

MARIA LUIZA MORAIS REGIS BEZERRA ARY

**“AOS LOUCOS, O HOSPÍCIO!” X “EXTINGAM OS MANICÔMIOS”:
o discurso da reforma psiquiátrica no Brasil**

Maceió

Fevereiro de 2009

MARIA LUIZA MORAIS REGIS BEZERRA ARY

**“AOS LOUCOS, O HOSPÍCIO!” X “EXTINGAM OS MANICÔMIOS”:
o discurso da reforma psiquiátrica no Brasil**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Letras e Linguística da
Universidade Federal de Alagoas,
como requisito parcial à obtenção
do grau de mestre.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Maria do Socorro Aguiar Oliveira Cavalcante

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL

Programa de Pós-graduação em Letras e Linguística

Maceió

Fevereiro de 2009

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

A796a Ary, Maria Luiza Morais Regis Bezerra.
“Aos loucos, o hospício!” x “Extingam os manicômios”; o discurso da reforma psiquiátrica no Brasil / Maria Luiza Morais Regis Bezerra Ary, 2009.
114 f.

Orientadora: Maria do socorro Aguiar Oliveira Cavalcante.
Dissertação (Mestrado em Letras e Linguística: Linguística) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Letras. Programa de Pós-Graduação em Letras e Linguística. Maceió, 2009.

Bibliografia: f. 95-98.
Inclui anexos.

1. Reforma psiquiátrica. 2. Análise do discurso. 3. CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) – AL. I. Título

CDU: 159.972

 UFAL	UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS FACULDADE DE LETRAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LETRAS E LINGUÍSTICA	 PPGL
---	--	---

TERMO DE APROVAÇÃO

MARIA LUIZA MORAIS REGIS BEZERRA ARY

Título do trabalho: "AOS LOUCOS, O HOSPÍCIO" X "EXTINGAM OS MANICÔMIOS": O DISCURSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Linguística, pelo Programa de Pós-Graduação em Letras e Linguística da Universidade Federal de Alagoas, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:

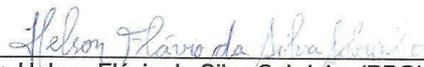


Profa. Dra. Maria do Socorro Aguiar de Oliveira Cavalcante (PPGL/UFAL)

Examinadores:



Profa. Dra. Ana Maria Gama Florêncio (CEDU/UFAL)



Prof. Dr. Helson Flávio da Silva Sobrinho (PPGL/UFAL)

Maceió, 07 de março de 2009.

Dedico este trabalho a meus pais, Humberto e Alba, cujo carinho que nos une é único, indestrutível e não conhece jamais as distâncias nem os silêncios.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, MARIA DO SOCORRO AGUIAR DE OLIVEIRA CAVALCANTE, pela paciência, apoio e ensinamentos imprescindíveis para a construção deste trabalho. A concretização e o amadurecimento das ideias só se realizaram devido aos nossos encontros e ao seu direcionamento sensato, seguro e eficaz.

Aos TRABALHADORES que se disponibilizaram a participar do estudo, confiando na seriedade e no anonimato da pesquisa. Sem a sua contribuição, a realização desta pesquisa não se concretizaria.

A SALIM IVAN ARY, marido e companheiro de todos os momentos, e a ANA LUIZA BEZERRA ARY, minha primeira e única filha, que me impulsiona a nunca desistir dos meus sonhos.

A minhas irmãs LUCIANA E VIVIANE, que foram testemunhas de avanços e tropeços meus e que nem por isso deixaram de acreditar em mim.

Aos meus PACIENTES e ex-pacientes que confiaram e confiam no meu saber, saibam que todos os dias aprendo algo novo sobre a vida com vocês.

No fundo da prática científica existe um discurso que diz: **“nemtudo é verdadeiro; mas em todo lugar e a todo o momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez adormecida, mas que, no entanto, está somente à espera de nosso olhar para aparecer, à espera de nossa mão para ser desvelada.** A nós cabe achar a boa perspectiva, o ângulo correto, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela está presente aqui e em todo lugar”. (FOUCAULT, 2006, p.113, grifo nosso).

RESUMO

Este trabalho analisa o discurso da reforma psiquiátrica através de documentos oficiais, em especial a Lei da reforma (nº 10.216) e de depoimentos de profissionais de saúde mental de Maceió, demonstrando que esses discursos se constituem de conflitos da luta de classes. Do lugar de filiação da classe dominante é ressignificado o termo manicômio e apresentado à sociedade civil como o *slogan* e o principal objetivo da reforma “extingam os manicômios”. Partindo do pressuposto de que todo discurso é uma tomada de posição acerca de um objeto e tem como finalidade persuadir toda uma população acerca de suas propostas, a análise dos referidos discursos baseia-se no referencial teórico-metodológico da Análise do Discurso fundada por Michel Pêcheux e tem por objetivo desvelar as posições ideológicas a partir das quais são enunciados. À teoria de Michel Pêcheux acrescentamos uma interlocução com Bakhtin, Lukács e outros teóricos que estudam o processo da ideologia. O uso desse instrumental nos possibilitou desvendar o sentido velado pela reforma e compreender as contradições e conflitos contidos no discurso dos profissionais de saúde de Maceió sobre a reforma psiquiátrica.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica. Discurso e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

ABSTRACT

This paper analyzes the discourse of the psychiatric reform through official documents, particularly the Law of reform and the testimonials of mental health professionals of Maceio, demonstrating that these discourses are constituted of conflicts of the battle of classes. From the place of affiliation from the dominant classes is reassigned the mental hospital term and presented to civil society as the slogan and the main objective of the reform; "extinguish the mental hospital". Straying from the presupposition that every discourse is a take on position concerning an object and has as a finality to persuade all populations to its proposals, the analysis of the referred discourses are based on the referential theoretical-methodologic of the Analysis of the Discourse founded by Michel Pecheux and has objectively to unveil the ideological positions to leave from those which are enunciated. In the theory of Michel Pecheux's we add an interlocution with Bakhtin, Lukacs and other theologians that study the process of ideology. The use of this instrument makes it possible for us to unveil the hidden meaning through the reform and to understand the contradictions and conflicts contained in the discourse of the health professionals of Maceio about the psychiatric reform.

Key words: Reform psychiatric. Speech and CAPS.

LISTA DE ABREVIATURA

A.D. – Análise do Discurso

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

EUA – Estados Unidos da América

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

PSF – Programa Saúde da Família

SD – Sequência Discursiva

SUS – Sistema Único de Saúde

UNCISAL – Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 – DELIMITANDO O CAMINHO TÉORICO	17
1.1 A Análise do Discurso.....	17
1.2 Sujeito e linguagem.....	21
1.3 O discurso.....	24
1.4 Ideologia.....	26
1.5 Formações ideológicas e discursivas.....	29
1.6 Interdiscurso.....	31
1.7 Silêncios e implícitos.....	32
CAPÍTULO 2 – HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA	34
2.1 “Aos loucos, o hospício!”.....	34
2.2 Os hospitais psiquiátricos no Brasil.....	41
2.3 O palácio dos loucos.....	44
2.4 A reforma psiquiátrica no Brasil.....	48
CAPÍTULO 3 – O DISCURSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	51
3.1 A instituição da reforma pela Lei.....	51
3.2 A desinstitucionalização	56
3.3 A “humanização” dos hospitais psiquiátricos.....	58
3.4 “Por uma sociedade sem manicômios”	64

CONCLUSÃO.....	90
REFERÊNCIAS.....	95
ANEXOS.....	99

INTRODUÇÃO

A presente dissertação é o resultado do meu percurso profissional no campo da saúde mental. Ao graduar-me terapeuta ocupacional em 1994, coincidentemente, a portaria 224 de 1991 estava sendo implantada pela primeira vez em Fortaleza. Isso me favoreceu, pois após seleção para composição de uma equipe interdisciplinar passei a fazer parte dessa equipe em um hospital de psiquiatria em Fortaleza. Importante ressaltar que esse era um momento histórico em todo o Brasil, pois só a partir do cumprimento dessa portaria é que tivemos a inclusão de forma obrigatória, nos hospitais de psiquiatria, de 3 categorias profissionais: terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais.

A entrada desses profissionais aumentou a equipe interdisciplinar, antes composta apenas por médicos, enfermeiros e auxiliares, levando às mudanças de paradigmas relacionados à assistência ao portador de transtorno mental. Alguns profissionais, porém, já acostumados ao seu modo de tratar, não aceitaram com bons olhos essa mudança. Os novos profissionais acima citados defendiam outras formas de tratamento, nem sempre de acordo com métodos já existentes.

Além do acréscimo das categorias profissionais: terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e psicólogos a portaria já citada exige mudanças relacionadas à estrutura do hospital, principalmente à área externa e às áreas de lazer. Também coloca a exigência de uma equipe mínima nos recém-criados Centros de Atenção Psicossocial, cuja referência no corpo deste trabalho aparecerá como CAPS. Os CAPS representam uma das principais estratégias da reforma psiquiátrica voltada ao atendimento de portadores de transtornos mentais graves e severos.

Em 2001 fica instituída a lei da Reforma Psiquiátrica, que visa a um “melhor tratamento” voltado à “humanização”, visando à “desinstitucionalização” para inserir os doentes na sociedade, enfatizando a importância do convívio em sociedade.

Rapidamente, em todos os locais, ouvimos falar dessa reforma, da solução milagrosa, “única” e “universal” para a inserção dos doentes na sociedade. Essa

reforma surgiu porque o tratamento hospitalar não trazia resultados satisfatórios, além da comprovação de inúmeros maus-tratos em algumas instituições. Além dos motivos já citados existem outros que não podem ser trabalhados nesta pesquisa, mas que dizem respeito ao funcionamento de qualquer sociedade dividida em classes.

A reforma propõe um tratamento universal, e, a partir daí, começamos a indagar se uma reforma pode ser universal, válida para todos os homens e mulheres? De que lugar político e social falam os sujeitos que a idealizaram? Que ideologia subjaz a essa reforma?

O discurso da reforma, ao clamar pela desinstitucionalização, se compromete a dar um “melhor tratamento” aos portadores de transtornos mentais, mas qual o sentido da desinstitucionalização no discurso da reforma? E o que significa “humanização” para o discurso oficial da reforma? Desde o surgimento da assistência ao doente mental que se tenta assegurar seus direitos, mas a lógica do capital manobra radicalmente as ideias transcendentais de profissionais comprometidos com a ética do cuidado.

A reforma psiquiátrica tem como principal carro-chefe os serviços substitutivos, dentre os quais destacam-se os CAPS, e neles a reforma enfatiza a importância fundamental de oficinas terapêuticas no tratamento dos portadores de transtornos mentais. Observamos, no entanto, que as oficinas terapêuticas foram utilizadas como recurso terapêutico antes de 1960 e não deram certo naquele momento. Nos hospitais de psiquiatria, atualmente elas já funcionam, e sem a necessidade da imposição de uma lei, as oficinas se configuram como uma das principais atividades oferecidas. Agora, com a instituição da Lei da reforma (10.216), seguida da portaria GM 336, exige-se que as oficinas sejam uma das principais atividades nos CAPS. Qual o sentido da exigência dessas atividades nos CAPS? Será que por ser comprovada como uma atividade que funciona bem nos hospitais de psiquiatria, a referida reforma resolveu inseri-las nas suas atividades? Ou será que existe algo além do dito?

Será que novamente a ideologia da classe dominante encontrou nova forma de persuadir a sociedade de que é uma verdadeira reforma, sendo apenas uma formatação dos atendimentos visando a uma unificação nacional para aumentar de

forma crescente a produtividade, a diminuição de custos e a desresponsabilização do Estado para com esta clientela?

As respostas a essas perguntas irão possibilitar à sociedade uma reflexão sobre uma verdadeira prática transformadora da assistência à saúde mental, que, para ser alcançada, necessita de uma mudança na sociedade, isto é, precisa extinguir toda forma de discriminação e opressão aos seres humanos

Para responder às questões levantadas, lançaremos mão do referencial teórico-metodológico da Análise do Discurso fundada por Michel Pêcheux, fazendo uma interlocução com Bakhtin e Lukács. A Análise do Discurso tem como objeto de estudo o discurso e compreende a língua não como transparente, mas opaca e que, por mais que tentemos interpretá-la, algo escapa, algo foge.

A palavra, ao ganhar um sentido, apaga outros sentidos possíveis, pois ao falar sobre algo silenciemos sobre o que não queremos dizer. É com base nesse referencial que nos propomos a analisar o discurso oficial da reforma psiquiátrica no Brasil, através de documentos oficiais, de depoimentos dos profissionais de saúde mental de Maceió e de familiares de portadores de transtornos mentais. Iremos utilizar as categorias de implícito da linguística e a categoria de silenciamento da Análise do Discurso para desvelar o que não é falado e o que se precisa silenciar, para que o discurso da reforma adquira o sentido de “universal”, “único” e “inquestionável” pela sociedade.

O trabalho enfocará o percurso histórico da saúde mental, que propiciará, também, que analisemos os signos “humanização” e “desinstitucionalização”, compreendendo-os de acordo com Bakhtin, isto é, que em todo signo existem vários sentidos. Ou seja, a palavra é ideológica e social, podendo ter significados diferentes de acordo com o momento social e histórico.

O trabalho está estruturado em três capítulos. No primeiro, iremos apresentar a teoria da Análise do Discurso, dialogando com Lukács e Bakhtin. Iniciamos esse capítulo apresentando a origem da A.D. e o seu percurso de reformulações. Esse intervir no mundo será feito através de tomadas de posição, ou seja, o sujeito vai enunciar a partir de campos de saberes e se identificar com a ideologia que lhe convier, para que possa tomar partido sobre algo.

No segundo capítulo, iremos traçar o percurso histórico da psiquiatria, iniciando com o surgimento do signo ocupação-terapia até os dias atuais, culminando com a reforma psiquiátrica e a criação dos CAPS. Veremos que a Psiquiatria surgiu utilizando como tratamento apenas a contenção e a ocupação e que sua história é entrelaçada com a Terapia Ocupacional, sendo impossível visualizar diferenças nessas profissões naquela época. Também discutimos como o signo “ocupação-terapia” adquire vários sentidos, estando na perspectiva da classe dominante ou na da classe dominada. Assim, a proposta de saúde mental desde o seu surgimento apresenta-se sob sentidos contraditórios que são problematizados nesse capítulo, para que possamos analisar os efeitos de sentido na conjuntura social e política da nossa sociedade.

No terceiro capítulo, apresentamos o *corpus* do trabalho, composto pelo discurso dos profissionais de saúde mental dos CAPS e do Hospital Portugal Ramalho e de depoimentos de familiares de portadores de transtornos mentais. Iremos analisar o enunciado do presente “extingam os manicômios” que dialoga com o enunciado do passado “aos loucos, o hospício” e desvendar os motivos de isso se dar no passado, e não no presente, com os hospitais de psiquiatria atuais.

A seguir, analisaremos os signos “humanização” e “desinstitucionalização”, que são utilizados na assistência à saúde mental. Mas o que significam para a reforma esses signos? O que eles contêm de diferente do início da assistência à saúde mental?

Em seguida analisaremos o discurso dos profissionais de saúde mental do município de Maceió, seus discursos contidos em sua realidade prática, e então analisaremos os implícitos contidos em seus discursos. O que não pode ser dito, mas que está entrelaçado ao dito, é desvelado nas análises do discurso desses profissionais.

Essas perguntas são respondidas no desenvolver dos referidos capítulos deste trabalho e visam a proporcionar uma reflexão sobre o tratamento “humanizador” da reforma psiquiátrica.

A pesquisa espera que seus leitores se identifiquem ou se desidentifiquem com o objeto da pesquisa e que tomem uma posição por um dos lados: classe

dominante ou dominada. Isso possibilitará uma reflexão da realidade prática e a compreensão das contradições sociais que fazem parte do discurso e movem a dinâmica da atividade prática, impedindo sua estagnação.

CAPITULO 1 – DELIMITANDO O CAMINHO TEÓRICO

1.1 A Análise do Discurso

Existem várias possibilidades de se abordar um tema, e a escolha dessas possibilidades tem a ver com a identificação do autor com a teoria escolhida para a elucidação dos questionamentos levantados no trabalho. No nosso caso, utilizaremos neste trabalho o referencial teórico-metodológico da Análise do Discurso fundada por Michel Pêcheux, estabelecendo um diálogo com Bakhtin e Lukács.

A Análise do Discurso tem como objeto de estudo o discurso, entendido como prática social da relação entre os homens na vida cotidiana. Dessa forma, o discurso é materializado pela língua, e a ideologia se materializa no discurso, sendo impossível, na perspectiva da A.D., separá-los. Nas palavras de Pêcheux (2002, p.57), “só por sua existência, todo discurso marca a possibilidade de uma desestruturação-reestruturação dessas redes e trajetos: todo discurso é o índice potencial de uma agitação nas filiações sócio-históricas de identificação...”.

Ela não estuda o texto, mas o discurso. Enfocando, principalmente, o que não está revelado na discursividade aparente, a A.D. descortina o que está vedado, facultando às pessoas conhecer outras faces de um mesmo discurso.

A Análise do Discurso a que nos referimos surge na França, no final da década de 60, e apresenta-se em três períodos, em que podemos perceber o pensamento de Pêcheux distanciar-se cada vez mais de seu mestre Althusser. No primeiro período, a Análise do Discurso é totalmente baseada no estruturalismo¹, mas no seu último período Pêcheux rompe com o estruturalismo. Ela possui em seu referencial teórico o materialismo histórico, a linguística e a teoria do discurso, e todas estas três teorias são atravessadas pela teoria do inconsciente.

A teoria do discurso, campo de conhecimento da análise do discurso, que para Indursky (1997, p.29) pode ser entendida com; “a teoria da determinação histórica dos processos semânticos.” Para que essa teoria funcione é necessário que as teorias acima citadas se articulem, possibilitando não o sentido estático, mas

¹Movimento intelectual, surgido na França na década de 60 visando buscar novas formas de leitura de interpretação dos textos políticos

as condições de produção desses sentidos.

Além das contribuições de Pêcheux, fazemos uma interlocução com Bakhtin, que também fornece valiosas contribuições para a Análise do Discurso.

Apesar de seus escritos datarem de 1920 e de suas obras não serem totalmente conhecidas, ele contribui imensamente com a teoria da A.D. porque consegue visualizar a língua de uma forma concreta, capaz de assimilar, traduzir nos mínimos detalhes as mudanças sociais e históricas da luta de classes. Ele concebe a língua como um sistema dinâmico, mutável, sendo atravessada pela ideologia. Para ele,

a verdadeira substância da língua não é constituída por um sistema abstrato de formas lingüísticas nem pela enunciação monológica isolada, nem pelo ato psicofisiológico de sua produção, mas pelo fenômeno social de interação verbal, realizada através da enunciação ou das enunciações. A interação verbal constitui assim a realidade fundamental da língua (BAKHTIN, 1990, p.123).

A interação verbal é vista como um diálogo, mas o autor utiliza o termo diálogo “num sentido amplo, isto é, não apenas como a comunicação em voz alta, de pessoas colocadas face a face, mas toda comunicação verbal, de qualquer tipo que seja” (BAKHTIN, 1990, p.123). Ele cita como exemplo o ato de fala impresso em livros, pois o impresso responde, questiona, discute questões colocadas anteriormente em outros livros, revistas etc. Nesse sentido, a pessoa que lê o livro está dialogando com o “ato de fala impresso” e fazendo juízo de valor do que lê, ou seja, a pessoa está tomando partido em uma determinada situação social. Nas palavras de Bakhtin (1990, p.123):

qualquer enunciação, por mais significativa e completa que seja, constitui apenas uma fração de uma corrente de comunicação verbal ininterrupta (concernente à vida cotidiana, à literatura, ao conhecimento, à política, etc.) Mas essa comunicação verbal ininterrupta constitui, por sua vez, apenas um momento na evolução contínua, em todas as direções, de um grupo social determinado.

Isso porque o locutor vai dirigir sua palavra, dependendo da situação e de quem está escutando, ou seja, a pessoa vai adaptar seu diálogo, dependendo do jogo das circunstâncias sociais.

Bakhtin não utiliza o termo discurso na sua teoria, mas fala constantemente em dialogia, enfatizando que todo diálogo traz marcas de outros diálogos que o

antecederam e que a enunciação traz marcas de outras enunciações, assim como será referência para outras enunciações. A esse respeito, assim se coloca Voese (2002, p.78):

a dialogia, pois, é inerente a todo discurso e, na medida em que diz respeito a vozes que antecederam a do enunciante e às que poderão sucedê-la, explicita a dupla função da linguagem: não há enunciado que não exiba traços do produto histórico da atividade dos homens e que, objetivado, não possa servir de referência para que novos enunciados sejam construídos e nos quais se manifeste uma maior ou menor superação do que estava socialmente posto.

Essa dimensão dialógica confirma a heterogeneidade da língua em oposição à homogeneização da língua do estruturalismo. Revela várias vozes em um só discurso, assim como dá margem à importância do lugar a partir do qual o sujeito está enunciando. Dependendo do lugar social ocupado pelo sujeito, ele será mais ou menos ouvido, poderá ou não falar sobre algo, terá direito a voz, dependendo de sua posição social.

Bakhtin afirma que não existe discurso neutro, que todo discurso é ideológico e que qualquer transformação da ideologia acarretará mudanças na língua. Assim,

um signo não existe apenas como parte de uma realidade; ele também reflete e refrata uma outra. Ele pode distorcer essa realidade, ser-lhe fiel, ou apreendê-la de um ponto de vista específico, etc. Todo signo está sujeito aos critérios de avaliação ideológica (isto é: se é verdadeiro, falso, correto, justificado, bom, etc.). O domínio do ideológico coincide com o domínio dos signos: são mutuamente correspondentes. Ali onde o signo se encontra, encontra-se também o ideológico. Tudo que é ideológico possui um valor semiótico (BAKHTIN, 1990, p.32).

A concepção de língua assumida neste trabalho é a que a entende como resultado das relações sociais entre os homens e que por isso é passível de modificações, dependendo do contexto sócio-histórico e ideológico em que está sendo utilizada. Assim, para Bakhtin, a língua é de natureza social, porque está em constante interação com as relações sociais.

Nessa perspectiva, a língua é impossível de ser estudada isolada, fragmentada do social, das lutas de classes, da história da humanidade, “constituindo-se no entremeio entre a lingüística e as ciências sociais, a análise de discurso desloca a dicotomia entre língua e fala e propõe uma relação não dicotômica entre língua e discurso” (ORLANDI, 2006, p.14).

Bakhtin (1990, p.154) enfatiza que a língua nasce no social e para o social. Nas palavras dele,

a língua não existe por si mesma, mas somente em conjunção com a estrutura individual de uma enunciação concreta. É apenas através da enunciação que a língua toma contato com a comunicação verbal, suas formas e seus métodos de diferenciação são determinados pelas condições sociais e econômicas da época.

A língua traduz qualquer modificação histórico-social da humanidade. Compactuamos com Bakhtin e Pêcheux, que demonstram ser impossível para o pesquisador estudar a língua sem considerar a fala, visto que são interdependentes.

Na perspectiva da A.D. o discurso nunca será neutro, visto que em qualquer sociedade existem conflitos de interesses, sendo impossível agradar a todos de maneira uniforme. Ao interpretar, o analista do discurso percebe a língua não só com o sentido explícito, mas com a percepção de que o sentido pode ser outro (implícito, silenciado), porém não qualquer sentido.

Podemos dizer que o sentido do dizer provém da relação com o interdiscurso². Não pode ser qualquer sentido, pois o sentido se origina de outros dizeres do passado e presente, dizeres que serão ressignificados pelo sujeito do discurso e que originarão o diferente.

Interpretar, para a A.D. não é traduzir o que está dito, o que é visível aos olhos na língua; interpretar é compreender que a ideologia oficial tenta homogeneizar os sentidos do discurso, mas essa tentativa de homogeneização não se dá de forma uniforme, pois “não há dominação sem resistência” (PÊCHEUX,1988,p.304).

