

Contribuição à historiografia da saúde mental no Brasil: análise do discurso de 1991 do presidente da Associação Internacional de Psiquiatria

Contribution to the historiography of mental health in Brazil: analysis of discourse from 1991 by the president of International Association of Psychiatry

Filippe de Mello Lopes; Danilo Rodrigues de Matos; Talyta Resende de Oliveira; Marília Novais da Mata Machado

Universidade Federal de São João del-Rei.

RESUMO:

Este artigo apresenta a análise de um discurso de 1991, enunciado pelo presidente da Associação Internacional de Psiquiatria em carta escrita aos senadores da república, no momento de discussão do substitutivo do projeto de lei 3657/89 de autoria do então deputado federal Paulo Delgado (PT/MG). Marcado pela reforma sanitária e pelo movimento de trabalhadores de saúde mental, tal projeto propunha um modelo aberto e descentralizado para a área e questionava as práticas psiquiátricas prevalentes no país. A carta apresentou-se contrária àqueles movimentos e temerosa da descaracterização da prática psiquiátrica tradicional. Refletiu assim tensões e disputas de forças, poderes e interesses do debate parlamentar sobre saúde mental. Ela precedeu a aprovação da lei 10.216/01 e sua análise oferece subsídios que permitem compreender a defasagem entre o projeto e a lei.

Palavras-chave: Saúde Mental; Análise do Discurso; Anti-psiquiatria.

ABSTRACT:

This article presents an analysis of a 1991 discourse, enunciated by the president of the International Association of Psychiatry in a letter addressed to the senators of the republic at the time of the discussion of the project of law 3657/89 presented by then Congressman Paul Delgado (PT/MG). Strongly marked by the health reform and by the movement of mental health workers, that project proposed an open and decentralized model for the area and questioned the prevalent psychiatric practices in the country. The letter was contrary to those movements and fearful of adulteration of traditional psychiatric practice. Thus it reflected tensions and disputes of forces, powers and interests of the parliamentary debate on mental health. It preceded the sanction of the law 10216/01 and its analysis provides grants that allow us to understand the gap between the project and the law.

Key-words: Mental Health; Discourse Analysis, Anti-psychiatry.

Neste trabalho, percorremos a história da saúde mental no Brasil, com ênfase em período mais recente, especificamente entre o projeto de lei de 1989, do deputado Paulo Delgado, e 2001, data da aprovação da lei sobre saúde mental. Acentuamos esse recorte temporal em razão da opção metodológica, a análise do discurso, dispositivo que requer muita informação de contexto para compreender um texto específico, no caso, o discurso enunciado em 1991 pelo presidente da Associação Internacional de Psiquiatria, Dr. Jorge Alberto Costa e Silva. As informações históricas sobre as políticas brasileiras de saúde mental que apresentamos a seguir visam contextualizar esse discurso particular. Nossa pretensão foi a de contribuir para a historiografia da saúde mental, pesquisando um recorte da luta pela desinstitucionalização psiquiátrica e de oposição a ela, atestada pela carta aberta contrária ao projeto.

Verso e reverso: tentativas de revolucionar o in-revolucionável

Uma retrospectiva rápida dos primeiros anos da história da psiquiatria no Brasil necessariamente nos remete à chegada da Coroa Portuguesa, em 1808, a anteceder uma série de mudanças na vida da Colônia. Entre elas, destacamos a criação, no Rio de Janeiro, em 1841, do Hospital Nacional dos Alienados (HNA) e, em 1881, da cadeira de Doenças Nervosas e Mentais. O HNA só foi inaugurado de fato em 1852, ou seja, 11 anos depois de sua criação.

A primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados foi promulgada em 1903 e a segunda, a Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais, em 1934. Assinalamos aqui uma mudança de discurso: enquanto o código de 1903 direcionava-se aos “alienados”, o de 1934 falava de “doentes mentais”. Adiantamos que, analogamente, em meados da década de 1980, ao invés de “doentes mentais”, passou-se a dizer “saúde mental”.

Entre a primeira e a segunda lei federais, um movimento de grande monta estabeleceu uma relação de duplo vínculo com a sociedade brasileira, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). Embora criada em 1923, pelo médico psiquiatra Gustavo Riedel, com a intenção de auxiliar no tratamento dos “loucos”, seus fundamentos epistemológicos – a eugenia e a higiene social e mental – refletiam ideais que perpassavam outros saberes além dos psiquiátricos. Nessa área, de acordo com Costa (1989: 59), “a eugenia era como um conceito científico, logo inquestionável”. A LBHM buscou “higienizar” e “eugenizar” a população brasileira, pois entendia que: “Se a

doença mental era transmitida hereditariamente, a única prevenção logicamente possível era o extermínio físico ou a esterilização sexual dos indivíduos doentes. O espaço teórico da época não permitia a formulação de outra idéia de prevenção que não fosse esta” (COSTA, 1989: 60).

A eugenia e outros princípios da LBHM chegaram ao Brasil ao longo das décadas de 1920 e 1930, quando ainda se viviam, no país, as consequências da abolição da escravatura, ao mesmo tempo em que, devido a crises e guerras no exterior, chegavam migrantes: “O ideal eugênico da Psiquiatria alemã teve seu receptáculo, não nas teorias psiquiátricas científicas, mas no contexto político-ideológico dos anos 20-30” (COSTA, 1989: 110). Nos dias atuais, o fosso étnico entre brancos e negros e suas respectivas oportunidades nas diversas esferas da vida persistem: “essa situação absolutamente abastarda e sórdida é a situação do brasileiro que teve a infelicidade de ser portador dos três pês: pobre, psicótico e preto” (COSTA, 1989: 43).

