

As construções discursivas dos sentidos da loucura na mídia impressa depois da Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Fábia Marrucci

Em 6 de abril de 2001, o Brasil aprovou a sua lei de reforma psiquiátrica. A partir do estabelecimento dessa norma, instalou-se, oficialmente, no país, o enunciado “extingam os manicômios”. Para o autor do projeto que lhe deu origem, o deputado Paulo Delgado, antes mesmo de ser aprovada, a lei nº 10.216 produziu mudanças na visão da sociedade em relação ao tratamento dos portadores de transtorno mental. Este artigo propõe, através de uma análise interpretativa do discurso da mídia impressa, verificar se os efeitos de sentidos sobre o louco vêm sendo deslocados em decorrência da instituição da lei.

SOBRE A ANÁLISE DE DISCURSO

A análise de discurso, teoria ora adotada para a compreensão dos processos de produção de sentidos em textos jornalísticos neste trabalho, ocupa-se da determinação histórica da constituição do sentido. Consideramos que a história tem relação direta com a significação: “Posso tanto partir da evidência de uma materialidade, que é a própria língua, como partir de um acontecimento, que é próprio da história” (Ferreira, 2000:28).

A referida teoria surgiu por volta dos anos 1960, na França, como uma tentativa de produção de um *software* de análise automática de textos. O campo que faz parte da teoria formalizada sedimentou-se em um território híbrido, porque delineado por dupla face: histórica e lingüística. Trata-se de um espaço teórico em que se articulam três regiões de conhecimento científico: 1) o materialismo histórico, como teoria das formações sociais e suas transformações, em que se articula uma teoria das ideologias; 2) a lingüística, como teoria dos mecanismos sintáticos e dos processos de enunciação; 3) a teoria do discurso, como teoria da determinação histórica dos processos semânticos.

Pêcheux, o filósofo que delineou o campo de saber ocupado pela presente linha de análise de discurso, acrescentou às áreas de conhecimento descritas o sujeito e o sentido. Desse modo, dentro do quadro epistemológico inscreve-se ainda um sujeito de natureza psicanalítica (Leite, 1994:15). A releitura de categorias como ideologia, discurso, língua, história e sujeito dá origem a um lugar de saber distinto:

a AD produz um outro lugar de conhecimento com sua especificidade. (...) A AD se forma no lugar em que a linguagem tem de ser referida necessariamente à sua exterioridade, para que se apreenda seu funcionamento, enquanto processo significativo (...) é uma espécie de antidisciplina, desdisciplina, que vai colocar questões da lingüística no campo da constituição, interpelando-a pela historicidade que ela apaga do mesmo modo que coloca questões para as ciências sociais em seus fundamentos, interrogando a transparência da linguagem sobre a qual elas se assentam (Orlandi, 2004:25. Grifos meus).

Esse outro espaço de conhecimento tem o discurso, efeito de sentido entre locutores, como categoria central de análise que cumpre uma ordem determinada pelas relações de poder (Foucault, 2000:9). A delimitação da regularidade dessa ordem é o que emoldura o que Foucault! (2000) denominou ordem do discurso, já que não falamos alguma coisa qualquer em um lugar e tempo qualquer, mas em determinadas condições de produção. Existe uma ordem do discurso articulando aquilo que se pode e deve dizer no momento histórico da produção de um enunciado. Assim, tem-se a ordem do discurso médico, a ordem do discurso pedagógico, a ordem do discurso urbanista etc. A discursividade de um texto se constrói a partir da presença da historicidade. História, nesse sentido, pode ser compreendida como filiação; produção de mecanismos de distribuição de sentidos.

Pressupondo uma dimensão social, histórica e ideológica do texto, entendo que o sujeito está determinado pelo contexto social, pela história e pela ideologia no momento da enunciação. Os sentidos dos enunciados que profere estão se constituindo desde muito antes de sua existência e deslizam para muito além de sua enunciação. Esse contínuo do sentido é inacessível ao sujeito. Por essa razão, o sujeito não tem controle sobre os efeitos de sentido daquilo que enuncia.

O sujeito do discurso, portanto, é diferente do sujeito da enunciação, é um sujeito que tem uma dimensão inconsciente, ou seja, uma esfera do impensado, do esquecido, do não-presente na consciência. São sentidos não-enunciados, não-ditos, que acompanham todo dizer e que significam à revelia do desejo de controle do sujeito, porque a posição que cada um de nós ocupa em um discurso produz sentidos que estão “sempre-já-lá” e que nós atualizamos.

Todo espaço discursivo, pois, tem uma forma de sujeito já cunhada historicamente, pronta para receber a inscrição dos indivíduos que aí se identificam (mais ou menos) e assumem uma posição em relação a essa forma-sujeito. Por exemplo, a posição-sujeito professor, a posição-sujeito padre, a posição-sujeito juiz, a posição-sujeito jornalista, a posição-sujeito filho, a posição-sujeito patrão, a posição-sujeito empregado etc.

