

## Sobre a Retórica da Exclusão:

### a Incidência do Discurso Ideológico em Serviços Substitutivos de Cuidado a Psicóticos

About the rethoric of the exclusion:  
the incidence of the ideological discourse in support services offered to psychotics

**Resumo:** O Brasil atravessa um vigoroso processo de reforma psiquiátrica. Pressionado pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, o Ministério da Saúde adotou como uma de suas diretrizes de ação favorecer a inclusão social dos portadores de transtornos mentais no Brasil. Nos moldes propostos pelos partidários da reforma psiquiátrica, o tratamento da psicose deve enfatizar a negação da lógica manicomial através de uma política compensatória de benefícios e da participação em movimentos sociais. Neste artigo, examinamos alguns aspectos ideológicos dessa proposta e algumas de suas inflexões clínicas. Procuramos mostrar como o efeito de circulação de discursos pode abrir campos de significação onde certos modos de compreensão e socialização são estimulados em detrimento de outros. Argumentamos que a retórica baseada na oposição entre inclusão e exclusão pode ser pensada em sua dupla incidência, clínica e ideológica.

**Palavras-Chave:** Ideologia, psicose, tratamento, reforma psiquiátrica.

**Abstract:** Brazil is going through a vigorous process of psychiatric reform. Pressed by the Movement of Mental Health Workers, the Health Ministry decided as one of its action to favour the social inclusion of mentally disabled people in Brazil.. According to the proposal made by the supporters of the psychiatric reform, the treatment should emphasize the negation of mental hospital logic, through a policy of benefits and the participation in social movements. In this article we examine some of its clinical inflexions. We try to show how the effect of circulation of speeches can open significant areas where some ways of comprehension and socialization are stimulated more than others. We reason that rhetoric, based on the opposition between inclusion and exclusion, can be thought in its double clinic and ideological incidence.

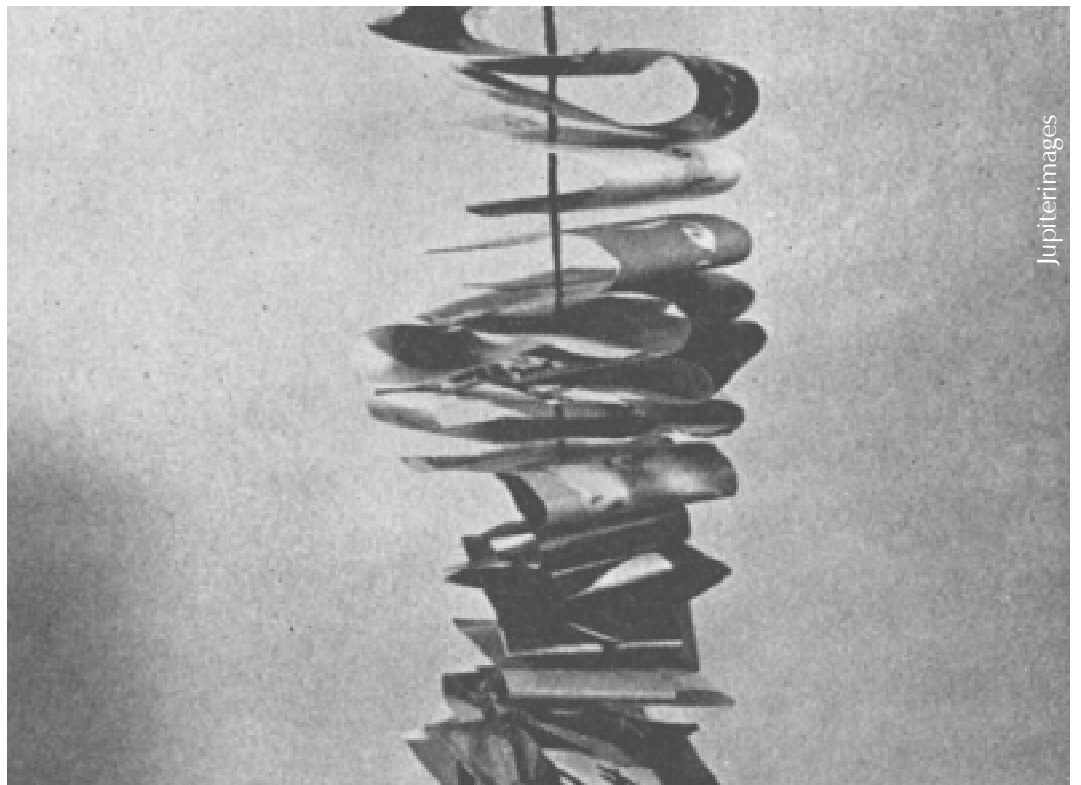
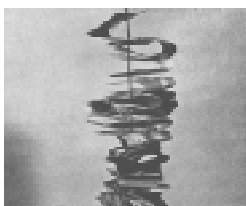
**Key Words:** Ideology, psychosis, treatment, psychiatric reform.

#### Christian Ingo Lenz Dunker

*Professor do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade São Marcos e do Instituto de Psicologia da USP.*

#### Fuad Kyrillos Neto

*Mestre em Psicologia pela Universidade São Marcos, doutorando em Psicologia Social pela PUC-SP, docente do Curso de Psicologia da UNIPAC.*



Jupiterimages

No Brasil, uma expressiva reforma psiquiátrica tomou vigor a partir da década de noventa pela iniciativa articulada dos três níveis gestores do sistema único de saúde – SUS. Tal processo redundou na modificação de algumas formas jurídicas e da ênfase de políticas públicas sobre a questão. O projeto de lei 3.657/89, conhecido como lei Paulo Delgado, proíbe a construção ou contratação de novos leitos psiquiátricos pelo poder público e prevê o redirecionamento dos recursos públicos para a criação de “recursos não manicomial”. Tal projeto foi aprovado em março de 2001 após doze anos de tramitação no Congresso Nacional. Nesse período de tramitação da lei federal, oito leis estaduais entram em vigência. Concomitantemente, podemos assinalar o fechamento de um conjunto significativo de hospitais psiquiátricos que não atendiam minimamente a critérios básicos de assistência. Foram implantados serviços substitutivos ao modelo tradicional, como os leitos psiquiátricos em hospitais gerais e os chamados serviços de atenção diária, de base comunitária, que são cerca de 250 em todo o País.