Em 1923, reproduziam-se no Brasil estudos preconizados no exterior como craniometria e correlações entre psicose e raça (COSTA, 1989). Por influência inclusive da LBHM, um discurso científico positivo, vindo dos países europeus, ganhou credibilidade em várias esferas por se esperar que fizesse progredir o país, tirando-o do atraso presumivelmente causado pela miscigenação.

De outro lado, Osório Cesar, médico psiquiatra do Hospital de Juqueri, em São Paulo, observou as pinturas e garatujas nas paredes do hospital e iniciou no país o primeiro trabalho vinculando arte e saúde mental (LOPES, 2011). Casado com Tarsila do Amaral, atento à Semana da Arte Moderna de 1922 e em contato com Tarsila, Anita Malfatti, Oswald de Andrade, dentre outros artistas e escritores, percebeu a possibilidade de realizar no hospital psiquiátrico paulista trabalhos que de algum modo subvertessem a ordem vigente, fossem da pintura, desenho ou outra atividade artística.

Além de Osório Cesar, Nise da Silveira, no Rio de Janeiro, também subverteu o significado da palavra tratamento. Juntos apontaram caminhos pautados no cuidado e na promoção da saúde mental ao invés de se ocuparem da doença mental. Em 1946, Nise da Silveira inaugurou, no antigo Hospital Nacional de Alienados, atual Instituto Municipal de Assistência à Saúde (IMAS Nise da Silveira), a Seção de Terapêutica Ocupacional (STO) que oferecia atividades como pintura, modelagem, sapataria, tapeçaria e costura (SANTOS, 1967). Em 1956, ela inaugurou o primeiro serviço aberto

de atendimento ao sujeito em sofrimento psíquico, a Casa das Palmeiras, uma instituição criativa, humanizadora e revolucionária.

Em 1967, já durante o período ditatorial, também no Rio de Janeiro, em resposta à insatisfação com os modelos prevalentes de tratamento adotados então nos hospitais, foi fundada na Seção Olavo Rocha, do Hospital Odilon Gallotti, uma Comunidade Terapêutica (CT) adotando projetos de trabalho e assembléias que envolviam toda a equipe da Seção (SANTOS, 1967). Como na Terapêutica Ocupacional de Nise da Silveira, os “pacientes” aderiam melhor ao tratamento e mostravam-se menos revoltosos. Ao mesmo tempo, as relações que ali se pautavam mudaram completamente, ou seja, passaram a se dar por meio do afeto¹.

A ideia básica da Comunidade Terapêutica organizada no Hospital Odilon Gallotti indica que “tanto a equipe como os pacientes estão conscientemente unidos para levar adiante o tratamento. Isto modifica a conduta habitual do paciente, uma vez que, cooperando com a equipe como elemento ativo no seu próprio tratamento e no dos outros, ele intervém de forma direta nos diferentes aspectos operacionais da enfermagem” (SANTOS, 1967: 284).

Várias críticas foram feitas então às Comunidades Terapêuticas (CT): argumentou-se que, pelo fato de lidarem com sujeitos desorganizados psiquicamente, teriam que ter suas tarefas controladas, pois colocavam em perigo sujeitos e equipe. Tal hipótese foi refutada diante do sucesso que as CT inicialmente obtiveram. De fato, observou-se o contrário, ou seja, na medida em que as ações eram deliberadas comunitariamente, o sujeito desejava cumpri-las e tanto sua organização psíquica quanto suas relações interpessoais tendiam a melhorar. Segundo Santos (1967):

O estabelecimento da função ativa de um paciente e a transformação dessa atividade em papel terapêutico é a base fundamental do procedimento comunitário. É evidente que as responsabilidades dadas aos pacientes são compatíveis com suas capacidades: mesmo em condições ótimas, o doente não chega a receber todo o poder de decisão sobre os acontecimentos. A equipe de tratamento ou a sua autoridade fica simplesmente latente, podendo ser requerida a qualquer momento que se fizer necessária (p. 288).

Com efeito, a Comunidade Terapêutica adotada no Hospital Odilon Gallotti mostrou-se revolucionária, opôs-se à ideia de tratamento preconizada na época e transformou um dos espaços de “saúde” mais rígidos que já houve: o hospício.

Outra referência importante na história da reforma psiquiátrica brasileira foi a experiência italiana da Psiquiatria Democrática, conduzida pelo médico Franco Basaglia, à qual voltaremos. Porém, no que diz respeito à Comunidade Terapêutica,

porque ela não rompeu os muros do manicômio, foi prática desconsiderada por Basaglia (2005: 157): “o novo movimento não tem o menor significado inovador e “revolucionário” como se gosta de defini-lo aqui”. Contudo, observamos que, tanto no Brasil quanto na Argentina, a ruptura com o manicômio começou no interior do hospital, construindo um elo entre “os de dentro” e “os de fora” (MOFFATT, 1980) e produzindo tratamento ao invés de sofrimento.

A ditadura e a saúde mental no Brasil: anos de retrocesso e de resistência

A última ditadura no Brasil durou 21 anos, de 1964 a 1985. Como outros estratos da população brasileira, os loucos também foram vítimas de violências e agressões. No final da década de 1970, o Brasil passou a ter um dos maiores parques manicomial da América Latina; foi esse o momento de maior força do militarismo da ditadura brasileira e também o período de maior internação dos loucos no Brasil (AMARANTE, 2010: 30). Não obstante, na resistência à ditadura, formaram-se movimentos pró-mudanças no tratamento do louco. Para tanto, o modelo de maior relevo foi a reforma psiquiátrica levada a cabo na Itália. Em 1978, Franco Basaglia e sua equipe de profissionais fecharam numerosos hospitais psiquiátricos nas cidades daquele país. Em duas delas – Trieste e Bologna –, a repercussão foi ampla. Amparado na experiência italiana, surgiu no Brasil, no mesmo ano (1978), o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), “um movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas” (DELGADO et al., 2007: 40).