Bakhtin (1990, p.106) lembra que “o sentido da palavra é totalmente determinado por seu contexto. De fato, há tantas significações possíveis quantos contextos possíveis.” Ou seja, ideologias contrárias usam uma mesma palavra contendo sentidos diversos, que são usados como forma de persuasão na resolução dos conflitos sociais.

Ele enfatiza que a palavra consegue captar as mínimas mudanças socioeconômicas de uma formação social. Nas palavras dele,

é portanto claro que a palavra será sempre o indicador mais sensível de todas as transformações sociais, mesmo daquelas que apenas despontam, que ainda não tomaram forma, que ainda não abriram caminho para sistemas ideológicos estruturados e bem formados (BAKHTIN,1990,p.41).

1.2 Sujeito e linguagem

O ser social, ou seja, o ser humano, ao responder as suas necessidades originadas do social, cria outras necessidades surgidas da consequência da resolutividade de necessidades anteriores e, sucessivamente, continuará respondendo a necessidades que nunca deixarão de existir enquanto o homem viver. Ou seja, o homem é um ser desejante que se caracteriza por encontrar respostas às suas necessidades, que por sua vez darão origem a novas necessidades que surgirão das consequências de necessidades anteriores já supridas.

Ao solucionar suas necessidades, o homem responde através de ações dirigidas ao social, mas antes de agir na realidade prática ele escolhe a alternativa que mais lhe convier dentro das possibilidades que a realidade oferta. Cavalcante (1997, p.23) assevera que:

Cada nova objetivação traz em seu bojo novas possibilidades e novas necessidades. E cada nova necessidade demanda uma nova forma de ação para atendê-la. A língua surge, pois, como resposta à necessidade do homem de expressar-se, de exteriorizar-se. Essa exteriorização é a objetivação de uma subjetividade, é o resultado da reflexão de uma consciência que, diante das alternativas (limites e possibilidades) postas pela realidade objetiva, realiza escolhas, buscando respostas que são formas de ação para o atendimento de suas necessidades vitais.

Ao exteriorizar-se, através da língua, o homem insere a sua marca a partir das escolhas que a sua subjetividade faz, dependendo das determinações da objetividade, a realidade prática.

Magalhães (2006) ³ explica a autoria do sujeito através do ser social, das categorias subjetividade e objetividade, e enfatiza que a subjetividade é a categoria ontológica que permite vislumbrar a possibilidade de autoria, um sujeito capaz de

² A categoria de interdiscurso será discutida posteriormente.

³ Artigo intitulado o sujeito do discurso: um diálogo possível e necessário.

fazer escolhas, que produz não mais repetições, mas produz sempre o novo, que, na verdade, significa o diferente. À medida que apreende a objetividade e a partir da subjetividade intervém na objetividade, deixando assim sua autoria. Nas palavras da autora,

sem a interferência da subjetividade, é impossível qualquer escolha entre as alternativas existentes na objetividade, que funcionaria apenas com sua lógica interna ou ao sabor do acaso. Na verdade, é o surgimento da subjetividade que instaura o ser social; e a história do gênero humano é a história da intervenção da subjetividade na objetividade. É nessa relação que se consubstancia a força do sujeito-autor (MAGALHÃES, 2006, p.30).

Para Bakhtin (1990), é o intuito discursivo que permite percebermos o querer dizer do locutor, que devido a isso faz escolhas sobre seu enunciado, para ser compreendido pela comunidade. É no querer dizer que podemos perceber que o locutor é um sujeito que faz escolhas, opta por alternativas mais viáveis, para que possa ser compreendido. Mas ele não detém a autoria da palavra, porque ele também está respondendo a enunciados de outros locutores anteriores a eles, sendo a fala do locutor elos de uma cadeia de enunciados.

Bakhtin (1990) afirma que o locutor anseia pela atitude responsiva ativa do ouvinte, do contrário, o ouvinte apenas repetiria o discurso do locutor. No entanto, o ouvinte, ao compreender o discurso do outro, emite juízos de valores sobre este e, em seguida, assume a posição de locutor, respondendo ao discurso do outro. Mesmo que o ouvinte não passe à categoria de locutor, **mantendo-se na postura de somente ouvir, ainda assim ele não apresenta uma atitude passiva.**

Pêcheux conceitua dois esquecimentos que se mostram articulados e interdependentes. O “esquecimento” no nível do pré-consciente, chamado de esquecimento nº 2, que é o esquecimento “pelo qual todo sujeito-falante “seleciona” no interior da formação discursiva que o domina, isto é, no sistema de enunciados, formas e seqüências que nela se encontram em relação de paráfrase” (PÊCHEUX, 1988, p.173). O esquecimento nº 1, da ordem do inconsciente, “que dá conta do fato de que o sujeito-falante não pode, por definição, se encontrar no exterior da formação discursiva que o domina” (PÊCHEUX, 1988, p. 173). Essas duas categorias, consciente-inconsciente, são interdependentes e a partir delas também detectamos a capacidade de o sujeito fazer escolhas de modo consciente ou não, optando por alternativas viáveis dentro dos limites do social. Ou seja, os

esquecimentos conceituados por Pêcheux nos colocam a possibilidade da superação do assujeitamento do sujeito.

Silva Sobrinho (2007) acrescenta que Pêcheux incorporou o conceito de sujeito em Althusser, porém adverte que Pêcheux foi mais além. Para Althusser o sujeito assume a posição social determinada pela ideologia que o interpela, sem poder questionar, rebelar-se por essa imposição. Pêcheux acrescenta o termo “transformação” e com isso muda a visão de sujeito na A.D. A capacidade do homem de transformar as relações de produção e não simplesmente produzir/reproduzir essas relações de desigualdades sociais dá ao sujeito o estatuto de relativa autonomia ultrapassando o sujeito assujeitado.

Magalhães (2006) leciona que podemos vislumbrar a possibilidade de saída do assujeitamento em Pêcheux no esquecimento², onde essa possibilidade de autoria do seu dizer nos afirma que o sujeito não é assujeitado, mas é um sujeito determinado pelas condições sócio-históricas, tendo possibilidade de escolhas, de significar-se (PÊCHEUX, 1997).

Também podemos observar a ruptura do assujeitamento em Pêcheux (2002, p.57), quando ele afirma que o sujeito responde com responsabilidade através de **tomadas de posição** e que o que se diz “trata-se aí, para mim, de uma questão de ética e política: uma questão de responsabilidade”. Ao interligar o sujeito à ética e à responsabilidade, é desmontada a ideia do sujeito assujeitado, porque a ética exige um ser social que opta por alternativas viáveis de escolhas para intervir na realidade, além de que o ser social só é ético se tiver autonomia sobre suas decisões. Não pode ser ético o sujeito que não pode ser responsabilizado por seus atos; dessa forma a visão de sujeito assujeitado é desmontada em sua última obra: O discurso: estrutura ou acontecimento.

A perspectiva da A.D. que assumimos entende que o sujeito é consciente das escolhas que faz em seu discurso, mas admite a interferência do inconsciente, pois o sujeito é condicionado por este, embora seja determinado pela realidade prática.

A visão de sujeito com a qual este trabalho se identifica é a daquele responsável pelas escolhas que faz, deixando a sua marca de agir no mundo, única e irrepetível, porém o seu agir é condicionado pelo inconsciente e pela realidade

objetiva que o cerca. É um sujeito relativamente autônomo, porque sempre existem possibilidades de escolhas dentre as alternativas que a objetividade detém, mas não é totalmente livre porque suas escolhas dependem sempre do que a objetividade determina e de condicionamentos do inconsciente. Ou seja, é um sujeito que se move entre limites e possibilidades, refletindo, antecipando a ação a partir da subjetividade, o que torna o seu ato único, irrepetível, isto é, diferente.

1.3 O discurso

O sujeito, através de sua consciência, apreende a objetividade e faz escolhas, refletindo e/ou refratando o mundo. “Essa forma de objetivação se efetiva via discurso” (CAVALCANTE, 2005, p. 05).

A apreensão da realidade via discurso não se dá de maneira única a todos os homens. Ela depende dos diversos níveis de consciência e, quanto mais elevado o nível de consciência, mais possibilidades de intervir na realidade, pois o conhecimento da objetividade fornece várias opções de escolhas

A noção de discurso a que nos filiamos explicita que num discurso não existe passividade em nenhum dos sujeitos que o compõem, pois mesmo no lugar de observador o sujeito está na posição ativa, visto estar refletindo sobre o que é dito, podendo, para isso, discordar, concordar, negar; portanto, não existe a função passiva em um discurso. Usando as palavras de Bakthin (1990, p.290):

A compreensão de uma fala viva, de um enunciado vivo é sempre acompanhada de uma **atitude responsiva ativa** (conquanto o grau dessa atividade seja muito variável); **toda compreensão é preenhe de resposta** e, de uma forma ou de outra, forçosamente a produz: o ouvinte torna-se o locutor. (grifo nosso)

A atitude do sujeito do discurso é uma “atitude responsiva ativa” (BAKTHIN, 1990, p.290). O sujeito, mesmo que fique apenas escutando, está concordando, discordando, levantando questionamentos sobre o que escuta, portanto tem sempre uma posição ativa e é responsável pelos seus atos, mas parcialmente responsável pelas consequências deles.

O lugar que o sujeito do discurso ocupa não é estável, pelo contrário, define-

se por constantes alternâncias de lugares, que faz com que o discurso seja um processo dinâmico, vivenciado por homens e mulheres reais que vivem num mundo real, visando suprir suas necessidades que se originaram de necessidades já supridas, ou seja, discurso é prática social.

Lukács apud Cavalcante (2005, p.05) refere que:

O homem torna-se um ser que dá respostas, precisamente na medida em que—paralelamente ao desenvolvimento social e em proporção crescente—ele generaliza, transformando em perguntas seus próprios conhecimentos e suas possibilidades de satisfazê-los; e, quando, em sua resposta ao carecimento que a provoca, funda e enriquece a própria atividade com tais mediações, freqüentemente bem articuladas.

Podemos dizer, pelo acima referido, que o homem é um ser que, além de dar respostas, está sempre em busca de respostas advindas de novos questionamentos, oriundos dele mesmo e de outros homens. Suas respostas não resultam simplesmente de uma cópia da objetividade; as respostas contêm a particularidade do sujeito em harmonia com a objetividade, resultando em atividade transformadora, porque ao dar respostas o sujeito intervém na objetividade, criando o novo, transformando a si mesmo e a realidade que o cerca.

Assim, o discurso é “uma práxis humana que só pode ser compreendida a partir do entendimento das contradições sociais que possibilitam a sua objetivação” (MAGALHÃES apud BASTOS, 2007, p.55); é atividade criadora, é criação, capacidade do homem de adaptar-se a novas situações que vão surgindo em sua vida, sem acomodação, numa atitude ativa. É possibilidade de transformação dos valores do mundo, ou apenas a manutenção desses valores, visando manter ou transformar a ordem social vigente na sociedade.

Podemos concluir que discurso é realidade prática, é a atividade inerente ao homem enquanto ser social, de onde excluimos as atividades reflexas e as atividades instintivas, por serem atividades automáticas que não necessitam da consciência para a sua realização. O discurso envolve a capacidade de o homem pensar, realizar escolhas, estimar suas ações e, somente depois, partir para a ação. Envolve o pensamento crítico e reflexivo do homem e, conseqüentemente, ao agir, ele torna sua ação única, que transforma a ele mesmo e as pessoas que o cercam.

No entanto, não podemos negar a intervenção do inconsciente no agir do sujeito, e que funciona sem que este tenha consciência dos motivos que o levaram a intervir na realidade, do modo como o fez. Algumas vezes o inconsciente intervém na ação; o sujeito, após a ação, é que vai refletir sobre seu agir. Como exemplo citamos o ato falho, quando o sujeito, de forma inconsciente diz uma palavra que não condiz com o momento atual. Mas, outras vezes o inconsciente pode intervir sem que o sujeito perceba.

Embasados em Orlandi (2005), frisamos que ao enunciar, o sujeito apropria-se da palavra, tornando-a sua. Nesse momento ele é realmente autor da palavra, ele a ressignifica e com ela intervém na realidade, e intervindo, ele transforma a si mesmo e aos outros homens. A palavra, nesse momento, é ressignificada pelo sujeito que enuncia, porque o sentido das palavras não se dá literalmente, elas não possuem sentidos nelas mesmas, elas adquirem sentido a partir do interdiscurso. Quando o sujeito enuncia, ele o faz utilizando-se de outros discursos que já existiram em outros momentos sócio-históricos, e ressignifica o já existente.

1.4 Ideologia

A ideologia, segundo Lukács apud Lessa (2007, p.68), “é uma forma específica de resposta às demandas e aos dilemas postos pelo desenvolvimento da sociabilidade.” Dessa forma, podemos dizer que a ideologia é prática social que resulta na resolutividade de conflitos sociais. Essas práticas têm uma visão da sociedade em geral e visam sanar conflitos sociais.

Desde a sociedade primitiva que existe a ideologia, pois mesmo naquela época as pessoas não pensavam da mesma forma, sendo necessário determinar regras gerais da comunidade para a vivência harmoniosa entre todos (VAISMAN, 1989).

Segundo Lukács, a função da ideologia não se resume somente em servir como instrumento de dominação para as classes sociais, embora isso aconteça, mas em resolver os conflitos sociais. Com “a complexificação das relações sociais, com a correspondente necessidade de complexização das posições teleológicas

operadas pelos indivíduos” originam-se os complexos sociais específicos⁴ (LESSA, 2007, p.68).

Surgem os complexos sociais⁵ específicos e a “crescente necessidade de respostas genéricas que permitam ao indivíduo não apenas compreender o mundo em que vive, mas também justificar a sua práxis cotidiana, torná-la aceitável, natural, desejável” (LESSA, 2007, p.69).

Numa sociedade dividida em classes sociais, a função da ideologia ampla seria apresentar para a sociedade uma ideia única para que todas as classes se identifiquem com ela. As formas ideológicas apresentam-se o tempo todo na vida cotidiana do ser social,

ou seja, a cotidianidade social apresenta problemas que continuamente devem ser conscientizados e resolvidos; de modo que a presença das formas ideológicas não se manifesta apenas em momentos de crise, mas permanentemente no próprio cotidiano (VAISMAN, 1989, p.418).

Pêcheux (1988, p.152) diferencia Ideologia de ideologia; a Ideologia seria a-histórica e mais ampla que a ideologia. A ideologia restrita está diretamente relacionada “à história da luta de classes, isto é, à reprodução/transformação das relações de classes—com os caracteres infra-estruturais (econômicos) e superestruturais (jurídico – políticos e ideológicos) que lhes correspondem. Ele ressalta que a Ideologia (ampla) se encontra no interior da luta de classes e que se apresenta

como o meio de designar, no interior do marxismo-leninismo, o fato de que as relações de produção são relações entre “homens”, no sentido de que não são relações entre coisas, máquinas, animais não humanos ou anjos; nesse sentido e unicamente nele: isto é, sem introduzir simultânea, e sub-repticiamente, uma certa idéia de “o homem”, como antinatureza, transcendência, sujeito da história, negação da negação, etc.(PÊCHEUX, 1988, p.152).

Isso quer dizer que “as ideologias “não são feitas de ‘ideias’, mas de práticas”

⁴ Como complexo social específico temos o Direito, as artes, a religião. Lukács coloca que a partir de um estágio complexo de desenvolvimento da sociedade, o Direito torna-se fundamental para a resolutividade dos conflitos em sociedade, sendo impossível uma sociedade com caráter de complexização social resolver conflitos sociais sem a sua presença.

⁵ Para Lukács, os complexos sociais são “a religião, a Filosofia, a ideologia, a arte, a ética;etc., são complexos sociais que surgem e se desenvolvem para atender à necessidade específica posta pelo processo de sociabilização.” (LESSA, 2007, p.73).

(PÊCHEUX, 1988, p.144 - grifo do autor). Tanto a ideologia ampla como a restrita só acontecem no social e para o social. O homem e sua vida prática são condições únicas das ideologias, porque o sujeito da ideologia não é o homem abstrato, mas o homem da vida real. O autor conceitua história como sendo “a história da luta de classes” (PÊCHEUX, 1988, p.152). História feita por homens concretos, inseridos em um contexto sócio-histórico.

Nas palavras de Pêcheux (1988, p.160),

as palavras, expressões, proposições, etc., mudam de sentido segundo as posições sustentadas por aqueles que as empregam, o que quer dizer que elas adquirem seu sentido em referência a essas posições, isto é, em referência às formações ideológicas⁶ (grifo nosso).

Bakhtin, filósofo russo, constrói um novo conceito de ideologia e, assim como Pêcheux, rejeita a visão idealista e subjetiva da ideologia. Ele trata a ideologia de uma forma concreta, erigindo seu conceito a partir das relações sociais, “na concretude do acontecimento, e não na perspectiva idealista.” (MIOTELLO, 2005, p.168).

O referido autor trabalha com duas concepções de ideologia-- a oficial e a ideologia do cotidiano. A ideologia oficial, já estabilizada e aceita pelo social como correta, se materializa nos discursos científicos, jurídicos, religiosos que são quase estáveis na sociedade, são mais difíceis de ser mudados, transformados e que estão constantemente se relacionando com a ideologia do cotidiano, para que possam continuar vigentes.

A ideologia do cotidiano alimenta a ideologia oficial, influenciando-a. Essa relação permite à ideologia oficial manter-se agindo na época vigente. Sem essa relação dialógica, a ideologia oficial desaparece, morre. Nas palavras de Bakhtin (1990, p.119),

os produtos ideológicos constituídos conservam constantemente um elo orgânico vivo com a ideologia do cotidiano; alimentam-se de sua seiva, pois, fora dela, morrem, assim como morrem, por exemplo, a obra literária acabada ou a idéia cognitiva se não são submetidas a uma avaliação crítica viva.

A avaliação da crítica viva é feita pela ideologia do cotidiano. Como exemplo,

temos na obra literária o diálogo dos indivíduos que leem a obra e dão sentido ao lido no momento atual. Sem esse diálogo com a ideologia do cotidiano a ideologia deixa de existir. Nas palavras de Bakhtin (1990, p.119):

A obra estabelece assim vínculos com o conteúdo total da consciência dos indivíduos receptores e só é apreendida no contexto dessa consciência que lhe é contemporânea. A obra é interpretada no espírito desse conteúdo da consciência (dos indivíduos receptores) e recebe dela uma nova luz.

Ainda sobre a ideologia do cotidiano, Bakhtin identifica duas esferas: a ideologia do cotidiano inferior e a ideologia do cotidiano superior. À primeira é mais desorganizada, não está sujeita às normas sociais e é encontrada em qualquer atividade mental do indivíduo. “Neste nível estão todas as atividades mentais e pensamentos confusos e informes que se acendem e apagam na nossa alma, assim como as palavras fortuitas ou inúteis” (BAKHTIN, 1990, p.120). Essa ideologia é chamada por Bakhtin (1990, p.120) de “farrapos ideológicos”. A medida que as relações sociais vão se complexificando,

as enunciações se relacionam e se integram no sistema ideológico que vem se constituindo permanentemente naquele grupo; e nos estratos superiores da ideologia do cotidiano vão se apresentando os conteúdos sógnicos que já passaram pela prova de expressão externa, e as representações, as palavras, as entonações e as enunciações vão revelando estar completamente integradas no sistema ideológico, realizadas pelo sistema social (MIOTELLO, 2005, p.175).

A visão de ideologia com que este trabalho se identifica é a concepção de ideologia que visa à resolutividade dos conflitos sociais na vida prática. Ela é atravessada pelos conflitos de classes que visam interesses individualistas escondidos estrategicamente em propostas de soluções válidas para todos os homens.

1.5 Formações ideológicas e discursivas

Pêcheux (1988, p.160), em “Semântica e discurso” refere-se à formação discursiva como um campo específico de saber que determina sobre o que se pode falar, mas lembra que:

o sentido de uma palavra, de uma expressão, de uma proposição,

⁶ O conceito de formações ideológicas será mostrado mais adiante.

etc., não existe em si mesmo (isto é, em sua relação transparente com a literalidade do significante), mas, ao contrário, é determinado pelas posições ideológicas que estão em jogo no processo sócio-histórico no qual as palavras, expressões, proposições, etc., mudam de sentido segundo as posições sustentadas por aqueles que as empregam, o que quer dizer que elas adquirem seu sentido em referência às formações ideológicas (no sentido definido mais acima) nas quais essas posições se inscrevem.

Respaldado no acima citado, pode-se afirmar que a matriz de sentido é encontrada na formação ideológica que representará uma posição do capital ou do trabalho. E que a mesma palavra pode conter sentidos diferentes, dependendo da pessoa que enuncia e do momento sócio-histórico. Assim as palavras não podem ser vistas isoladas do contexto sócio-histórico; elas mudam de sentido dependendo da posição ideológica com a qual o sujeito se identifica.

Dessa forma, a linguagem não retira o sentido das coisas em si, ou seja, o sentido das palavras não é dado em si próprio, mas na relação com o contexto sócio-histórico e ideológico. É através da ideologia que a linguagem falha, estando aí o lugar da produção dos sentidos, o espaço ideológico. “Ou seja, sujeito e sentido são constituídos pela ordem significante na história. E o mecanismo de sua constituição é ideológico” (ORLANDI, 1996, p.145).

Sobre a constituição das formações discursivas, Orlandi (1996, p. 21) registra que “a formação discursiva se constitui na relação com o interdiscurso (a memória do dizer), representando no dizer das formações ideológicas. Isto é, o lugar do sentido, lugar da metáfora, é função da interpretação, espaço ideológico”.

Diante do exposto acima podemos afirmar que a formação discursiva dá o sentido da palavra, porque na realidade nenhuma palavra tem o seu sentido literal. A formação discursiva recebe o sentido da formação ideológica com a qual o sujeito se identifica.

Segundo Pêcheux (1988, p.160), a formação discursiva é: “aquilo que, numa formação ideológica dada, determinada pelo estado de luta de classes, determina o que pode e deve ser dito (articulado sob a forma de uma arenga, de um sermão, de um panfleto, de uma exposição, de um programa, etc.).”

Respaldada no acima escrito, podemos afirmar que o sentido das palavras se

encontra na formação discursiva que está representada pela formação ideológica. Ela é o lugar com o qual o sujeito se identifica e a partir do qual enuncia, sendo aí que se dá a formação de sentidos e simultaneamente a constituição do sujeito do discurso. Assim, as palavras recebem sentidos da formação ideológica da qual fazem parte. Daí,

podemos afirmar que as palavras mudam de sentido em função do lugar ideológico assumido por aqueles que as empregam. Isso explica a possibilidade de a partir de formações ideológicas antagônicas, falar dos mesmos temas (democracia, cidadania, ensino de qualidade, competências) falando diferentemente (CAVALCANTE, 2005, p.21).

O que Cavalcante enfatiza é que um mesmo tema pode ser utilizado por diferentes formações ideológicas, tomando sentidos opostos de significação. É na formação ideológica que o sentido e o sujeito se constituem, pois só se pode falar o que aquela determinada formação discursiva determina no seu campo de saber. Como exemplo, citamos a formação discursiva religiosa, que pode assumir a formação ideológica na perspectiva de dominado ou dominante, mas só pode falar sobre o campo específico da religiosidade. Porém isso não quer dizer que a formação discursiva seja estática e não se comunique com outros campos de saberes; isso seria uma formação discursiva em bloco, sem dialogar com nenhuma outra formação; seria algo irreal, inadmissível no discurso.

1.6 Interdiscurso

O discurso do sujeito traz o discurso já existente para produzir o novo. Ele enuncia a partir de enunciados, que estão contidos em outros enunciados do passado e presente (interdiscurso). Dessa forma, o intradiscurso é “um efeito do interdiscurso sobre si mesmo, uma interioridade inteiramente determinada como tal do exterior” (PÊCHEUX, 1988, p.167).