Na publicação oficial do Ministério da Saúde, fica marcado de forma clara e inequívoca o objetivo de:

“...alcançar em um futuro próximo uma atenção em saúde mental que garanta os direitos e promova a cidadania dos portadores de transtornos mentais no Brasil, favorecendo sua *inclusão social*” (2000, p.5, *italico nosso*).

A expressão “inclusão social”, presente na forma da lei, pode ser considerada como um enunciado, na acepção foucaultiana do termo. Um enunciado, nesse sentido, é unidade elementar de suma formação discursiva que, como tal, se define por um domínio específico de objetos, de modalidades enunciativas, de conceitos e de estratégias (Foucault, 1987). A questão que nos interessa é saber, a partir de uma descrição histórica dessa formação discursiva, como a *inclusão social* foi apropriada, no quadro de uma certa estratégia retórica e política, de forma a se colocar em relação de antagonismo com o projeto de uma clínica da escuta dos transtornos mentais, ou seja, trata-se de analisar uma série de deslocamentos discursivos que constituem, localizam e individualizam a loucura no espaço da exclusão social e, a partir disso, sustentam um conjunto de práticas que visam à sua reinserção, inclusão ou reentrada no campo social. Trata-se de um conjunto de práticas que discursivamente se recusam a inscrever-se na noção de clínica e muitas vezes colocam-se em oposição a esta.

Nossas considerações apóiam-se no material discursivo produzido no contexto da reforma

psiquiátrica brasileira, entre os anos 1980 – 2000, e, mais especificamente, no estudo sagital realizado em um Núcleo de Atenção Psicossocial (Kyrillos Neto, 2001).

## Retórica da Exclusão

Retórica, na acepção que empregamos, não significa manipulação de opinião e forçamento do interlocutor para uma posição na qual este não confluiria pelo uso livre da razão, mas um método de análise da linguagem em termos simultâneos de produção de subjetividade e formas de poder. Chamamos, portanto, de *retórica da exclusão* esse aspecto de formação discursiva que apreende e localiza os transtornos mentais em uma superfície formada pela antinomia entre inclusão e exclusão. Como todo aspecto retórico do discurso, tal estratégia constitui destinatários e auditórios específicos, bem como formas de legitimação, autoridade e apropriação que se baseiam em um fazer persuasivo (Breton, 1997). Em que pese o fato de essa retórica visar à inclusão, o ponto de onde ela parte e o consenso que ela presume é o de que o sujeito dos transtornos mentais, especialmente aquele que passa pela experiência da internação, está em condição e em processo de exclusão. Observe-se que isso contrapõe, supostamente, uma condição historicamente construída e bem definida (a exclusão) a outra condição ideal e indefinida (a inclusão).

É preciso lembrar que esse enunciado resume e sintetiza um ensejo de mudança surgido na metade da década de 70, no contexto da reformulação institucional e política do País. Naquele momento, aparecem críticas renitentes à ineficiência da assistência pública em saúde adotada pela administração federal através do Ministério da Saúde. Também surgem denúncias de fraudes no sistema de financiamento dos serviços e, o que é mais significativo para o movimento da reforma, denúncias de abandono e maus tratamentos a que eram submetidos os pacientes internados em diversos hospícios do País.

Nesse contexto, surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que, em 1979, promoveu um evento bastante significativo, no qual estiveram presentes Franco Basaglia e Robert Castel. As denúncias da violência nos hospitais, alguns visitados por Basaglia, e o desrespeito aos direitos humanos provocaram grande impacto. Nesse evento, a reforma psiquiátrica italiana começa a surgir como paradigma para o movimento antimanicomial brasileiro. O MTSM, ao adotar um discurso voltado para a humanização do tratamento e em defesa dos pacientes internados, alcançou grande repercussão. Isso fez avançar a luta até seu caráter

*“...alcançar em um futuro próximo uma atenção em saúde mental que garanta os direitos e promova a cidadania dos portadores de transtornos mentais no Brasil, favorecendo sua inclusão social”*

definitivamente antimanicomial. Note-se que a repercussão pública da condição a que estavam submetidos os *internos*, ou seja, os que estão incluídos em um espaço interior - *dentro*, portanto, de um dispositivo de tratamento, às vezes permanentemente - pode ser compreendida como uma espécie de metonímia da exclusão praticada pelo próprio sistema que deveria habilitá-los como sujeitos. Metonímia, pois funciona como um caso representativo de uma estratégia de opressão maior, operada pelo Estado em relação aos próprios sujeitos que nele deveriam se incluir, estratégia que passa a ser explicitada e questionada, particularmente a partir do final dos anos 70, para a própria opinião pública, no contexto da revelação das práticas de exclusão, controle e tortura realizadas pelo Estado durante o regime militar.

O avanço da luta antimanicomial trouxe ganhos significativos na assistência aos portadores de transtornos mentais. No plano institucional, apontamos como vantagens a desconstrução do modelo manicomial e a criação de uma rede de serviços com dispositivos diferenciados (urgências, leitos de retaguarda, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares etc.) em território definido, proporcionando maior qualidade ao atendimento do *usuário*. Aqui assinalamos dois deslocamentos significantes, o *interno* passa a ser chamado de *usuário*, não mais de *paciente*, e o antigo *hospital psiquiátrico* converte-se em *equipamento de saúde mental*. Os centros de *tratamento* tornam-se centros de *atenção*. Há, pois, toda uma redescrição do discurso asilar no qual o enunciado da inclusão social é articulado. O usuário é aquele que se utiliza de um serviço; o paciente é aquele que é objeto de um tratamento.

