

A “LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA” (LEI Nº 10.216) E AS CONSTRUÇÕES DISCURSIVAS SOBRE A “LOUCURA”¹

Fábia dos Santos Macedo

Resumo: O objetivo deste artigo é discorrer, especificamente, em torno de duas questões:

1. uma lei é capaz de mudar discursos que convivem como hegemônicos numa determinada conjuntura histórica?
2. Quais mecanismos discursivos e de poder podem se movimentar no tecido social, provocando a marginalização de certos sentidos e/ou a inscrição/cristalização de outros?

Em 6 de abril de 2001, o Brasil aprovou a sua lei de reforma psiquiátrica. A partir do estabelecimento dessa norma, instala-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 da reforma psiquiátrica produziu mudanças na visão da sociedade em relação ao tratamento dos doentes mentais. Os efeitos de sentidos sobre o louco vêm sendo deslocados em decorrência da instituição da lei?

Colocando-nos na óptica da Análise do Discurso de linha francesa teorizada por Michel Pêcheux e analisando o poder conforme Foucault, trataremos dessas questões, através do estudo da linguagem, no nível do discurso. No trabalho de análise, utilizaremos textos publicados na mídia impressa, formadora de opinião (jornais *O Globo* e *JB* e revistas *Veja* e *Isto é*), fazendo dois recortes: discursos ligados à loucura enquanto doença mental e discursos ligados à reforma psiquiátrica, tal qual propõe a recente lei.

Palavras-chave: Análise de discurso, lei, psiquiatria.

¹ Fábia dos Santos Marucci é professora de Língua Portuguesa e Redação e mestre em Letras pela Universidade Federal Fluminense, subárea Estudos da Linguagem; linha de pesquisa Discurso e Interação.

Pressupostos teóricos

Nas inúmeras palavras pronunciadas pelos homens – sejam elas racionais ou insensatas, demonstrativas ou poéticas – um sentido que nos domina tomou corpo, conduz nossa cegueira, mas espera, na obscuridade, nossa tomada de consciência, para vir à luz e pôr-se a falar.

Foucault, 1998, p. 15

A Lei da Reforma Psiquiátrica (lei 10.216) – que prescreve a extinção progressiva dos manicômios no país – aguardou 12 anos, até ser aprovada e sancionada, em 6 de abril de 2001. A norma propõe o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e determina a reintegração na sociedade das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Para examinarmos tanto a lei quanto os mecanismos discursivos e de poder que a envolvem, utilizaremos o conceito de poder (e micropoder) na concepção de Foucault: “os poderes não estão localizados em nenhum ponto específico da estrutura social. Funcionam como uma rede de dispositivos e mecanismos a que nada ou ninguém escapa [...] o poder não existe, existem, sim práticas ou relações de poder” (1990, p. 14).

Utilizaremos, ainda, conceitos desenvolvidos para a teoria da Análise de Discurso de linha francesa, por Michel Pêcheux. As principais ferramentas do instrumental analítico da Análise de discurso são:

- ♦ o discurso, entendido como “efeitos de sentidos entre interlocutores”. O discurso está disperso no espaço e no tempo, não estando reunido num mesmo texto, mas disperso por muitos textos (ORLANDI, 2000);
- ♦ a formação discursiva, aquilo que pode e deve ser dito numa dada conjuntura, as filiações de sentidos que, por sua vez, se inscrevem em formações ideológicas;
- ♦ o interdiscurso, que é a categoria que representa o que é externo em relação a uma dada formação discursiva.

Os fundamentos do campo de conhecimento dessa Análise de Discurso são as relações entre a linguagem, a história, a sociedade e a ideologia, a produção de sentidos e a noção de sujeito. A teoria reúne

três regiões de saber: o materialismo histórico (que estuda as transformações sociais); a lingüística (que estuda o enunciado, evitando que se caia numa análise subjetiva) e a teoria do discurso (que considera a memória da língua como determinante na produção de sentidos). Estas três regiões são atravessadas e articuladas por uma teoria da subjetividade de natureza psicanalítica.