O interdiscurso é constituído de pré-construído e articulações. O pré-construído é o

sempre-já-aí da interpelação ideológica que fornece-impõe a “realidade” e seu “sentido” sob a forma de universalidade (o “mundo das coisas”), ao passo que a articulação” constitui o sujeito em relação com o sentido, de modo que ela representa, no interdiscurso, aquilo que determina a dominação da forma-sujeito (PÊCHEUX, 1988, p.164).

Nenhum discurso provém dele mesmo, isto é, nenhum discurso é origem somente do enunciador, pois o discurso é produzido a partir de outros discursos, podendo o sujeito ser consciente dessa ocorrência ou mesmo não ter consciência desse fato. Assim, “em outros termos, o interdiscurso designa o espaço discursivo e ideológico no qual se desdobram as formações discursivas em função de relações de dominação, subordinação, contradição” (MALDIDIÉ, 2003, p.51).

Dessa forma, o sujeito não reproduz o que já existe no interdiscurso, mas o sujeito coloca a sua autoria ao reinterpretar o que já está dito, produzindo assim novos discursos. Apesar da heterogeneidade do discurso e do sujeito, o sujeito imprime a sua marca e assim origina o diferente.

1.7 Silêncios e implícitos

As categorias de silêncio e implícito são de fundamental importância para a leitura do que os textos dizem, sem, no entanto, explicitar esses dizeres. Segundo Orlandi (1997), a cultura da nossa sociedade levou-nos a acreditar que o silêncio na linguagem significa a ausência de algo, como se a existência dele demonstrasse que algo falta. Porém, diferentemente do que a cultura prega, o silêncio não significa “vazio”, mas sim o oposto dele. Significa que “o silêncio é fundante” (ORLANDI, 1996, p.11, 1997, p.31), portanto não existe sentido sem ele.

De acordo com a autora citada, podemos dizer que o silêncio está repleto de possíveis significados e que devido a essas possibilidades de sentidos é que a linguagem tenta um “modo de procurar domesticá-los” (ORLANDI, 1996, p.11). Ao falar, precisamos escolher certas palavras em detrimento de outras que, por não poderem ser faladas, são silenciadas e apesar disso produzem sentidos. Isso ocorre porque, a escolha por determinadas palavras em um discurso implica sempre dizer que outras palavras tiveram de ser silenciadas para que o dizer pudesse ser (ORLANDI, 1997).

O silêncio não precisa do dito para significar; ele significa por si só e emerge da tentativa do falante em explicar o seu dizer, ou seja, na tentativa de opção por um dos sentidos possíveis. O discurso produz sempre o silenciamento, porque quando se diz sobre algo e para que este algo produza sentido é necessário silenciar sobre

o outro lado, as outras possibilidades de sentidos. Assim, nas palavras de Orlandi (1997, p.14), "quando dizemos que há silêncio nas palavras, estamos dizendo que: elas são atravessadas de silêncio; elas produzem silêncio; o silêncio fala por elas; elas silenciam".

Orlandi (1997, p.55) nos fala de duas formas de silêncio: o silêncio fundante e a política do silêncio. "A primeira nos indica que todo processo de significação traz uma relação necessária ao silêncio". A segunda evidencia que ao dizer, o sujeito teve de deixar de falar algo do que escolheu falar. Para podermos observar o silêncio de forma indireta, visto que ele não pode ser observado de forma direta, é necessário considerar a historicidade que se apresenta pelo interdiscurso com diálogos travados nas formações discursivas.

Diferente do silêncio, o implícito remete ao dito. É o dizer que remete à ambiguidade, é a possibilidade de não assumir o que se disse de forma explícita. De acordo com Ducrot, é "a necessidade de dizer certas coisas e ao mesmo tempo de poder fazer como se não as tivéssemos dito, de dizê-las, mas de modo tal que se possa recusar a sua responsabilidade" (ORLANDI, 1997, p.68).

O implícito só existe porque se mostra ligado ao dito. Sem ele o implícito não existiria. Orlandi (1997, p.47) diz que "o implícito é já um subproduto deste trabalho do silêncio, um efeito particular dessa relação mais originária e constitutiva. O implícito é o resto visível dessa relação".

Pêcheux (2002, p.54), também se interessou pela categoria do silêncio, percebendo-o como uma outra voz, "o discurso - outro". Nas palavras dele,

a descrição de um enunciado ou de uma seqüência coloca necessariamente em jogo (através da detecção **de lugares vazios, de elipses, de negações e interrogações, múltiplas formas de discurso relatado...**) o discurso-outro como espaço virtual de leitura desse enunciado ou dessa seqüência (grifo nosso).

Para representar a mediação do homem com outros homens, da luta ininterrupta pela manutenção ou transformação da ordem vigente do mundo, temos o discurso como mediador principal de uma formação social. Segundo Orlandi (1996, p.38), podemos compreender o discurso como "efeitos de sentidos entre locutores".

A partir desse referencial teórico iremos analisar o discurso oficial da reforma

psiquiátrica, representado pela Lei 10.216 e materializado pelo enunciado “extingam os manicômios”. Para isso, partiremos da materialidade discursiva fornecida pelos textos, analisando o que dizem o que explicitam, e o que silenciam. Iniciaremos pela história da psiquiatria, que se mostra como fator essencial para compreendermos as condições de produção do discurso da reforma, pois, como iremos relatar, o enunciado da reforma dialoga com o *slogan* do início do surgimento da psiquiatria.

CAPÍTULO 2 – HISTÓRIA DA PSIQUIÁTRIA

2.1. “Aos loucos, o hospício!”

Para situarmos a Reforma Psiquiátrica é necessário o conhecimento do surgimento da especialidade Psiquiatria e da Terapia Ocupacional, pois ambas se utilizaram do objeto de estudo ocupação-terapia⁷ em sua origem.

Bennetton (1991, p.19) coloca que o uso da ocupação tem sua origem

na Antiguidade, com tal caráter, quando as doenças mentais e físicas significavam ‘males do espírito’, as atividades intermediavam a magia e as orações. O objetivo era afastar os ‘maus espíritos’ ou acalmar espíritos atormentados. As brincadeiras, os passeios e os jogos criavam um ambiente tranquilo, facilitador da aproximação com os deuses.

De acordo com Brasil (2005), na Idade Média as pessoas que apresentavam qualquer comportamento diferente, chamadas naquela época de “loucos”, recebiam tratamento que consistia apenas no confinamento, visando proporcionar segurança para a sociedade.

Foucault (2006, p.100) revela que,

antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, **o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna** (grifo nosso).

⁷ Utilizaremos o termo ocupação-terapia para o uso de atividades como forma de tratamento nos hospitais de Psiquiatria antes do surgimento dos neurolépticos, psicotrópicos e da oficialização da Terapia Ocupacional como profissão de nível superior.

Antes do séc. XVIII todas as pessoas marginalizadas, isto é, loucos, órfãos, velhos, mendigos, eram confinadas em instituições visando ao fim da pobreza e da ociosidade. Essas pessoas recebiam atendimento que visava acalmar o espírito e fornecer alimentação a quem não tinha o mínimo para viver. As pessoas que exerciam essas funções de caridade acreditavam que dessa forma receberiam no céu com o que haviam feito para esses pobres, ou seja, estariam garantindo sua vaga no céu quando morressem. Na perspectiva dos assistidos (pobres e doentes), essas pessoas caridosas eram tidas como especiais, dignas do reino do céu, pois estavam doando parte do seu tempo para as pessoas marginalizadas, sem exigir nada em troca.

É somente no final do século XVIII e início do século XIX, no processo da Revolução Industrial, que o hospital deixou de ser um espaço de acolhimento e apoio espiritual para os “marginais”. Segundo Mângia e Nicácio (2001), foi nessa época que o internamento foi considerado inviável, pois as pessoas seriam mais bem aproveitadas no trabalho se estivessem inseridas na sociedade, e não confinadas em instituições. Houve a necessidade de retirar dos confinamentos os pobres das instituições, a fim de que pudessem trabalhar e produzir riqueza para o capital.

O autor acima citado afirma que na Revolução Industrial o internamento das pessoas ditas marginalizadas foi visto como um “erro econômico” e por isso elas foram liberadas das Santas Casas, visto que “a população passou a ter valor num mercado de trabalho em constituição” (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001, p.61).

Dessa forma, os pobres são fundamentais para “a produção da riqueza de uma nação, desde que livres no mercado de compra e venda de força de trabalho” (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001, p.64). Como os “loucos” não se adaptavam ao trabalho industrial, foram transferidos para asilos distantes dos centros das cidades, e como tratamento recebiam o “trabalho-obrigatório”, que visava ensinar um ofício a essas pessoas sem a preocupação com o seu bem-estar global (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001, p.64).

Indagamos sobre os motivos que levaram à transferência dos “loucos” para os hospícios, visto que nessa época, com a liberação dos outros “marginais” para o trabalho nas indústrias, as Santas Casas devem ter ficado quase vazias. Então, por

que transferi-los para o hospício? Bem, lembremos que as cidades estavam crescendo num ritmo acelerado após a chegada das indústrias e, com isso, o espaço geográfico ocupado pela sociedade teve de se ampliar, abrangendo outros espaços e aproximando-se demais das Santas Casas.

Essa proximidade das santas casas com o centro da cidade fez a sociedade refletir sobre o perigo que poderia acontecer caso os “loucos” continuassem ocupando tais instituições. Dessa forma, foi necessário transferi-los para um local bem distante do centro da cidade, para que não comprometessem a ordem da sociedade.

Surge, a partir daí, a necessidade de se criar o asilo, especialmente para os loucos, pois esses tinham “evidente incapacidade para o trabalho” (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001, p.64).

No final do século XVIII, Philippe Pinel cria o Tratamento Moral, que era “desenvolvido dentro do ‘asilo’, local próprio para a assistência aos alienados, tendo como suporte os três ideais: ‘Liberdade’, ‘Racionalidade’ e ‘Humanidade’” (BENETTON, 1991, p.20).

A Revolução Industrial proclamou a ideia de que o louco é inviável para o trabalho capitalista e que, para retornar à sociedade, ele deveria adaptar-se ao trabalho. Nada mais justo (para o capital) que inserir o trabalho como instrumento terapêutico.

Por isso, o “tratamento moral” do médico psiquiatra Pinel consistia em prescrever trabalho para os alienados, visando à disciplina dentro do asilo. Assim, eles tinham de se adaptar a um tipo de trabalho para poderem ser tratados com humanidade dentro do hospital; caso contrário, eram tidos como irrecuperáveis. Assim, “o trabalho como instrumento de terapêutica médica, portanto, prescrito e orientado pelos médicos, sendo núcleo central do ‘tratamento moral’, determinou a relação estreita, até hoje conservada, entre Psiquiatria e Terapia Ocupacional” (BENETTON, 1991, p.21). Desse modo, a Terapia Ocupacional “surgiu como recurso, instrumento e ato médico” (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001, p.19).

O surgimento da Terapia Ocupacional deu-se como ato médico porque os primeiros profissionais a utilizarem a ocupação como forma de terapia foram os

psiquiatras. Isso se deu porque no início da assistência à saúde mental ainda não havia medicamentos voltados para essa clientela e o único recurso de tratamento era a ocupação-terapia. O instrumento utilizado era o trabalho-terapia prescrito e coordenado pelo psiquiatra, tornando-se, dessa forma, ato médico.

O uso da ocupação como forma terapêutica tem sua origem por volta do século XVIII, quando a Revolução Industrial necessitou recrutar alguns marginalizados sociais (DE CARLO, BARTALOTTI; 2001) para o trabalho. É dessa forma que se introduz o trabalho terapêutico nos hospitais de Psiquiatria, chamados de asilo, onde o trabalho prescrito para os doentes visava “reconduzir o doente ao desempenho do papel do trabalhador, daí a centralidade adquirida pelo trabalho no interior da prática asilar” (MÂNGIA, NICÁCIO; 2001, p.67).

Foucault enfatiza o poder nas mãos do médico e anota que o trabalho era utilizado de forma obrigatória como um procedimento a ser cumprido pelos doentes, que sofreriam consequências caso não se adaptassem a esse primeiro tipo de procedimento. Dessa forma:

Quando os pacientes não se adaptavam ao trabalho, perdiam o direito de sair todos os dias da enfermaria durante o período de trabalho — de trinta minutos a seis horas — e o direito de período ocasional de repouso durante as horas de trabalho, a fim de ir à cantina ou às festas do edifício de recreação. A regra tradicional no hospital era que **a liberdade para andar pelos pátios era dada apenas aos que, com o trabalho, pagavam por ela** (GOFFMAN, 1990, p.233, grifo nosso).

Os pacientes que realizavam o “trabalho obrigatório” não podiam ser pagos; existia a possibilidade de receber regalias. Exemplificamos o dito com o paciente que exercia a função de direção da cozinha do hospital; ele, “durante as festas no edifício de recreação, tinha chaves, e com elas a tarefa de impedir que pacientes não-autorizados entrassem na cozinha” (GOFFMAN, 1990, p.235). Como regalia, o paciente “estava numa posição que lhe permitia deixar que um amigo entrasse na cozinha para ‘experimentar’ o que iria ser depois servido (GOFFMAN, 1990, 235).

As regalias que os pacientes recebiam dependiam diretamente do trabalho exercido no hospital. Assim,

os que tinham tarefas na cozinha estavam numa posição que lhes permitia obter alimento extra; os que trabalhavam na lavanderia obtinham mais freqüentemente roupas limpas; os que trabalhavam na sapataria raramente tinham falta de bons sapatos (GOFFMAN,1990, p.183).

Portanto, “a teoria do hospital era que, desde que o estabelecimento atendia a todas as necessidades dos pacientes, não havia razão para que fossem pagos, pelo hospital, pelo trabalho que faziam” (GOFFMAN, 1990, p.233).

Havia ainda pacientes explorados pelo hospital de forma mais explícita. Os que trabalhavam no hospital e mesmo assim nada recebiam, eram “encarregados de trabalhos agrícolas e artesanais” (BRASIL, 2005, p.66). Esses pacientes não contribuíam financeiramente com o hospital e seu trabalho era visto como “uma forma de compensar a incapacidade das famílias de custearem o tratamento” (BRASIL, 2005, p.66).

Com o propósito de usar a ocupação-terapia como forma de fazer o doente melhorar na sua doença e ensinar-lhe um ofício para que pudesse ser reinserido na sociedade e aceito no trabalho industrial, o hospital investe nos doentes que se adaptam à ocupação-terapia. Ao perceber que a maioria dos doentes podia ser inserido nas diversas atividades rotineiras, realizando-as de forma satisfatória, o hospital percebe que pode lucrar com a utilização do doente em todas as atividades.

Como já dito, os pacientes que estavam adaptados ao trabalho no hospital gozavam de certas regalias, o que fazia com que muitos tivessem receio de receber a alta e não conseguir essas regalias do lado de fora da instituição. Assim, “quando um paciente tem a possibilidade de receber alta e a recusa, às vezes participando de ações que assegurem sua permanência no hospital, comumente se diz que isso prova que, na realidade, ainda está muito doente para sair” (GOFFMAN, 1990, p.306).

Dessa forma, o hospício protela a alta desses pacientes, em acordo com o próprio paciente, e, em vez de trabalhar no paciente a insegurança em assumir estar do lado de fora da instituição hospitalar, acata o medo do paciente em relação à alta e se justifica ao dizer que ainda não estão prontos para retornar à sociedade, adiando a alta por outro período de tempo.

Aliada às incertezas sentidas pelo doente em relação a sua alta, associa-se a questão do estigma que ainda perdura sobre a doença mental na sociedade vigente e que dificulta ao doente conseguir ofício após sua alta hospitalar.

Uma vez que tenha um registro de ter estado num hospital para doentes mentais, o público em geral, tanto formalmente – quanto informalmente – no que se refere a tratamento social diário – o considera como um ser à parte; o doente é estigmatizado (FOUCAULT, 2006, p.288).

Segundo Foucault (2006, p.97), no séc. XIX surgiu, “e sobretudo na Inglaterra, uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho **e menos perigosas às classes mais ricas.**” (grifo nosso). O trabalho obrigatório é o sentido da ocupação-terapia utilizado a fim de transformar os doentes em sujeitos passivos sem direitos, apenas com obrigação de agir como doentes, sujeitando-se à instituição e ao poder médico.

Ao se sujeitar à instituição, o doente se adaptará ao funcionamento hospitalar e alcançará, através da ocupação-terapia, algumas pequenas regalias que para o doente se converterão em certo *status* social, contribuindo para a sua permanência no hospital. Pois, como já vimos, a possibilidade de alta causa no doente angústia e a incerteza de saber se conseguirá obter as mesmas regalias do hospital na sociedade.

O comportamento do “louco” esperado pelos médicos na instituição faz com que o doente se adapte à rotina hospitalar e não crie problemas com a enfermagem. Acontece que o comportamento do “louco” no hospício transforma o sujeito em um diagnóstico médico, incapaz de apreender a realidade, refletir sobre ela para fazer escolhas e agir no mundo, transformando a si mesmo e ao meio.

O sujeito aprende apenas a acomodar-se à instituição, vivendo sua vida de forma monótona, de forma isolada e sem projetos de vida. Aprende a realizar trabalhos da rotina de vida da forma como o orientam, sem possibilidades de fazer escolhas. Deve apenas copiar o que o mandam fazer, através da “ocupação-terapia”.

Esse funcionamento do hospital baseia-se na perspectiva de mercado, pois o trabalhador-doente deve se submeter ao sistema da “empresa hospitalar”, na

perspectiva do modo de produção capitalista. Dessa forma, não existe espaço para a criatividade, para a transformação praxica do homem, existindo espaço apenas para a reprodução e a repetição diária das atividades.

Ao funcionar como a sociedade, o hospital repete suas relações de poder para que a ordem da empresa-hospital mantenha-se às custas da exploração do trabalhador-doente que detém unicamente a força de sua produção, enquanto o hospital a compra em troca de pequenos favores, alijando o doente de sua vida.

Como vimos, o doente deve silenciar seus desejos e acatar as normas da instituição, que utiliza o trabalho de pacientes para economizar os custos. Dessa forma, o hospital recebe a verba paga pelo Estado para o tratamento de cada doente e, ao mesmo tempo, coloca os doentes para realizarem a ocupação-terapia, auxiliando nos afazeres dos funcionários da instituição.

O hospital funciona como uma grande empresa, e seus “loucos” são os empregados explorados pelo sistema hospitalar. Numa época em que a única opção viável de tratamento era a internação e a contenção, o Estado também ganha. Assim, todos ganham, a sociedade fica livre dessas pessoas, os funcionários do hospital recebem auxílio no trabalho pelos pacientes e o Estado desloca sua responsabilidade para a instituição.

Ao deslocar sua responsabilidade para a instituição, o Estado tira de si preocupações de como inserir esses pacientes de volta na sociedade. Ao passar a responsabilidade dos pacientes para o hospital, este deve procurar funcionar de acordo com a sociedade e buscar alternativas para minimizar os custos com o tratamento desses doentes.

Os trabalhadores muito bons de um chefe de serviço esperavam ganhar de vez em quando pacotes de cigarros, Coca-Cola da máquina automática, roupas usadas, troco de compras na cantina, e às vezes moedas de dez ou vinte e cinco cents. Além dessas regalias materiais, **os trabalhadores constantes ou os pacientes fixos de terapia** às vezes esperavam que o chefe do serviço interferisse em seu favor, ajudando-os a obter uma tarefa desejada de residência, um dia na cidade, ou redução de penalidade por ter sido apanhado na transgressão de alguma regra (GOFFMAN, 1990, p.234, grifo nosso).

A alternativa encontrada pelos donos dos hospitais foi utilizar a ocupação-terapia, fazendo com que todos os doentes recebessem trabalho como prescrição médica e, com isso, conseguiram minimizar alguns custos. Dessa forma, a “ocupação-terapia” adentra nos hospitais voltada para a perspectiva do mercado, visando unicamente à contenção de custos.

Assim, o sujeito que pertence à classe oprimida é o doente que, transformado em trabalhador, é explorado pela instituição detentora do poder, e até de sua vida. Caso o doente não se adaptasse a nenhum dos trabalhos oferecidos pela instituição, seria visto como irrecuperável, pois o “trabalho obrigatório” era o único recurso de tratamento.

O interesse do hospício em minimizar seus custos e aumentar seus lucros inviabilizou qualquer projeto de inserção social, pois se o paciente-operário trabalha e dá lucro para o hospital, qual seria o interesse do hospital em dar alta e fazer o paciente melhorar?

Como já dissemos anteriormente, a ocupação-terapia também possui dois lados. Numa perspectiva, considerando os interesses do paciente, ela seria utilizada para restabelecer a identidade do “louco”, resgatando sua possibilidade de agir na realidade de forma consciente, reflexiva, assumindo a responsabilidade pelas consequências de seus atos.

Na perspectiva da instituição, a ocupação-terapia reforçou a exploração do homem pelo homem, ao funcionar de forma semelhante à sociedade, exigindo que os “loucos” trabalhassem para o hospital em troca de pequenos favores. Na luta pela tomada de poder, a perspectiva do dominante sai na frente através do poder persuasivo da ciência e lidera a maioria das abordagens de tratamento.

2.2 Os hospitais psiquiátricos no Brasil

Até meados de 1840, ainda não existia tratamento para os portadores de transtornos mentais no Brasil. Assim, “os ricos são mantidos isolados na casa da família, longe dos olhares curiosos, enquanto os pobres perambulavam pelas ruas ou viviam trancafiados nos porões da Santa Casa de Misericórdia” (BRASIL, 2005, p.18).

Em 1841, D. Pedro II assina o decreto para a criação do primeiro hospital de Psiquiatria do Brasil, o “Pedro II”. Com a criação do hospital, todos os portadores de transtornos mentais internados na Santa Casa são transferidos para o Pedro II, localizado estrategicamente distante do centro da cidade. O tratamento consistia em “**disciplina**, o **rigor moral**, os passeios supervisionados, a separação por **classes sociais**, os diagnósticos e a constante vigilância dos enfermos, [...]” (BRASIL, 2005, p.18, grifo nosso).

A disciplina e o rigor moral foram baseados no tratamento moral de Meyer, dos EUA, que enfatizava o rigor, a disciplina e a manutenção de hábitos saudáveis de vida. O trabalho era a estratégia para se alcançar o tratamento, assim como para equilibrar as finanças do hospital. O nascimento da Psiquiatria no Brasil originou-se do tratamento moral, sendo também a escola precursora da Terapia Ocupacional (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001). A origem do método de Meyer provém do método de Pinel, enfatizando a "liberdade", "igualdade" e "fraternidade", termos oriundos da Revolução Francesa.

Lessa (2007) enfatiza que a sociedade burguesa originária desses ideais em nada visou igualdade, liberdade e fraternidade para todos os homens. O que esse lema alcançou com o surgimento da burguesia, como classe emergente economicamente, foi, através do Direito, defender os ideais dessa classe dominante, além de ressaltar valores altamente individualistas e egoístas entre os homens, em que qualquer um é visto como um obstáculo a ser superado. Nesse contexto, o trabalhador é visto como uma mercadoria que pode ser comprada por valor bem inferior ao que vale, pois o que o trabalhador produz a mais seria o lucro dos empresários e o único objetivo a ser alcançado.

A criação do Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro, em atendimento aos reclamos da sociedade da época, foi o evento que possibilitou o acontecimento discursivo materializado pelo *slogan* “Aos loucos, o hospício!”. O acontecimento discursivo apresenta-se como uma “mudança” na forma de cuidar dos “loucos”, mas sua proposta mostra-se ambivalente ao exigir o confinamento do doente ao hospício com a justificativa de tratamento.

Foucault (2006, p.122), a respeito do tratamento oferecido pela reforma de Pinel, revela que consistia de

isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos-punições como a ducha, pregações morais, encorajamentos ou repreensões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa, relações preferenciais entre o médico e alguns de seus doentes, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes de servidão entre doente e médico.

Os termos “disciplina rigorosa”, “trabalho obrigatório”, “encorajamentos” ou “repreensões” são provenientes do recém--criado capitalismo. Como os ideais deste sistema estavam em alta, com características específicas como individualismo, incentivo à produção, disciplina rigorosa na realização das atividades industriais, trabalho repetitivo e num menor tempo possível, o hospício introjeta essas características, funcionando de forma semelhante à sociedade.