Após o reconhecimento da força histórica que impelia à loucura para a condição de exclusão social, política e discursiva, essa redescrição realiza-se em torno do que a teoria da retórica chama de antimodelo. A eficácia retórica de um antimodelo define-se pela inversão e negação irrestrita dos atributos que ele leva em conta, ou seja, o antimodelo é tão mais eficaz na medida em que em nenhum ponto do modelo sugerido encontre paridade com o antimodelo (Perelman, 1996). Surge, assim, uma estratégia retórica inversa, baseada na inclusão, na cidadania e no retorno da palavra ao paciente, definida a partir da negação de um antimodelo sobre o qual se estabeleceu um consenso negativo.

Neste contexto, o MTSM introduz um novo destinatário para seu discurso. Não se trata de

enfrentar o discurso tecnocientífico da Psiquiatria, no quadro de seus fundamentos epistemológicos ou clínicos, nem apenas o discurso burocrático estatal, no quadro da transformação normativa. Ambos reproduzem aquilo que o MTSM localiza como problemático: o fechamento, a clausura e a circularidade que mantêm a rede de autoridade sobre a experiência, sobre as trocas simbólicas e sobre os dispositivos técnicos do tratamento. Nesse sentido, a retórica antimanicomial inspirada em Basaglia segue uma tática diferente da adotada, por exemplo, pela antipsiquiatria, que questiona o tratamento dispensado à loucura no seu próprio solo de constituição histórica e adotando como destinatário privilegiado o campo da Psiquiatria. Contra essa retórica da exclusão, apresenta-se, portanto, um novo participante produzido e reconhecido por uma nova destinação: a opinião pública.

A preocupação com a função interpretativa da opinião pública, colocada na posição de observadora, faz produzir uma enunciação baseada na denúncia e no desmascaramento. Para tanto, a estratégia discursiva ampara-se no uso calculado de uma dupla cena: o desmascaramento da opressão política em paralelo ao desocultamento das práticas de submissão aplicadas ao tratamento dos transtornos mentais. Forma-se, assim, uma equação crítica onde controlar e oprimir solidarizam-se, paradoxalmente, com cuidar e amparar. O antimodelo afirma, na verdade, que em nome do cuidado se realiza a opressão, em nome da cura e da saúde verifica-se a produção de posições objetivantes, silenciosas e dóceis, na qual se identifica a condição social do doente mental.

Deduz-se, daí, que a transformação desejável no estatuto da doença mental é de natureza política, antes que clínica. Está formada uma cena enunciativa onde *clínica* e *política* tornam-se significantes em oposição. Uma cena enunciativa envolve um contrato ou a assunção de certas regras discursivas entre interlocutores que assumem um destinatário comum, um mesmo olhar para o qual a cena se constitui (Maigneueau, 1997).

## Clínica e Política

Landowski (1992) adverte-nos que a opinião pública é política. Sua vocação consiste em fazer a classe política agir segundo uma competência persuasiva. Dessa forma fica clara sua influência decisiva no processo legislativo de implementação da reforma psiquiátrica. O autor explicita a influência da opinião na classe política:

“Desde que ela disponha efetivamente dos meios, mesmo indiretos, de fazer prevalecer na cena política uma linha determinada, ela se transforma então numa ‘potência’ e, de observadora, é ela que se torna, por sua vez, digna de ser observada em seus comportamentos, auscultada quanto a seus estados de espírito, sondada enquanto reserva de energias canalizáveis. Colocada a princípio como sujeito cognitivo, ela se metamorfoseia em objeto de conhecimento” (1992, p.23).

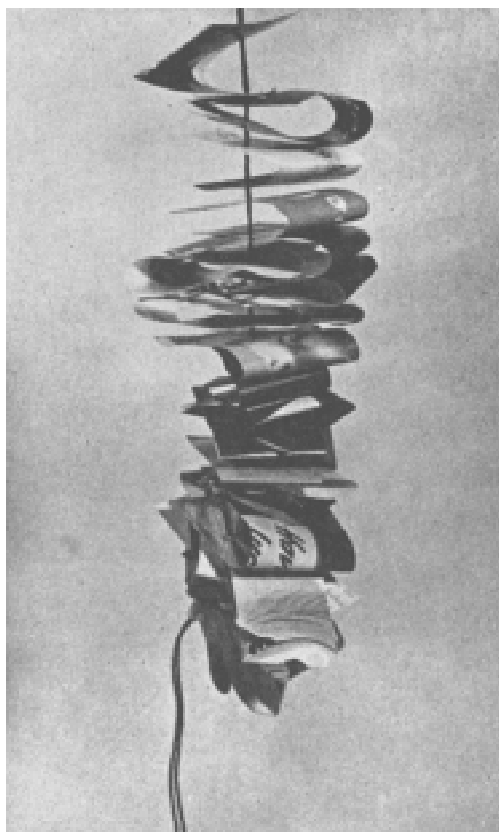
Considerando adequada a visão da psiquiatria democrática italiana sobre a loucura, a opinião pública será convencida da nocividade do hospital psiquiátrico, da não periculosidade do louco e da ontologia social das patologias psiquiátricas. Assim, a opinião pública e os *usuários* são submetidos a uma pedagogia política: uma tecnopolítica. Esse movimento é coerente com a retórica da exclusão, pois baseia-se na idéia de que a participação da opinião pública implica *abertura* e ampliação dos agentes que constroem o saber sobre um determinado processo. Introduzir a opinião pública seria, assim, uma forma de alterar a regulação do processo. Ao mesmo tempo, esse movimento força uma transformação discursiva. A opinião pública é necessariamente não-especializada; sua persuasão deve calcular, por exemplo, o uso de termos técnicos ou conceituais, produzindo com isso uma corrosão da base discursiva hegemônica encarregada da administração da doença mental no antímodo asilar.