Iniciou-se assim uma campanha importante pretendendo, à semelhança das comunidades terapêuticas nos manicômios, subverter a situação dos loucos no Brasil e apontar direções mais humanas e libertadoras para tratar o sofrimento mental daqueles sujeitos. Esse movimento não só desconstruiu o senso comum vigente na esfera da saúde mental como também trouxe em seu bojo o esboço do que mais tarde se tornaria a lei 10.216/01, também chamada “Lei Paulo Delgado”. De acordo com Amarante (2010):

em 37 anos, os leitos psiquiátricos públicos passaram de 21 para 22 mil, enquanto os leitos psiquiátricos particulares subiram de 3 mil para 55 mil. Este fato ocorreu, fundamentalmente, durante a ditadura militar, após o golpe de 1964, mais particularmente após o AI-5, em 1968, quando foi criado o plano de pronta-ação pelo ministro Leonel Miranda, que era dono do Hospital de Paracambi (RJ), que foi considerado o maior manicômio privado do mundo, chegando a ter 1800 leitos pagos pelo serviço público (p. 22).

Fica evidente que a saúde pública brasileira tornara-se privada e financiada pelo poder público e que a ditadura ganhava com isso, não lhe sendo em nada interessante o fechamento nem a diminuição dos leitos psiquiátricos no Brasil. Com isso, fica claro que o MTSM tinha uma grande jornada e grandes desafios pela frente, visto que, como aponta Amarante (2010: 23), “no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, chegamos a ter 111 mil leitos psiquiátricos no Brasil”.

O início do fim: Os anos 1980 e a saúde mental no Brasil

Diante dos 111 mil leitos psiquiátricos do início dos anos 1980, a incumbência do MTSM e dos partidários da Reforma Psiquiátrica brasileira não contava com um horizonte muito animador. Entretanto, alguns eventos possibilitaram fissuras e brechas que facilitaram o início da derrocada do período da grande internação. Dentre esses eventos, houve o III Congresso Mineiro de Psiquiatria e a visita de Franco Basaglia ao hospício de Barbacena, ocorridos em 1979. Ambos tiveram grande repercussão e colocaram a questão dos manicômios como uma questão de saúde pública, o que, até então, era visto como de interesse privado.

Outros acontecimentos também merecem destaque na década de 1980: a derrocada da ditadura, em 1985, a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, a Assembléia Nacional Constituinte de 1987, a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental de 1987, a aprovação da chamada Constituição Cidadã em 1988, o fechamento da Casa de Saúde Anchieta, em Santos, em 1989 e, no mesmo ano, a apresentação ao Congresso Nacional do Projeto de Lei 3.657 do deputado federal Paulo Delgado (PT/MG).

Influências advindas da Reforma Sanitária: O Projeto de Lei 3.657/89 e a Lei 10.216/01

Lutas e movimentos organizados na esfera pública e na privada explicitaram que o campo social não era monolítico, mas marcado por diferentes pensamentos e ideologias e que a loucura apresentava faces ideológicas, políticas e reveladoras de relações de poder, sendo também concretamente institucionalizada, especialmente no Brasil, onde ocorreu um processo contínuo de internação, segregação social e medicalização (AMARANTE, 1994). O lugar em que estamos hoje no que diz respeito

à loucura resultou da tensão entre posturas e tendências diversas, todas subordinadas a fortes interesses políticos e econômicos. Grosso modo, assinalamos dois movimentos relativos à instituição asilar, colocada em xeque quanto a seu propósito, função e papel: um, de caráter reformista, buscou transformar e/ou adequar a estrutura institucional manicomial; outro almejou desconstruir nas suas próprias bases o modelo asilar, entendido como falho e contraditório, e escolheu abdicar dele.

As conferências nacionais de saúde mental exerceram papel fundamental no âmbito dos debates políticos sobre loucura e foram espaços privilegiados para ressignificar não apenas a própria loucura, mas também as práticas de saúde. Seus efeitos foram político-jurídicos, teórico-técnicos, culturais e éticos (DEVERA & COSTA-ROSA, 2007). A primeira delas realizou-se em 1987 e suas discussões repercutiram diretamente na elaboração da Carta Constitucional de 1988 no que diz respeito às diretrizes de saúde coletiva e saúde mental. Ela foi antecedida e impulsionada pela VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, que teve como tema principal a Reforma Sanitária, abriu o caminho para o nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS), criticou modelos assistencialistas de atuação e a distância entre as políticas decisórias e as camadas populares da sociedade, excluídas das decisões relativas aos serviços públicos. Assim, sob essa influência, a I Conferência de Saúde Mental fez a crítica ao modelo hospitalocêntrico dominante e propôs a reestruturação dele, defendeu direitos do cidadão em sofrimento psíquico e questionou a total falta de autonomia dos usuários do sistema de saúde mental (DEVERA & COSTA-ROSA, 2007).

A partir de então, entraram em pauta de discussão a reorganização da assistência em saúde, incluindo a saúde mental, as políticas de tratamento humanizadas, os direitos e deveres do usuário e suas garantias constitucionais. A grande participação dos trabalhadores do campo da saúde mental impulsionou o desejo de formular sistemas substitutivos e com melhores condições de trabalho. O nascimento do SUS e seus princípios e diretrizes lançaram luz sobre a organização dos serviços de saúde mental, levaram à defesa de sua regionalização, hierarquização e descentralização, em clara oposição aos princípios e concepções hospitalocêntricos e medicalocêntricos em vigor (DEVERA & COSTA-ROSA, 2007). Tais temas foram trabalhados nas conferências seguintes, especialmente na II Conferência de Saúde Mental, com grande mobilização popular e número crescente de debates sobre integralidade da atenção e cidadania.