O hospício usava “encorajamentos” como forma de premiar o “louco” que realizasse o trabalho de forma adequada, oferecendo a esses alguns pequenos privilégios, como; fumo, passeios etc. De forma semelhante, a indústria encorajava seus trabalhadores a realizarem o trabalho de forma adequada, rápida e perfeita, utilizando como gratificação apenas a permanência em seu emprego.

As “repreensões” utilizadas no hospital tinham como origem as punições que os trabalhadores sofriam quando não alcançavam a produtividade exigida pela indústria. Nas indústrias os trabalhadores eram demitidos, diminuía seus salários ou passavam mais tempo trabalhando para compensar a produção não alcançada. No hospício, os “loucos” que não se adaptavam ao trabalho eram vistos como intratáveis pela equipe e esquecidos nos porões dos hospitais. Aqueles que não alcançavam a perfeição exigida pelo trabalho na instituição, mas acatavam o trabalho como obrigatoriedade, recebiam bem menos regalias que os que realizavam o trabalho com perfeição.

O diálogo é feito com a formação discursiva religiosa através dos termos “isolamento”, “pregações morais”, “encorajamentos”; e com a formação discursiva do feudalismo, com os termos “vassalagem” e “relações de posse”, assim como também a formação discursiva da escravatura, com os termos “domesticidade” e “servidão”, prevalecendo a perspectiva do dominador em todas as três formações.

2.3 “O Palácio dos Loucos”

O Hospital Pedro II ficou conhecido popularmente como o “Palácio dos Loucos” por apresentar uma estrutura⁸ bastante luxuosa, sendo construído numa chácara distante do centro da cidade do Rio de Janeiro.

Segundo Brasil (2005), o referido hospital dividia seus pacientes em classes sociais⁹. O trabalho era obrigatório apenas para os pobres, enquanto os mais ricos se entreteniam com jogos e atividades manuais. No entanto, mesmo o trabalho sendo obrigatório somente para os mais pobres, são estes que se recuperam de forma mais rápida que os mais ricos. Assim surgiram as "oficinas de sapateiro, alfaiate, florista e de desfiar estopa" (MAXIMINO, 2001, p.24; SOARES, 1991, p.102).

O trabalho obrigatório favoreceu a recuperação do paciente, mas em vez de ser utilizado com o intuito de tratamento, foi usado com o intuito de fazer com que o paciente colaborasse com a instituição. Dessa forma, os pacientes não recebiam alta, mas aumentava o período de seu tempo no hospital, pois se buscava a colaboração destes nos serviços do hospital.

De acordo com Soares (1991), em 1898 é criado o Hospital Juqueri, "a quarenta quilômetros de São Paulo", onde o psiquiatra e o diretor introduzem o trabalho como forma de tratamento, intitulado de "praxiterapia". Em 1911 são fundadas no Rio de Janeiro duas colônias: a colônia de Juliano Moreira e o Centro Psiquiátrico Nacional. A instituição masculina oferecia "oficinas de ferraria, mecânica, elétrica, tipografia e encadernação, sapataria, colchoaria e vassouraria e, por fim, pintura de paredes" (SOARES, 1991, p.103).

Em 1931, em Pernambuco, o psiquiatra Ulisses Pernambucano introduz a ocupação como forma de tratamento e origina o "primeiro ambulatório de psiquiatria no país" que funcionava com "equipes multiprofissionais" (SOARES, 1991, p.105).

⁸ A estrutura do hospício construído no Rio de Janeiro, numa chácara distante do centro da cidade, foi edificada em “estilo neoclássico, provido de espaços suntuosos e decoração de luxo” (BRASIL, 2005, p.63).

⁹ Segundo o Ministério da Saúde (2005, p. 64) o hospício dividia seus doentes por classes sociais, pertencendo “à primeira classe os indivíduos brancos, membros da Corte, fazendeiros, cidadãos ou funcionários públicos; à segunda, os lavradores e serviçais domésticos; e à terceira, os escravos pertencentes a um senhor importante”.

Ele também funda um hospital psiquiátrico para casos agudos, um manicômio judicial e duas colônias agrícolas para crônicos, possuindo também equipes multiprofissionais e oficinas¹⁰.

Bennetton (1991) informa que no final da década de quarenta, o investimento no trabalho como forma de tratamento é esquecido pela maioria dos psiquiatras, que priorizaram o estudo das terapêuticas biológicas como o uso do coma insulínico, das terapias convulsivantes e, na década de cinquenta, o uso dos neurolépticos e psicotrópicos.

Maximino (2001) informa que no século XX surgiram novos trabalhos baseados na ocupação como forma terapêutica, com portadores de transtornos mentais, e cita a colônia Juliano Moreira e o serviço de Terapia Ocupacional em Engenho de Dentro por Nise da Silveira.

No Engenho de Dentro, Nise da Silveira, psiquiatra alagoana, destaca-se na assistência à saúde mental porque monta uma oficina de "terapêutica ocupacional" que permite aos pacientes exteriorizarem seus sentimentos através da arte, oferecendo tinta e pincéis, favorecendo a organização do caos inicial e a estruturação da personalidade (BRASIL, 2005; FRANCISCO, 1988, grifo nosso).

"O movimento da Terapia Ocupacional" trazido pela psiquiatra alagoana dos EUA em 1944-946 para o Brasil acarretou uma perspectiva nova sobre o significado terapêutico do trabalho para os internos portadores de transtornos mentais maiores, principalmente esquizofrenia" (RABELO, 2005, p.29). Essa psiquiatra defende o uso da ocupação como forma de tratamento e negou-se a utilizar os psicotrópicos e neurolépticos daquela época.

Segundo Berenice Rosa, Nise é uma precursora da Terapia Ocupacional no Brasil, fazendo uso da "atividade expressão". Seu método de "terapêutica ocupacional" consistia em fazer com que os pacientes exteriorizassem sentimentos, desejos, utilizando-se da psicanálise jungiana.

Nise contribuiu para a disseminação da importância da Terapia Ocupacional

¹⁰ As oficinas eram realizadas nos hospitais e consistiam de trabalho; "os doentes moravam em suas casas que eles mesmos construíam, cultivavam suas roças, pescavam e ainda forneciam farinha para os outros hospitais do estado." (SOARES, 1991, p.105).

na melhora da saúde dos pacientes internados em hospitais de Psiquiatria e iniciou a utilização da “atividade expressão” e do trabalho com pacientes agudos. Isso ampliou a aceitação do trabalho como terapia não só para pacientes crônicos, mas também para pacientes agudos.

Podemos dizer que, no Brasil, foi a partir de Nise que o trabalho passou a ser visto como forma de terapia, antes chamado de ergoterapia, laborterapia e praxiterapia (CANIGLIA, 2005; SOARES, 1991), dentre outros termos, até passar a denominar-se de Terapia Ocupacional.

Para Cerqueira, psiquiatra alagoano, os termos laborterapia e ergoterapia seriam utilizados quando o produto da atividade do paciente fosse utilizado como mercadoria, ou seja, o produto seria vendido e o paciente receberia uma parte do que valeu a sua atividade. A Terapia Ocupacional seria utilizada como sinônimo de praxiterapia; neste tipo de abordagem a preocupação não está focalizada em tornar a atividade do paciente produtiva, rentável, podendo até ter tal objetivo, mas não se resumindo a ele. (SOARES, 1991).

Na praxiterapia, a Terapia Ocupacional preocupa-se com o processo da atividade, com os sentimentos, desejos do paciente que emergem no “fazer”. É através do processo da atividade que o paciente reconstrói sua história de vida, enfrentando receios e medos num espaço acolhedor, sem temor de ser julgado, mas com a certeza de que será compreendido e ajudado a resolver seus conflitos.

Apesar da diferenciação de laborterapia e ergoterapia da Terapia Ocupacional, o mais comum era associar a Terapia Ocupacional a qualquer uso de ocupação-- trabalho. Assim, nas palavras de Carvalho:

A primeira (terapia ocupacional física) abrange a reabilitação das incapacidades físicas pós-traumatismo ou doença; **a segunda** (terapia ocupacional psicológica) é feita no tratamento das moléstias mentais. [...] A primeira é subdividida em três grupos: a) Terapêutica Ocupacional específica; b) Não-específica ou laborterápica; c) Colocação de pacientes em empregos (treinamento de pacientes em empregos (treinamento vocacional) (SOARES, 1991, p.183).

Baseados no autor acima citado, consideramos que a terapia ocupacional psicológica é voltada aos portadores de transtornos mentais e preocupa-se em favorecer um ambiente acolhedor, onde o paciente possa expressar seus

sentimentos, desejos e anseios de forma expressiva, sem medo de ser julgado. A utilização de atividades autoexpressivas é feita de forma predominante, visto que o portador de transtorno mental possui dificuldades de comunicar verbalmente seus sentimentos sendo mais fácil para ele se expressar através de imagens.

Assim, a Terapia Ocupacional originou-se da Psiquiatria, adquirindo *status* de profissão de nível superior no Brasil, em 1969, e caracterizou-se por inserir profissionais no mercado de trabalho com funções contraditórias. Na sua origem, quando ainda não se distinguia da Psiquiatria, o uso da atividade-trabalho deu-se em razão de ordenar esses pacientes, estando em função da perspectiva do dominante.

Por outro lado, ao iniciar suas atividades, a Terapia Ocupacional sempre teve o objetivo de atividade como forma de tratamento, e a visão de que o homem é um ser prático que necessita realizar as atividades de lazer, atividades da vida diária e do trabalho de forma mais independente possível, dentre as suas possibilidades. A qualquer dificuldade de realização o terapeuta é o profissional habilitado para, junto com o cliente, promover, adaptar, treinar essas atividades em defasagem.

De um lado, a profissão adentra nos hospícios visando continuar a função de ordenar o manicômio através da ocupação-terapia. Aqui a preocupação é voltada exclusivamente para a produtividade, fazer o doente trabalhar com perfeição, copiando e produzindo o máximo de peças, não existindo espaço para o ser prático.

Por outro lado, a Terapia Ocupacional também utiliza a ocupação-terapia com a finalidade de organizar o mundo externo do doente e conseqüentemente organizar o mundo interno. Nessa ótica, busca-se favorecer a reconstrução da identidade do doente, levando-o a aprender a fazer escolhas de forma consciente e a responsabilizar-se por elas, existindo espaço para o doente expressar seus desejos, sentimentos, enfim, ser um sujeito prático.

Com o uso dos neurolépticos e uma melhora no comportamento dos pacientes, houve uma procura, de forma voluntária, pelos atendimentos em grupos nos hospitais de Psiquiatria, ou seja, pela terapia do trabalho chamada de ergoterapia, laborterapia, praxiterapia ou Terapia Ocupacional. No entanto, Soares (1991, p.169) chama a atenção para o uso na maioria dos hospitais de Psiquiatria de

“uma tendência de eleição de laborterapia e, em menor escala, de uma proposta de Terapia Ocupacional que valorizasse o indivíduo [...]”.

O privilégio do uso da Laborterapia em prol da Terapia Ocupacional deve-se à visão capitalista, na qual o ser humano, no caso, o portador de transtornos mentais, deve ser treinado para ser produtivo e, como ser produtivo, deve trazer lucro para a instituição psiquiátrica.

Concluimos enfatizando que a Terapia Ocupacional e a Psiquiatria eram interligadas no início do uso da ocupação-terapia como forma de tratamento e que as oficinas terapêuticas eram os principais atendimentos grupais da época. A equipe multiprofissional era constituída sempre de um psiquiatra, assistente social ou terapeuta ocupacional na coordenação e um monitor de atividades que seria responsável para ensinar as habilidades do ofício.

Constatamos preferência na utilização da laborterapia em relação à Terapia Ocupacional devido a interesses mercantilistas do capital, no entanto, na prática, os termos ergoterapia, laborterapia, praxiterapia e Terapia Ocupacional eram vistos, pela maior parte da população, como sinônimos.

2.4 A reforma psiquiátrica no Brasil

Por volta de 1970, o Brasil ainda possuía um modelo de assistência à saúde mental totalmente direcionado à institucionalização. No entanto, o mundo todo já possuía alternativas de tratamento dessas pessoas. Nessa época, os EUA implantaram o modelo de desinstitucionalização. Também na Itália esse modelo já havia sido implantado com consequências bastante positivas.

Foi justamente na década de 70 que o Brasil recebeu a visita do psiquiatra italiano, Franco Basaglia, autor e responsável pela mudança do modelo de institucionalização para o modelo de desinstitucionalização na Itália, que foi copiado pelo mundo.

O modelo de desinstitucionalização proposto por Franco Basaglia defende uma sociedade sem manicômios e uma reforma no modo de tratar que não se detém apenas nos locais especializados de tratamento, mas na sociedade como um todo.

Brasil (2005, p.42) informa que o psiquiatra citado compreende o hospital psiquiátrico como,

um espaço de reclusão e não de cuidado e terapêutica, o hospital deveria ser negado e superado. Em outras palavras, enquanto espaço de mortificação, lugar zero das trocas sociais, o hospital psiquiátrico passava a ser denunciado como manicômio, por pautar-se na tutela, na custódia, na gestão de seus internos, [...].

Na década de 70 o Brasil passava por um colapso financeiro na saúde em geral, precisando direcionar novas estratégias da saúde e, a partir dessa década, iniciam-se as denúncias de maus-tratos sofridos pelos portadores de transtornos mentais nos hospitais de Psiquiatria.

Fundamentados em Capra (2007), afirmamos que na década de 70 os EUA e o mundo, de uma maneira geral, estavam passando por um colapso econômico na saúde pública, aliado à ineficácia do tratamento hospitalar dos portadores de transtornos mentais. Chegou-se à conclusão de que a solução adequada para a ineficácia dos atendimentos hospitalares e para o colapso econômico da saúde pública seria a desinstitucionalização.

As décadas de 70 e 80 foram promissoras em relação ao surgimento de movimentos em prol de uma melhor assistência a esses pacientes. Familiares de pacientes, alguns trabalhadores da saúde e pacientes juntaram-se para exigir do governo novas estratégias de tratamento e humanização para essas pessoas. Em 1990, o SUS é constituído pelas leis Federais 8.080 e 8.142. As referidas leis enfatizam que a saúde não é somente ausência de doenças, e que por isso não basta apenas o tratamento medicamentoso, sendo necessária a intervenção de uma equipe multiprofissional, descentralizando o poder médico e dissipando-o, de forma igualitária, para outras áreas humanas e da saúde em geral.

Em 1986 é inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, na cidade de São Paulo, visando à transferência de um modelo voltado às internações, totalmente centralizador, para um modelo descentralizador, a desinstitucionalização. A partir daí, outros CAPS vão surgindo em todos os municípios dos Estados do Brasil.

Em 1992 a portaria 224 é editada e estabelece diretrizes e normas para atendimentos ambulatoriais, para os NAPS¹¹/CAPS e para os hospitais de Psiquiatria. Essa portaria também enfatiza a importância da multiprofissionalidade e das variadas técnicas e métodos de tratamento.

Quanto às diretrizes da portaria 224, em relação aos hospitais de Psiquiatria, ressaltaremos as que têm a ver com a proposta desta pesquisa. Assim, ressaltamos que essa portaria tende a dar um salto qualitativo nos atendimentos a esses pacientes, visto que a portaria anterior, a SAS nº. 407, prescrevia que deveria haver: 1 assistente social (20h/sem.) para cada 100 leitos; 1 psicólogo (30h/sem.) para cada 200 leitos; 1 terapeuta ocupacional (30h/sem.) para cada 200 leitos; dentre outros profissionais. E a portaria número 224 diminuiu o número de pacientes para 60, com 20 horas de assistência semanal.

A Lei da reforma psiquiátrica é promulgada em 2001(em anexo), dispendo sobre a “proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, enfatizando a humanização, a multiprofissionalidade, a desinstitucionalização e uma melhor assistência.

A proposta de humanização e de multiprofissionalidade foi utilizada na época da reforma de Pinel, e com a reforma psiquiátrica esses conceitos são retomados e inseridos num contexto sócio-histórico diferente do da época de Pinel. Convém, pois, indagar o que de diferente esses conceitos possuem e o que propõem.

No próximo capítulo, iremos analisar esses conceitos à luz da teoria da A.D., dialogando com Pêcheux e Bakhtin. Iniciaremos as análises com a Lei da reforma psiquiátrica, para, em seguida, analisarmos o enunciado dos profissionais da saúde mental sobre o discurso da reforma psiquiátrica.

¹¹ O termo NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) deixou de ser utilizado após a portaria 336(em anexo).

CAPÍTULO 3 – O DISCURSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

3.1 A instituição da reforma pela Lei

A Lei Federal 10.216 é conhecida nacionalmente como a Lei da reforma psiquiátrica por exigir uma nova forma de assistência à saúde mental. Antes de sua aprovação no Congresso, a Lei tramitou por 12 anos, o que fez com que Estados assumissem e defendessem seus ideais mesmo antes de sua oficialização.

A referida lei vem firmar o pacto que o Brasil fez em 1990, na Declaração de Caracas, onde, juntamente com outros países da América, pactuou para acabar de forma sistemática com os hospitais de Psiquiatria, descentralizando este modelo.

De acordo com Brasil (2004), a declaração de Caracas é o documento mais antigo que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Segundo Brasil (2004, p.12), o eixo desse novo modelo “passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais”. O documento propicia o atendimento do portador de transtorno mental em serviços extra-hospitalares e favorece a internação psiquiátrica nos hospitais gerais.

A lei federal produziu mudanças na maneira como a sociedade trata o portador de transtorno mental, mas podemos dizer que, mesmo antes de sua aprovação, alguns Estados tomaram a iniciativa de extinguir os hospitais de Psiquiatria através da criação de leis estaduais. Dentre eles citamos a lei do Estado do Ceará (1993) – 1º Estado a exigir a extinção dos manicômios –, que “dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providencias”.

A lei do Ceará, Lei 12.151, de julho de 1993, exige a extinção dos manicômios ao dispor “sobre a **extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos** e sua substituição por outros recursos assistenciais...” e exige que, ao se extinguirem progressivamente os leitos hospitalares, sejam substituídos por “**outros recursos assistenciais**”. Ao referir-se a outros recursos, a lei demonstra que a extinção dos manicômios deve apontar para a criação de serviços extra-hospitalares voltados ao atendimento dos portadores de transtornos mentais.

A lei poderia ter deixado em aberto a possibilidade de se construírem outros hospitais de Psiquiatria, mas em seu artigo 1º expõe que: “Fica proibido no território do Estado do Ceará, a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e a contratação e financiamento, pelos setores estatais, de novos leitos naqueles hospitais”, deixando inviável qualquer proposta de ampliação e/ou construção do modelo hospitalar.

A proposta da lei do Ceará foi seguida por outras leis estaduais, como a lei do Estado do Distrito Federal, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul. Esses Estados, em suas leis também exigiram a extinção dos manicômios e a sua substituição por serviços extra-hospitalares, antes de a lei federal ter sido instituída.

Foram os Estados acima que iniciaram, de forma oficial, a extinção dos manicômios em prol de um novo modelo de assistência à saúde mental. A lei federal passou 12 anos para ser aprovada e, enquanto estava sendo avaliada no Congresso, os Estados geraram suas leis baseados na proposta da Lei da reforma, que tramitava no Senado.

Dessa forma, a reforma psiquiátrica no Brasil é representada pela Lei 10.216, sendo a partir dela que a reforma é qualificada de forma uniforme em todo o País. Mas como vimos, o discurso da extinção dos manicômios instalou-se no país antes de sua aprovação no Congresso. Foi com a aprovação de leis estaduais que o discurso da extinção dos manicômios iniciou.

Acontece que as leis estaduais só foram criadas e aprovadas porque a lei federal já tramitava no Congresso, e como sofria várias alterações na escrita de seus artigos, não conseguiu ser aprovada da maneira que o Deputado Paulo Delgado – autor da Lei – propôs. A proposta original da lei federal assemelhava-se a de leis estaduais, ou seja, exigia de forma explícita a “extinção dos manicômios” e a substituição destes por serviços extra-hospitalares.

A lei federal (10.216) foi aprovada em 2001, mas não conseguiu garantir a exigência de extinguir os manicômios, como as leis estaduais fizeram; ela apenas **“Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”**. Mas será que

seu propósito inicial de extinção dos manicômios foi banido realmente ou se acha de maneira velada?

Ao redirecionar o modelo hospitalocêntrico para o modelo de desinstitucionalização, o discurso mostra-se autoritário, pois não acata qualquer possibilidade de reforma na assistência hospitalar. O modelo novo apresenta-se como único, universal, única opção viável de tratamento e silencia sobre a heterogeneidade da sociedade em que pessoas portadoras de transtornos mentais diferem quanto as suas necessidades de atendimentos, cultura, gênero e classes sociais. A imposição de um único modelo a todas as pessoas portadoras de transtornos mentais demonstra seu caráter autoritário.

A referida Lei, em seu art. 4º, determina que **“a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”**. Ou seja, temos uma condição de causa-efeito para que o processo de internação hospitalar possa ser acionado.

Ao falar da possibilidade de internação do doente, caso os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, a lei não está de maneira nenhuma referindo-se à internação hospitalar em hospital de Psiquiatria, mas à internação em hospitais gerais.

É essa a internação que a declaração de Caracas propicia e é essa a proposta assumida pelo Brasil, ou seja, apesar de não explicitar a extinção dos manicômios na lei federal, instala, de maneira oficial, o enunciado “extingam os manicômios” no Brasil.

Acontece que para que os hospitais gerais criem leitos hospitalares fazem-se necessários investimentos financeiros e um certo tempo para adaptar-se à nova proposta, mas enquanto isso não acontece são os hospitais de Psiquiatria que devem acolher esta demanda.

A lei federal, em seu artigo 4º, dispõe que **“a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”**, e ao falar em recursos extra-hospitalares podemos deduzir que a lei se propõe a substituir os atendimentos hospitalares pelos

atendimentos dos CAPS, uma vez que um dos principais recursos é o CAPS, visto como o principal eixo norteador da reforma psiquiátrica.

Sobre os CAPS, Brasil (2004, p.13) assevera que este “é um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser **substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.**” Se a proposta da criação dos CAPS foi para substituir o modelo hospitalocêntrico, fica subentendido que a proposta da lei federal é propiciar a extinção dos manicômios em prol de um modelo assistencial em saúde mental comunitário, tendo como eixo norteador os CAPS. Assim, podemos dizer que a lei federal assume o enunciado “extingam os manicômios”, apesar de não explicitá-lo.

No artigo 4º, § 1º, a Lei informa que “**o tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio**”, colocando como objetivo do tratamento da reforma a “reinserção social do paciente em seu meio”, que não pode ser realizada nos hospitais de Psiquiatria e sim na comunidade, nos serviços extra-hospitalares. Ao utilizar “finalidade permanente”, demonstra que o tratamento tem como objetivo a reinserção social do paciente, rompendo de forma permanente com o tratamento do paciente fora de seu meio, ou seja, no hospital.

No parágrafo único, IX, da lei federal, encontramos também uma abertura para que o enunciado “extingam os manicômios” se estabeleça, pois nele é dito que a pessoa portadora de transtorno mental deve “**ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.**” Nesta sequência o discurso da reforma revela que de forma preferencial o doente deve ser atendido em serviços comunitários de saúde mental. Ou seja, focar o tratamento nos serviços comunitários-serviços extra-hospitalares é a proposta da lei, que se mostra contrária ao tratamento realizado nos hospitais de Psiquiatria, isto é, ao modelo hospitalar.

Na sequência acima a lei não diz que o doente não deve ser atendido no hospital, mas sugere que ele seja atendido nos serviços comunitários primeiramente e, só depois, se os serviços comunitários não resolverem o problema, é que se pode pensar no serviço hospitalar, que deve ser direcionado para os hospitais gerais. Como o Brasil, junto com outros países da América, assumiu os pressupostos da Declaração de Caracas, de que o tratamento hospitalar, se necessário, deve ser realizado nos hospitais gerais e não nos hospitais de Psiquiatria, pode-se concluir

que a extinção dos manicômios é o objetivo real do discurso oficial da reforma psiquiátrica.

