima de pessoas e da criação de “mundos de morte”, formas novas e únicas da existência social, nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o status de “mortos-vivos”⁴³.

Assim, já não há argumentos científicos relevantes que afastem a evidência do cuidado efetivo das pessoas em sofrimento mental usuárias de álcool e outras drogas em liberdade. De modo similar às Comunidades Terapêuticas, os hospitais psiquiátricos também trabalham com a premissa do isolamento moral do indivíduo com o mundo, como medida de higienização mental e cura.

Dentro desse cenário, cumpre recordar o trágico caso de Ximenes Lopes, no qual o Brasil sofreu a primeira condenação na Organização dos Estados Americanos (OEA), em razão da sua violenta morte dentro de uma Clínica Psiquiátrica em Sobral, no norte do Ceará⁴⁴. Além disso, o Estado brasileiro é signatário da Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos e Degradantes da Organização das Nações Unidas (ONU), que culminou na aprovação do Decreto n. 6.085 de 2007, bem como da Convenção Internacional sobre o Direito das Pessoas com Deficiência (2007) que,

⁴⁰ MBEMBE, 2016, p. 125.

⁴¹ MBEMBE, 2016, p. 128.

⁴² MBEMBE, 2016, p. 146.

⁴³ MBEMBE, 2016, p. 146.

⁴⁴ Cf. PAIXÃO; FRISSE; DA SILVA, 2007.

dentro do ordenamento jurídico brasileiro, possui *status* de norma constitucional⁴⁵.

Nessa altura da análise, poderia ser defendido o argumento de que as Comunidades Terapêuticas só cuidariam de pessoas usuárias de álcool e outras drogas, sem deficiência mental. Ledo engano, uma vez que ficou demonstrado acima a abrangência da regulação normativa da Lei 13.840/2019 para as pessoas inclusive com deficiência mental.

Vejamos que ainda que tal norma fosse destinada somente para pessoas sem deficiência mental, novamente o argumento seria reduzido ao absurdo jurídico, a partir tão somente da hermenêutica constitucional que trata sobre o cuidado em saúde (arts. 196 a 200 da CRFB/88) e proíbe a submissão da pessoa, em quaisquer circunstâncias, à tortura, ao tratamento desumano ou degradante (art. 5º, III, CRFB/88), ainda mais sob vulnerabilidade social e afetiva, como a pessoa usuária de álcool ou outras drogas.

Não restam dúvidas, diante da série de denúncias realizadas pelo Estado brasileiro e reconhecidas institucionalmente, inclusive pelo Ministério Público Federal, que as Comunidades Terapêuticas enquanto unidades “acolhedoras” são um engano, diante da realidade prática de inúmeras violações de direitos e garantias fundamentais, como consta dos relatórios oficiais, das pessoas ali confinadas, submetidas às situações de tortura, tratamento desumano e degradante.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não restam dúvidas, diante da série de denúncias realizadas pelo Estado brasileiro e reconhecidas institucionalmente, inclusive pelo Ministério Público Federal, que as Comunidades Terapêuticas enquanto unidades “acolhedoras” são um engano, diante da realidade prática de inúmeras violações de direitos e garantias fundamentais, como consta dos relatórios oficiais, das pessoas ali confinadas, submetidas às situações de tortura, tratamento desumano e degradante.

Em outras palavras, há um sério risco de ruptura ainda mais radical em relação aos avanços promovidos pela Reforma Psiquiátrica brasileira, em razão da atual gestão do Ministério da Saúde dar preferência em “cuidar”, a partir da abstinência química, com *locus* privilegiado dos hospitais psiquiátricos – modelo hospitalocêntrico – e das Comunidades Terapêuticas. Além de acentuar a estigmatização das pessoas com deficiência mental, através da ênfase nas internações involuntárias, as Comunidades Terapêuticas há muito deveriam ser retiradas da

⁴⁵ Cumpre ainda salientar a importância do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei. n.13.146/15), norma de natureza federal, na proteção da autonomia e do cuidado em saúde humanizado das pessoas em situação de vulnerabilidade social.