O principal documento norteador das políticas adotadas nessa área pelo governo brasileiro tem sido a Declaração de Caracas, aprovada em novembro de 1990. Esse documento estabeleceu a diretriz de reestruturação em saúde mental centrando-a na comunidade e dentro de sua rede social. Os recursos, cuidados e tratamentos devem salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis, propiciando a permanência do doente em seu meio comunitário. Diagnosticava-se como principal efeito nocivo do sistema asilar o isolamento, a desintegração social e a exclusão. Encontramos, aqui, um segundo patamar discursivo. Não mais a ampla opinião pública, definida como agente de um saber anônimo, mas um saber localizado cujo agente é a comunidade e a família. Nesse patamar, o saber público não atua apenas como uma espécie de juiz ou observador, mas, como mostrou Laclau (1996), de articulador de demandas. Para esse autor, a formação de demandas que orientam movimentos sociais apóiam-se sempre em significantes flutuantes, ou seja, significantes suficientemente ambíguos e polissêmicos capazes de atrair para si uma diversidade de significados, reduzindo a diferença e consolidando a identificação necessária para a

ação. Ora, parece ser exatamente esse o caso na expressão *inclusão social*.

Assim, a viabilização dessa diretriz liga-se à organização dos novos serviços substitutivos, que assumem a tarefa de responder e representar a demanda de pacientes e familiares. Os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS e Centros de Atenção Psicossocial – CAPS certamente constituem a resposta mais avançada e criativa para alcançar esses objetivos.

Dessa forma, o sujeito da experiência da loucura, ao ser deslocado para a posição de *usuário* dos serviços de saúde mental, tem sua demanda revertida de demanda de cura para demanda de inclusão. Sua patologia é definida pela exclusão social concreta e não por uma nosologia neutra e transcendente. A localização de sua demanda não emerge do sofrimento psíquico individualizado, mas do sofrimento atinente à sua posição de classe.



*“Desde que ela disponha efetivamente dos meios, mesmo indiretos, de fazer prevalecer na cena política uma linha determinada, ela se transforma então numa ‘potência’ e, de observadora, é ela que se torna, por sua vez, digna de ser observada em seus comportamentos, auscultada quanto a seus estados de espírito, sondada enquanto reserva de energias canalizáveis. Colocada a princípio como sujeito cognitivo, ela se metamorfoseia em objeto de conhecimento”*

Como tal, sua demanda se objetiva em posições no universo do consumo e do trabalho, de onde a expressão *usuário* afinal deriva.

É no quadro desse deslocamento discursivo que se torna compreensível a oposição entre uma estratégia política e uma retórica clínica. A clínica, psiquiátrica, psicanalítica ou psicológica, torna-se

identificada a um aspecto do antimodelo manicomial por-que ela supõe, em tese, uma outra forma de articulação da demanda: individual, subjetiva, idiossincrática, articulação que deve ser posta em oposição à articulação política, cujos atributos teriam sinais contrários. Nessa operação, a clínica torna-se excluída da política. O saber neutro, tecnocrático, apolítico e científico, pelo qual historicamente a ordem médica se apropriou da loucura (Foucault, 1988), é tomado, retoricamente, por seu valor de face, como se de fato ele devesse ser tratado pelo modo como se representa e não como um projeto de política de subjetivação criticável. Um efeito dessa exclusão, presente na estratégia de constituir um novo discurso hegemônico em saúde mental, é também o de tornar homogêneo e criticável todo projeto que possa ser reconhecido como clínico.

“... a violência e a exclusão social estão na base de uma sociedade organizada a partir da divisão radical entre os que têm (os donos no sentido real) e os que não têm...”

Basaglia

Parker (1999), em um extenso estudo sobre as formas de resistência crítica que se verificam nos diversos movimentos contemporâneos de transformação da saúde mental, mostrou que a renúncia ao campo de categorias da clínica tem, muitas vezes, contribuído para manter suas práticas mais conservadoras. Por outro lado, estratégias que procuram desconstruir a formação de identidades patológicas, mostrando internamente a inconsistência da representação essencialista da loucura e redescrivendo politicamente as categorias e procedimentos da clínica, tem alcançado resultados. Destacam-se, nesse último caso, a estratégia adotada por grupos como *Lechesis*, na Alemanha, e *Hearing Voices e Mind* na Grã Bretanha. Esse estudo ajuda-nos a mostrar que a estratégia de oposição retórica entre clínica e política não é uma estratégia necessária no quadro dos movimentos em saúde mental de inspiração crítica.

## O imperativo da Inclusão

Nos moldes propostos pela psiquiatria democrática italiana, a inclusão social do paciente psiquiátrico seria obtida através da negação da lógica manicomial (transformação institucional), de uma política compensatória de concessão de benefícios e da participação em movimentos sociais. Tais práticas necessariamente ocupam um lugar suplementar ou substitutivo às antigas práticas clínicas.

Basaglia, mentor da psiquiatria democrática italiana, lembra-nos que a violência e a exclusão social estão na base de uma sociedade “organizada a partir da divisão radical entre os que têm (os donos no sentido real) e os que não têm...” (1985, p.101).

Esse autor propõe como cura para a doença mental a reinserção social do paciente nos meios produtivos:

“Não se cura o doente com subjetividade, mas se cura na volta ao círculo produtivo, o que coloca em discussão uma ciência, e no caso a Psicanálise, mas também outras ciências” (1979, p.93).

Em suma, o retorno ao social aproxima-se substancialmente do reingresso ao universo do trabalho. Trabalho e subjetividade acabam por opor-se, desdobrando a oposição inicial entre clínica e política. Em que pese o fato de o universo do trabalho representar um sistema simbólico primaz em nossa cultura e de que a inclusão implicar, em última instância, a possibilidade de participação e circulação em universos simbólicos, resta ainda a questão da alienação que redonda dessa inclusão. O que está em questão, aqui, é o plano da política das identidades. Alienar-se ao significante *trabalhador* é politicamente preferível a alienar-se ao significante *doente mental*, mas a alternativa retórica, assim colocada, mantém-se pela preservação da diferença entre esses dois significantes identitários.

Laclau (1996) lembra-nos que as identidades diferenciais são formas identitárias que se fundam pela negação, pela exclusão ou pelo afastamento total do que está fora delas. O autor destaca que a noção de negatividade, implícita no conceito dialético de contradição, é capaz de levar-nos além da lógica da pura diferença:

“Um conteúdo negativo que participa na determinação de um positivo é parte integrante deste último” (1996, p.58)

Parece-nos que, ao negar totalmente os saberes acumulados pelo campo da clínica na tentativa de marcar uma diferença radical, a proposta basagliana acaba por produzir uma retórica onde a inclusão social acaba por inverter os sinais característicos da exclusão, eliminando, assim, a contradição que deveria ultrapassar.