Brasil (2005, p.45), ao informar que “o modelo hospitalocêntrico (e também o dos ambulatórios de especialidades), por ser concentrador de recursos e de baixa cobertura, é incompatível com a garantia da acessibilidade”, comprova que o modelo hospitalocêntrico é incompatível com a exigência de acessibilidade que o sistema único de saúde vem exigindo da assistência à saúde em geral. Isso demonstra que o modelo hospitalar deve ser superado por uma nova assistência à saúde mental e por esse motivo os hospitais de Psiquiatria devem ser extintos para dar lugar à nova assistência à saúde mental, baseada no serviço extra-hospitalar.

Nas sequências comentadas da Lei da reforma vimos que a lei federal aponta para os serviços extra-hospitalares que devem substituir os hospitalares, mas que os hospitalares podem ser usados quando os extra-hospitalares não surtirem efeitos. Acontece que os serviços hospitalares devem ser realizados nos hospitais gerais, mas enquanto o modelo se estrutura a internação poderá ser realizada nos hospitais de Psiquiatria. Ou seja, apesar de não explicitar, como as leis estaduais fizeram, a lei federal redireciona o foco da assistência hospitalocêntrica para o modelo extra-hospitalar, preocupando-se em substituir o modelo hospitalar pelo modelo extra-hospitalar, que trará como consequência a extinção dos manicômios. Portanto, podemos dizer que a proposta de extinguir os manicômios não faz parte somente das leis estaduais, mas também da lei federal, e que é ela que instala, de maneira oficial, essa prática no Brasil.

Assim, o enunciado “extingam os manicômios” é gerado pelo discurso oficial da reforma psiquiátrica a partir da declaração de Caracas, seguido das leis estaduais e oficializado pela lei federal, em prol de uma assistência voltada à desinstitucionalização, contrária ao atendimento hospitalar realizado em hospitais psiquiátricos. Mas o que vem a ser a desinstitucionalização para o discurso da reforma? O que não pode ser revelado neste discurso?

3.2 A desinstitucionalização

A Lei Federal 10.216, de forma velada, exige a extinção dos manicômios através da proposta da desinstitucionalização dos “loucos” e exige a inclusão dos doentes na sociedade. No entanto, nos hospitais, para que haja “proteção e direitos”, é necessário primeiro que ocorra o processo de exclusão, pois o doente só terá “proteção e direitos” se assumir ser portador de transtorno mental.

O discurso da reforma, referente à lei 10.216 de 2001, “**dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.**” Assim o doente precisa aceitar que faz parte de um grupo de “pessoas portadoras de transtornos mentais”, para que possa ter assegurados seus direitos. A Lei, 10.216 determina que é direito do doente ser tratado “com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”.

Esse movimento ambivalente da lei, exclusão-inclusão, demonstra que uma Lei, por si só, não pode retirar o estigma de “louco”, existente ainda na sociedade. Ao assumir sua “loucura” para poder ser inserido “na família, no trabalho e na comunidade”, ele se assume como diferente dos outros sujeitos que já estão inseridos na sociedade, sem a necessidade de uma lei. Então, o processo de inclusão defendido pela lei silencia que a inclusão desses doentes só acontece após sua exclusão.

Orlandi (1997, p.75) explica o processo inclusão-exclusão, acima tratado, pela política do silêncio, que “se define pelo fato de que ao dizer algo apagamos necessariamente outros sentidos possíveis, mas indesejáveis, em uma situação discursiva dada.”

Segundo Brasil (2005, p.16), as diretrizes operacionais para os serviços de saúde mental infanto-juvenil compreendem o doente “como **sujeito de direitos e responsabilidades**”, opondo-se de forma explícita ao sujeito do início da assistência à saúde mental. Mas o que vem a ser sujeito de direitos e responsabilidades para a reforma? Primeiramente, como comentamos acima, para que o “louco” tenha direitos é necessário que assuma ser portador de transtorno

mental, o que implica ser diferente dos “ditos normais”, sendo uma forma de exclusão do resto da sociedade que se diz “normal”.

Ao estar apto para receber o que é seu de direito, o portador de transtorno mental está também apto a assumir responsabilidades. Pois só é digno de ter direitos quem age com responsabilidade. Dessa forma, o portador tem o direito de estar em sociedade, contanto que se comporte adequadamente, ou responderá pelas consequências. Isso demonstra a manobra do Estado, de forma velada, para responsabilizar o doente e a sua família pelo tratamento, retirando-se de cena.

A Lei da reforma, ao chamar o portador de transtorno mental de “sujeito de direitos e responsabilidades”, apoiada pelo discurso jurídico, exige que o doente e/ou sua família se responsabilize pela demanda de cuidado necessário. Ou seja, ao extinguir os manicômios, a lei exige que os familiares dos doentes se responsabilizem pelos cuidados rotineiros que antes eram realizados pelo modelo hospitalar.

É a família que se responsabiliza pelo cuidado por essas pessoas, é ela que abarca todo o ônus financeiro, físico e emocional. Como exemplo, citamos o depoimento de um familiar sobre um portador de transtorno mental grave:

Elas não fazem nada sozinhas. Eu dou banho nelas, troco elas. Sujam o chão, a cama, até a parede. A Bárbara é mais agitada. Morde, às vezes me bate. Mas fazer o quê? É a vontade de Deus (ÉPOCA, 2008, p.114).

O depoimento do familiar traz o discurso religioso para dizer que a vida que leva a cuidar da filha e da neta depende de Deus e não dos homens. Aqui o locutor está resignado a esperar a vontade dele, ao dizer **Mas fazer o quê? É a vontade de Deus**. Esse enunciado demonstra a identificação com a formação discursiva religiosa em que o homem aceita tudo, porque “é a vontade de Deus”. Esse termo pode ter o sentido de submissão, aceitação e/ou resignação com o que já está determinado. Não pode ser mudado.

Pode-se chamar de inserção social o cuidado dos doentes graves pelos seus familiares? Na verdade, temos uma exclusão social “vigiada” pelos familiares, e a separação do doente para proteger a sociedade de possível agressividade é feita dentro de casa, não mais nos hospitais. O familiar cuida de seu doente e o vigia para

que não agrida a ordem da sociedade. Através do depoimento acima, notamos que os serviços substitutivos, instrumentos da reforma, não podem acolher esse tipo de clientela. Importante dizer que o locutor do discurso não faz nenhum juízo de valor dos serviços substitutivos, ou melhor, os serviços nem são nomeados.

A proposta da desinstitucionalização, de forma velada, visa à minimização de gastos com internação hospitalar, além de transferir a responsabilidade do tratamento dessas pessoas do Estado para seus familiares.

Sobre a sequência analisada, podemos dizer que o interlocutor silenciado, o que não tem direito a voz no discurso da reforma, é o familiar do doente de classe menos favorecida, que às vezes nem conhece seus direitos para apoiar-se no Judiciário e fazer valer a Lei (10.216). Esses são desamparados e entregues ao seu próprio esforço de cumprir as tarefas do dia-a-dia, como vimos no depoimento de um familiar. Isso porque se a sociedade civil conseguisse perceber onde estão os entraves e dificuldades de se extinguir os manicômios, exigiria que antes de sua extinção se criassem dispositivos substitutivos.

Ao sujeito responsável pelo doente, a família, é dada a opção única de acatamento da norma, retirando a característica do homem de ter possibilidades de escolher de forma consciente. O familiar vê-se na obrigação de tirar seu doente da tutela do Estado e tornar-se seu tutor. A desinstitucionalização vem responder ao insucesso do tratamento hospitalar e solicita um tratamento humanizado, mas, por outro lado, e de forma velada, o novo modelo atende a uma exigência do capitalismo neoliberal: a redução do Estado. Basta pensar que no período da noite a responsabilidade pelo doente é da família, inclusive as intercorrências mais simples.

3.3 A “humanização” dos hospitais psiquiátricos

Na perspectiva da A.D. não existem sentidos dados; os sentidos são socialmente construídos, ou seja, os sentidos originam-se da situação sócio-histórica. Embasados em Bakhtin, afirmamos que o signo toma sentidos diversos de acordo com o momento social e histórico. Pensando na reforma psiquiátrica, podemos acatar o termo “humanização” como signo, pois este termo é utilizado

desde o início da assistência à saúde mental, sendo retomado no discurso da reforma psiquiátrica. Mas o que significa “humanização” para a reforma?

Lukács enfatiza que no processo do capitalismo não existe a possibilidade de o capital deixar de explorar a força produtiva de seus trabalhadores, porque o que se busca é o lucro. Portanto, “o que move o capitalismo não é a produção de valores de uso, mas a produção de mais-valia, do lucro. Apenas será produzido aquilo que for lucrativo: ao produzir carros, televisores ou remédios, o que o capitalista está de fato interessado em produzir é a mais-valia” (LESSA, 2007, p.167).

De acordo com o autor acima citado, o capital não é natural, ele surge do social e se baseia no individualismo, na competição entre os homens. Nessa perspectiva, o homem é visto como um obstáculo a ser vencido ou como um aliado que lhe possibilitará alcançar mais lucros. Lukács também sustenta que só a partir do surgimento do capital, com a ascensão da classe da burguesia, é que os homens conseguiram perceber que eles é que fazem a história e esqueceram a falácia de que a responsabilidade da história dos homens origina-se de divindades.

Lessa (2007) aduz que o capitalismo origina a possibilidade de os homens ascenderem socialmente através, apenas, da dinâmica econômica. O sucesso da ascensão vai depender do poder de “fazer dinheiro” apresentado pelo homem. Acontece que, como consequência disso, a individualidade será ressaltada e colocada do lado oposto à generalidade humana, ou seja, o objetivo dos homens no capitalismo é utilizar-se do Direito, da religião..., para resolver conflitos individuais opostos à evolução da generalidade humana. A perspectiva do capital causa a desumanização do homem.

Pensando na desumanização originária do capital, que tem como proposta a submissão do homem ao trabalho, buscaremos desvelar o sentido de humanização contido na reforma psiquiátrica. Poderia, numa perspectiva contrária à do capital, ter o sentido de, através do trabalho, possibilitar ao sujeito se reconhecer no que faz, realizar-se, tendo total conhecimento do resultado final de sua produção, tendo autonomia para decidir os rumos dessa produção?

No conteúdo do *slogan* da reforma “extingam os manicômios”, humanizar tem o sentido apenas de retirar os “loucos” dos hospitais e tratá-los em centros

comunitários, CAPS. Humanizar para a reforma seria fazer os portadores de transtornos mentais adquirirem hábitos civilizatórios para que passem a ser tratados em sociedade, não mais em hospitais.

Pelas possibilidades diversas de sentidos da palavra “humanizar”, comprovamos que não existe uma realidade absoluta para todos os indivíduos numa sociedade dividida em classes e até mesmo numa sociedade ainda sem divisão de classes.

Tecendo algumas considerações sobre o enunciado referente ao passado, “Aos loucos, o hospício!”, lembramos que esse foi o *slogan* da campanha que a sociedade da época (1854) utilizou para “humanizar” os atendimentos aos “loucos”. Humanizar para aquela época significava colocar esses doentes em hospitais especializados, que lhes dessem um tratamento adequado, os hospícios.

Humanizar também significava acatar a loucura como uma enfermidade que merecia receber cuidados específicos de saúde e não simplesmente segregar os doentes da sociedade. Mas a sociedade apresenta ideais antagônicos, e como a classe dominante possui certo poder de persuasão perante as outras classes, foi inevitável a transformação da assistência num lugar de exploração do homem pelo homem, reproduzindo o sistema da sociedade.

Como vimos, nesse contexto a palavra humanizar pode ser apreendida em dois sentidos. Por um lado significava segregar os loucos da sociedade, para que não perturbassem a “ordem”, e por outro, significava a possibilidade de a loucura alcançar um *status* de doença. Assim, os portadores de transtornos mentais não seriam mais considerados pessoas marginalizadas, mas pessoas enfermas que necessitavam de tratamento em locais especializados, os hospícios.

O discurso da reforma deixa implícito que o problema está na instituição hospitalar e que para humanizar basta apenas extinguir os manicômios. Porém, quando se fala que o problema é a instituição hospitalar, silencia-se que a instituição hospitalar é mantida pelo Estado e é composta pelos profissionais de saúde, diretores do hospital, funcionários da administração e serviços gerais.

Culpando-se a instituição, apaga-se qualquer discurso que defenda uma reestruturação hospitalar, que defenda as internações em casos de crises graves,

que defenda o uso do eletrochoque em casos de depressão profunda e qualquer outro discurso que não seja o da desinstitucionalização. Silencia-se que em qualquer local hospitalar pode haver maus-tratos e esses podem ser ocasionados pela falta de ética que podemos encontrar em qualquer local, com a omissão do Estado em prover as condições adequadas para o bom funcionamento da instituição.

Enfim, chegamos ao século XXI com posições antagônicas sobre a função dos hospitais, mas com algumas semelhanças. Semelhanças no modo de falar e decidir sobre o que é melhor, como se todas as pessoas fossem iguais e tivessem as mesmas necessidades. É o discurso da universalidade, da liberdade, da cidadania, da inclusão social, em que o homem pode tudo, é só querer. Dessa forma, não se chega à transformação, muda-se apenas a roupagem. Na essência, nada se transforma, apenas se muda a roupa ou dá-se uma nova forma.

A reforma em seu discurso jurídico, a Lei 10.216 de 2001, no seu art. 1º, dispõe sobre:

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, **são assegurados sem qualquer forma de discriminação** quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção, política, nacionalidade, idade, família, **recursos econômicos** e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais “**são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça,...**” Analisando a forma gramatical “são assegurados”, observamos o uso de uma forma verbal passiva que esconde/apaga o sujeito. Quem assegura esses direitos? O Estado? A lei? Quem garante o funcionamento da lei? Pode uma lei assegurar a garantia de direitos sem **qualquer forma de discriminação quanto à raça,...**”? E por último, questionamos se a saúde no modo de produção capitalista é igual para todos?

Sabemos que a saúde pública no Brasil é utilizada por uma grande maioria de pessoas menos favorecidas socialmente, ou seja, pessoas que não possuem condições econômicas de custear gastos com convênio de saúde ou atendimentos particulares. Se existem atendimentos na saúde pública e particular, existem condições de atendimentos diferenciados e se há diferenças, há discriminação. Portanto, quando a lei se propõe a garantir “direitos sem **qualquer forma de**

discriminação quanto à raça,...” ela demonstra preocupação em deixar claro que não existem outros interesses, que o interesse do governo não é reduzir custos. Existe a preocupação nesta sequência de dizer que o governo está preocupado com a saúde dos brasileiros.

No mundo o número de pessoas portadoras de transtornos mentais tem aumentado consideravelmente, e:

No Brasil, existe cerca de 5,4 milhões de doentes mentais com transtornos considerados severos e persistentes, de acordo com estimativa da Organização Mundial de Saúde. O Estado não teria estrutura de internar nem metade desse número. Sobram as clínicas particulares, que atendem em sua maioria às classes A e B (ÉPOCA, 2008, p.110).

A saúde ofertada a todos os doentes é a saúde pública, a que todos os portadores de transtornos mentais têm direito. É essa que é assegurada pela lei. A sequência retirada da revista Época coloca de forma implícita que as classes mais baixas não são atendidas em clínicas particulares.

Ao revelar que **“o Estado não teria estrutura de internar nem metade desse número”** desvela a proposta real da reforma atual, pois “o Estado não teria... nem metade desse número”. A extinção dos manicômios é devida à impossibilidade do Estado internar todos os doentes que necessitam da internação. Isso vem demonstrar que o discurso da reforma está comprometido com ideais de minimização de gastos e contenção de despesas.

O discurso jurídico consubstanciado na lei propõe uma assistência à saúde mental humanizada. O acontecimento, representado pela Lei 10.216 (art. 2º, parágrafo único, II), na figura do Sr. Presidente Fernando Henrique Cardoso, vem assegurar o direito de a pessoa portadora de transtorno mental **“ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”**.

Ao utilizar “no interesse exclusivo...”, a sequência tem a preocupação em deixar claro que não existe outro interesse: a única preocupação é com a saúde dos brasileiros. Observe-se que para alcançar a saúde o governo desvia a sua responsabilidade para a **“inserção na família, no trabalho e na comunidade”**. Está

implícito que o Estado transfere o tratamento dos portadores de transtornos mentais para a família, o trabalho e a comunidade. É por aí que o Estado pretende alicerçar o tratamento.

Nesta sequência da lei, ela visa o tratamento nos serviços extra-hospitalares não mais em hospitais especializados, mas em centros comunitários, CAPS, hospitais gerais, postos de saúde e sociedade em geral. A autoridade da pessoa que sanciona a lei, o presidente, demonstra que se o presidente referendou a lei, então ela é digna de confiança e por isso podemos e devemos confiar nela também.

A palavra “humanizar” é retomada e não significa mais humanizar como sendo soltar os loucos das celas e construir uma instituição específica para essa clientela, oferecendo “trabalho” como única forma de tratamento, característica do surgimento da Psiquiatria no século XIX. Nesse século, humanizar significava transferir os doentes das Santas Casas para os recém-criados hospícios e inseri-los nas oficinas de trabalho, onde a terapia consistia na confecção de um produto final ensinado pelo professor de ofício, sob coordenação de um psiquiatra, resultando numa atmosfera terapêutica.

As palavras família, trabalho e comunidade nos remetem à memória discursiva, “aos loucos, o hospício!”, que teima em fazer sentido, ainda sem ser convidada a falar. A memória emerge lembrando que antes do início da assistência à saúde mental, antes do século XIX, essas pessoas eram consideradas marginais e excluídas da sociedade, esquecidas em porões das Santas Casas e tratadas de forma desumana. Mas como Orlandi (1988) nos diz, o que não é falado também faz sentido e é no silêncio que as palavras significam.

Quando se fala de tratar com humanidade, percebemos que o estigma de louco, indisciplinado, ainda é vigente na nossa sociedade. Pois “tratar com humanidade” quem é humano é um pleonasma; só podemos falar deste tratamento a quem não o recebe, porque ainda não é considerado uma pessoa humana.

No início da assistência à saúde mental o apelo a que se tratem com humanidade a essas pessoas deve-se ao fato de que foram comprovados inúmeros maus-tratos aos “loucos” nos hospitais de Psiquiatria, e o apelo vem reforçar na sociedade a necessidade de um comportamento solidário em relação a essas

pessoas.

A partir do século XX, conforme a Lei 10.216 (art. 2º, parágrafo único, II), tratar com humanidade para o discurso oficial da reforma é transferir o tratamento dos doentes para os serviços extra-hospitalares e permitir que seus cuidados sejam realizados por seus familiares e comunidade em geral. É a família neste modelo que se responsabiliza pela assistência ao seu doente, é ela que vai arcar com as responsabilidades do cuidado diário com seu doente.

Humanizar, para o discurso da reforma, significa ser tratado “**pela inserção na família, no trabalho e na comunidade**”, ou seja, humanizar, para o discurso da reforma, é transferir a responsabilidade dos cuidados para os familiares (visto no depoimento) e a comunidade em geral.

Se o tratamento humanitário para o discurso oficial da reforma significa a superação do modelo hospitalar em prol do modelo extra-hospitalar, podemos dizer que o discurso oficial da reforma psiquiátrica solicita a extinção dos manicômios para que a reforma possa se efetivar. Mas qual o sentido do enunciado “extingam os manicômios” que não pode ser revelado?

3.4 “Por uma sociedade sem manicômios”

A partir desse percurso da dissertação, iremos utilizar o discurso dos profissionais de saúde mental que faz parte do *corpus* desta pesquisa. Para montar o referido *corpus* realizamos entrevistas semiestruturadas com profissionais da saúde mental de nível superior dos CAPS e do Hospital Portugal Ramalho. Dos seis CAPS existentes em Maceió-AL, cinco são administrados pelo município de Maceió e apenas um é administrado pelo Estado, por funcionar no Hospital Portugal Ramalho fazendo parte da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL.

As entrevistas semiestruturadas foram compostas por um questionário com perguntas sobre a reforma psiquiátrica e foram entregues aos profissionais de saúde mental, num envelope lacrado. O envelope continha o questionário e duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido, sendo entregue aos profissionais de

forma aleatória. Estabelecemos um tempo médio de até oito semanas para os profissionais responderem a ele. Foram entregues dois questionários a cada CAPS, totalizando 12 entrevistas, e no hospital Portugal Ramalho foram entregues 12 entrevistas.

Dos 12 questionários entregues aos profissionais dos CAPS recebemos 11 respondidos. Dos 12 questionários entregues a profissionais do hospital, apenas seis foram respondidos, dois recusados e dos outros quatro não obtivemos respostas até o momento da pesquisa. Dessa forma, o nosso *corpus* compõe-se das 17 entrevistas dos profissionais da saúde.

Tomamos como ponto de partida o nosso diálogo/duelo entre dois enunciados: “por uma sociedade sem manicômios”, *slogan* do movimento da luta antimanicomial, e “extingam os manicômios¹²”, discurso governamental da reforma psiquiátrica.

Retomamos o período de pré-aprovação da lei e enfatizamos que o discurso do movimento da luta antimanicomial é incorporado ao discurso da reforma psiquiátrica, sendo o lema do movimento “por uma sociedade sem manicômios” resumido e transformado em “extingam os manicômios”.

O movimento da luta antimanicomial foi formado por familiares, trabalhadores de saúde mental e usuários, transformando-se oficialmente no “movimento da luta antimanicomial” em 1987, na cidade de Bauru, em São Paulo, no II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental. Na mesma época do evento, foi realizado o “manifesto de Bauru”, que se apresenta como a 1ª manifestação pública organizada no Brasil “por uma sociedade sem manicômios”, sendo o momento que marcou o início da luta antimanicomial brasileira.

A imagem (foto 1) representa o manifesto de Bauru, em que 350 manifestantes, entre usuários, trabalhadores e familiares, foram às ruas, de faixas em punho e palavra de ordem, gritando: “por uma sociedade sem manicômios”. Eles exigiam a exclusão dos manicômios, que se mostravam como espaço excludente e contrário às práticas de saúde. Isso se deu porque os manicômios foram responsabilizados por maus-tratos e pela ineficácia do tratamento hospitalar, que

¹² Segundo Luft (2000) manicômio significa hospital de loucos, hospício.

visava apenas à exclusão do “louco” da sociedade.



Foto 1 – (Manifesto de Bauru)

Fonte: http://www2.pol.org.br/lutaantimanicomial/img/manifestação_foto.jpg

No congresso já referido, foi escrito e estruturado o documento “Carta de Bauru”, que representava uma nova posição política dos trabalhadores da saúde mental. Este documento (em anexo) estabelece os princípios da luta antimanicomial e reconhece o dia 18 de maio como o “dia nacional da luta antimanicomial”. O documento marca uma nova posição ocupada pelos trabalhadores de saúde mental e ressalta que:

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos (CARTA DE BAURU,1987).

Ao analisar “**nossa atitude marca uma ruptura**”, temos ocupando a posição de “nossa atitude” os trabalhadores de saúde mental, e ao falar de “ruptura” o documento informa que a posição assumida pelos trabalhadores a partir desse documento é de rompimento com a prática anterior. É uma posição que quebra antigas posições, valores. Mas que posição os trabalhadores ocupavam antes de o documento emergir?

Responderemos à indagação feita dando sequência à análise do documento: **“Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, um novo compromisso”**. Nesta sequência discursiva, ao utilizar **“ao recusarmos...”** vemos que está implícita a denúncia do tratamento anterior e que quem recusa o papel de agente de exclusão são os trabalhadores de saúde, são estes que não aceitam mais a posição de agente de exclusão.

Os trabalhadores se recusam a assumir o papel de exclusão e não aceitam essa posição, mas, no passado, poderíamos dizer que assumiram a posição que estão agora se recusando a aceitar. Isso porque, ao utilizar **“um novo compromisso”**, os trabalhadores firmam um novo pacto, demonstrando o fim de uma posição de agentes de **“exclusão e da violência institucionalizadas”**.