Essa movimentação política teve impacto na esfera legislativa, como atestam o Projeto de Lei (PL) nº 3.657/89 e a Lei nº 10.216/01. O primeiro, de 1989, é de autoria do deputado Paulo Delgado. Depois de aprovado por voto de liderança na câmara dos deputados, foi barrado no senado. A lei de 6 de abril de 2001 foi estabelecida com base em um substitutivo ao projeto elaborado pelo senador Lucidio Portela e entrou em vigor após doze anos de debates e discussões. Entre um e outra está a carta de 1991, objeto de nossa análise, representando uma das formas de oposição ao projeto de 1989.

O PL 3.657/89 teve dois focos principais: o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a regulação da internação compulsória em desacordo com a vontade do paciente. Chamamos a atenção para o conteúdo de seus dois primeiros artigos:

- Art. 1º - Veda a criação de novos hospitais psiquiátricos públicos ou com incentivo governamental e a criação de novos leitos nos hospitais existentes.
- Art. 2º - Deixa a cargo das Secretarias de Saúde estaduais e municipais a planificação para a instalação de recursos-não manicomiais em todas as instituições e locais de atendimento à saúde mental; sugere a redução dos leitos de característica manicomial; dispõe que as secretarias constituam Conselhos Estaduais de Reforma Psiquiátrica, com participação voluntária de trabalhadores de saúde mental, usuários, poder público, advogados e comunidade científica, com o intuito de permitir sua participação na planificação e no processo de desospitalização.

A lei 10.216/01 retomou o debate acerca da internação, dividindo-a em três tipos: voluntária (com o consentimento do paciente), involuntária (a pedido de terceiro) e compulsória (determinada pela justiça). Além disso, dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. A ordenação para fechamento total dos hospitais psiquiátricos não faz parte dela. Em seu lugar, proíbe-se que tais locais desrespeitem os direitos dos pacientes (legislados no mesmo instrumento) e ordena-se que o tratamento seja realizado preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental. Chamamos a atenção para alguns artigos e para o forte impacto do SUS na sua formalização:

- Art. 1º - Referenda o direito à saúde mental respaldado no princípio de equanimidade independente de raça, credo ou classe social, revelando compatibilização com os princípios e a ideologia propostos para o SUS.
- Art. 2º - Dispõe sobre internação, garantindo ao sujeito o direito a ter o melhor tratamento de saúde segundo as suas necessidades (amplia assim o conceito de

saúde para além de apenas a mental, mas prende-se a tratamento, sem considerar a promoção da saúde); dispõe que o sujeito deve ser tratado com humanidade e respeito; que o cuidado deve incluir a sua reinserção na família, no trabalho e na comunidade; garante o direito do sujeito ao sigilo acerca de seu tratamento, doença e motivo de internação involuntária; aconselha o uso de métodos de tratamento o menos invasivos possíveis e em locais preferencialmente de caráter comunitário; garante ao internado direito a usufruir de meios de comunicação; dá ênfase aos serviços abertos.

- Art. 3º - Atribui ao Estado a responsabilidade de produzir políticas públicas de saúde mental prezando a participação popular e familiar dos envolvidos; aqui novamente vê-se a compatibilidade com os princípios do SUS que aconselham o controle social da saúde mediante a criação dos Conselhos de Saúde, o que envolve, além de profissionais, técnicos e usuários dos serviços de saúde mental, toda a sociedade (hospital psiquiátrico e serviços substitutivos deixam de ser do interesse apenas dos psiquiátricos e usuários dessas instituições e passam a dizer respeito a todos os cidadãos).

- Art. 4º - Aconselha a internação quando há insuficiência de recursos extra-hospitalares, ou seja, reconhece que a estrutura institucional deva ser reformada, mas não questiona a ideologia do hospital psiquiátrico; veda internação em estruturas de caráter asilar; aconselha a inserção social dos internados, que não devem ser cativos do hospital, mas participarem dos espaços da sociedade; como para outras instituições de saúde, dispõe que o hospital psiquiátrico deva atuar segundo o princípio, também proposto para o SUS, de integralidade (rejeitando assim concepções medicalocêntricas, hospitalocêntricas e de cunho restrito a ações de tratamento).

A análise do discurso

Definições e procedimentos

Até então apresentamos, neste artigo, o contexto histórico no qual foi produzido um discurso específico, objeto de nossas análises. Entendemos por discurso “qualquer fragmento conexo de escrita ou fala” (TRASK, 2006: 84) ou, semelhantemente, a “realidade material de coisa pronunciada ou escrita” (FOUCAULT, 1999: 8). No caso, o discurso em pauta é a carta de 30 de agosto de 1991, do presidente da Associação Mundial de Psiquiatria aos senadores da república, relativa ao Projeto de Lei 0008/91.

Observamos que esse projeto é a reformulação do PL 3.657/89, depois de debatido pelas comissões do Plenário da Câmara, aprovado por voto de liderança a 14 de dezembro de 1990 e encaminhado ao Senado, onde efetivamente foi discutido.

Entendemos por análise do discurso a articulação de texto (a carta em pauta) e contexto (o resgate histórico aqui realizado). Acompanhando teorização de Foucault (1987) – ou, talvez, numa tradução livre do que é proposto por esse filósofo –, o trabalho analítico nos leva à produção de outro discurso que é uma descrição sistemática da mesma carta. Fizemos tal descrição a partir de uma leitura cuidadosa desse material, com atenção à língua e com o apoio dos seguintes marcadores linguísticos (ou pontos de referência para a análise), tomados de empréstimo à filosofia analítica e à pragmática: predicação (SEARLE, 1981), implícito discursivo e pressuposto (AUSTIN, 1990; DUCROT, 1972; 1981; FLAHAULT, 1978). Inspirados em Foucault (1999), argumentamos que o sentido de um discurso não está para além de sua materialidade, mas está presente no próprio texto, devendo ser buscado, portanto, na língua, à luz da formação discursiva que o gerou – no caso, o contexto apresentado no qual foi produzida a carta.