Na relação entre língua e discurso, tem-se a relação entre a estrutura e o acontecimento, entre a língua e o que lhe é exterior, mas que participa da formulação dos sentidos, portanto, um exterior que faz parte da constituição dos processos de produção de sentido.

Analisar a língua sob o foco do discurso significa pensá-la em termos de uma estrutura não-estabilizada, passível de falhas, heterogênea, exposta à opacidade. Nesse aspecto, língua e discurso não se opõem. A língua tem autonomia relativa, trata-se de um sistema que se submete a leis internas. Esse sistema é a base, o lugar material em que se realizam os processos discursivos, a produção dos efeitos de sentido. Nessa perspectiva, o social (representado pelas classes, divisões) e o histórico (representado pelo ideológico) são indissolúveis, não se separam, estão reunidos no discurso.

Sobre a linearidade da língua, sobre a evidência dos sentidos, à revelia dos sentidos óbvios, eclodem como marcas de heterogeneidade do sujeito outras direções de sentidos. A partir dessa perspectiva, temos a categoria da formação discursiva, definida como o que pode e deve ser dito — articulado através de práticas discursivas distintas — em uma formação ideológica definida, portanto, a partir de uma posição de classe no seio de uma conjuntura dada (Maldidier, 2003:52).

A formação discursiva filia-se a uma formação ideológica, que, por sua vez, tem como materialidade discursiva a articulação de processos. O discurso funciona como um processo que “se desenvolve de múltiplas formas, em determinadas situações sociais” (Orlandi, 2004:54).

O trabalho ideológico consiste em uma atividade de interpretação. Ao mesmo tempo em que produz o sentido, a ideologia faz emergir o sujeito, já que a interpretação está na base do que o constitui. A interpretação, desse modo, também aqui utilizada como categoria teórica, define-se como “uma prática simbólica, uma prática discursiva que intervém no real do sentido” (*idem*:25).

Quando o efeito de uma lei vira objeto de análise discursiva

Será por acaso (...) que inúmeros países tenham mudado, ou estejam em vias de mudar suas legislações a respeito do tratamento dos doentes mentais, sempre na direção da proibição da construção de ‘manicômios’ e a exaltação do tratamento ambulatorial? Ou será que a loucura, enfim domada — uma vez que todos somos loucos, seja porque menstruamos, seja porque ficamos tristes etc., e as pílulas da alegria, da confiança, da razão há tanto esperadas e há tanto prometidas estejam finalmente ao alcance de todos (...) — pode ir para a rua, sem assustar mais ninguém? (Cavalcanti, 1999:43)

Em um exame imediato da memória que envolve hoje os sentidos ligados

à loucura como doença mental, podemos registrar *hospício, asilo, retiro, recolhimento, manicômio, colônia, sanatório, casa de saúde, hospital, clínica de repouso, muros, portas, chaves, grades, cadeados, insanidade, alienação, exclusão, anormalidade, desordem, louco, doido, psicopata, doente mental, psicótico* (Medeiros, 1989).

Foucault (1998), antes de entrar no hospital e observar as práticas discursivas instituídas naquele espaço, tentou mostrar como cada época organizava sua representação da loucura. Esse movimento propiciou que se caracterizasse a forma de atuação delegada pela sociedade à psiquiatria, instituição à qual se reservava o lugar de prescrever medicação farmacológica de um lado e de responsabilidade social do outro, sendo-lhe reportado o papel de controle social sobre a loucura, confirmado por outros autores:

Outrora os processos realizavam-se a portas fechadas; a loucura era um domínio reservado do psiquiatra, armadilha estendida, de fato, pela Sociedade aos psiquiatras para que estes se encerrem com os loucos no manicômio. Daí consagrá-los grandes sacerdotes da loucura não era mais um passo, que alguns deram; outros acreditaram até estar assim protegendo uma ciência! (Arfouilloux e Baillon, 1976:30. Grifos meus).

Propomos, desse modo, uma análise dos discursos que envolvem o espaço social ocupado pela psiquiatria e pela loucura, a partir da ruptura com sentidos cristalizados sobre a prática psiquiátrica, conforme pretende a *Lei da Reforma Psiquiátrica* no Brasil.

A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

O projeto de lei nº 3.657-d, de autoria do deputado Paulo Delgado, tramitou no Senado Federal por cerca de dez anos, até ser votado e sancionado, em 6 de abril de 2001, pelo presidente da República, passando, então, a ser denominado Lei da Reforma Psiquiátrica. A presente lei prescreve a extinção progressiva dos manicômios no país:

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

(...)

3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares (...)

Para isso, propõe o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e determina a reintegração na sociedade das pessoas portadoras de transtornos mentais.

A aprovação dessa lei constitui um marco histórico de grande relevância

para a sociedade brasileira em suas diversas instâncias, já que propõe demover um modelo psiquiátrico tradicional, de cunho asilar, estabelecido no Brasil por 200 anos.