Essencialmente, a Análise de Discurso considera que a língua traz, no mínimo, dois sentidos diferentes e antagônicos em jogo. O analista trabalha justamente no ponto das contradições.

Efeitos de sentidos da instituição da lei

Voltando à lei da reforma psiquiátrica, agora, enquanto instância de formações discursivas, esta pode ser identificada pelos seguintes discursos: a) interessa-se pelo sujeito, e não por sua doença; b) intenta *livrar o louco da sua condição de não-cidadão*, decorrente da dificuldade que apresenta para *gerar normas para sua vida*; c) postula modificar as *condições concretas de vida* do doente mental, a fim de lhe fornecer *possibilidades de trocas subjetivas*; d) reconhece a ignorância social acerca da peculiaridade dos loucos; e) promove práticas para a *restituição aos loucos de um maior valor social*. Assim, são organizados, por exemplo, *passeios, festas, atividades com o objetivo de inserir o paciente no mercado de trabalho*; f) acredita na idéia de que *o sujeito não é linear, mas fluxo, movimento, processo*: para ser tratado, precisa ser acompanhado.

Mapeando a mudança discursiva que pretende a *lei da reforma psiquiátrica*, a sua trajetória e de seu objeto, compreendemos como um efeito de poder a entrada de uma outra formação discursiva, que desloca a *loucura* do lugar de exclusão para o lugar de inclusão social, como atesta a lei:

[...] os direitos dos portadores de transtorno mental] são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (cf. Anexo).

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 como 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, grifos nossos)

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

Diminuição das internações já ocorre

Antes mesmo de aprovada a nova 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 abr. 2001).

A presença do discurso humanizador e de inclusão social do louco é predominante na matéria, 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 discurso jornalístico, como instituição submetida ao jogo de relações de poder no espaço social, ao longo do processo histórico, vem sendo submetido a um já-dito construído pelos poderes jurídico e político. Por sua vez, o discurso jurídico, por natureza mecanismo de controle social, é mediador das relações sociais, propondo regras e sanções adequadas, no entanto, não pode suprimir a tensão discursiva em torno de uma norma.

Comparando o discurso jurídico com o discurso jornalístico, o primeiro postula o que pode ser dito; enquanto que o segundo reforça, faz circular os sentidos concedidos pela lei e vem a fixar uma memória (pré-construído), neste caso, sobre a loucura. Incorporando o texto da lei, mesmo que suprimindo o tom de imposição característico dos textos que se pretendem normativos, o discurso jornalístico se mostra como isento, apagando o fato de estar dentro da lei (MARIANI, 1998, p. 81).

Além das instâncias jurídica e jornalística, outro micropoder envolvido na institucionalização da reforma psiquiátrica é a psicofarmacologia. 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.

Vejamos uma matéria publicada na revista *Veja* (19 dez. 2001).O recorte abarca título e subtítulo da matéria:

Delírios sob controle

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

Aqui, o remédio é um mecanismo terapêutico de *cura da loucura*. Assim, reforça-se, no imaginário social, a noção de que a ciência (representada, na seqüência a seguir, pelo micropoder *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 nossos)

O micropoder “psicofarmacologia” está representado 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, se desvincula a sociedade da noção de que “o lugar do doente mental é nos manicômios e asilos”, ao se marcar essa prática 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.” (Veja, 19 dez. 2001, grifo nosso).

Para finalizar, um recorte vinculado diretamente ao jurídico, uma matéria da revista *IstoÉ*, de 13 de março de 2002, onde, por um lado, reafirma-se a atuação social do micropoder “indústria farmacêutica” e, por outro, inscreve-se um discurso relevante para o estudo do imaginário da loucura, o de *periculosidade do louco*, que implica questões criminais. A matéria se intitula *A mãe que afoga 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 de junho de 2002, afogou seus cinco filhos numa banheira, devido a uma psicose pós-parto. Andrea estava tomando o antipsicótico *Haldol*. Contudo, seu médico suspendeu a medicação dezesseis dias antes de ela afogar os filhos, numa espécie de *apagamento*, decorrente de um *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*..