O referido documento mostra uma ruptura na função do trabalhador que é agente da exclusão do doente mental. Ele rompe com a possibilidade de opressão nas instituições e exige o respeito aos direitos humanos.

O documento ficou representado pelo lema **“Por uma sociedade sem manicômios”** por entender que a radicalização em extinguir os manicômios era a única saída para um atendimento viável aos portadores de transtornos mentais. O documento compreende **“manicômios”** como toda forma de opressão, indo além da extinção dos manicômios, exigindo o fim da **“opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres.”** (CARTA DE BAURU, 1987).

Vinte anos após o II Congresso e o Manifesto de Bauru, novamente na mesma cidade, no Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, o Movimento da luta antimanicomial resgata o discurso de 20 anos atrás, **“por uma sociedade sem manicômios”**, e incorpora ao lema do congresso de 2007: **“20 anos de luta, por uma sociedade sem manicômios”**, num momento histórico diferente.



Foto 2 – Encontro Nacional “20 anos de luta por uma sociedade sem manicômios” – 2007

Fonte:

http://1.bp.blogspot.com/_RleiRIUmHX8/Rzsbq5Vo44I/AAAAAAAAATM/mqd5jSEFGw/s320/encontronacional.jpg

O Movimento retoma o discurso anterior, através de uma foto que representa tanto o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, como o Manifesto de Bauru e também a Carta de Bauru, reunindo esses três fatos (o congresso, o manifesto e o documento) que originaram, de forma oficial, o movimento da luta antimanicomial. Ao utilizar a mesma foto do manifesto de Bauru e acrescentar ao lema do movimento da luta antimanicomial, “20 anos de luta”, a imagem demonstra que, apesar de passados 20 anos, não houve avanços significativos.

A imagem 2 convida toda a sociedade a participar do encontro nacional “20 anos de luta por uma sociedade sem manicômios” e reafirmar o pacto por uma sociedade justa e sem preconceitos, e explica que “lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se **à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida**” (CARTA DE BAURU, 1987, grifo nosso).

Através do uso da mesma imagem, podemos analisar este Movimento, 20 anos depois, como um movimento ainda sem apoio político e econômico necessário à mudança na forma de tratar estas pessoas, uma vez que não houve mudanças significativas na assistência à saúde mental, na prática. A imagem é resgatada e utilizada no “Encontro Nacional, 20 anos por uma sociedade sem manicômios”.

A pessoa de vermelho (foto 2) apresenta-se como o movimento da luta antimanicomial, representado por trabalhadores de saúde mental, usuários e

familiares que continuam lutando por uma sociedade sem manicômios, mas sem auxílio dos gestores, como podemos constatar nas três sequências abaixo;

(01) Eu acreditava que a reforma psiquiátrica viria para acabar com o caos na saúde mental. Existem projetos, planejamentos em cima da reforma, porém os gestores não se interessam muito pelo tema. Nós trabalhamos na mágica de proporcionar qualidade de vida à saúde mental (Psicologia - CAPS).

(02) A reforma é uma utopia. A reforma psiquiátrica no Brasil não passa de “conversa fiada”. Fala-se muito, a teoria é linda, mas na prática existe muita dificuldade para ser concretizada. Os nossos ilustres gestores não demonstram ter o mínimo de interesse para que a reforma saia do papel (Terapia Ocupacional - CAPS).

(03) A reforma psiquiátrica é um movimento que preconiza o fechamento dos hospitais psiquiátricos, criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e a criação de nova forma de assistência, que são os CAPS, onde há articulação e funcionamento em rede com os PSFs e ambulatórios em Policlínicas no território em que o usuário está inserido (Terapia Ocupacional - Hospital escola - grifo do profissional).

O discurso dos profissionais (01) e (02), acima, se assemelha ao sentimento demonstrado pela imagem escolhida pelo Movimento. A imagem demonstra uma pessoa à frente do Movimento, sozinha, solitária na luta por mudanças, sem apoio do Estado. A imagem demonstrada é reforçada pelo discurso dos profissionais, mostrando que eles também se sentem sozinhos, sem apoio dos gestores nesta luta, como nos mostra a sequência (1) “...**porém os gestores não se interessam muito pelo tema. Nós trabalhamos na mágica de proporcionar qualidade de vida à saúde mental.**” Ao dizer “Eu acreditava...**porém**”, utiliza um modalizador que anula o que foi dito antes.

Ao utilizar o pronome pessoal do caso reto, nós, na SD (01), o discurso refere-se aos trabalhadores da saúde mental; são esses que trabalham “**na mágica de proporcionar qualidade de vida à saúde mental.**” A palavra mágica aparece num tom de ironia, pois se “**os gestores não se interessam muito pelo tema**”, como transformar as práticas de saúde sem apoio deles? Somente “**na mágica**”. A sequência coloca no lugar de “outro” aqueles que “**não se interessam muito pelo tema**”, são os gestores. Dessa forma, podemos perceber que os trabalhadores da saúde estão de um lado e que os gestores estão de outro lado, do lado dos que “**não se interessam muito pelo tema**”.

A SD (01) ao utilizar o verbo no passado, **“Eu acreditava”**, demonstra que no passado o profissional acreditava na reforma, mas que no presente não acredita mais. Mostra um profissional sem esperança com os rumos da reforma. Ao dizer **“Existem projetos, planejamentos em cima da reforma, porém os gestores não se interessam muito pelo tema”**, o enunciante demonstra que o problema não é a falta de **“projetos, planejamentos em cima da reforma”**, mas coloca as dificuldades nos gestores, que **“não se interessam muito pelo tema”**. Os projetos existem, falta só colocá-los na prática, ou seja, os projetos não caminham da forma que deveriam porque os gestores não se interessam pelo tema. Temos nessa sequência uma relação causa/consequência.

Sobre os profissionais, o locutor explicita que **“Nós trabalhamos na mágica de proporcionar qualidade de vida à saúde mental”**, demonstrando, ao utilizar o pronome pessoal nós, não mais uma visão pessoal (Eu), mas uma visão dos profissionais em geral que procuram trabalhar sem apoio de gestores.

A SD (02) enfatiza o lugar de “outro” ocupado pelos gestores: **“Fala-se muito, a teoria é linda, mas na prática existe muita dificuldade para ser concretizada”**. Quem fala? A sequência demonstra um sujeito indeterminado. Por que a sequência não explicita os sujeitos? Por que não querem se comprometer, deixando ao leitor a responsabilidade da interpretação? **“Os nossos ilustres gestores não demonstram ter o mínimo de interesse para que a reforma saia do papel”**.

Na sequência acima, observamos também a utilização de ironia, **“Os nossos ilustres”**, ao referir-se aos gestores que nada fazem **“para que a reforma saia do papel”**. Ao utilizar “ilustres” o enunciante demarca a condição de detentores do poder, de quem depende a execução do projeto. Demarca também a posição que assume com relação a eles. Atribui aos gestores toda a responsabilidade pela não--viabilização da reforma ao quantificar seu nível de interesse: nem o “mínimo de interesse”.

Na SD (03), temos que a **“reforma psiquiátrica é um movimento que preconiza o fechamento dos hospitais psiquiátricos, criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais,...”**. Nessa sequência, o enunciante grifou “criação de leitos em hospitais gerais”, que demonstra que o fechamento dos hospitais psiquiátricos deve acontecer após a criação dos leitos psiquiátricos em

hospitais gerais.

O destaque para a criação desses leitos pode ser compreendido como uma crítica à realidade local – em Maceió, nenhum leito foi criado após a diminuição de leitos psiquiátricos. O discurso oficial da reforma, na prática, se preocupou apenas com a diminuição dos leitos, sem substituir os leitos fechados por algum dispositivo que acolha o paciente em crise.

Poderíamos explicar a ausência dos leitos psiquiátricos em Maceió devido à criação de outros serviços substitutivos como os CAPS 24H, que funcionam 24 horas por dia. Porém, através dos depoimentos dos profissionais abaixo, verificamos que esse tipo de dispositivo também não foi implantado em Maceió, como vemos nas respostas dadas à pergunta sobre qual a resolutividade do CAPS quando o paciente entra em crise à noite:

(04) Caso o usuário necessite de atendimento à noite, o nosso serviço está fechado e ele terá que se dirigir para a emergência (Terapia Ocupacional - CAPS).

(05) Infelizmente não temos atendimento noturno, isso não é possível, pois em Maceió não temos CAPS III (Farmácia - CAPS).

A sequência explícita (04) **emergência**, no lugar de hospitais psiquiátricos. Ao utilizar o pronome pessoal (ele), refere-se ao paciente e aos familiares; são esses que terão “**que se dirigir para a emergência**”, por conta própria, e dirigir-se não a um posto de saúde, CAPS III ou hospital geral, mas sim a um hospital de Psiquiatria.

Como vimos, o hospital psiquiátrico continua sendo o único dispositivo de acolhimento ao paciente em crise à noite, ou seja, a reforma ainda não implantou outro dispositivo para suprir o hospital pela noite. Apesar da crescente diminuição dos leitos hospitalares, não se percebe o interesse por implementar outros dispositivos na prática, ficando apenas na teoria.

Também podemos dizer que ao não se criarem dispositivos para atender pacientes à noite, repassa-se essa responsabilidade aos familiares, pois são esses que terão “**que se dirigir para a emergência**”.

A SD (05) ao utilizar a modalização “**infelizmente**”, demonstra a posição do enunciante de não concordar e/ou lamentar a ausência do atendimento noturno nos

dispositivos¹³ extra-hospitalares. Nessa sequência o locutor se identifica com os gestores: “**não temos,**” e, de forma diferente das sequências acima analisadas, não coloca a responsabilidade nos gestores.

Na Carta de Bauru, podemos observar denúncias das dificuldades que o movimento teria de enfrentar:

o Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada (CARTA DE BAURÚ, 1987).

Dessa forma, o movimento concluiu que a barreira mais difícil de ser quebrada é a do Estado, pois ele é o mesmo que “gerencia tais serviços, é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência”. Vinte anos mais tarde, o discurso da Carta de Bauru é confirmado através do discurso de profissionais da saúde mental dos CAPS de Maceió, nas seguintes sequências discursivas:

(06) A reforma na teoria tem aspectos que realmente seriam benéficos para os portadores de transtornos mentais, se fossem aplicados na prática, mas pela minha vivência, o que percebi é que eles diminuíram os leitos a qualquer custo, para mostrar um resultado que na verdade não existe, que é atender em CAPS ou programa de PSF estes usuários em longa escala. E ficam, então, vários portadores nas portas dos hospitais, em surto e sem poder ser atendidos, porque restringe-se as vagas (Psicologia - CAPS).

(07) A reforma de assistência psiquiátrica é uma ideia bastante válida, pois preconiza uma função mais humanizada aos portadores de transtornos mentais. Na prática, não está atingindo seus objetivos na maioria das cidades brasileiras, pois não há um maior envolvimento do poder público e os chamados serviços ofertados não conseguem atender à grande demanda (Psiquiatria - Portugal Ramalho).

Ao utilizar “**se fossem aplicados na prática,**” a sequência (6) demonstra que essa é a condição para que a reforma demonstre seus aspectos benéficos. Essa condição se explicita através do “se” condicional e do verbo no modo subjuntivo. Em seguida ao enunciado analisado, é dito “**mas pela minha vivência**”. O operador “mas”, no entanto, apaga o que foi dito antes, ou seja, nada foi aplicado.

¹³ Dispositivos extra-hospitalares são utilizados nesta pesquisa, como hospitais gerais, CAPS III e CAPS 24h. Serviços que podem atender os pacientes portadores de transtornos mentais à noite, em caso de qualquer

Quando a sequência (06) se refere a **“eles diminuíram os leitos...”**, o locutor se refere às políticas de saúde mental, aos gestores; são “eles” que em nome da reforma psiquiátrica diminuíram os leitos psiquiátricos **“a qualquer custo”**, sem preocupação em substituí-los por serviços substitutivos de 24h, acarretando dificuldades para os doentes e seus familiares, que precisam se submeter a longas filas **“nas portas dos hospitais, em surto e sem poder ser atendidos, porque restringe-se as vagas”**.

O locutor afirma que a preocupação dos gestores é mostrar à população que os CAPS estão atendendo a um grande número de portadores de transtornos mentais para justificar a diminuição dos leitos hospitalares: **“é que eles diminuíram os leitos a qualquer custo, para mostrar um resultado que na verdade não existe, que é atender em CAPS ou programa de PSF estes usuários em longa escala”**.

Chama-nos a atenção o uso do termo “longa escala”, que através do interdiscurso dialoga e comunga com a questão da produtividade e do lucro. Essa expressão “longa escala” nos faz questionar se é esse o modelo de reforma que as políticas públicas de saúde mental estão buscando e se escondendo de forma estratégica no discurso da luta antimanicomial.

A sequência (07) acusa que a reforma **“é uma ideia bastante válida, pois preconiza uma função mais humanizada aos portadores de transtornos mentais”**. A expressão “é uma ideia” demonstra que a reforma ainda não está funcionando. Existe apenas na teoria, no pensamento, pois “é uma ideia bastante válida”. Isso quer dizer que a teoria está desvinculada da prática.

A sequência explicita que a reforma “preconiza uma função mais humanizada”. Ao utilizar o comparativo “mais” podemos dizer que está implícito que a assistência à saúde mental do modelo velho (hospitalar) já era humanizada ou era pouco humanizada. Esta agora será mais humanizada. A outra assistência era humanizada, só que menos que a reforma propõe. Tratamento humanizado para o discurso da reforma é o tratamento realizado fora dos hospitais de psiquiatria, nos serviços extra-hospitalares

Continuando, a sequência (07) diz ainda que a reforma, **“Na prática, não está atingindo seus objetivos na maioria das cidades brasileiras, pois não há um maior envolvimento do poder público e os chamados serviços ofertados não conseguem atender à grande demanda”**. Percebemos aí uma denúncia de que a prática não se articula com a teoria e que a teoria não está atingindo seus objetivos. O enunciante explica o motivo de a desarticulação da teoria com a prática acontecer: “pois não há um maior envolvimento do poder público e os chamados serviços ofertados não conseguem atender a grande demanda”. Nesta sequência, o fato de a reforma não se articular com a prática é devido à falta de “envolvimento do poder público”; são eles que não fazem a reforma na prática acontecer.

Sobre as ofertas dos serviços extra-hospitalares, a sequência (07) denuncia que “os chamados serviços ofertados não conseguem atender à grande demanda”. Chama-nos a atenção a expressão “grande demanda”, pois isso mostra que os serviços criados não têm condições de atender a clientela toda, porque é uma “grande demanda”. Se a demanda é grande demais é sinal de que os serviços criados são poucos e que o poder público criou esses serviços sem analisar a quantidade de pacientes, a “grande demanda”, que os dispositivos extra-hospitalares teriam de atender. Isso vem demonstrar novamente que a teoria é desarticulada com a prática e que o poder público criou esses serviços sem a preocupação com a viabilidade de atendimento da “grande demanda”. Por “grande demanda” a sequência refere-se ao grande número de pacientes portadores de transtornos mentais no Brasil.

Percebemos que o enunciante ao utilizar **“os chamados”**, marca discursiva muito forte, demonstra certo tom de ironia e questiona “os chamados serviços ofertados”, referindo-se ao número insuficiente de serviços existentes. Questiona também o funcionamento destes.

Lembremos que a proposta do Movimento da luta antimanicomial não significa apenas a desinstitucionalização, mas criar novas alternativas de cuidado fora do manicômio, na sociedade e, principalmente, acabar com todas as formas de opressão, pois o Movimento entende que o manicômio

é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão **desse tipo de sociedade**. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres (CARTA DE BAURU, 1987, grifo nosso).

Podemos afirmar que as condições de produção que fizeram emergir a necessidade da extinção dos manicômios foram as denúncias de superlotação dos manicômios, de maus-tratos e da ineficácia no tratamento dado aos “loucos”. Por outro lado, segundo Capra (2007), o capitalismo vem produzindo de forma crescente pessoas com transtornos mentais, devido a seu funcionamento perverso e altamente competitivo.

A condição de produção imediata deu-se no final da década de 70 com denúncias de maus-tratos a pacientes em instituições psiquiátricas. As denúncias também apareciam através de filmes com relatos autobiográficos de torturas sofridas pelos pacientes, entre eles, destacamos *Bicho de 7 cabeças*, de Laís Bodansky (2000) e em livros, destaque para “*Verônica decide morrer*”, do escritor Paulo Coelho.

A ineficácia do modelo hospitalar associada a gastos crescentes em internações psiquiátricas levou o Estado a resolver esses conflitos sociais contraditórios aliando-se à estratégia do movimento da luta antimanicomial, mas a partir de outra posição, com outros objetivos. Como vimos nas sequências discursivas sobre o discurso da reforma, o discurso oficial direcionou seus esforços apenas para a extinção dos manicômios. Na seqüência (6), para o discurso oficial da reforma bastaria a “extinção dos manicômios” para solucionar os problemas da assistência à saúde mental.

Para extinguir os hospitais seria necessário passar para a sociedade que o modelo velho não poderia se reerguer. Mesmo que houvesse reformas estruturais e humanas, era preciso desautorizar o modelo velho. Essa tentativa de desautorizar o modelo antigo é explicitada no enunciado “extingam os manicômios”, que dialoga, contrapondo-se ao slogan do passado “aos loucos, o hospício!”.

O diálogo entre o *slogan* do passado com o do presente demonstra uma alternativa estratégica de persuadir a sociedade de que essa é a única solução viável. É estratégica porque ao dizer “extingam os manicômios”, o discurso da

reforma está dialogando com o sentido de assistência à saúde mental do passado, quando o tratamento consistia apenas em contenção e internação hospitalar, quando ainda não existiam equipes de multiprofissionais, nem alternativas medicamentosas. Respondendo a esse modo de tratar da época passada, é impossível não ser contra a “extinção dos manicômios”.

Extinguir os manicômios restringe-se somente ao término, ao fechamento desses hospitais, enquanto a luta por uma sociedade sem manicômios exige uma sociedade com consciência da importância do fechamento desses manicômios por entender “manicômios” não só como hospitais, mas toda forma de opressão ao homem.

A luta antimanicomial entende que não é apenas o manicômio, hospital de Psiquiatria, que deve ser fechado, mas todo e qualquer local que exerça papel discriminatório e opressor de pessoas. Para acabar com as desigualdades sociais, por um trabalho justo, saúde para todos, indo à essência do problema.

O Movimento detecta o problema real, não apenas o superficial, ao falar que a opressão é originada “**desse tipo de sociedade**”, e não pelos hospitais de psiquiatria. Ao usar a expressão “desse tipo de sociedade”, o Movimento vai à raiz do problema e compreende que o problema é o funcionamento da sociedade capitalista, que enaltece qualidades individuais, egoístas e altamente opressoras, onde o importante é buscar o lucro, não importa como.

Para eliminar o problema “desse tipo de sociedade” só acabando com o funcionamento da sociedade capitalista, através de uma revolução feita pelos homens, pois a história é feita pelos homens. Para acabar com esse problema o movimento clama “por uma sociedade sem manicômios”, que nada mais é do que uma sociedade sem divisão de classes. Dessa forma, qualquer proposta que não se dirija à raiz do problema será inviável. Extinguir os manicômios é proposta superficial que esconde que a principal preocupação da reforma é com a diminuição de custos e a contenção de despesas.

Para tanto, era necessário desautorizar o modelo velho e por isso teve de propor alternativa de tratamento que de forma explícita deveria opor-se ao velho, opor-se radicalmente ao “isolamento” e à “institucionalização”, características do

modelo asilar.

A proposta que deveria se contrapor ao modelo antigo deveria vir apoiada pelo funcionamento mundial de assistência à saúde mental, pois dessa forma não existiriam argumentos para competir com a proposta de reforma mundial. A proposta surge, então, em nível mundial, onde se buscam novas formas de tratamento.

Desinstitucionalizar, fechar os hospitais de Psiquiatria, transferindo a responsabilidade do cuidado do Estado para familiares e sociedade em geral, desviando a principal causa da inviabilização do cuidado institucional, que foi a falta de estrutura física, de profissionais, de ferramentas adequadas ao trabalho, salários defasados, ou seja, a política do neoliberalismo¹⁴-- é essa a lógica que perpassa o discurso da reforma, materializado no *slogan*: “extingam os manicômios”.

Bakhtin, em seu livro “Filosofia da Linguagem”, adverte que: “na realidade, todo signo ideológico vivo tem, como Jano, duas faces. Toda crítica viva pode tornar-se elogio, toda verdade viva não pode deixar de parecer para alguns a maior das mentiras” (1990, p.47). Portanto, se existem dois lados num signo¹⁵, é sinal de que a realidade prática se encontra no conhecimento dos dois lados de uma realidade e nunca em um só lado.

O referido enunciado contém um verbo no imperativo, com o sujeito gramatical indeterminado: “extingam os manicômios”. Isso apaga o responsável pela ação de extinguir. Os manicômios serão extintos por quem? Pelo Ministério da Saúde? Pelos técnicos do Ministério ou pelo presidente Fernando Henrique Cardoso? O enunciado parece mostrar de forma transparente que é a sociedade em geral que solicita a extinção dos manicômios.

A força desse enunciado pode estar no verbo imperativo que demonstra de forma explícita uma ordem, desvelando ser um discurso autoritário.

Quem é o responsável pelo enunciado “extingam os manicômios”? Pode ter partido da sociedade em geral? Da classe dominante e da classe dominada? Ou apenas de uma parte da sociedade? A quem cabe a ação de extinguir, uma vez que

¹⁴ A política do neoliberalismo passou a significar a doutrina econômica que defende a absoluta liberdade de mercado e uma restrição à intervenção estatal sobre a economia, que só ocorre em setores imprescindíveis e ainda assim num grau mínimo.

¹⁵ Bakhtin ensina que “o signo é descodificado; só o sinal é identificado” (1990, p.93).

o verbo está na 3ª pessoa do plural do modo imperativo? Será que a família que vive em situações precárias, em que falta até o pão e o leite da criança, solicitou a extinção dos manicômios? Ou solicitou “um melhor tratamento” para seus doentes?

A extinção dos manicômios é mostrada como um discurso homogêneo, silenciando sobre as dificuldades encontradas pela classe oprimida em acolher o seu doente. A Lei no art. 4º, inciso 1º, mostra a importância da reinserção social: “O tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio”, e silencia sobre as dificuldades encontradas pela classe oprimida. Isso porque se a classe oprimida tivesse direito a voz poderia inviabilizar o novo modelo assumido pela reforma psiquiátrica, que o resumiu apenas à extinção dos manicômios.

A classe oprimida poderia exigir “um melhor tratamento”, questionando os entraves e até estancando a viabilização desse projeto globalizante. Nas palavras de Bakhtin (1990, p.47), “a classe dominante tende a conferir ao signo ideológico um caráter intangível e acima das diferenças de classe, a fim de abafar ou de ocultar a luta dos índices sociais de valor que aí se trava, a fim de tornar o signo monovalente.”

De acordo com o autor acima citado, podemos dizer que a classe dominante tentou homogeneizar o discurso da reforma, silenciando o discurso da classe dominada, ao aliar seu discurso ao da luta antimanicomial. Porém, como todo signo, essa monovalência de ideias é impossível de ser acatada porque a classe dominante tem interesses diferentes dos da classe dominada. Bakhtin destaca que essa tentativa de homogeneizar os valores no signo é uma tentativa de fazer com que valores passados sejam retomados e estancados.

Pensando na possibilidade de retomar esses valores, poderíamos supor que o novo modelo se opõe radicalmente ao velho, pois solicita a “desinstitucionalização” e a “inserção social” dos portadores de transtornos mentais.