Embora práticas e discursos que caracterizam um processo de reforma no atendimento ao portador de transtorno mental sejam registrados há algumas décadas — efetivamente, desde o final dos anos 1970 —, é o discurso jurídico que legitima a ruptura, institucionalizando a humanização do tratamento da loucura no Brasil. Os pacientes passam a ser assistidos no hospital somente em regime de tratamento ambulatorial. Os internos deixam o manicômio e passam a ter assistência terapêutica extra-hospitalar, em suas residências, acompanhados pela família:

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

A lei prevê, inclusive, a possibilidade de punição para a internação arbitrária e/ou desnecessária. Além disso, à pessoa portadora de transtorno mental é legado, entre outros direitos, o de ser:

tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade [bem como] (...) receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento (...) (Anexo 2, p. 2)

Na perspectiva do legislador, o deputado Paulo Delgado, ao ser transformada em lei, a nova forma de assistência ao portador de transtorno mental teria como efeito de sentido imediato a mudança discursiva acerca do lugar da loucura na sociedade brasileira. O enunciado *extingam os manicômios*, inscrito na lei, posteriormente substituído por *redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental*, sofreu um eufemismo no texto oficial. Porém, a lei prevê a prática de mudanças terapêuticas e assistenciais, bem como proíbe a internação em regime asilar no país. Todavia, apesar da autoridade de lei que o enunciado *extingam os manicômios* carrega em si, a mudança discursiva em relação ao acolhimento social e tratamento do doente mental pode não estar tão iminente assim.

Vejamos um trecho de entrevista feita ao deputado Paulo Delgado, pelo jornal *O Globo*, publicada em 16/04/2000:

O Globo: “Qual deve ser a primeira medida do governo para evitar problemas com a lei?”

Paulo Delgado: “As auditorias de internações e de altas para evitar que as altas sejam dadas de maneira descontrolada. Isso poderia causar pânico na sociedade e pôr a população contra a lei, e poderia ser uma forma de boicote das instituições privadas contra a extinção gradual dos manicômios.”

O Globo: “A sociedade não pode reagir mal à alta de doentes crônicos há muito tempo internados?”

Paulo Delgado: “Para isso, o Ministério da Saúde terá que investir em campanhas publicitárias contra o preconceito, como as que foram feitas nos casos dos portadores do vírus HIV e da síndrome de Down. É preciso combater estigmas de que os doentes mentais são perigosos e totalmente incapacitados.” (Grifo meu).

Ao responder às indagações, o deputado reconhece que há um discurso médico, da psiquiatria, que mantém e continuará mantendo a internação e o controle de entrada e saída dos pacientes das instituições, apesar da aprovação da lei da reforma psiquiátrica. Reconhece também que a sociedade toma como seu esse discurso médico que preconiza a internação de doentes mentais não só para tratamento, mas para impedir o convívio com pessoas perigosas (o termo *pânico* aponta para isso). Quem delega à psiquiatria esse direito de preservar a ordem social é a própria sociedade, delegando também, simultaneamente, a responsabilidade de delimitar quais pacientes podem ou não retornar ao seio familiar, independentemente da vontade da família de recebê-los:

O Globo: “Qual é a maior resistência ao projeto?”

Paulo Delgado: “A primeira era o uso do verbo extinguir, em relação aos manicômios, o que não era aceito por proprietários de hospitais psiquiátricos, departamentos de psiquiatria das universidades e grande número de famílias. Não aceitavam a extinção, nem progressiva. Entendiam que is se acabar com uma área da medicina, a psiquiatria. Mas a lei prevê a obsolescência de um serviço inadequado, e não a extinção de uma área médica.”

O deputado reconhece ainda que há um aparato social, representado pelos lugares que ocupam família, instituição psiquiátrica particular, universidade, que funciona como resistência a outros sentidos, ainda não-cristalizados, trazidos pela lei. Uma parte da psiquiatria representada pela forma-sujeito instituições privadas, além de outros segmentos citados, aderem a movimentos discursivos cujos efeitos de sentido apontam para a negação da lei, por julgarem-na uma ameaça ao espaço interno² que a instituição preenche no tecido social — “a Psiquiatria ocupa na sociedade uma situação nodal em que se entrelaçam o campo individual e o campo social, em que a pressão política se exerce com particular insistência” (Arfouilloux e Baillon, 1976:27).

A aprovação da lei, que poderia trazer a entrada de outros sentidos que amenizassem a figura do doente mental, defendendo-se sua convivência social em detrimento da segregação, pode trazer outras interpretações (além de um tratamento mais humano) como a diminuição das despesas do governo no setor de saúde e o expressivo crescimento da indústria farmacêutica, os quais acabam sendo agregados

em meio a outros discursos que instaura a lei. Com os doentes passando a ser tratados em casa, seja por terapeutas, pela família e/ou mesmo se cuidando, cresce a necessidade de medicamentos controladores dos males dos transtornos mentais. Conseqüentemente, a indústria farmacêutica e os projetos de pesquisa e desenvolvimento de novas drogas ampliam seu espaço de atuação social no controle da doença.