Na seqüência da reportagem, informa-se uma ocorrência da ineficácia de controle do *Haldol*, através da exposição de um 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 de depressão:

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

(...)

IstoÉ: 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. Há um comentário entre parênteses, que é a voz da revista, recuperando para o leitor a informação de que Andrea também era tratada com o Haldol e informando que era o mesmo medicamento que fracassou no controle das crises de Walquíria, imediatamente à sua resposta de que, tomando o remédio, retomaria o controle de seus atos e poderia ter uma vida normal, sem oferecer algum perigo social: (como Andrea, toma Haldol). Nesses parênteses inscrevem-se efeitos de sentidos que consideram que houve ineficácia de controle do Haldol no caso anteriormente relatado, embora a medicação de Andrea estivesse suspensa há dezesseis dias. A escolha de se relacionar o caso de Andréa – que matou sem, regularmente, estar tomando medicação, donde parafraseamos: se estivesse tomando o 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 de controle do Haldol. O micropoder em situação de hegemonia aqui é a própria sociedade (representada pela fala da revista e por 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 efeitos de sentidos presentes no mesmo recorte que discordam da justificativa para o crime – ela matou os filhos porque não estava tomando o remédio – dada pelo marido de Andrea. 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 sentidos 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, encontraremos: 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 restritiva está presente para denunciar a peculiaridade da atitude dessa mãe: Andrea afaga e afoga.

A questão jurídica acerca da imposição ou não de pena, à consideração ou não do crime envolvendo um doente mental também é um dos discursos filiados às formações discursivas sobre o doente mental inscritos na matéria, mesmo que apenas tangenciada. Percebemos a posição delicada em que se encontra a Justiça em tratar casos como os de Andrea e Walquíria:

A fronteira que separa as doenças socialmente mais aceitas, como um ataque cardíaco, daquelas ainda estigmatizadas, como a enfermidade mental, é na verdade o que está em julgamento no Estado Americano do Texas.

É inadmissível para a sociedade mães que matam filhos, bem como quaisquer outros assassinatos. São fatos delicados com os quais a reforma psiquiátrica tem de lidar: *o desafio de pensar a ética e o direito para o sujeito que é considerado um desarrazoado, um incapaz de responsabilizar-se por seus atos e por suas escolhas no âmbito da vida social* (LEAL, 1999, p. 66). O que se discute, nesse caso, é se vai se imputar o crime à doença mental ou à responsabilidade perante a lei. Trata-se de casos em que o *louco* não foi capaz de cumprir o contrato social (*não matar*), um dos preceitos que a convivência social prevê. Por estar desprovido de razão, não foi capaz de ver sentido nas regras sociais.

Essa conduta inadequada deve ser vista como desobediência passível de punição? Sabemos que, se, devido à doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, uma pessoa comete um crime, sendo inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato, ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, a lei a isenta de pena. Contudo, para a Justiça, o doente mental tem *periculosidade presumida*: se o indivíduo age em legítima defesa ou em *estado de necessidade*, mas existe um laudo psiquiátrico que o

qualifica como doente mental, este é considerado perigoso para a sociedade e é enviado para o manicômio judiciário (BARRETO: 1978, p.97). Ou seja, as formações ideológicas de *periculosidade da loucura* comparecem na forma de discursos hegemônicos na instituição jurídica. Logo, esta também atua como um micropoder de controle social da loucura, ao mesmo tempo em que reforça e reproduz o estigma em relação ao doente e à doença mental.