Retomemos o *slogan* “aos loucos, o hospício!”. O que ele explicita, o que silencia? O enunciado tem um sentido apelativo –“aos loucos, o hospício” – que também pode ser interpretado como uma sentença: para os loucos, o hospício. Por outro lado, pode ser entendido como um apelo em prol de tratamento, mas silencia

que na realidade o que se busca é proteger a sociedade, em especial a classe dominante do convívio com os “loucos”, evitando que estes perturbem a ordem econômica da sociedade. O Estado era responsável pelas internações e pagava para os donos dos hospitais, que rapidamente acharam um meio de lucrar com esses doentes, colocando-os para trabalhar. O *slogan* define-se como um enunciado sem verbo, mas apesar da ausência do verbo, traz, de forma explícita, a execução de uma ação: “aos loucos, o hospício!”. Podemos perceber que esse enunciado expressa uma ordem: colocar todos os “loucos” no hospício. Ou seja, estabelece o lugar adequado para eles.

A ausência do verbo em “aos loucos, o hospício!” apaga o sujeito enunciante e o(s) interlocutor (es). Para identificá-los, é necessário situar a enunciação no momento histórico em que ela ocorre. Como enunciação, entendemos ser o resultado de um diálogo entre dois sujeitos inseridos num contexto social que visa a intervir no mundo real, modificando de forma (vasta ou limitada) a maneira de pensar de outros homens e da pessoa que enuncia. Nas palavras de Bakhtin (1990, p.112), “a enunciação é o produto da interação de dois indivíduos socialmente organizados e, mesmo que não haja um interlocutor real, este pode ser substituído pelo representante médio do grupo social ao qual pertence o locutor”.

O autor acima citado assevera que a palavra está voltada para o interlocutor, sofrendo variações de acordo com a situação social, gênero e cultura de a quem se dirige. Ele afirma que a palavra tem duas faces, sendo “determinada tanto pelo fato de que procede de alguém, como pelo fato de que se dirige para alguém. Ela constitui justamente o produto da interação do locutor e do ouvinte” (BAKHTIN, 1990, p.113).

Bakhtin (1990) insiste em que a enunciação é voltada para o social e que é determinada pelo locutor e pelo interlocutor, que podem se apresentar de forma explícita ou implícita, inseridos num contexto sócio-histórico. E é justamente a situação e os participantes da enunciação que decidem o gênero e a estrutura do enunciado. Mas a escolha de um enunciado pelo locutor não é originária de sua consciência individual, mesmo porque a consciência nasce entre outras consciências, sendo por isso social e ideológica. Assim o locutor escolhe seu enunciado a partir do interlocutor e da situação sócio-histórica imediata e ampla.

O *slogan* não demonstra quem é o locutor. Poderia ser a sociedade de medicina da época? Ou os familiares? Também não revela quem são os interlocutores. Poderia ser a sociedade? Maingueneau (1989, p.100) define o *slogan*, como sendo um fenômeno enunciativo “em que o locutor profere falas pelas quais não se responsabiliza” (MAINGUENEAU, 1989, p.100).

Podemos responder às questões suscitadas acima compreendendo o momento histórico e social da época. Em que conjuntura surge o *slogan*, “aos loucos, o hospício”? O acontecimento se dá no Brasil, em 1841, numa conjuntura em que inexistia tratamento para os “loucos”, quando a recém--criada Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, liderada por José Clemente Pereira, sensibiliza-se pelos gritos dos doentes nos porões das Santas Casas e faz denúncias escritas destes fatos a D. Pedro II, que providencia a criação do primeiro hospício brasileiro, o Hospício Pedro II.

Situando o espaço do acontecimento discursivo, podemos dizer que o sujeito desse enunciado é constituído pelas vozes da Sociedade de Medicina da época e pelo então regente D. Pedro II. Quanto ao(s) interlocutor (es) podemos dizer que se trata de setores da sociedade que têm apenas o “dever” de acatar a ordem do poder sem questionar, cabendo-lhes apenas o dever de executar a ordem, internando todos os “loucos” no hospício recém-criado.

Em relação ao interlocutor da enunciação, Bakhtin informa que, na verdade, não existe ouvinte passivo, pois mesmo na função meramente de escuta, a pessoa está concordando, discordando, negando ou questionando o que o locutor está falando. Até mesmo no ato de leitura de um livro, o leitor não se apresenta como um sujeito receptor que apenas recebe de forma passiva o conhecimento do livro. Pois na ação de ler um livro o sujeito se mantém ativo, já que emite um juízo de valor para si quando discorda, concorda, nega, questiona ou rejeita os argumentos do autor. Assim o interlocutor não se pode tornar ativo, ele é ativo mesmo na postura de ouvinte.

Nesse *slogan*, a grafia do enunciado nos chama a atenção: “aos loucos, o **hospício!**” (grifo nosso), porque enfatiza que o lugar de “cuidado” dos loucos não seriam mais as Santas Casas, mas o **hospício**. Foi criado um lugar específico para conter a loucura da época, e um lugar distante do centro da cidade. Com a desculpa

de criação de um lugar apropriado para tratar a loucura, transferem-se os “loucos” das Santas Casas (centro) para os hospícios (distantes do centro da cidade).

O enunciado demonstra de forma implícita que o poder se concentra na instituição-poder, o hospício, e que os “loucos” serão submetidos ao poder da instituição, refletindo de maneira velada a real proposta do hospício. A proposta não mostrada é a de fazer com que os “loucos” se submetam às regras da instituição-poder, para que a sociedade fique livre desses “marginais” que poderiam comprometer a ordem da recém-criada sociedade capitalista.

Assim, o acontecimento discursivo “aos loucos, o hospício!” instaura uma nova prática. Antes, os “loucos” eram vistos como “marginais” e viviam perambulando pelas ruas ou trancafiados nos porões da Santa Casa de Misericórdia, juntamente com órfãos, desocupados, mendigos, tuberculosos e outros tipos de doentes. Até então, não possuíam *status* de doentes, eram “loucos”, perturbavam a ordem estabelecida, a “normalidade”, mas não eram considerados doentes mentais.

O acontecimento traz uma promessa de um “melhor tratamento”, acabando com os confinamentos nas Santas Casas, ao dar *status* de doente aos “loucos” e transferi-los para o hospício. Porém, na A.D. analisamos não só o que diz o acontecimento de forma explícita. Devemos analisar o outro lado, o que não foi dito pela história, o que foi silenciado¹⁶ de forma consciente ou inconsciente.

Podemos questionar a solução encontrada na época como ambivalente, porque não existiam apenas os “loucos” trancafiados na Santa Casa de Misericórdia; existiam, como já dissemos, outros “marginais” que foram libertados desses porões com a chegada da Revolução Industrial ao Brasil, para exercerem atividades produtivas.

Segundo De Carlo e Bartalotti (2001, p.20) “marginais” “eram todos os indivíduos que suscitavam repulsão ou temor – indigentes, vagabundos, preguiçosos, incapazes, velhos, prostitutas, loucos, deficientes”, ou seja, todas as pessoas que não se adaptavam às exigências sociais da época. Esses “marginais”, à exceção dos loucos e tuberculosos, foram libertados dos porões das Santas Casas

¹⁶ A categoria do silêncio foi discutida no capítulo anterior.

com o objetivo de trabalhar nas recém-chegadas indústrias, aumentando com isso o exército de trabalhadores e, conseqüentemente os lucros das indústrias.

Questionamos os motivos da transferência dos “loucos” para o hospício, porque no momento em que eles foram transferidos, a Santa Casa já tinha diminuído sua lotação de pacientes, pois a maioria dos “marginais” já havia sido liberada para trabalhar em indústrias.

Na verdade, a transferência dos “loucos” para o hospício deu-se porque eles não conseguiram adaptar-se às exigências do trabalho industrial e, por isso, não eram bem-vindos à cidade. Era necessário retirá-los da cidade para não contaminar os “bons cidadãos”. Ser bom cidadão, na perspectiva do capital, é acatar as determinações do mercado, na perspectiva do opressor, onde se busca produzir com perfeição e produzir o máximo possível.

Descartados e esquecidos, não mais na Santa Casa, os “loucos” agora “doentes” são deixados no recém-criado Hospício Pedro II. O enunciado tenta persuadir a população de que a criação de um lugar especializado para tratar esses doentes é a única alternativa viável de tratamento; porém, devemos lembrar que os tuberculosos e outros doentes, que não podiam trabalhar, continuaram a ser tratados nas Santas Casas. Apenas os “loucos” é que foram transferidos para outro lugar, o hospício. Então podemos deduzir que o objetivo buscado foi a segregação dos loucos.

A proposta de tratamento específica da loucura nos hospícios apresenta como recurso terapêutico o “trabalho obrigatório”, que visava preparar o paciente para o trabalho fora da instituição. Acontece que esse recurso foi apropriado pelas idéias do recém--criado capitalismo e usado no sentido de fazer o doente trabalhar em prol do hospital.

Ao enunciar uma nova forma de tratar os “loucos” da época, quando o tratamento consistia apenas da caridade e no confinamento, vemos que o acontecimento materializado pelo *slogan* “aos loucos, o hospício!” se encontra na perspectiva do opressor e que a reforma proposta por Pinel consistiu numa nova forma de acomodar essas pessoas numa instituição própria, com o objetivo de dar um tratamento “mais humano” que o anterior, permanecendo de forma velada o

objetivo principal de segregá-las da sociedade para que essa permaneça “em ordem”.

Como vimos, o novo modelo contrapõe-se ao modelo velho que tinha por objetivo proteger a sociedade dos “loucos”, evitando que perturbassem a ordem estabelecida. Hoje, ao extinguir os manicômios e sob o pretexto de tratamento “humanizado”, devolve-se os doentes à família, retirando do Estado a responsabilidade com o seu tratamento.

Ao impor a todos um único modelo--o da desinstitucionalização--a atual reforma mostra-se autoritária, da mesma forma que o movimento que possibilitou o *slogan* “aos loucos, o hospício!”. O modelo novo prega a desinstitucionalização, enquanto o modelo velho defende a institucionalização. Os dois modelos, apesar de se mostrarem antagônicos em relação ao local de tratar os “loucos”, possuem semelhanças em relação aos seus objetivos velados: proteger a sociedade dos “loucos”.

No modelo velho o hospício funcionava como uma empresa hospitalar, assumindo o “louco” como um trabalhador que merecia ser constantemente vigiado pelo hospital. Na tentativa de domar os corpos e espíritos dos “loucos”, os hospícios foram construídos com uma estrutura que possibilitava à equipe ter controle sobre os “loucos”, podendo observar e monitorar seus passos. Segundo Brasil (2005, p.63), o Hospício Pedro II possuía estrutura ampla e “materializada arquitetonicamente como um panóptico¹⁷”, visando possibilitar a vigilância dos doentes.

Como já dissemos anteriormente, no modelo velho temos a proposta da utilização do trabalho como forma de o doente garantir suas necessidades no hospital, preparando-o para o trabalho nas indústrias.

Assim, o modelo velho protege a sociedade através da segregação dos pacientes, nos hospícios; o modelo novo propõe a inserção social e a extinção dos manicômios, e deixa silenciado que a extinção dos manicômios é estritamente necessária para a economia do Estado.

¹⁷ O panóptico consistia de uma estrutura arquitetônica que possuía, “na periferia, uma construção em anel; no centro, uma torre; esta possui grandes janelas que se abrem para a parte interior do anel. Basta então colocar um vigia na torre central e em cada cela trancafiar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um estudante” (FOUCAULT, 2006, p.210).

O modelo novo redireciona o cuidado dos portadores de transtornos mentais para serviços extra-hospitalares, como ambulatórios, hospitais gerais e os CAPS. O CAPS é o principal carro--chefe da reforma psiquiátrica e tem como eixo a inserção social. Os doentes acometidos de transtornos mentais moderados e graves passam o dia realizando atividades e à noite retornam para seus lares.

A portaria de funcionamento dos CAPS, portaria GM nº 336 (em anexo), dá origem a e especifica os diversos tipos de CAPS. Eles se originam conforme a necessidade do município gestor e estão classificados em: CAPS I, CAPS II E CAPS III, “definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria”.

Sobre a assistência prestada aos pacientes nos CAPS I, II e III, a portaria determina que todos os tipos de CAPS devem ter: “atendimento individual; em grupos; em oficinas terapêuticas; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família e atividades comunitárias.” Com relação às oficinas terapêuticas, instrumento de intervenção prioritário nos CAPS, a referida portaria não acata qualquer tipo de CAPS que não ofereça pelo menos dois tipos de oficinas terapêuticas. O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS);

ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2005, p.13).

Os CAPS realizam acompanhamento clínico e inserção social dos pacientes “pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004, p.13, grifo nosso).

Dentre os tipos de assistência prestada nos CAPS, as oficinas terapêuticas apresentam-se como o grande carro--chefe, sendo ressignificadas neste novo contexto da assistência à saúde mental.

O acontecimento discursivo materializado na lei 10.216 e materializado no enunciado “extingam os manicômios” apresenta-se como inequívoco, único, ao redirecionar o modelo de assistência à saúde mental. A exigência da extinção do

modelo velho demonstra que o discurso da reforma não aceita nenhuma reestruturação desse modelo.

Embasamo-nos no dizer de Cavalcante (2002), quando cita Silva e explica que é função de qualquer projeto político fazer com que certos pensamentos sejam impedidos de emergir na sociedade, ou seja, que ideias contraditórias à ideologia dominante encontrem dificuldade para ser aceitas pela população. Ainda citando Silva, Cavalcante (2002, p.67) informa que o discurso neoliberal se utiliza de estratégias para alcançar a homogeneização de ideias, das quais destacamos as seguintes: (1) deslocamento das causas; (2) culpabilização das vítimas; e (3) recontextualização.

Ao explicar as estratégias acima citadas, Cavalcante (2002, p.67) afirma que “a manobra de deslocamento das causas consiste em redirecionar o eixo de análise social”, transferindo a culpa da miséria para os próprios oprimidos, retirando a culpa dos maus gerenciamentos dos recursos do nosso planeta. Associada a essa estratégia está a responsabilização das vítimas pelas suas dificuldades econômicas, sociais, ambientais e a sua falta de vontade de ascender na escala social, retirando a responsabilidade do sistema capitalista que, na realidade, é a causa da exploração do homem pelo homem.

A estratégia de confrontação de “outros” discursos, contraditórios ao capital, é utilizada de forma planejada, fazendo com que discursos anteriores passem a ter novos significados que visarão à homogeneização de ideias congruentes ao capital, mostradas ao público como idéias neutras, voltadas ao bem-estar de toda a população, apresentando-se como recontextualização.

Podemos observar a retomada da memória e da história no discurso da reforma através do enunciado “extingam os **manicômios**”, quando o discurso dialoga, discordando do *slogan* “aos loucos, **o hospício!**”, apagando a justificativa da época (1854) da proposta “humanizadora” de se construírem hospitais especializados para os “loucos”, retirando-os das Santas Casas. Como já foi dito, naquela época os “loucos” viviam internados nas Santas Casas juntamente com mendigos, órfãos e outros doentes. A função da construção do hospital de Psiquiatria e a transferência desses pacientes para este possibilitou aos “loucos” adquirir um *status* de doente e não de marginais.

Acerca da lógica capitalista da reforma que perpassa todo o seu discurso, indagamos aos profissionais de saúde mental de Maceió se a reforma psiquiátrica tem condições de extinguir os manicômios e obtivemos os seguintes resultados:

(08) Não. Os CAPS atualmente não possuem as condições necessárias para o atendimento da demanda em sua totalidade (Serviço Social – CAPS).

(09) Não, no momento; visto que os CAPS ainda não possuem estrutura para um atendimento de qualidade, de maneira a dispensar os trabalhos do hospital, visto que nos CAPS não existem serviços noturnos, leitos disponíveis, transporte e pessoal suficiente (Psicologia – CAPS).

(10) Sim, contanto que, antes de pensar em extinguir os hospitais psiquiátricos, se possa oferecer uma melhor estruturação nos serviços de saúde para que possam absorver a clientela dos hospitais, como, por exemplo, colocar em hospitais gerais leitos disponíveis para intercorrências psiquiátricas, CAPS que funcionem em período noturno, com uma melhor estrutura física e funcionários capacitados para que os pacientes que necessitem de maior assistência sejam atendidos de forma satisfatória. Como não temos essa realidade, vejo os hospitais psiquiátricos de forma emergencial enquanto nossos serviços de saúde estão se estruturando (Terapia Ocupacional – CAPS).

Das três sequências analisadas, apenas uma, a SD (10), disse que “sim”, porém utilizou “**contanto**”, advérbio condicional que demonstra que o locutor concorda com a extinção dos manicômios, mas na condição de que “**se possa oferecer uma melhor estruturação nos serviços de saúde para que possam absorver a clientela dos hospitais**”. No último parágrafo, ele expõe sua opinião: “Como não temos essa realidade...”, reiterando sua ponderação e assumindo postura contrária à extinção dos manicômios. O enunciante coloca como condição o operador “contanto”, que estabelece uma condição de se extinguirem os manicômios somente após dadas as condições necessárias para a sua extinção.

O enunciante da sequência (09) não concorda com a extinção e explica que “os CAPS atualmente **não possuem as condições necessárias** para o atendimento da demanda em sua totalidade”, mas não exemplifica que condições faltam a estes?

No entanto, o locutor da sequência discursiva (09) discorre sobre a falha da reforma e critica o número existente de leitos disponíveis nos hospitais de Psiquiatria. Ele chama a atenção quanto ao número disponível: “**não existem**

serviços noturnos, **leitos disponíveis...**”, ou seja, ele toca na falha da reforma: diminuiram-se os leitos e conseqüentemente **não existem serviços noturnos, leitos disponíveis...**”, não se criaram dispositivos para sanar essas dificuldades.

Ao se referir a “**não existem serviços noturnos, leitos disponíveis...**”, o enunciante refere-se aos leitos dos CAPS 24H. São esses os serviços noturnos a que o enunciante se refere, e explicita que os CAPS de Maceió não oferecem tal tipo de atendimento.

Note que ao responder “Não, **no momento**”, a SD (09) direciona a resposta à situação imediata do fato analisado. Explicita que no momento atual a reforma não tem condições de extinguir os manicômios, mas não descarta essa possibilidade para o futuro, deixa-a em aberto. A sua discordância refere-se à realidade do momento atual.

O enunciante da SD (08): “Não. Os CAPS **atualmente...**”, utiliza um advérbio de tempo (atualmente) para situar a sua resposta, deixando também espaço para no futuro se extinguirem os manicômios. Dessa forma, podemos concluir, após as análises das sequências discursivas que Maceió neste momento, não pode extinguir os hospitais psiquiátricos, por dispor ainda de uma estrutura frágil nos dispositivos substitutivos do hospital de Psiquiatria. Também podemos fazer uma leitura mais objetiva e crítica ao dizer que, para Maceió, a reforma psiquiátrica representa apenas a extinção dos leitos psiquiátricos, sem preocupação de substituição de dispositivos que acolham pacientes em crise.

Vimos que as falhas da reforma apontam, em sua grande maioria, para estruturas físicas que dependem dos gestores para criarem os serviços que a Lei da reforma estabelece.

A lei, apresenta-se como a materialização do acontecimento discursivo “extingam os manicômios” e utiliza-se do discurso jurídico para estabilizar as ideias sobre a reforma do século XXI. Para Miotello (2005, p.172): “As palavras, nesse sentido, funcionam como agente e memória social, pois uma mesma palavra figura em contextos diversamente orientados”.

Assim, o *slogan* “extingam os manicômios” pode ter o sentido apenas de extinção dos manicômios, como pode ter o sentido de extinguir toda a forma de

opressão e preconceito existente na sociedade, proposta da luta antimanicomial. Também pode preconizar a extinção dos manicômios e a substituição destes por CAPS, bem como pode preconizar a extinção dos manicômios, a criação de CAPS, CAPS 24horas, com a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Qual dessas quatro opções o discurso jurídico, a Lei da reforma, vem defender? Como vimos, através do discurso dos profissionais da saúde mental sobre a reforma, Maceió não possui outro dispositivo que acolha o paciente à noite e por isso ainda não tem condições de extinguir os hospitais de Psiquiatria. Isso vem mostrar que o discurso da reforma está preocupado apenas com a diminuição dos leitos hospitalares nos hospitais psiquiátricos e que não vem criando outros dispositivos para acolher o paciente à noite.

Como vimos, o *slogan* da extinção dos manicômios apresentado pelo Estado está preocupado em demasia em passar para a população que a lei está preocupada exclusivamente com a saúde mental dos brasileiros e que sua proposta está livre de quaisquer preconceitos e de outros interesses. Porém, de forma implícita, vimos que o objetivo central velado é a substituição do tratamento do Estado para familiares e comunidade, ou seja, a redução de custos.

Na visão do Estado essa redução de custos só pode ser viabilizada pela extinção dos manicômios, pois “o Estado não teria estrutura de internar nem metade desse número” (ÉPOCA, 2008, p.110). É por isso que a real proposta deve ser velada, devendo-se passar aos brasileiros que a lei está preocupada exclusivamente com a saúde mental da população, “sem qualquer forma de discriminação”.

Vimos também que a proposta de extinção da luta antimanicomial é bastante ampla e em nada se assemelha à proposta do governo. Para a luta antimanicomial o lema “por uma sociedade sem manicômios” não detém o sentido literal da extinção dos manicômios. Seu sentido é extinguir qualquer forma de exploração da sociedade e em qualquer lugar que esteja.

O governo, representado pela lei federal, retira o *slogan* da proposta da reforma psiquiátrica do lema da luta antimanicomial: “*Por uma sociedade **sem manicômios***” e reduz a proposta ao fechamento dos hospitais de Psiquiatria.

Na análise do discurso dos profissionais da saúde mental, vimos que seus

enunciados contêm insatisfações e descrenças em relação à proposta do governo. Encontramos denúncias com relação aos gestores quando, ao enunciarem ressaltam que a proposta da reforma está desarticulada da prática e existe falta de interesse dos gestores no tema, além de dificuldades com as estruturas físicas. Encontramos também teor irônico ao se referirem aos gestores, enfatizam que os profissionais possuem total descrença nos ideais dos gestores.

Todos os profissionais concordam com a extinção das instituições psiquiátricas, mas advertem que no momento atual isso não pode ocorrer devido à ausência de estruturas físicas e de pessoas para receber os pacientes em crise. Aqui, percebemos que os profissionais comungam com o lema da luta antimanicomial, mas que percebem a contradição a que estão submetidos em seu local de trabalho.

De um lado estão os profissionais e, de outro, os gestores, e por isso encontramos no discurso dos profissionais a denúncia de que a teoria está desarticulada da prática. Ou seja, vimos que a proposta da reforma se restringe à extinção dos hospitais para conter despesas e que essa proposta está velada no discurso, mas emerge através da realidade prática dos profissionais.

Vimos que a análise do discurso dos profissionais de saúde mental nos deu subsídios para conhecer a realidade da reforma psiquiátrica, pois pudemos analisar não só a realidade prática dos profissionais, como também a realidade dos gestores, já que a realidade é composta de vários lados. Embora isso não signifique ter uma posição neutra sobre o objeto do estudo, mas que conhecer a realidade do objeto de estudo nos facilitará tomar uma posição por um dos lados, de forma consciente, e fazer escolhas com responsabilidade.

CONCLUSÃO

Na realidade, não são palavras o que pronunciamos ou escutamos, mas verdades ou mentiras, coisas boas ou más, importantes ou triviais, agradáveis ou desagradáveis, etc. **A palavra está sempre carregada de um conteúdo ou de um sentido ideológico ou vivencial** (BAKHTIN, 1990, p.95, grifo nosso).

Concluimos nossa pesquisa com as palavras do autor acima citado. Pois, como vimos, a Lei da reforma está imbuída de sentidos que não podem ser ditos, mas que nem por isso deixam de existir. O objetivo deste trabalho foi desvelar o que o discurso da reforma psiquiátrica mantém velado e por que se comporta dessa forma.

A A.D. enfatiza que nenhum discurso é neutro e que o sujeito se identifica com a ideologia que lhe convier, ou seja, a ideologia com que ele se mune para melhor defender seus interesses de classe. Dessa forma o discurso não se origina de si mesmo, ele não tem autonomia absoluta, mas é produto de sujeitos contidos na realidade prática do mundo, isto é, produzido nos conflitos e nas contradições históricas e socioeconômicas do sistema da nossa sociedade.