Nessa perspectiva, a responsabilidade pelo doente parte da instância psiquiátrica, passa por outro filtro e se mantém: o psiquiatra receita, o doente toma o remédio prescrito, os sintomas como fala desconexa, agressividade (em alguns casos), angústia, distúrbios de humor etc. diminuem. Aparentemente, a doença está controlada e o indivíduo reinserido em seu meio, a família. Dissemos aparentemente porque os próprios compêndios de psiquiatria alertam que, utilizado como única medida terapêutica, o remédio não é capaz de dar conta da cura e do sofrimento por que passam os portadores de transtornos mentais. A cura efetiva da doença mental ainda constitui uma incógnita para a ciência médica:

Embora os medicamentos antipsicóticos sejam o esteio do tratamento da esquizofrenia, as pesquisas têm mostrado que intervenções psicossociais podem aumentar a melhora clínica. As modalidades psicossociais devem ser criteriosamente integradas ao regime medicamentoso e apoiá-lo. A maioria dos pacientes esquizofrênicos beneficia-se do uso combinado de tratamento medicamentoso e psicossocial (Kaplan, 1997:461. Grifos meus).

A Lei da Reforma Psiquiátrica implica uma importante transformação social, impõe uma mudança discursiva por parte da família, da comunidade e do psiquiatra, em torno do lugar da loucura: trata-se de construir novas forma de existência para o louco e um outro lugar social para a loucura.

Pela relevância da lei para os estudos discursivos sobre o imaginário que reveste a loucura, este artigo visa expor algumas conclusões a que cheguei por meio de minha pesquisa de mestrado. Meu *corpus* é formado por um recorte discursivo de seqüências extraídas de matérias publicadas na mídia impressa, aqui representadas pelos jornais *O Globo* e *Jornal do Brasil* e pelas revistas *Veja* e *Istoé*. Todas as matérias foram publicadas após a aprovação da Lei nº10.216, e foram selecionadas a partir do critério de que tratassem da loucura como doença mental.

O discurso jornalístico, para mim, representa o social de um modo bastante peculiar e também goza de um funcionamento próprio. É sobre ele que me debruço, a fim de traçar um espectro da recepção da nova lei pela sociedade brasileira.

Para que se tenha um movimento discursivo de inclusão, a lei reivindica o reconhecimento social da diferença: o portador de transtorno mental tem direito a cuidados médicos, respeito, lazer, trabalho e vida social de um cidadão comum.

Também como efeito de poder é lícito compreendermos a hipótese de permanência da palavra do psiquiatra (ou do discurso médico) como decisória em relação ao paciente, no que diz respeito ao seu estado de sanidade; à convivência; à medicação ou à necessidade de internação (não mais em regime asilar e com acompanhamento diferente).

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

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 (Anexo 2, p.3. Grifos meus).

A mídia impressa difunde, entre outros, discursos convergentes ao que preconiza a lei, que apontam para a formação discursiva de integração e inclusão social da loucura e nos quais se inscrevem efeitos de sentidos como respeito, cidadania, humanização, dignidade etc.:

Diminuição das internações já ocorre

Antes mesmo de aprovada lei, tratamento já vinha sendo humanizado
A guerra contra os depósitos de doentes começou em São Paulo antes da Lei de Reforma Psiquiátrica.

— Eles [os ex-internos] vão voltar à vida (...). O afastamento do mundo é o que de pior pode acontecer a eles. (*O Globo*, 16/04/2001).

A presença do discurso humanizador e de inclusão social do louco é predominante na seqüência discursiva reproduzida, assim como o movimento de se estar construindo um outro lugar social para a loucura. Aqui, a doença não deve ser esquecida, mas tratada de uma maneira diferente pela sociedade: a despeito do sentido que representa a *segregação* — que como discurso convive alimentando o embate, a tensão discursiva — predomina o discurso que representa a *cidadania do louco*.

O FUNCIONAMENTO DO DISCURSO JORNALÍSTICO

Os jornais pesquisados e de onde selecionei matérias para a constituição do *corpus* discursivo encaixam-se institucionalmente como meios de informação do leitor, de comunicação dele com o país e o mundo. Considerados formadores de opinião e em constante esforço em manter aparente objetividade e neutralidade, destinam-se a um público-alvo, supostamente, do ponto de vista social, econômico e intelectual melhor favorecido:

Todo o jornal noticia para segmentos determinados da sociedade, produzindo para uma imagem de leitor suposta a tal segmento. Esta imagem, por sua vez, pode ser depreendida, na própria prática do

discurso jornalístico: no *como se diz* já se encontra embutido o *quem vai ler* (Mariani, 1998:57).