Outro micropoder, a Psiquiatria, também é componente importante do aparato jurídico, cuja função é avaliar o grau de sanidade do indivíduo, expedindo um laudo médico para que os juristas trabalhem em seus processos. Nesse caso, está nas mãos do médico o poder sobre o futuro do doente mental em situação de crime e a responsabilidade perante a sociedade pelas conseqüências de sua decisão.

A necessidade social de reclusão do louco permanece, justamente por haver atitudes e discursos hegemônicos que reafirmam genericamente a sua incapacidade de cumprir e respeitar o contrato social. Tais posições discursivas ignoram, por exemplo, a natureza diversa das formas de loucura. Por outro lado, estão cumprindo o papel institucional que a sociedade espera: mantê-la “protegida”; “segura”. Fatos como esses abalam as formações discursivas de *humanização da loucura*, que prevêm, como sua espinha dorsal, a inclusão do termo *cidadania* na proposta de transformação da assistência: o louco, quando comete atos que atentem contra a sua própria vida ou a dos outros, é desprovido de razão, não é um cidadão pleno (TENÓRIO, 2001, p.22-23). De outra parte, se é considerado responsável por seus atos, deve ser punido como qualquer cidadão que oferece um certo *perigo* à sociedade.

Situações, como as descritas acima, confirmam a convivência, enquanto obviedade no tecido social (e na memória discursiva da loucura) dos efeitos de sentidos dos discursos de periculosidade social do doente mental. Existem relações entre periculosidade, loucura e crime. Isso promove efeitos de sentidos de que o louco é um indivíduo perigoso à sociedade (LEAL, 1999, p. 53).

Considerações finais

Após este estudo sobre os efeitos na sociedade da aprovação da lei da reforma psiquiátrica, percebemos que há um longo caminho a percorrer, cujo trajeto continua a ser ainda objeto de reforma. Os sentidos inscritos nas formações discursivas sobre a reforma psiquiátrica ainda não encontraram um 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 da reforma psiquiátrica, ainda não estão em vias de mudar discursos hegemônicos sobre a loucura como, por exemplo, os discursos da periculosidade e da 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.

ANEXO

REDAÇÃO FINAL

Projeto de Lei n.º 3.657-D, de 1089

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

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

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

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

I – Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

XIX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

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

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

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

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

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

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

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

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

I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º – A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

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

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

§1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as

condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

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

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

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

Art. 13 Esta Lei entra em vigor na da de publicação.

Referências

- AUTHIER-REVUZ, J. Heterogeneidade(s) enunciativa(s). *Cadernos de Estudos Lingüísticos*, n. 19, 1990.
- ARFOUILLOUX, J. *Antipsiquiatria. Primeira mesa redonda*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.
- BARRETO, D. *O alienista, o louco e a lei*. Rio de Janeiro: Vozes, 1978.
- CAVALCANTI, M. et. al.. A Psiquiatria e o social: elementos para uma discussão. *Cadernos IPUB*, n. 3. Por uma psiquiatria em transformação. Rio de Janeiro: UFRJ, p. 41-73, 1999.
- COOPER, D. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva, s/d.
- CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- DESAUNIERS, J. B. R. *Sobre a controvérsia foucaultiana*. Porto Alegre: Veritas, v. 37, n 145, p. 61-70, março 1992,
- DESVIAT, M. *La Reforma Psiquiátrica*. Madrid: Edición DOR, 1994.
- FERREIRA, A. *Dicionário da Língua Portuguesa Século XXI*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.
- FOUCAULT, M. *Arqueologia do Saber*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.
- FOUCAULT, M. *A Ordem do discurso*. São Paulo: Edições Loyola, 2000
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 9. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1990.
- FOUCAULT, M. *Resumo dos Cursos do Collège de France – 1970-1982*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.
- FOUCAULT, M. *Psicologia e doença mental*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, Biblioteca Tempo Universitário, 1991.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998 .
- O Globo*, 16/04/2001, 19/04/2001.
- GADET, F.; HALK, T. (Orgs.). *Por uma Análise Automática do Discurso*. Uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Campinas: Editora da Unicamp, 1990.