Partindo do pressuposto acima, analisamos a Lei da reforma e verificamos que ela está repleta de tentativas de se mostrar inequívoca, única e inquestionável. Mas o instrumental da A.D. nos deu subsídios para comprovar que, diferentemente do discurso homogêneo que se propõe ser, a lei está imbuída de heterogeneidade, repleta de contradições de ideais.

Dessa forma, analisamos a Lei da reforma, lei produzida pelos homens para resolver conflitos da sociedade em relação ao tratamento dado aos portadores de transtornos mentais. Constatamos a preocupação excessiva da Lei de mostrar a seus destinatários que é portadora de uma única preocupação: a saúde dos brasileiros.

Porém, após algumas análises, verificamos que esse é um artifício para desviar a atenção dos brasileiros de seus verdadeiros objetivos. A lei utiliza-se do artifício de mostrar-se sem sujeito, aparentando um discurso neutro, mas através da teoria da A.D. percebemos que ela toma partido pelos interesses da classe

dominante.

A tentativa de negar sua filiação aos interesses da classe dominante foi desvelada nas análises. Como exemplo, retomamos a lei, em seu art. 1º, que ao assegurar os direitos dos pacientes, “sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo...”, mostrou-se contraditória, assemelhando-se ao funcionamento de nossa sociedade. Isso porque sabemos que os brasileiros têm acessos diferentes ao sistema de saúde; alguns recorrem a clínicas particulares e, outros, a grande maioria, ao Sistema Único de Saúde. Isso mostra a quem a lei se propõe defender, pois usa de um poder de persuasão para fazer crer que inexistente qualquer tipo de discriminação na assistência à saúde mental.

Ao negar as desigualdades sociais contidas na assistência à saúde mental dos brasileiros, a lei toma partido pelos interesses da classe dominante; e, ao assegurar o atendimento sem qualquer forma discriminatória, produz para a sociedade a ilusão de estar resolvendo as contradições. Não esqueçamos que: “a universalidade é apenas uma forma ilusória da coletividade” (MARX, 1998, p.30).

Isso nos dá subsídios para dizer que o processo discursivo carrega contradições e está impregnado pela luta de classes da sociedade. A lei tenta persuadir a população com a promessa de extinguir os manicômios e melhorar a assistência à saúde mental. Para isso, utiliza-se do lema “extingam os manicômios” e, novamente numa jogada de *marketing*, a formação discursiva do presente dialoga com a do passado (interdiscurso). O termo “manicômios” é trazido do interdiscurso para dialogar com a formação discursiva do presente, resgatando todo o sofrimento imposto por uma instituição aos “loucos”, quando os únicos tratamentos consistiam em “ocupação” e “contenção”.

Nesse sentido, compreendemos que o resgate do termo “manicômios” não está presente por acaso, ou evidencia uma falha da língua. O termo foi cuidadosamente escolhido para fazer com que a população civil concordasse inteiramente com o seu fim.

Também vimos que o termo foi ressignificado pelo movimento da luta antimanicomial, mas não significa apenas a instituição psiquiátrica. O termo significa o fim de toda forma de opressão presente na sociedade.

Ou seja, o mesmo termo (manicômios) detém sentidos diferentes. Por um lado significa a extinção dos manicômios e por outro lado significa o fim de toda forma de opressão na sociedade vigente.

Para que conseguíssemos apreender os sentidos do termo em questão foi necessário um retorno à origem do seu uso. Precisamos compreender o contexto sócio-histórico em que foi utilizado, seus conflitos da luta de classes em que está envolvido. Foi o que fizemos no capítulo referente ao surgimento da Psiquiatria. Nas palavras de Bakhtin (1990, p.103), “a concretização da palavra só é possível com a inclusão dessa palavra no contexto histórico real de sua realização primitiva”.

Ao dialogar com o passado e com a ressignificação do termo feita pelo movimento da luta antimanicomial, a lei, aparentemente, demonstra findar com as instituições com funcionamentos repressores e passa a ilusão de preocupar-se apenas com a saúde dos brasileiros.

Como vimos, o que está silenciado e não pode ser dito é o real objetivo da busca desenfreada na extinção dos manicômios, a impossibilidade de o Estado assumir seus doentes em instituições, ou seja, a prioridade do Estado está voltada à minimização de custos.

Para completar o jogo discursivo da referida lei, em seu parágrafo único ela informa que o doente deve “**ser tratado com humanidade** e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação **pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;**”. Através de depoimento de um familiar de um paciente, foi visto que a responsabilidade com cuidados rotineiros do paciente foi transferida do Estado para familiares e podemos comprovar através dos depoimentos dos profissionais de saúde mental que os principais serviços substitutivos dos hospitais ainda não estão capacitados para atender a clientela portadora de transtorno mental grave.

Constatou-se que a família do paciente não tem direito de voz e deve ser silenciada porque é ela que detecta os principais entraves da reforma psiquiátrica. Inserir os pacientes no lar e na comunidade é um dos objetivos da reforma, sem interesse nenhum com sua saúde, mas com o interesse velado de diminuir custos com internações psiquiátricas.

Quando analisamos o sentido de “humanização” para o discurso da reforma também tivemos de ir à origem do uso deste termo no início da assistência à saúde mental. Vimos que “humanizar” (Cap. II) naquela época tinha o sentido de separar em instituições especializadas (os recém--criados hospícios) os doentes, da sociedade dos ditos normais, para que não tirassem “a ordem da sociedade”. Humanizar era internar os “loucos” nos hospícios.

A proposta de humanização da reforma é calcada na proposta de desinstitucionalização, pois a humanização para a reforma consiste em desinstitucionalizar e fazer o tratamento dessas pessoas em serviços comunitários, na família e na comunidade em geral. Aqui se diminui enormemente o dever do Estado de “cuidar” dessas pessoas e se divide esse dever com os familiares, que são os mais sobrecarregados.

Nos depoimentos dos profissionais da saúde mental sobre a reforma foi evidenciada a luta de classes. De um lado estão os profissionais, pacientes e familiares, e do outro lado estão os que têm direito a voz, os representantes da ideologia dominante. Esse cenário reproduz fielmente o funcionamento da sociedade de classes, onde poucos detêm o poder, enquanto a grande maioria não tem direito a voz. Tal cenário pode ser mudado a partir do momento em que os homens se revoltarem com essa situação e se unirem para exigir mudanças.

A A.D., embasando-se em Karl Marx, entende que a luta de classes é ininterrupta e é justamente isso que impulsiona as mudanças sociais e evita que aconteça o marasmo e a estagnação de uma sociedade.

Os profissionais da saúde mental acreditam que a reforma não se efetiva por causa da ausência de investimentos dos gestores e mostram-se descrentes com os rumos atuais da reforma.

Mas, como vimos, o sentido da reforma para o Estado difere do sentido de reforma para os profissionais de saúde, familiares e pacientes. Para o Estado o principal objetivo é a contenção de despesas, enquanto o sentido de reforma para os profissionais, familiares e pacientes encontra-se na busca de uma melhor assistência à saúde mental aos portadores de transtornos mentais.

A reforma psiquiátrica reproduz o funcionamento da nossa sociedade

capitalista, na qual os detentores do poder travam batalhas constantes com outras classes com o objetivo de passar a ilusão de que a busca é pela coletividade e nunca pelos interesses individualistas.

Podemos ver semelhanças nos objetivos da reforma nos depoimentos dos profissionais de saúde mental com os objetivos do movimento da luta antimanicomial, mas de maneira alguma vemos qualquer semelhança com os objetivos da reforma psiquiátrica defendida pelo Estado.

Acerca do que analisamos, podemos dizer que a reforma psiquiátrica possui sentidos diversos, dependendo do sujeito que fala, e para quem fala e que os sentidos dessa reforma só fazem sentido quando inseridos na história e se procura compreendê-los dentro do contexto sócio-histórico em que estão contidos.

Também não podemos dizer que seus sentidos serão mantidos estáveis porque, à medida que os sujeitos intervêm no mundo através de sua vida prática, os sentidos vão sendo convidados a tomar outros rumos, outros sentidos, pois o homem faz a história dentro de sua realidade e por causa da realidade que o cerca. A possibilidade de transformar, mudar, através de tomadas de posição, é o que nos impulsiona a acreditar que ainda podemos lutar e ganhar a batalha “**por uma sociedade sem manicômios**”.

REFERÊNCIAS

- ALTHUSSER, Louis. **Aparelhos Ideológicos de Estado**. Tradução W. J. Evangelista, M. L. Viveiros, J. A. G. Albuquerque. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- AMARAL, Maria Virgínia Borges. **Discurso e relações de trabalho**. Maceió: EDUFAL, 2005
- BAKHTIN, Mikhail. **Marxismo e Filosofia da Linguagem**. 5. ed. São Paulo. Hucitec, 1990.
- _____. **Questões de Literatura e Estética**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1990.
- BASTOS, Alexandre Fleming Vasquez. **A reforma da universidade no Brasil: um discurso (re) velador**. Maceió: EDUFAL, 2007.
- BENETTON, Jô. **Trilhas Associativas: ampliando recursos na clínica da psicose**. São Paulo: Lemo, 1991.
- BRAIT, Beth (Org.). **Bakhtin: Conceitos-chave**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005
- _____. Ministério da Saúde. **A saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infante-juvenil**. Brasília, 2005.
- CANIGLIA, Marília. **Terapia Ocupacional: um enfoque disciplinar**. Belo Horizonte: Oficina de Arte & Prosa, 2005.
- CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação: a ciência, sociedade e cultura**. 28. ed. São Paulo: Cultrix, 2007.
- CAVALCANTE, Maria do Socorro de oliveira. **Ensino de qualidade e cidadania nos parâmetros curriculares nacionais: o simulacro de um discurso modernizador**. Tese (Doutoramento em Letras e Linguística) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2002.
- _____. **Implicitos e silenciamentos como pistas ideológicas**. In: Revista leitura n. 23 : análise do discurso. Maceió: EDUFAL, 1999, p. 149-163.
- _____. **Qualidade e cidadania nas reformas da educação brasileira: o simulacro de um discurso modernizador**. Maceió, EDUFAL, 2007.

_____. Qualidade e competências nos cursos de formação de professores. In CAVALCANTE, M. D. S.A. (Org). **As marcas de discursos (re) veladores**. Maceió: EDUFAL, 2005.

_____. **Produção de texto na escola**: homogeneização do não-homogêneo. Dissertação. (Mestrado em Letras e Linguística) – Universidade federal de Alagoas, Maceió, 1997.

_____. **O sujeito responsivo/ativo em Bakhtin e Lukacs**. Maceió: EDUFAL, 2005.

COURTINE, Jean Jacques. **Analyse du discours politique**: le discours communiste adressés aux chrétiens. In: Langages, Paris: Larousse, n. 62, 1981.

_____. **Les termes clés de l'analyse du discours**. Paris: SEUIL, 1996.

CERVONI, Jean. **A Enunciação**. São Paulo: Ática, 1989.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia**. 13. ed. São Paulo: Ática, 2003.

MCLELLAN, David. **As idéias de Marx**. Editora: Cultrix. São Paulo, 1975.

DE CARLO, Marysia Mara Rodrigues do Prado; BARTALOTTI, Celina Camargo. Bartalotti (Orgs.). **Terapia Ocupacional no Brasil**: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus, 2001.

ÉPOCA. **Colesterol**. Rio de Janeiro: Globo, n. 520. 05 maio 2008.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 22 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

FLORENCIO, Ana Maria Gama. O enunciado e polifonia em Bakhtin. In:_____. **Revista Leitura n. 30**. Maceió: EDUFAL, 2002.

FRANCISCO, Berenice Rosa. **Terapia Ocupacional**. Campinas, SP: Papyrus, 1988.

FRANÇA, Josimar M. F.; Jorge Miguel R. A associação brasileira de psiquiatria e a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. **Revista: Brasil Psiquiátrica**. v.23, n.1. São Paulo. Mar, 2001.p.3-6. ISSN 1516-4446. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462001000100002&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 fev. 2008.

GASPAR, Nádea Regina. Língua, linguagem, texto e discurso. In: NAVARRO, P. (Org). **Estudos do texto e do discurso**: mapeando conceitos e métodos. São Carlos: Lar Luz, 2006.

GREGOLIN, Maria do Rosário; BARONAS, Roberto. **Análise do discurso: as materialidades do sentido**. São Carlos: Ed. Claraluz, 2003.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 3. ed. São Paulo: Perspectiva 1990.

HENRY, Paul. Os fundamentos teóricos da análise automática do discurso de Michel Pêcheux (1969). In: GADET, Françoise; HAK, Tony (Orgs). **Por uma análise automática do discurso**: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Campinas, SP: UNICAMP, 1993, p.13-36.

INDURSKY, Freda. **A fala dos quartéis e outras vozes**. Campinas, SP: Ed. da UNICAMP, 1997.

LEONTIEV, Aléxis. **O desenvolvimento do psiquismo**. São Paulo. Centauro, 2004.

LESSA, Sérgio. **Para compreender a ontologia de Lukács**. 3. ed. rev. e ampl. Ijuí, SP: Ed. Unijuí, 2007.

LESSA, Sérgio; TONET, I. **Introdução à Filosofia de Marx**. [S.l : s.n], 2007. (texto de circulação interna).

LIBERMAN, Flávia. **Danças em Terapia Ocupacional**. São Paulo: Summers, 1998.

LUFT, Celso Pedro. **Minidicionário Luft**. São Paulo: Ática, 2000.

MAGALHÃES, Belmira. O sujeito do discurso: um diálogo possível e necessário. **Revista - Linguagem em (Dis) curso**, v.3, 2006, n. especial (1-8).

MAINGUENEAU, Dominique. **Novas tendências em análise do discurso**. Campinas, SP: Pontes, 1989.

MALDIDIER, Denise. Elementos para uma História da Análise do Discurso na França. In: Orlandi, Eni (Org.). **Gestos de Leitura; da história no discurso**. Campinas, SP: Ed. da UNICAMP, 1994.

MALDIDIER, Denise. A inquietação do discurso: (re) ler Michel Pêcheux hoje. In: ORLANDI, E.P. (Org.). **Gestos de Leitura; da história no discurso**. Campinas, SP: Pontes, 2003.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; NICÁCIO, Fernanda. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M R. do P.; BARTALOTTI, C. C. B. (Orgs.). **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus Editora, 2001.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. Tradução Luis Cláudio de Castro e Costa. São Paulo: Martins. Pontes, 1998.

MAXIMINO, Viviane Santalúcia. **Grupos de atividades com pacientes psicóticos**. São José dos Campos: Univap, 2001.

MIOTELLO, Valdemir. **Ideologia**. In: BRAIT, B. (Org.). **Bakhtin: Conceitos-chave**. São Paulo: Contexto, 2005.

ORLANDI, Eni P. **Análise do discurso: princípios e procedimentos**. 6. ed. Campinas, SP: Pontes, 2005.

_____. **Discurso e texto: formulação e circulação de sentidos**. São Paulo, Campinas: Pontes, 2001.

_____. **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos**. 4. ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1997.

_____. **Interpretação, autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico**. Petrópolis, Rio de Janeiro. Vozes, 1996

_____. **Introdução às ciências da linguagem.** Organizadores S. L. Rodrigues, Eni P. Orlandi. Campinas, SP: Pontes Editores, 2006.

PÊCHEUX, Michel. **O discurso: estrutura ou acontecimento.** Tradução E. P. Orlandi. Campinas, SP: Pontes Editores, 2002.

_____. Remontemos de Foucault a Spinoza. In: MALDIDIÉ, D. (Trad.). **L'inquietud du discours.** Paris: Cendres, 1990, p.245-260.

_____. **Semântica e discurso: uma crítica a afirmação do óbvio.** Tradução Eni Pulcinelli Orlandi et al. 3 ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1997.

PÊCHEUX, M.; FUCHS, C. A propósito da análise automática do discurso: atualizações e perspectivas (1975). In: GADET, F.; HAK, T. (Orgs.) **Por uma análise automática do discurso: uma introdução a obra de Michel Pêcheux:** Campinas, S.P: UNICAMP, 1993.

RABELO, Antônio Reinaldo. et al. **Um manual para o CAP'S: Centro de Atenção Psicossocial.** Salvador: Departamento de Neuropsiquiatria da UFBA, 2005. (Série Saúde Mental).

SANTOS FILHO, João dos. Necessidade da ideologia ao desinteresse ideológico pela história: marxistas e marxianos. **Revista Espaço Acadêmico**, Ano 1, n. 1, 2001. Mensal. ISSN 1519-6186. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/001/01marx.htm>>. Acesso em: 26 jan. 2008.

SARGENTINI, Vanice Maria Oliveira. **Arquivo e acontecimento: a construção do corpus discursivo em análise do discurso.** In: NAVARRO, P. (org) **Estudos do texto e do discurso: mapeando conceitos e métodos.** São Carlos: Clara Luz, 2006.

SAUSSURE, Ferdinand de. **Curso de lingüística geral.** Tradução A. Chelini, J. P. Blikstein. São Paulo: Cultrix, 1995.

SILVA SOBRINHO, Helson Flávio da. **Discurso, velhice e classes sociais: a dinâmica contraditória do dizer agitando as filiações de sentidos na processualidade histórica.** Maceió: EDUFAL, 2007.

SOARES, Lea Beatriz. **Terapia Ocupacional: Lógica do Capital ou do Trabalho?** São Paulo; SP: Hucitec, 1991.

VAISMAN, Ester. A ideologia e sua determinação ontológica. **Revista ensaio.** São Paulo, n. 17/18, 1989.

VOESE, Ingo. Sobre as noções de língua e discurso, n.30, jul. 2002-dez; 2002 p.99. Discurso: história, sujeito e ideologia n. 30, Maceió. EDUFAL, 2005. **Revista do programa de pós-graduação em letras e lingüística – UFAL.**

ANEXOS

ANEXO A

Carta de Bauru

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação.

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos.

O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.

Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e Fórum de Entidades Nacionais de Direitos Humanos <http://www.direitos.org.br>
_PDF_POWERED _PDF_GENERATED 14 June, 2008, 15:51sindical.

Contra a mercantilização da doença!

Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988!

Por uma sociedade sem manicômios!

Bauru, dezembro de 1987 - II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental

Fórum de Entidades Nacionais de Direitos Humanos
<http://>

ANEXO B

Lei nº 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.**

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º **Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.**

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I- **ter acesso ao melhor tratamento** do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II- **ser tratada com humanidade** e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III- ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV- ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V- **ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;**
- VI- ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII- receber o maior número de informações a respeito de sua doença e tratamento;
- VIII- ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX- ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I- internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II- internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III- internação compulsória: aquela determinada pela justiça.

Art. 7º 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.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina- CRM do estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º 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.

§ 2º 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. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10º Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11 Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12 O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13 Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

ANEXO C

PORTARIA GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a Lei nº 10.216, de 6/4/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde-NOAS-SUS 01/2001, aprovada pela portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001;

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II E CAPS III definidos por ordem crescente de porte/ complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria;

§1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art.2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art.3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial(CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar. Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Art.4º Definir que as modalidades de serviços estabelecidos pelo artigo 1º desta portaria correspondem às características abaixo discriminadas;

4.1.CAPS I-Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

- a) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

- b) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- c) coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- e) realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de Saúde Mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1.077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/sas/ms nº 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- f) funcionar no período de 8 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana.

4.1.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

- a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b) atendimentos em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
- c) atendimentos em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;**
- d) visitas domiciliares;
- e) atendimentos à família;
- f) atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias.

4.1.2. Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

- a) 1 (um) médico com formação em saúde mental;**
- b) 1 (um) enfermeiro;**
- c) 3 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;**
- d) 4 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.2.CAPS II-Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

- a) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional à Saúde(NOAS), por determinação do gestor local;
- c) coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- e) realizar e manter atualizado, o dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de Saúde Mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1.077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- f) funcionar de 8 às 18 horas, em 2(dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas.

4.2.1.A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

- a) atendimento individual(medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b) Atendimento em grupos(psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;**
- d) visitas domiciliares;
- e) atendimento à família;
- f) atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g) os pacientes assistidos em um turno(4 horas) receberão uma refeição diária:os assistidos em dois turnos(8 horas) receberão duas refeições diárias.

4.2.2.Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45(quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

- a) 1(um) médico psiquiatra;
- b) 1(um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c) 4(quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;**
- d) 6(seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

4.3.CAPS III-Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

- a) constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;
- b) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- c) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde(NOAS), por determinação do gestor local;
- d) coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- e) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- f) realizar e manter atualizado, o dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de Saúde Mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1.077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- g) estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

- a) atendimento individual(medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b) atendimentos em grupos(psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
- c) atendimentos em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;**
- d) visitas e atendimentos domiciliares;
- e) atendimento à família;
- f) atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g) acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 5(cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;
- h) ao pacientes assistidos em um turno(4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos(8 horas) receberão duas refeições diárias e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão quatro refeições diárias;
- i) a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 7(sete) dias corridos ou 10(dez) dias intercalados em um período de 30(trinta) dias.

4.3.2. Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40(quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60(sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

- a) 2(dois) médicos psiquiatras;
- b) 1(um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c) 5(cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d) 8(oito) profissionais de nível médio: técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1. Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

- a) 3(três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;
- b) 1(um) profissional de nível médio da área de apoio.

4.3.2.2. Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

- a) 1(um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;
- b) 3(três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;
- c) 1(um) profissional de nível médio da área de apoio.

4.4. CAPSi-Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

- a) constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;
- b) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde(NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- c) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;
- d) coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

- e) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;
- f) realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de Saúde Mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- g) funcionar de 8 às 18 horas, em 2(dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21 horas.

4.4.1. A assistência prestada ao paciente no CAPSi II inclui as seguintes atividades:

- a) atendimento individual(medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b) atendimento em grupos(psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
- c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d) visitas e atendimentos domiciliares
- e) atendimento à família
- f) atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;
- g) desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;
- h) os pacientes assistidos em um turno(4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos(8 horas) receberão duas refeições diárias.

4.4.2.Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no CAPSi II, para o atendimento de 15(quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25(vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

- a) 1(um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com especialização em saúde mental
- b) 1(um) enfermeiro;
- c) 4(quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais:psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d) 5(cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.5.CAPS ad II-Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 com as seguintes características:

- a) constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;
- b) sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede assistencial local no âmbito de seu território;
- c) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde(NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- d) coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;
- e) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- f) realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de Saúde Mental regulamentados pela Portaria/GM/MS/nº 1.077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- g) funcionar de 8 às 18 horas, em 2(dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas;
- h) manter de 2(dois) a 4 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

- a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b) atendimento em grupos(psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d) visitas e atendimentos domiciliares;
- e) atendimento à família;
- f) atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g) os pacientes assistidos em um turno(4 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos(8 horas) receberão duas refeições diárias;
- h) atendimento de desintoxicação;

4.5.2.Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no CAPSad II para atendimento de 25(vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45(quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

- a) 1(um) médico psiquiatra;
- b) 1(um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c) 1(um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

- d) 4(quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- e) 6(seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Art.5º Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPSi II e CAPSad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretária da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitem de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. A descrição minuciosa dessas três modalidades deverá ser objeto de Portaria da Secretária de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2º.

Art. 6º Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I,II,III, CAPSi II e CAPSad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretária de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados.

Art.7º Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu cadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SAI, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação-FAEC.

Art.8º Estabelecer que serão alocados no FAEC, para a finalidade descrita no art.5º, durante os exercícios de 2002 e 2003, recursos financeiros no valor total de R\$ 52.000.000,00(cinqüenta e dois milhões de reais), previstos no orçamento do Ministério da Saúde.

Art.9º Definir que os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I,II(incluídos CAPSi II e CAPS ad II, objetos da presente Portaria, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art.10 Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

José Serra

Comentário

Acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria nº 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência.

Cria, ainda, mecanismo de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, para a rede de CAPS.