As perspectivas filosóficas, teóricas e metodológicas que adotamos tomam discurso como prática social, como ato de fala que visa a mudar a posição de seu leitor ou ouvinte e como forma de ação que gera efeitos e consequências. Os marcadores que selecionamos permitem apreender justamente práticas e atos do autor da carta analisada. A *predicação* – que é atribuição de um predicado a um sujeito –, na teorização de Searle (1981), nunca é neutra. Quer aparecendo como afirmação, negação, interrogação, ordem, promessa, conselho ou recomendação, é ato de fala, é prática discursiva, é consideração que busca converter o leitor à posição do autor.

A respeito do *implícito discursivo*, fundamentamo-nos nos estudos de Austin (1990) sobre a insinuação como ato de fala, ato que é necessariamente implícito. Apoiamo-nos também em Ducrot (1972), que fez a distinção entre implícito linguístico (elemento de significação que pode ser derivado de um enunciado cuja forma linguística o implica) e implícito discursivo (elemento de significação que pode ser recuperado por meio de um raciocínio feito a partir do enunciado, conhecendo-se as condições de sua enunciação). Finalmente, baseamo-nos nas pesquisas de Flahault (1978) sobre o implícito discursivo com valor ilocucionário, noção que leva em conta o lugar ocupado por quem fala e o lugar do seu interlocutor. É o caso de atos como as críticas, que

buscam agir sobre o ouvinte ou o leitor (os senadores brasileiros e os interessados na questão da saúde mental, no texto que analisamos), enunciadas a partir de uma identidade auto-atribuída e não necessariamente compartilhada pelo receptor. Para Flahault, o implícito discursivo é sempre um efeito de lugar, raramente é produzido deliberadamente e corresponde a uma localização que seu autor faz em relação a seus interlocutores.

O *pressuposto* é um implícito, estudado por Ducrot (1972). Como outros implícitos, o pressuposto é definido como linguístico se sua significação não explicitada for passível de ser apreendida diretamente na língua; é definido como discursivo se passível de ser recuperado por meio do raciocínio. Sua função é a de dizer alguma coisa como se não se estivesse a dizê-la. Os pressupostos aparecem no discurso como evidências indiscutíveis. Algumas vezes podem ser apreendidos buscando-se as negações (DUCROT, 1981).

Com a análise do discurso que apresentamos, não almejamos afirmar uma verdade. Fazemos simplesmente uma releitura, à luz de seu contexto de produção, da carta, de 1991, assinada por Jorge Alberto Costa e Silva (1942), médico psiquiatra e professor, então presidente da Associação Mundial de Psiquiatria (AMP) e, portanto, alguém que se apresentou e foi apresentado como porta-voz não apenas dos médicos psiquiatras à época, mas também da sociedade brasileira culta. O próprio site de Costa e Silva (<http://www.jorgecostaesilva.com/>) confirma sua posição de destaque. Ele foi eleito o mais jovem médico da Academia Nacional de Medicina (ANM), aos 40 anos de idade, além de ter sido professor titular da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), de 1980 a 2006.

A carta analisada foi retirada do documento *Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil* (ABP, 2006), publicado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em 2006, com apoio da Associação Médica Brasileira (AMB), do Conselho Federal De Medicina (CFM) e da Federação Nacional Dos Médicos (FENAM). Sua nova publicação, 15 anos após escrita, aponta a relevância da carta para essas diferentes instituições.

O corpus analisado

Abaixo reproduzimos na íntegra o texto em estudo (SILVA, 2006: 15-16). Trata-se de nosso corpus de análise, ou seja, do material empírico sobre o qual os

procedimentos analíticos foram realizados. A carta é dirigida a todos os senadores: “*Excelentíssimo Senhor Senador*” e abre-se com a frase: “*Gostaria de expor as razões pelas quais me posiciono contra o texto do Projeto de Lei 0008/91*” (p.15). Seguem-se os argumentos:

- (1) *Considerando que a situação da assistência psiquiátrica brasileira é bastante precária e que poderá se tornar caótica com a implantação inadequada para a assistência aos enfermos mentais.*
- (2) *Considerando que a assistência psiquiátrica está necessitando de uma revisão, mas baseada em fundamentos exclusivamente científicos, técnicos, e não político partidários ou de interesse de grupos particulares.*
- (3) *Considerando que o projeto de lei em pauta irá inibir e tutelar a ação do psiquiatra e da psiquiatria.*
- (4) *Considerando que o psiquiatra não é o carcereiro do doente mental (Henry Ey), e sim como afirmou o mestre brasileiro, Ulysses Pernambucano, o Curador natural do doente mental.*
- (5) *Considerando que este projeto contraria os princípios técnicos e científicos que norteiam a prática psiquiátrica observados no mundo.*
- (6) *Considerando que o direito a ser tratado de uma doença mental deve ser garantido a todos que dela sofram.*
- (7) *Considerando a necessidade de um programa educacional para os profissionais de saúde mental melhor se preparem para tratar os doentes mentais.*
- (8) *Considerando que o grande inimigo dos doentes mentais não são os psiquiatras, os profissionais de saúde mental e as instituições psiquiátricas, mas sim a doença mental.*
- (9) *Considerando que devemos ter as necessárias garantias para que o psiquiatra, a psiquiatria, os profissionais de saúde mental e os doentes mentais tenham assegurados o acesso a todas as alternativas para o tratamento das doenças mentais.*
- (10) *Respeitosamente sugiro que seja elaborada uma lei que respeite as diretrizes da moderna política da assistência psiquiátrica, com fundamentos técnicos e científicos (p. 15).*

A carta se fecha com: “Rio de Janeiro, 30 de agosto de 1991”, assinada (Jorge Alberto Costa e Silva, Presidente da Associação Mundial de Psiquiatria).