Dessa forma, para a psiquiatria democrática italiana, as condutas consideradas “inclusivas” encontrariam legitimidade independentemente de qualquer consideração clínica. Aqui cabe considerar outro deslocamento significativo. As antigas categorias profissionais, tais como *psiquiatra* ou *psicólogo*, são gradualmente substituídas por uma categoria mais vasta e menos estratificada: o *trabalhador em saúde mental*. No entanto, nem sempre uma substituição significativa altera a posição dos agentes na cena enunciativa. Aliás, muitas vezes tal substituição é realizada justamente para manter as posições de poder em um substrato discursivo que as torna menos perceptível. Trata-

se, portanto, de verificar qual é a natureza da relação discursiva entre o *trabalhador em saúde mental* e *usuário* produzida no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.

Em estudo anterior (Kyrillos Neto, 2001), mostramos como a noção de inclusão pode ser usada na posição do que Lacan chamou de *significante-mestre* (Lacan, 1996). O *significante-mestre* (S1) é o ponto do discurso que sustenta sua significação, sendo ele mesmo *assemântico* ou, como observou Zizek (1997), é o ponto onde se realiza o *bastamento ideológico* de um discurso: a palavra de ordem, o momento de corte histórico e de constituição de uma nova ordenação simbólica do discurso. Quando o *significante-mestre* ocupa a posição de agente de um discurso, ou seja, quando ele se apresenta como *razão* e origem, em nome da qual tudo se justifica, estamos no que Lacan chamou de discurso de mestre (Lacan, 1996).

A questão é saber, então, se há uma transformação na estrutura do discurso de mestre, que caracteriza a clássica relação médico-paciente quando passamos à relação trabalhador em saúde mental-usuário. Ora, pelo estudo antes citado (Kyrillos Neto, 2001), pode-se verificar que o responsável pela definição do que é ou não inclusivo para determinado usuário continua a depender sumamente do trabalhador em saúde mental. Além disso, a inclusão, em suas mais diversas estratégias, não é considerada como uma possibilidade, nem como uma contingência, mas como uma necessidade. Isso se revela, no plano discursivo, pela presença da inclusão como um imperativo.

O imperativo de recusar a exclusão transforma-se, assim, no imperativo da inclusão, mantendo, portanto, sua estrutura em discurso de mestre. Isso se verifica, por exemplo, no retorno do discurso das “prescrições médicas”, mas agora na forma de “prescrições sociais”. Em outras palavras, afirma-se na enunciação aquilo que se quer negar no enunciado.

## O Impacto Sobre os “Usuários”

O discurso basagliano construiu uma prática que valoriza a conscientização do paciente acerca de sua condição social precária. Propõe, coerentemente, a participação social efetiva e engajada capaz de transformar a realidade na qual o sujeito se aliena. Como libertar o outro, no entanto, se ele é objeto de um discurso de liberdade? Como fazê-lo reconhecer-se em um discurso do qual ele não é, em primeira instância, o produtor, mas o reprodutor ?

Nesses termos, a questão ideológica surge agudamente na relação técnico-usuário. O discurso baseado na “interpelação de inclusão” pode traduzir-se em efetiva prescrição de atitudes que procuram deslocar a posição do sujeito que sofre para a posição de um sujeito que traduz seu sofrimento em demanda social. Por exemplo: o “usuário” é estimulado a ter uma atividade remunerada, permanecer junto à família e à comunidade de maneira a evitar futuras internações psiquiátricas. Paralelamente, é preciso instalar uma narrativa que desloque a subjetivação baseada no discurso psicopatológico para uma subjetivação baseada em uma ontologia social responsável pela condição de exclusão. Qual será, nesse contexto, o impacto desse discurso sobre os usuários, uma vez que se trata de usuários psicóticos ?

Diversos autores (Gadet, 1997, Orlandi, 1999, Greimas, 1986) consideram que a interação semiótico-discursiva não implica, necessariamente, congruência entre a mensagem do emissor e a interpretação do receptor. Parece-nos que a “incongruência” antes apontada entre enunciado e enunciação, entre forma imperativa e modo libertário, ou ainda, entre inclusão e interpelação, reforça nossa posição de considerar que as falas emitidas por agentes da instituição estão sujeitas a interpretações não-congruentes dos receptores. Especialmente no caso da psicose, o paradoxo pragmático que verificamos nos diferentes níveis acima apontados parece replicar a forma discursiva encontrada em diversas formas de delírio (Freud, 1911, Lacan, 1958).

## O Discurso do Mestre

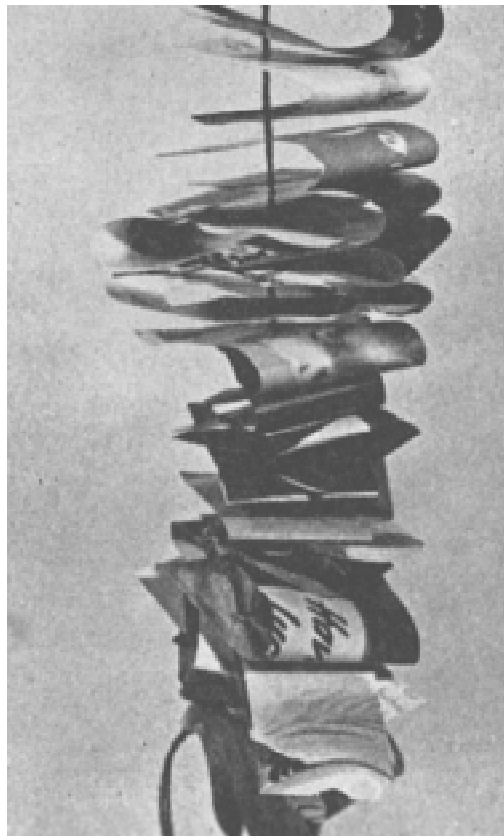
Como explicar, no sistema conceitual da psiquiatria democrática italiana, que um paciente recuse os benefícios sociais e o acolhimento oferecido pelo serviço, preferindo permanecer na loucura e na errância? Lembramos que tal fato é relativamente comum nos serviços que freqüentamos.