A prática jornalística tem caráter institucional. Ao noticiar um evento inesperado, possível e/ou previsível, o jornal investe na memória e o relaciona a eventos ocorridos anteriormente. Promovendo uma ordem, organiza filiações de sentidos possíveis para o acontecimento não apenas em termos de uma memória, mas no que diz respeito aos desdobramentos futuros (*idem*:60). Em seu funcionamento, o discurso jornalístico produz explicações que propiciam que um determinado fato seja digerido para os leitores. Assim, cria um efeito de encadeamento, uma ilusão de uma relação significativa entre causas e conseqüências para os fatos ocorridos, que propicia convencimento e envolvimento dos leitores.

Nesse processo, como propriedades importantes do discurso jornalístico estão inscritas a busca pela homogeneidade, pela linearidade do que se diz, em uma retomada constante daquilo que “todo mundo sabe” e o efeito de distanciamento — o jornalista projeta a imagem de um observador imparcial. Desta maneira, dá a impressão de que não se envolveu com a questão. Agente na institucionalização social dos sentidos, contribui para a constituição do imaginário social e para a cristalização da memória do passado e construção da memória do futuro. Esta última se dá a partir do momento em que o discurso jornalístico significa para o leitor fatos para os quais ainda não há uma interpretação consagrada. É o que verificamos quando analisamos as representações discursivas sobre a loucura. A imprensa formadora de opinião enuncia de um lugar historicamente construído, em nome de certos segmentos da sociedade, para nós, marcas de sujeitos e de sentidos em disputa por um lugar de hegemonia.

Desse modo, ao mesmo tempo em que a linguagem do discurso jornalístico se faz crer isenta de subjetividades, investe-se de autoritarismo, na medida em que se tem uma “fonte de saber” dirigida a “aprendizes”, que desejam estar (bem) informados. Estes, na forma como recebem esses discursos (citações de autoridade; afirmações categóricas), os compreendem como verdades absolutas. Acreditam que não há o que questionar, pois ali estão expostos os “fatos”. O papel da imprensa seria o de desambigüizar o mundo, dando-lhe um revestimento de homogeneidade de sentidos (*idem*:61-63). Um exemplo do modo de funcionamento específico do discurso jornalístico como lugar de constituição do imaginário sobre a doença mental após a Lei 10.216 é a seqüência discursiva a seguir, recortada da revista *Veja*, de 26/10/2002, intitulada *A era dos super-remédios*:

Nome: Zyprexa
Ano de lançamento: 1996
Indicação: Esquizofrenia

É melhor porque: primeiro antipsicótico para uso de longo prazo, leva, em média, quinze minutos para controlar surtos de delírio e alucinações.

No texto da reportagem, a seqüência, na folha da revista em forma de tabela, é mais uma demonstração da objetividade da qual a mídia julga estar o leitor cioso. As posições–sujeito que se marcam na matéria podem ser identificadas como a indústria farmacêutica, a própria psiquiatria, notoriamente privada, das consultas e receitas; a sociedade, já que está implícito aí o seu desejo de cura definitiva para a doença, e até a reforma psiquiátrica marca-se neste espaço discursivo: ao propor a redução progressiva dos asilos, estão implicadas práticas outras que possam dar segurança à sociedade, tendo em vista que, aos poucos, esta terá de conviver com a loucura. No que diz respeito aos efeitos de sentido inscritos, que, no próximo item serão mais detidamente analisados, propaga-se na imprensa uma “verdade incontestada” de que a esquizofrenia tem cura e de que, com o auxílio do remédio Zyprexa, hoje encontrado no mercado com o custo em torno dos R\$ 200,00 (duzentos reais), é possível controlar a doença em “quinze minutos”.

Nessa perspectiva, podemos afirmar que o discurso jornalístico está submetido às relações de poder no espaço social.

REPRESENTAÇÕES DISCURSIVAS DOS SENTIDOS DA “LOUCURA”: UMA INTERPRETAÇÃO CRÍTICA DO TEXTO FORMADOR DE OPINIÃO

Nos últimos 35 anos, a psicofarmacologia permitiu transformações radicais das perspectivas terapêuticas de assistência às doenças mentais, em especial às psicoses. Atuando como instrumento terapêutico ao alcance do psiquiatra, o remédio tem seu papel no controle do doente. Contudo, a qualidade no atendimento, principalmente na rede pública, fica comprometida quando, devido ao exíguo tempo e a um enorme contingente de pacientes a serem atendidos, o psiquiatra *não medica, repete receitas* (Jr., 1987:148). A ordem discursiva impetrada pela indústria farmacêutica das grandes firmas que detêm o controle do desenvolvimento tecnológico de novos fármacos constitui uma importante face da exterioridade que envolve as formações discursivas e discursos sobre a doença mental.

O texto que analisarei primeiro intitula-se *Delírios sob controle* (Veja 29/12/2001). Observemos título e subtítulo da matéria:

Delírios sob controle

As drogas modernas permitem que os portadores de esquizofrenia levem uma vida quase normal.