Análise do texto

Na abertura da carta está explícito que se trata de discurso *contra* o projeto da reforma psiquiátrica e, portanto, sobretudo contra o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Esse é o pano de fundo para a análise das diferentes considerações.

Na primeira delas, o autor afirma que a assistência psiquiátrica brasileira é precária, deixando assim discursivamente implícito que ela deve ser mudada. Está implícito também que, ao se posicionar contra o projeto de lei (PL), ele o faz porque pressupõe que a aprovação do PL tornaria a assistência psiquiátrica caótica, isto é, ainda mais precária. Talvez haja nessa consideração uma resposta à afirmação de Delgado (1989: s/p) de que o gradualismo previsto para a aplicação do PL 3.657/89 preveniria o “colapso” do atendimento à loucura, o que sugere o conhecimento da proposta por parte

de Silva (1991), que se vale da fórmula de dizer alguma coisa (criticar Delgado) como se não a dissesse. Silva (1991) pressupõe que o PL implantaria algo inadequado e explicita que esse algo é inadequado para os “enfermos mentais”. Deixa assim implícita sua preferência pró-manutenção dos hospitais psiquiátricos/manicômios (uma vez que o PL é contra eles). Por sua vez, o sujeito assistido recebe a predicação de “enfermo mental”, um eufemismo para “doente mental”, terminologia já rejeitada, à época, pelos trabalhadores e pelos usuários/cidadãos do sistema de saúde mental.

Na segunda consideração, Silva (1991) explicita que a assistência psiquiátrica no país precisa ser revista e deixa implícito que tal revisão não pode ser feita por qualquer pessoa, mas exclusivamente por cientistas e técnicos. Implicitamente também dá a entender que o PL é político-partidário e atende a interesses de apenas alguns grupos, o que vale a dizer que o projeto é uma proposta de políticos que não são técnicos nem cientistas. Admite, igualmente, que a situação da assistência psiquiátrica não seja boa e pressupõe que o projeto encaminhado ao congresso, carecendo de fundamento técnico-científico, só fará piorá-la.

Na terceira consideração, o autor pressupõe que o PL visa tutelar e inibir a ação da psiquiatria e dos psiquiatras. Ele se coloca na posição de quem defende os direitos da disciplina e do profissional contra seus inimigos – os apoiadores do PL. É de conhecimento público que, na época, esses apoiadores são favoráveis ao fechamento dos hospitais psiquiátricos, à reforma sanitária e ao movimento dos trabalhadores da saúde mental. Implicitamente há a ideia de que tanto a reforma quanto o movimento são ataques contra os psiquiatras e suas instituições de assistência.

Na quarta consideração, Silva (1991) opõe Henry Ey a Ulysses Pernambucano, aos quais atribui a construção de predicções diferentes para o mesmo sujeito gramatical, o psiquiatra: para Ey, esse profissional seria o carcereiro do doente mental, enquanto para Pernambucano ele seria um curador (com C maiúsculo). Ao explicitar que o segundo é um brasileiro, deixa implícito que o primeiro é estrangeiro. Está ao lado do “mestre” brasileiro e do Brasil, contra invencionices estrangeiras, entre as quais, podemos supor, está o movimento da Psiquiatria Democrática de Basaglia (que não é mencionado explicitamente no texto). O louco é duplamente predicado como “doente mental”, novamente, o que reafirma a posição anti-reforma de Silva. Como Ey é autor de tratado de psiquiatria com fundamentação psicanalítica, há também uma crítica

implícita à participação de psicanalistas na reforma psiquiátrica e, ao mesmo tempo, uma acusação implícita de não cientificidade a essa corrente.

Na quinta consideração, o autor deixa implícito que escreve seu protesto como conhecedor da prática psiquiátrica mundial, de suas técnicas e de seus princípios científicos, e que tais assuntos são desconhecidos pelos proponentes do PL, uma vez que não há no mundo princípios técnicos e científicos que indiquem uma prática como a prevista no PL. Ignora assim o trabalho italiano da Psiquiatria Democrática e sua repercussão no Brasil. Esse fragmento de discurso é legitimado pelo cargo ocupado pelo signatário, pois pode falar pelo mundo, uma vez que é o presidente da Associação Mundial de Psiquiatria.

Na sexta consideração, Silva (1991) deixa implícito que apenas alguns sofrem de “doença” mental (o que contraria a tese psicanalítica já rejeitada anteriormente pela oposição a Ey) e a eles deve ser garantido o direito ao tratamento. O autor soma sofrimento à “doença” mental, atestando não estar de todo insensível às discussões daquele momento sobre saúde mental. Como inclui a hospitalização entre os tratamentos, como se viu na análise da primeira consideração, implicitamente sugere que, sem o hospital psiquiátrico, o tratamento será prejudicado e um direito será negado.

Na sétima consideração², Silva (1991) implicitamente afirma que o profissional de saúde mental não está bastante preparado para atender ao “doente” mental e que, para seu preparo, há necessidade de um programa educacional especial. O sujeito assistido é novamente predicado como doente mental, contra a terminologia já adotada, na data, pelo Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM). Não fica claro se Silva (1991), nessa consideração, inclui ou não o psiquiatra entre os profissionais de saúde mental despreparados.