Alguns pacientes estão empenhados em uma produção delirante refratária à narrativa da inclusão ou à prática do trabalho. Outros, ao contrário, parecem integrar tal narrativa muito facilmente, ajustando suas reivindicações ao *significante-mestre* proposto.

O produto do discurso do mestre é a constituição de um objeto. A segregação ou exclusão social do paciente psiquiátrico, sua localização como objeto de uma consciência crítica, parece ser o exemplo mais conspícuo de tal tese, mas, no lugar do outro, o que o discurso de mestre engendra é o que Lacan (1996) chamou de saber. A produção delirante pode ser considerada, nessa medida, a produção

*“Não se cura o doente com subjetividade, mas se cura na volta ao círculo produtivo, o que coloca em discussão uma ciência, e no caso a Psicanálise, mas também outras ciências” (1979, p.93).*

de um saber que parece não encontrar ponto de amarração ou detenção, ou seja, saber que não se articula com um significante mestre. A tese de que, na psicose, o laço social, pelo qual se define o discurso, encontra-se irrealizado (Lacan, 1996), e de que esse laço social tornar-se-ia possível a partir da instalação de uma substituição artificial dessa articulação entre saber e significante-mestre (a metáfora delirante ou a suplência) ajuda-nos a entender os efeitos de estabilização verificados nos pacientes que se engajam na retórica da exclusão, assumindo-a como parte de sua própria subjetivação.



Curiosamente, no entanto, nesses mesmos pacientes, acompanhamos o surgimento de um outro fenômeno: a adesão a práticas farmacológicas. Tudo se passa como se, ao aceitar a narrativa da inclusão, ao conformar seus paradoxos aos próprios paradoxos da formação delirante, o usuário aceitasse também, e agora mais docilmente, o consumo de substâncias “antipsicóticas”. Se antes ele resistia a tal prática, agora ele a encara como um direito e uma demanda. Seu saber não se articula apenas ao significante-mestre, oferecido pelo dispositivo de saúde mental e desdobrado no cenário social da comunidade e da família, mas também aprofunda-se como um saber sobre este objeto: a medicação.

## A Formação de Demandas

A intervenção da psiquiatria tecnopolítica estende-se pelo campo social através da oferta de vagas em trabalhos oferecidos pelo poder público, alimentação gratuita, passagens de ônibus, moradia etc. Os técnicos do serviço tornam-se confiáveis para os usuários na medida em que cumprem sua palavra, fazendo chegar até estes os benefícios ofertados. Como em qualquer serviço, sua confiabilidade depende da relação eficaz entre oferta e demanda. Dessa forma, a relação intersubjetiva fica marcada pela promessa, que põe em relação os dois sujeitos mediados por um contrato.

Porém, nem sempre a promessa formulada corresponde a um pedido prévio do usuário. Por vezes, o técnico “prometente” antecipa o pedido explícito e empenha-se em antecipar o suposto programa de seu parceiro. A oferta gera a demanda e cria a necessidade. Nesse processo, já se encontra o princípio discursivo sob o qual se inicia a inclusão, ou seja, na própria operação de criação de demandas, a ideologia infiltra-se na forma social assumida pela troca. Prado define ideologia como o “Conjunto de efeitos produzidos pela constituição e circulação dos discursos, que abrem campos de significação onde certos modos de compreensão e socialização são permitidos e incentivados em detrimento de outros” (2000,p.100).

Por exemplo, nas pré-conferências do Dispositivo Municipal de Saúde Mental, realizadas na cidade de Santos, um dos espaços inclusivos do projeto, os profissionais dos serviços conversam extensamente com os usuários, ressaltando a importância da participação social. Alguns usuários atendem a esse “chamado” com extrema veemência e elaboram diversas propostas de cunho assistencial, tais como: colocação de um carro à disposição das unidades, aumento do número de vale-transportes para custear a frequência ao hospital-dia e as atividades e compromissos dos usuários, fornecimento de carteiras de ônibus para transporte gratuito dos usuários e criação de uma linha telefônica 0800 para atendimento de pacientes dos NAPS. Outras propostas abordam a melhoria do cardápio e a garantia do uso do telefone da unidade pelos usuários.

As justificativas para tais propostas têm uma acentuada tonalidade político – ideológica: acesso universal e de qualidade aos serviços vinculados ao SUS, não-discriminação aos portadores de sofrimento mental e garantia de liberdade de expressão.

No entanto, apesar dessas justificativas, as reivindicações dos “cidadãos – usuários” se concentram especificamente no campo dos benefícios. Sua fala concentra-se na produção de demandas, demandas essas surgidas, compreensivelmente, em relação a uma alteridade que as incita. Outros tópicos abordados na conferência, tais como prevenção em saúde mental e recursos humanos para a saúde mental, permanecem em segundo plano.

Ora, a formação de demandas é um passo decisivo para a inclusão e também para a articulação do movimento social representado pela luta antimanicomial. Ao inscrever-se como agente de uma demanda, o sujeito instala-se em um determinado laço social, ao mesmo tempo em que reconhece a instância à qual essa demanda se dirige.

## Clínica e Inclusão em Sistemas Simbólicos

Na estrutura psicótica, com suas peculiaridades quanto a relação e uso da linguagem, nota-se um efeito secundário do oferecimento e circulação do discurso político – ideológico centrado na formação de demandas. O fechamento discursivo provocado pela fixação de certos significantes, tais como *exclusão social*, *pobreza* e *cidadania*, e pela elisão de outros, notadamente os que se precipitam das formações delirantes singulares, leva o sujeito a uma nova forma de alienação, deslocamento que não pode ser desprezado, mas que mantém o problema básico da fixação de identidades. Prado ressalta que a

“Ideologia é esse efeito de ocultamento do trabalho da linguagem, das contradições que fendem o falante, que *permanece fixado em certos significantes* e em certas imagens produzidas nas formações discursivas’... (2001, p.100, grifo nosso).