Rede de Atenção Psicossocial (RAPs), sob o argumento, inclusive, de inconstitucionalidade material com a Carta Política de 1988.

Também cumpre destacar a importância de uma nova lei federal que elimine do escopo definitivamente a ideia de “hospitalização”, como ainda consta na Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/01), diante da experiência bem-sucedida dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), em substituição por lei federal, na qual os CAPs assumam o lugar, definitivamente, dos hospitais psiquiátricos. Em outras palavras, que seja uma norma federal a regular, em detalhes, a Política Nacional de Saúde Mental, e não normas de natureza administrativa, como portarias ministeriais sujeitas às alterações, por conveniência política.

Dentro desse contexto, há que se discutir a natureza das internações psiquiátricas que devem ser realizadas (a) mediante laudo médico circunstanciado (b) que caracterize os seus motivos (art.6º, *caput* da Lei n. 10.216/01). Observe que no diagnóstico psiquiátrico deve haver a caracterização dos motivos da internação – o que nos permite compreender as implicações, a partir do saber médico psiquiátrico, das causas imediatas que justificaram tal procedimento com repercussões diretas no âmbito jurídico, social e político da pessoa em sofrimento mental.

A não caracterização dos motivos da internação psiquiátrica, concomitante ao diagnóstico, enseja em ilegalidade do procedimento médico. Aliás, tal debate nos coloca diante de ações médico-jurídicas questionáveis dentro da esfera do Estado Constitucional de Direito como (i) a internação involuntária, que ocorre sem o consentimento do usuário, a pedido de terceiro (art. 6º, II da Lei n.10.216/01) e (ii) a internação compulsória (art. 6º, III da Lei n.10.216/01), determinada pela Justiça.

Observe que a regra é a capacidade civil plena, de acordo com o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146/15), não existindo no plano jurídico a incapacidade civil absoluta. Desse modo, não há que se falar em internação involuntária, já que a autonomia da pessoa deve ser respeitada e considerada em suas situações existenciais e patrimoniais, podendo ser aplicado o instituto jurídico da Tomada de Decisão Apoiada (TDA), em casos a serem discutidos em sede judicial.

Portanto, não há mais lugar para a figura da internação involuntária no ordenamento jurídico pátrio, sobretudo se consideramos, também, a Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativo (2007), com *status* de norma constitucional, concomitantemente, com o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146/15).

Lembremos, ainda, que, em 24 de maio de 2017, João Dória, Prefeito de São Paulo, à época, solicitou à Justiça, através da Procuradoria da Prefeitura de São Paulo, com pedido de tutela de urgência, a realização da internação compulsória dos usuários de álcool e outras drogas na região conhecida como “Cracolândia”. Tal medida demonstrou a vontade política de promover a higienização social e segregação das pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica naquela região⁴⁶.

A tentativa desse absurdo político, sob a égide da ideia da “internação compulsória”, chegou ao fim no mesmo mês, através dos esforços institucionais, no campo jurídico, do Ministério Público Estadual e da Defensoria Pública de São Paulo, com a acertada decisão do Tribunal de Justiça (TJ/SP).

Diante do atual cenário político – em que a incipiente democracia brasileira encontra-se em ruptura com ascensão do autoritarismo pelo Poder Executivo Federal – e ao considerar a construção social da individualidade no espaço público-privado, bem como a captura da subjetividade das pessoas pelas instituições médico-jurídicas, deve-se buscar a proteção dos indivíduos em situação de vulnerabilidade social, a exemplo, das pessoas com (sem) deficiência mental usuárias de álcool ou outras drogas.