Dentre os discursos inscritos na reportagem, um deles considera o remédio um mecanismo terapêutico de *cura da loucura*. Assim, reforça-se no imaginário social a noção de que a ciência (representada na seqüência a seguir pela *neurociência*) está prestes a “descobrir” a cura para a doença mental, pois vem demonstrando que já é seguramente capaz de controlá-la através de *drogas mais potentes*:

(...) graças aos avanços da neurociência e ao desenvolvimento de drogas mais potentes e seguras, os doentes estão conseguindo levar um cotidiano razoavelmente normal (Grifos meus).

Outra forma-sujeito atuante diretamente aí é representada pela indústria farmacêutica. Tal instituição parece ocupar a hegemonia discursiva na matéria, já que se imputa à farmacologia os louros da diminuição do estigma sobre o doente mental e, conseqüentemente, da supressão dos efeitos de “horror” que a esquizofrenia provoca no doente. Assim, ao mesmo tempo em que se reforça o poder da ciência e da indústria farmacêutica, desvincula-se a sociedade da noção de que “o lugar do doente mental é nos manicômios e asilos”. Esse é um entremeio discursivo que comparece na matéria, filiado às formações discursivas onde se inscreve a reforma psiquiátrica — considerada, aqui, uma forma-sujeito que aparece ainda de forma tímida. Marca-se, na reportagem, a prática asilar como sendo de um *passado muito remoto*:

O horror da esquizofrenia é conhecido de quase 2 milhões de brasileiros. Em um passado muito remoto, estariam todos condenados aos manicômios e asilos sob o estigma de ‘loucos que ouvem e vêem coisas’ (Grifos meus).

Ao mesmo tempo em que ocorre a negação do estigma, este é convocado e reforçado: a sociedade não aceita “os loucos que ouvem coisas”, pelo contrário, os condena à segregação. Só o fato de ser um “louco que não ouve ou vê coisas” é um ganho para o doente, no sentido de ser aceito. Assim, a prática dos discursos da reforma — tratar os doentes em casa, bem como propor sua convivência social — tem como beneficiário indireto a farmacologia:

As farmácias de hoje são palco de uma revolução que começou em meados dos anos 90 e não tem data para terminar — a dos super-remédios. De poderosos analgésicos a drogas específicas para o tratamento, eles devolveram a milhões de pessoas uma qualidade que parecia perdida para sempre. (...) Turbinada pelos fantásticos resultados financeiros desses produtos, a indústria farmacêutica emprega bilhões de dólares em pesquisas, com o objetivo de produzir medicamentos ainda mais efetivos que os atuais.

A instância médico-psiquiátrica, em seus compêndios, nunca adota somente o medicamento para tratar o doente. Entretanto, o desenvolvimento de novos antipsicóticos como o *Zyprexa* (apresentado na matéria analisada no item 3), para uso a longo prazo, que leva *em média, quinze minutos para controlar surtos de delírios e alucinações*, à medida em que atua acalmando o funcionamento do sistema nervoso dos pacientes, propõe a representação discursiva de que, com o indivíduo devidamente medicado, a doença está sob controle.

Leonardo Cruz

Gaúcho, ele passou oito anos sofrendo com a doença até conseguir encontrar o remédio certo para o seu caso. Hoje passa bem e ajuda a mãe que é presidente da Associação Gaúcha de Familiares de Pacientes Esquizofrênicos e Demais Doenças Mentais (Grifos meus).

O discurso hegemônico que tem como efeito de sentido a inclusão social do *louco* coloca o remédio em lugar de destaque, como um instrumento facilitador da independência e da vida *quase normal* do doente, já que, conforme a matéria de *Veja*, ele próprio teria capacidade de se medicar para se manter são:

O estudante paulista Luiz Cláudio Lima Freire, de 28 anos, convive com a esquizofrenia desde os 21. Já ouviu vozes, viu George Bush e Saddam Hussein no campus da universidade (...) fugiu de policiais imaginários e foi internado duas vezes. Hoje, devidamente medicado, ele mantém a doença sob controle. 'estou preparado para enfrentar um possível surto', diz (Grifos meus).

Se formos parafrasear um dos discursos da farmacologia inscritos nas seqüências supracitadas, cujo alvo direto são os psiquiatras, pois são quem possui o poder de prescrever ou não um medicamento, diremos: *tratar alguém é sinônimo de medicá-lo*. A indústria farmacêutica se faz presente de maneira contínua na vida dos médicos, através de folhetos propagandísticos de novos lançamentos, promoção de encontros e financiamento de congressos, revistas e jornais de divulgação de um medicamento ou da própria firma, manutenção permanente de uma rede de visitantes, distribuição de amostras etc. (Jr., 1987:149):

Tão importante quanto fabricar um remédio é anunciá-lo como um estrondo. A estratégia de marketing da indústria farmacêutica é pesada por tradição (...)

Os recortes da matéria sobre os *super-remédios* demonstram a massificação de sentidos convergentes ao uso de fármacos dirigida não só aos médicos, mas também à população em geral. Percebemos, por exemplo, a estratégia de

propaganda da instituição em se manter permanentemente em um lugar de transformação, em um esforço discursivo, cujos efeitos de sentidos remetem a uma imagem de novidade e constante progresso:

De poderosos analgésicos a drogas contra impotência, a depressão e o colesterol alto, os medicamentos de última geração estão devolvendo a esperança a milhões de pessoas (Grifos meus).