Pode-se notar que muitos casos de psicose encontram alguma estabilidade clínica em uma certa assimilação de sistemas simbólicos, que funcionam ao modo de universos fechados de significação. Tais universos discursivos podem ser de extração religiosa, ética, étnica e até mesmo midiática. Por que não pensar que certas formas de ideologia política poderiam desempenhar o mesmo papel? Tais sistemas simbólicos têm por característica anexar todo saber a formas pré-constituídas de discurso. Isso pode ser feito por intermédio de estratégias discursivas que parecem possuir um funcionamento autônomo e anônimo, o que se verifica ser típico da ideologia. O problema aqui é delimitar, afinal, qual a diferença entre saber e ideologia.

Chauí (2001) considera que a eficácia da ideologia reside no movimento de recusa do não-saber, que habita necessariamente a experiência. A ideologia, diferentemente do saber, projeta uma posição que permite neutralizar a História, abolir diferenças, ocultar contradições e desarmar toda tentativa de interrogação. Em suma, a ideologia é um saber que oculta o trabalho de sua própria constituição. O saber pressupõe um trabalho. Nessa condição, é uma “negação reflexionante” que, por sua força interna, transforma algo que lhe é externo, resistente e opaco. O saber é o trabalho para elevar a experiência à dimensão do conceito. A situação de não-saber impulsiona o trabalho de deciframento, daí a afinidade entre o trabalho do saber e o processo de subjetivação. Trabalho de subjetivação, e não subjetivação pelo trabalho. Portanto, só há saber quando a reflexão se depara com a possibilidade de indeterminação, quando aceita o risco de não contar com garantias prévias e exteriores à própria experiência e à própria reflexão que a trabalha. Pode-se, então, distinguir uma inclusão ideológica, que se traduz pela imersão em um sistema simbólico pré-constituído marcado pela circulação instrumental de demandas, e a inclusão pelo saber, que se traduz pela articulação do trabalho do delírio como deslocamento contínuo de um não-saber.

Partindo dessa distinção, a inserção social preconizada pela legislação é uma oportunidade ambígua de produção de instabilização subjetiva através do contato com alteridades, mas também de ocupação dessa instabilidade por formas ideológicas pré-constituídas. Se a interpelação ideológica é hegemônica, a produção significante torna-se comprometida e a subjetivação transforma-se em reificação. A forma ideal e o modelo ideológico discursivo de inserção social acaba sendo a conversão à prática da militância. Dessa forma, podemos dizer que o discurso competente e instituído acaba por produzir sistemas simbólicos imunes à reflexão. A linguagem sofre uma restrição, pois não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa e em qualquer circunstância. Esse discurso é idêntico, do ponto de vista formal, à linguagem institucionalmente autorizada, na qual os interlocutores já foram previamente reconhecidos como tendo o direito de ouvir e falar em lugares e circunstâncias predeterminadas. Assim, o discurso sobre si vem impregnado de militância política. Em alguns casos, notamos esse discurso militante circulando em associação criativa ao sintoma. Um exemplo auxilia nossa compreensão: alguns usuários associam a participação em assembléias e o poder de envolvimento dos colegas, através do uso da fala, à potência sexual. Assim, a conversão de novos adeptos para a narrativa-mestre da

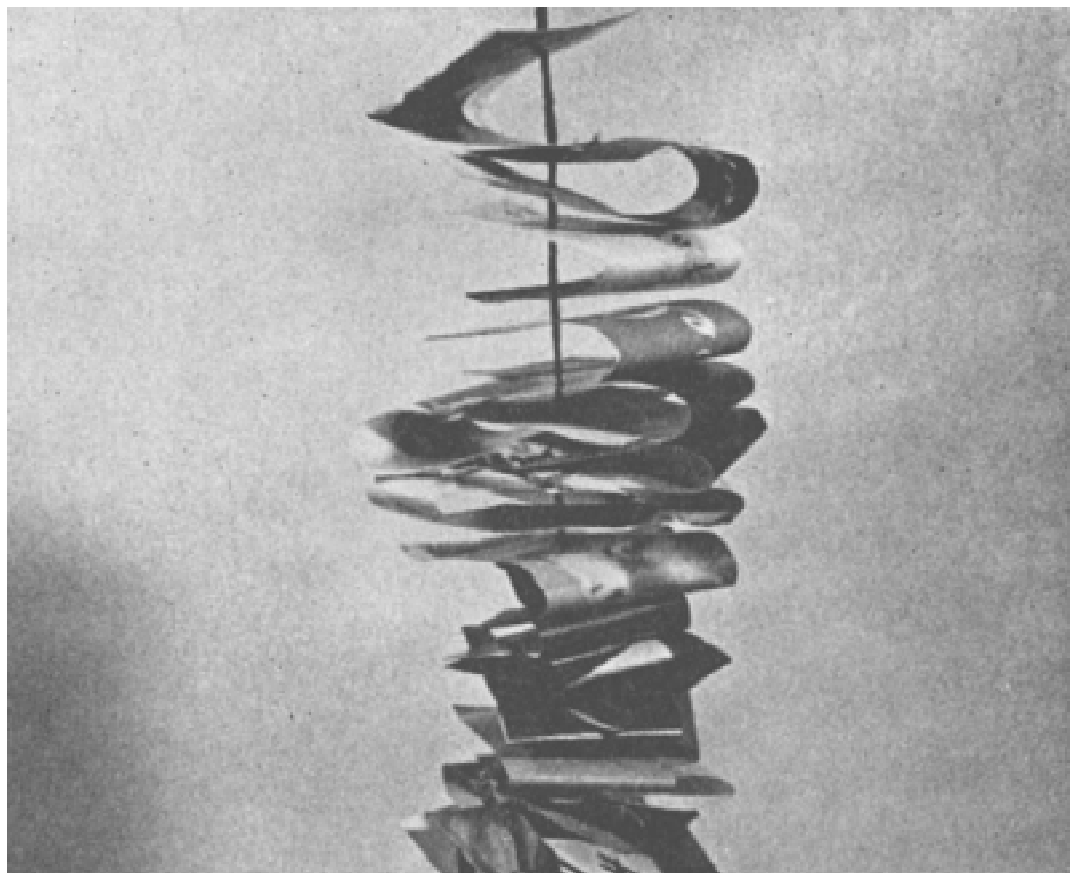


inclusão torna-se um sucedâneo da sedução, ocupando o novo militante um lugar passivo na transmissão sexual desse saber.