Nesse caminho, em detrimento da opção necropolítica do governo em tornar vidas descartáveis, através da *anulação da autonomia e da nulidade do corpo*, reforçar a *vez e voz* desse grupo em situação de vulnerabilidade social deve ser o primeiro passo para compreendermos o nível de adoecimento psíquico em que nós estamos. Há *nós*?⁴⁷

⁴⁶ Cf. VENANZONI, 2018 e WERMUTH; NIELSSON, 2018, p. 596-619 e NETO MAYA, 2019, p.149-177.

⁴⁷ Cf. LATOUR, 2012, p. 23: “Já não sabemos muito bem o que o termo “nós” significa; é como se estivéssemos atados por “laços” que não nos lembram em nada os vínculos sociais”.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
- BASAGLIA, Franco. *Psiquiatria Alternativa*. Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil. São Paulo: Editora Debates, 1982.
- BRASIL. Constituição Federal de 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm > Acesso em: 14 de ago de 2019.
- BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em: 14 de ago. de 2019.
- BRASIL. Lei n. 13.840, de 5 de junho de 2019. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm>. Acesso em: 15 de ago. de 2019.
- BRASIL. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2001 do Ministério da Saúde. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 14 de ago de 2019.
- BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. *A construção social da realidade*. Tratado de Sociologia do Conhecimento. Trad. Floriano de Souza Fernandes. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 1985.
- BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Trad. Regina A. Machado. 3ªEd. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.
- BUTLER, Judith. *A vida psíquica do poder*. Teorias da sujeição. Trad. Rogério Bettoni. 1ªEd., Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.
- CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. *(Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica*. Revista *Physis* da Saúde Coletiva, v.2, n.1, 1992.
- DOUGLAS, Mary. *Como as instituições pensam*. Trad. Carlos Eugênio Marcondes de Moura. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.
- DOUZELOT, Jacques. *A Polícia das Famílias*. Trad. M.T. da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

DIAS DUARTE, Luiz Fernando. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 1986.

DINIZ, Débora. *A Custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil. Censo 2011*. Brasília: Editora UnB, 2013.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

JORGE, M.A.S; CARVALHO, M. C. A.; DA SILVA, P. R.F (Org) *Políticas e Cuidado em Saúde Mental*. Contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

LATOURETTE, Bruno. *Reagregando o social*. Uma introdução à teoria do Ator-Rede. Trad. Gilson César Cardoso de Sousa. Salvador: EdUFBA, 2012.

MBEMBE, Achille. “Necropolítica”. Trad. Renata Santini. Revista Arte & Ensaios, n. 32, Dezembro, 2016.

NETO MAYA, Olegario da Costa. “Necropolítica da colonialidade no Brasil: segregação e desumanização no Hospital Colônia de Barbacena e na Cracolândia em São Paulo.” Meridional Revista Chilena de Estudios Latinoamericanos, 2019, p.149-177.

MACHADO *et al.* *Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e Protocolo Facultativo. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/convencao_direitos_pessoas_com_deficiencia.pdf> Acesso em: 14 ago. 2019.

PAIXÃO, Cristiano; FRISSE, Giovanna Maria; DA SILVA, Janaína Lima Peralva. “Caso Ximenes Lopes vs. Brasil”. Casoteca Latino-Americana de Direito e Política Pública. Revista de Direito da FGV-SP, 2007.

ROSE, Nikolas. Governando a alma: a formação do eu privado. In: SILVA, Tomas Tadeu da (Org.). *Liberdades reguladas*. Petrópolis: Vozes, 1988.

VENANZONI, Thiago Siqueira. “Prática coletiva na Cracolândia: as disputas de visibilidade e os conflitos das imagens”. Anais do Congresso Internacional em Comunicação e Consumo da Escola Superior de Propaganda e Marketing (ESPM), São Paulo, 2018.

WERMUTH, Miquel Ângelo Dezord; NIELSSON, Joice Graciele. “Os higienistas estão voltando: biopolítica, classes subalternizadas e ocupação do espaço urbano no Brasil”. Revista Direito da Cidade da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), vol. 10, n. 2, 2018, p. 596-619.