Na oitava consideração, Silva (1991) separa o “psiquiatra” dos “profissionais de saúde mental” e explicita que nenhum deles nem as instituições psiquiátricas são os inimigos dos doentes mentais (novamente, a mesma predicação já analisada), para concluir que a doença mental é a grande inimiga do doente mental. Afasta a predicação de inimigo/a do psiquiatra, do profissional e da instituição psiquiátrica e a coloca na “doença mental” que atinge apenas alguns, como se viu na sexta consideração. Deixa assim implícito que as instituições psiquiátricas e a sociedade nada têm a ver com o sofrimento das pessoas atingidas pela “doença mental”.

Na nona consideração, o autor mantém a mesma predicação para o sujeito assistido, explicita que psiquiatra, psiquiatria, profissionais de saúde mental e doentes mentais devem ter acesso a todas as alternativas de tratamento. Como se sabe, a partir da primeira consideração, que o hospital psiquiátrico/manicômio é uma alternativa para o tratamento, fica implícito que psiquiatra, psiquiatria, profissionais de saúde mental e doentes mentais devem ter acesso ao manicômio, que esse é um direito de todos eles.

Na décima consideração, Silva (1991) sugere implicitamente que os PLs 3.657/89 e 0008/91 (a) não respeitam as diretrizes da moderna política da assistência psiquiátrica nem se valem de fundamentos técnicos e científicos, e (b) não são subsídios bastante bons e consoantes com a assistência psiquiátrica moderna. Propõe, também implicitamente, que a lei deve ser (a) consoante com a assistência psiquiátrica moderna e (b) ter embasamento técnico e científico.

Com a assinatura de “Presidente da Associação Mundial de Psiquiatria”, o autor é o avalista da assistência psiquiátrica moderna, científica e técnica, perseguida, tutelada e inibida pelos adeptos dos PLs 3.657/89 e 0008/91 (implicitamente não modernos nem técnico-científicos).

Considerações finais

Evidentemente a carta analisada não é a única responsável pela defasagem entre o projeto de 1989 e a lei da saúde mental de 2001 (apontamos essa defasagem anteriormente, quando descrevemos as influências advindas da Reforma Sanitária). Antes de encontrá-la e de decidirmos transformá-la em texto e corpus de nossa análise de discurso, percorremos as atas da Assembleia Constituinte que antecedeu à Constituição Federal de 1988, usando como marcadores termos-pivô como mental(is), transtorno(s), psiquiatr-, louc-, manicôm-, Delgado e outros. Verificamos uma gama grande de posições e interesses envolvidos na questão, muitos deles mobilizados por proprietários de hospitais e clínicas psiquiátricas. Assim, é mais fácil ver a carta como porta-voz de um ou mais grupos de pressão do que como pivô da formulação da lei de 2001 que, aliás, contempla vários pontos defendidos na Reforma Sanitária, pelo Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) e pela luta antimanicomial como um todo.

A carta analisada, contudo, permite entender alguns dos fundamentos que sustentam, na sociedade, o uso de termos como “doentes mentais” e “pacientes

psiquiátricos”, os argumentos favoráveis à internação em instituições exclusivas para esses pacientes, a persistência da centralidade do poder psiquiátrico supostamente fundado na técnica e na ciência, a dificuldade de apreensão de argumentos políticos e filosóficos pró-desinstitucionalização. Contudo, esses argumentos já estavam presentes em 1989, na época da primeira apresentação do Projeto de Lei 3.657: “A problemática da liberdade é central para o atendimento em saúde mental” (DELGADO, 1989: s/p), argumento que inviabiliza todo tratamento em instituições fechadas como o manicômio.

Delgado, na justificativa do PL, escreve:

Em todo o mundo, a desospitalização é um processo irreversível, que vem demonstrando ser o manicômio plenamente substituível por serviços alternativos mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos, mais terapêuticos. A experiência italiana, por exemplo, tem demonstrado a viabilidade e factibilidade da extinção dos manicômios, passados apenas dez anos de existência da “Lei Basaglia”. (1989: s/p).

A situação “caótica” da “assistência psiquiátrica” prevista por Silva (1991) já havia sido antecipada por Delgado. No Projeto de Lei já se planejava a substituição gradual dos leitos manicomialis, responsabilizando as administrações regionais de saúde pela implantação de serviços substitutivos. Além disso, o deputado afirma: “O espírito gradualista da lei previne qualquer fantasioso “colapso” do atendimento à loucura, e permite à autoridade pública, ouvida a sociedade, construir racional e quotidianamente um novo dispositivo de atenção” (1989: s/p).

A oposição de diferentes estratos da sociedade brasileira ao projeto de desinstitucionalização da saúde mental, oposição refletida na carta analisada, fez da Lei 10.216/01 algo mais tímido que o PL 3.657/89 e bem menos revolucionário que o movimento de Basaglia na Itália. Nossa análise da carta, contudo, apresentou falhas na argumentação de Silva (1991) pró-internação. Com efeito, a carta não confrontou realmente o projeto, mas simplesmente negou argumentos propostos por Delgado e pelos defensores de mudanças no sistema de saúde mental. Além disso, Silva separou ciência e política, como se não houvesse consequências políticas pelo fato de parcela da população estar presa em hospitais.

Com este trabalho, esperamos ter contribuído para a desconstrução de argumentos contrários à desinstitucionalização. Buscamos nos colocar ao lado do tratamento com liberdade, sem manicômios; defendemos a importância de Franco Basaglia e de Henry Ey como referências para a saúde mental; vemos a possibilidade de enfrentar positivamente as dificuldades na implantação de tratamentos alternativos;

almejam outro papel para a psiquiatria que não a de detentora de um saber inquestionável. Nossa crítica ao termo “doente mental”, ainda em voga na sociedade, deve-se ao fato de que ele marca um discurso que coloca o sujeito como algoz de si próprio, desresponsabilizando o meio no qual está inserido.