É possível manter um lugar que nos permita guardar uma distância em relação à ideologia, reconhecendo seu potencial de benefícios clínicos. Porém, esse lugar, no qual é possível captar a ideologia como sistema simbólico fechado, não deve ser ocupado por nenhuma realidade positivamente determinada (Zizek, 1999). Caso o crítico ceda à tentação, o que se produz é um sistema simbólico utilizado de modo francamente imaginário. Quando o usuário traduz a retórica da exclusão nos termos singulares de sua própria narrativa, esse é um ato de interesse simultaneamente clínico e político. Como

observou Jameson (1992), o ato que inaugura uma nova narrativa possui uma relevância transformadora maior do que a própria narrativa que daí se desenvolve. Portanto, não basta a imersão em um sistema simbólico do qual a retórica da exclusão seria uma das estratégias e a oferta de significantes-mestres um efeito, mas é preciso considerar ainda o ato contingente de apropriação singular realizado pelo sujeito.

É nessa operação que a escuta clínica parece ser insubstituível. Não consideramos que o lugar do clínico seja uma espécie de mirante onde se tem uma ampla, neutra e geral visão do panorama ideológico do social. A clínica é apenas mais uma forma de apontar o antagonismo social e, no melhor dos casos, de não tamponá-lo.



**Christian Ingo Lenz Dunkers**

Rua Abílio Soares, 932 – Paraíso. 04005-003  
São Paulo, SP. Tel.: (11) 3887 0781.  
E-mail: chrisdunker@uol.com.br

**Fuad Kyrillos Neto**

Rua José Linhares, 21, Santa Tereza. 36.201-088  
Barbacena, MG. Tel.: (32) 33336858.  
E-mail fuadneto@uol.com.br

Recebido 18/02/02 Aprovado 18/12/03

---

BASAGLIA, E. (org). *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

\_\_\_\_\_. *A Psiquiatria Alternativa. Contra o Pessimismo da Razão, o Otimismo da Prática*. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Legislação em Saúde Mental*. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Documentação e Informação. Brasília, 2000.

BRETON, P. *A Manipulação da Palavra*. Loyola, São Paulo, 1997.

CLAVREUL, J. *A Ordem Médica. Poder e Impotência do Discurso Médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CHAUÍ, M. *Cultura e Democracia. O Discurso Competente e Outras Falas*. São Paulo: Cortez Editora, 2001.

FOUCAULT, M. *Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro, Forense, 1987.

\_\_\_\_\_. *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1988.

FREUD, S. Observações Psicanalíticas Sobre um Caso de Paranoia (Dementia Paranoide) Descrito Autobiograficamente. In *Sigmund Freud. Obras Completas*, Amorrortu, Buenos Aires, 1988.

GADET, F. & HAK, T. *Por uma Análise Automática do Discurso*. Campinas: Pontes, 1997.

GREIMAS, A.J. & LANDOWSKI, E. *Análise do Discurso em Ciências Sociais*. São Paulo: Global, 1986.

JAMESON, F. *O Inconsciente Político – a Narrativa Como Ato Socialmente Simbólico*. São Paulo: Ática, 1992.

KYRILLOS NETO. *Estudo Crítico sobre o Uso da Medicação S/Nem em Naps da Zona Noroeste da Cidade de Santos*. Dissertação de Mestrado, Universidade São Marcos.

LACAN, J. *O Seminário – livro XVII. O Averso da Psicanálise*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

\_\_\_\_\_. *Questão Preliminar a Todo Tratamento Possível das Psicoses*. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACLAU, E. *Emancipación y Diferencia*. Buenos Aires: Ariel, 1996.

LANDOWSKI, E. *A Sociedade Refletida*. São Paulo: Pontes/ Educ., 1992.

MAINGUENEAU, D. *Novas Tendências em Análise do Discurso*. Campinas: Pontes, 1997.

ORLANDI, E. P. *Análise do Discurso: Princípios e Procedimentos*. Campinas: Pontes, 1999.

PARKER, I. Discurso, Cultura y Poder en la Vida Cotidiana. In Gordo López, A. J. (org). *Psicologías, Discurso y Poder*. Madrid: Aprendizaje Visor, 1996, pp.79-92.

\_\_\_\_\_. *Deconstructing Psychopathology*. London: Sage, 1999.

PERELMAN, C. & OLBRECHTS-TYTECA, L. *Tratado da Argumentação*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

PRADO, J.L.A. Teoria da Comunicação e Discurso Sobre a Globalização: Crítica ou Marketing? In Dowbor, L. & Ianni, O. & Resende, P.E. Silva, H.

*Desafios da Comunicação*. Petrópolis: Vozes, 2001, pp.93-111.

\_\_\_\_\_. O Analista Dividido – ou: a Psicanálise Pode Fletir Numa Teoria da Sociedade? In Carone, I. (org). *Psicanálise Fim de Século. Ensaios Críticos*. São Paulo: Hacker Editores, 1999, pp.37-56.

\_\_\_\_\_. *Brecha na Comunicação: Habermas, o Outro, Lacan*. São Paulo: Hacker Editores, 1996.

ZIZEK, S. Como Marx Inventou o Sintoma. In Zizek, Slavoj (org). *Um Mapa da Ideologia*. Rio de Janeiro, Contraponto Editora, 1999, pp.297,330.

\_\_\_\_\_. *O Mais Sublime dos Históricos – Hegel com Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.