Esse “avanço tecnológico”, como se disse, pode ser lido como uma imagem. O que fica desfocado na tradução desse retrato discursivo de “progresso” estampado na mídia impressa são as poucas vantagens dos medicamentos modernos sobre os anteriores e a elevação dos preços, sob o pretexto da “novidade”. “Na maior parte das vezes a invocação inclusive se reduz a uma combinação de fármacos já existente, à mudança de nome comercial e evidentemente à atualização do preço ao consumidor” (Jr., 1987:150).

Recortamos da revista *Isto É*, de 13/03/2002, mais seqüências discursivas que, por um lado, reafirmam a atuação social da forma-sujeito indústria farmacêutica e, por outro, contêm um discurso relevante para o estudo do imaginário da “loucura”, o de *periculosidade do louco*, que implica questões criminais envolvendo a doença mental e o papel das instâncias sociais em torno disso. A matéria se intitula *A mãe que afaga e afoga*. Ocorre um questionamento da eficiência do medicamento *Haldol*, utilizado para auxiliar no controle de psicoses. Trata-se do remédio que tomava Andrea Yates, a mãe americana que, em 20/06/2002, afogou seus cinco filhos em uma banheira, devido à psicose pós-parto. Andrea estava tomando o antipsicótico *Haldol*. Contudo, seu médico suspendeu a medicação 16 dias antes de ela afogar os filhos, numa espécie de *apagamento*, decorrente de *transtorno esquizoafetivo*.

Dezesseis dias antes da tragédia, o médico de Andrea suspendeu a medicação, ignorando os pedidos do marido para que mantivesse o antipsicótico *Haldol*.

Informa-se a seguir uma segunda ocorrência de ineficácia de controle do *Haldol*, através da exposição de outro caso, agora, protagonizado por uma brasileira chamada Walquíria, uma moça que (como Andrea) já havia passado por várias clínicas psiquiátricas. Ela deu à luz uma criança e, segundo a matéria, sofreu também depressão:

A criança foi para uma instituição e a mãe, internada. Quando Walquíria voltou para casa, recuperou a guarda da filha. E a matou.

(...)

Isto É: por que você matou a sua filha?

Walquíria: Eu estava doente. Ouvia vozes de comando. Eu me tratei e sei da importância de continuar me tratando sempre. Nunca deixar de

tomar medicamentos (*como Andrea, toma Haldol*). Assim as vozes somem.

Mesmo sob medicação, Walquíria matou sua filha. Ou seja: inscreve-se aí um discurso que preconiza que *o remédio deveria, mas não foi capaz de controlar os efeitos da doença*. O comentário entre parênteses é a voz da revista, recuperando para o leitor a informação de que Andrea também era tratada com *Haldol* e informando que era o mesmo medicamento que fracassou no controle das crises de Walquíria, imediatamente à sua resposta de que, tomando remédio, retomaria o controle de seus atos e poderia ter uma vida normal, sem oferecer algum perigo social: (*como Andrea, toma Haldol*). Nesses parênteses, inscreve-se uma posição-sujeito que considera que houve ineficácia de controle do *Haldol* no caso anteriormente relatado, embora a medicação de Andrea estivesse suspensa há 16 dias. A escolha de se relacionar o caso de Andrea — que matou sem, regularmente, estar tomando medicação, donde parafraseamos: *se estivesse tomando remédio, não mataria*, posição esta defendida por seu marido para inocentá-la, por sua vez, transferindo a culpa para o médico que suspendeu a medicação — com o de Walquíria, que cometeu a mesma espécie de desatino, tomando regularmente o mesmo remédio, já sugere a posição discursiva da revista (e da sociedade) no sentido de cobrar a eficácia do medicamento. O discurso hegemônico que identificamos no exemplo se marca como um sujeito representado pela própria sociedade (a fala da revista e seus questionamentos). Há uma cobrança para que *o Haldol* cumpra seu papel de controle e, ao mesmo tempo, uma reafirmação da eficiência do remédio, pois, *quando o remédio é eficiente, não se mata*. Isso sugere ainda que uma das posições-sujeito inscritas na revista discorda da justificativa para o crime — *ela matou os filhos porque não estava tomando o remédio* — dada pelo marido de Andrea.

Seguindo o fio lingüístico-discursivo, o próprio título “A mãe que afaga e afoga” admite leituras das contradições discursivas ali inscritas. A começar pelo jogo sonoro com as duas palavras *afaga* e *afoga*, cujos efeitos de sentido estão em oposição, embora a simples diferença nas palavras sejam as vogais *a* e *o*, surtindo um efeito de estranhamento para o leitor. Se prosseguirmos buscando algumas evidências, encontramos: a) *a mãe somente afaga*; b) *a mãe não afoga*; c) *nem toda mãe afaga e afoga*; d) *nem toda mãe afaga*; e) *nem toda mãe afoga*. Mas existe uma mãe *que afaga e afoga*. A revista está presente para denunciar a peculiaridade da atitude dessa mãe: *Andrea afaga e afoga*.