A luta contra os manicômios persiste ainda hoje. A Lei 10.216/01, originária dos substitutivos ao PL 3.657/89, traz muitos avanços no que tange aos direitos do usuário de saúde mental e regulariza a internação em hospitais, mas não prevê a progressiva extinção dos mesmos. A luta pela desinstitucionalização psiquiátrica se faz um desafio ainda hoje.

Referências

- AMARANTE, P. D. de C. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- AMARANTE, P. D. de C. A reforma psiquiátrica brasileira: 30 anos transformando a sociedade e construindo a cidadania. In: Melo, W.; Lopes, F. de M.; Marchiori, M. T.; Martins, A. G.; Matos, D. R. de; Silveira, M. A.; Moreira, N. Q. Oliveira, P. F. (orgs). *Quando Acabar o Maluco Sou Eu*. Rio de Janeiro: Espaço Artaud, 2010. 19-32.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). *Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil*. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2006. Disponível em http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf, acesso em 03 de janeiro de 2014.
- AUSTIN, John L. *Quando dizer é fazer: palavras e ações*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, 1990.
- BASAGLIA, F. *Carta de Nova York. Escritos Selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BRASIL. Lei 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*. Brasília, 2001.
- BRASIL. Câmara dos deputados. Projeto de Lei 3.657 de 1989. *Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória*. Brasília, 1989.
- COSTA, J. F. *A História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.
- DELGADO, P. Justificação do Projeto de Lei Nº 3.657-A. *Diário do Congresso Nacional (Seção I)*, 29 de setembro de 1989, pp.10.696-97. Brasília, 1989.
- DELGADO, P.G.G. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: M.F. Mello, A.A.F. Mello, & R. Kohn (Orgs.) *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre, RS: ArtMed, 2007, 207-223.

- DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1): 60-79, 2007.
- DUCROT, O. *Provar e dizer*. Leis lógicas e leis argumentativas. São Paulo: Global Ed., 1981.
- DUCROT, O. *Dire et ne pas dire*. Principes de sémantique linguistique. Paris: Hermann, 1972.
- FLAHAULT, F. *La parole intermédiaire*. Paris: Seuil, 1978.
- FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 1999, 5ª ed.
- FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.
- LOPES, F. de M.. Cartografias da Relação entre Arte e Saúde Mental no Brasil. *Anais do I Encontro de Pesquisadores da História da Saúde Mental no Brasil*. Florianópolis, 2011.
- MELLO, M. F. de, MELLO, A. de A. F. de, KOHN, R. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- MINAYO, M.C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2004, 8ª Ed.
- MOFFATT, A. *Psicoterapia do Oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular*. São Paulo: Cortez, 1980.
- PEREIRA, R.C.P. *Políticas de Saúde Mental no Brasil: O Processo de Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01)*. Tese de doutoramento em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: s.n, 2004.
- SANTOS, O. A praxiterapia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: s.n., 1967.
- SEARLE, J.R. *Os actos de fala*. Um ensaio de Filosofia da Linguagem. Coimbra: Livraria Almedina, 1981.
- SILVA, J.A.C.S. Carta de 30 de agosto de 1991 transcrita. In ABP (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA). *Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil*. 2006, p. 15-16. Disponível em www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf, acesso em 03 de janeiro de 2014. Original de 1991.
- TRASK, R.L. *Dicionário de linguagem e lingüística*. 2ª ed. São Paulo: Contexto, 2006.

Filippe de Mello Lopes
Mestrando em Psicologia na Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ) e
atualmente diretor do Espaço Terapêutico AntoninArtaud.
E-mail: filippeufsjsj@gmail.com

Danilo Rodrigues de Matos
Mestrando em Psicologia na Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ) e membro do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde (NEPIS) do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Psicossocial (Lapip) da mesma instituição.
E-mail: danmatos@ymail.com

Talyta Resende de Oliveira
Mestranda em Psicologia na Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ) e membro do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde (NEPIS) do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Psicossocial (Lapip) da mesma instituição.
E-mail: oliveiratr.90@gmail.com

Marília Novais da Mata Machado
Doutora em Psicologia pela Universidade Paris Norte (Paris XIII) e pós-doutora pela Universidade Federal de São João del-Rei. Atualmente, professora-visitante nacional sênior (PVNS/Capes) no Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei e no Laboratório de Pesquisa e Intervenção Psicossocial (Lapip).
Responsável pela disciplina Análise do Discurso.
E-mail: marilianmm@gmail.com

¹ Nise da Silveira cunhou o termo “afeto catalisador” para demonstrar que, pela via do afeto, o tratamento acontecia de forma amena e sem a utilização de métodos invasivos aos pacientes, demonstrando que a psiquiatria clássica estava enganada com relação ao quadro de “embotamento afetivo” (MELO, 2001).

² Além da versão analisada, a da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), existe outra na internet, no site intitulado *Mental Health*, que diz reproduzir artigo da Revista do Departamento de Psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais, de outubro de 2004 (http://www.mentalhealth.com.br/legislacao/psiquiatria_hospitalar_revista_pag04.htm). Nota-se curiosamente que nesta última há uma consideração a mais que na versão da ABP. Nessa consideração, a sétima da versão, lê-se: “Considerando que já existe um anteprojeto de lei elaborado pela comunidade científica e de saúde mental brasileira no governo anterior, e que foi ignorado na elaboração do presente projeto de lei”. Optamos por analisar a versão que excluía essa consideração, por avaliarmos ser mais confiável o documento publicado pela parceria ABP e Ministério da Saúde. De qualquer forma, fica desperta em nós a curiosidade sobre essa possível consideração. Quais seriam os motivos que levariam à inclusão/exclusão dessa consideração? Uma pesquisa aprofundada sobre esse documento poderia responder a essa questão.