Minha pesquisa partiu do questionamento sobre a quebra de estigma que a Lei 10.216 pretendeu. Após este estudo, percebemos que há um longo caminho a percorrer, e cujo trajeto continua ainda a ser objeto de reforma. Os sentidos inscritos

nas formações discursivas sobre a reforma psiquiátrica ainda não encontraram lugar de estabilização, tal a dominância dos discursos de estigma e exclusão; mesmo que referendados pelos discursos das maravilhas farmacológicas. Mesmo com o poder institucional que carregam os discursos inscritos na lei, ainda não estão em vias de mudar discursos hegemônicos sobre a loucura, como os de periculosidade e de segregação. O medo da doença/doente, instituído na memória da loucura, parece permanecer no imaginário social. Mesmo o imperativo de lei de um outro discurso, filiado a outras formações discursivas, de inclusão e aceitação da diferença de ser do portador de transtorno mental parece não ser capaz de afetar os sujeitos. Existem fatores sociais que emperram as formações discursivas, e que não estão sob o domínio das instituições, dos sujeitos ou de alguém identificável.

Por fim, o leitor concluiria, certamente, a partir do que lemos sobre a Lei da Reforma Psiquiátrica e sobre a imagem da loucura, que certas informações podem ser colocadas em uma espécie de lente de aumento, quando retratadas pela imprensa e por qualquer usuário da língua. Isto é exatamente o que a análise de discurso pressupõe: o sentido nunca é uno, mas passível de equívocos, atos falhos, furos na aparente espessura linear da língua.

FÁBIA MARUCCI é doutoranda pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e professora da graduação e da pós-graduação na faculdade de Letras da Unisuam, da Uniabeu e da Unigranrio.

NOTAS

1 Foucault é filósofo cujas idéias podem ser articuladas com as de Pêcheux. Teorizou, em sua fase arqueológica, a problemática do discurso, bem como a ordem do discurso, vinculada às relações de força, no tecido social. A partir da categoria discurso, elaborou o conceito de formação discursiva. Tais aspectos teóricos ganharam outro lugar de saber, no campo da linguagem, quando vinculados à análise do discurso conforme a organização teórica de Pêcheux.

2 O espaço interno pode ser muito variável: trata-se da imagem que o sujeito falante constrói de si próprio e de seu destinatário através de seu discurso (...) [e] da sua maneira de estabelecer a relação verbal (Maingueneau, 1997:44).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIVROS

ARFOUILLOUX, J e BAILLON. *Antipsiquiatria. Primeira mesa redonda*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1976.

CAVALCANTI, M. *et alii* “A psiquiatria e o social. Elementos para uma discussão”. *Por uma psiquiatria em transformação*, Cadernos IPUB, n. 3. Rio de Janeiro, UFRJ, 1999.

FERREIRA, M. *Da ambigüidade ao equívoco: a resistência da língua nos limites da sintaxe e do discurso*. Porto Alegre, UFRGS, 2000.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1998.

_____. *A ordem do discurso*. São Paulo, Edições Loyola, 2000.

GADET, Françoise e HALK, Tony (Orgs.). *Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux*. Campinas: Pontes, 1997.

Jr., B. “Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental”. In *Cidadania e loucura. Políticas de saúde mental no Brasil* (2 Ed.). Tundis, Silvério e Costa, Nilson (orgs.). Petrópolis, Vozes, 1987.

KAPLAN, H. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

LEITE, Nina Virgínia. *Psicanálise e análise do discurso: o acontecimento na estrutura*. Rio de Janeiro, Campo Matêmico, 1994.

MALDIDIER, D. *A inquietação do discurso: (re) ler Michel Pêcheux hoje*. Campinas, Pontes, 2003.

MAINGUENEAU, D. *Os termos-chave em análise de discurso*. Campinas, Editora da Unicamp, 1993.

MARIANI, B. *O PCB e a imprensa. Os comunistas no imaginário dos jornais 1922-1989*. Rio de Janeiro, Editora Revan, 1998.

MARUCCI, F. *As construções discursivas dos efeitos de sentidos da “loucura” na mídia impressa depois da “Lei da Reforma Psiquiátrica” no Brasil*. Dissertação de Mestrado. Niterói, UFF, 2003.

MEDEIROS, T. B. *As múltiplas identidades do hospital psiquiátrico: um estudo dos internamentos na região metropolitana de Recife*. Tese de doutorado, UFRJ, 1989.

ORLANDI, E. *Interpretação. Autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico*. Campinas, Pontes, 2004.

PERIÓDICOS

Jornal *O Globo*, 16/04/2001, 19/04/2001.

Jornal do Brasil, 3/03/2002.

Revista *Veja*, 19/12/2001, 26/07/2001.

Revista *IstoÉ*, 13/03/2002.