- HENRY, P. et. al. A História não existe? *Gestos de Leitura: da História no Discurso*. Campinas: Editora da Unicamp, p. 29-53, 1997
- IstoÉ*, 13/03/2002.
- INDURSKY, F. *As falas dos quartéis e as outras vozes*. Tese de Doutorado. Porto Alegre: UFRGS, 1994.
- INDURSKY, F. *Cadernos do Instituto de Letras*, n. 20. Porto Alegre: UFRGS, 1998.
- Jornal do Brasil*, 03/03/2002.
- JR, B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: *Cidadania e loucura*. Políticas de saúde mental no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.
- KAPLAN, H. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- LEAL, E. *O agente do cuidado na reforma psiquiátrica brasileira*. Tese de Doutorado. UFRJ, Instituto de Psiquiatria, IPUB, 1999.
- Legislação em Saúde Mental*. 2. ed. revista e atualizada, série E, n. 4. Brasília, nov. 2001.
- MAINGUENEAU, D. *Os termos-chave da análise do discurso*. Lisboa: Gradiva, 1997.
- MAINGUENEAU, D. *Novas tendências em Análise do Discurso*. Campinas: Editora da Unicamp, 1993.
- MALDIDIER, D. et. al. Discurso e Ideologia: bases para uma pesquisa. *Gestos de Leitura: da História no Discurso*. Campinas: Editora da Unicamp, 1997,
- MARIANI, B. *O PCB e a imprensa: os comunistas no imaginário dos jornais (1922-1989)*. Rio de Janeiro: Revan; Campinas: Unicamp, 1998.
- MEDEIROS, T. B. *As múltiplas identidades do hospital psiquiátrico: um estudo dos internamentos na região metropolitana do Recife*. Tese de Doutorado. UFRJ, 1989.
- ORLANDI, E. *A linguagem e seu funcionamento*. Campinas: Pontes, 1987.
- ORLANDI, E. *Análise de Discurso. Princípios e procedimentos*. Campinas: Pontes, 2000.
- ORLANDI, E. *Discurso e Leitura*. Campinas Cortez, 1993.
- ORLANDI, E. *Palavra, fé e poder*. Campinas: Pontes, 1987.

- ORLANDI, E. *Interpretação. Autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico*. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.
- ORLANDI, E. *Sujeito e Texto*. São Paulo, Educ, 1988 (Série Cadernos PUC-3).
- ORLANDI, E. *As formas do silêncio no movimento dos sentidos*. Campinas: Editora da Unicamp, 1992.
- PÊCHEUX, M. *O Discurso: estrutura ou acontecimento*. Campinas: Pontes, 1997.
- PÊCHEUX, M. *Semântica e Discurso. Uma crítica à afirmação do óbvio*. Campinas: Pontes, 1997.
- PÊCHEUX, M. et. al. Ler o Arquivo hoje. *Gestos de Leitura: da História no Discurso*. Campinas: Editora da Unicamp, p. 55-65, 1997.
- PENA, E. S. *Pagens da casa imperial: jurisconsultos, escravidão e a lei de 1871*. Campinas: Editora da Unicamp, 2001.
- PESSOTTI, I. *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.
- PONTE, C. F. *Médicos, psicanalistas e loucos: uma contribuição à história da psicanálise no Brasil*. Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ, 1999.
- RESENDE, H. *Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica*. In: Tundis, Silvério; Costa, Nilson (Orgs.). *Cidadania e loucura. Políticas de saúde mental no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.
- ROUDINESCO, E. et. al. *Foucault: leituras da História da Loucura*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- SERPA, O. et. al. Sobre o “nascimento” da Psiquiatria. In Cadernos IPUB, n.3. Por uma psiquiatria em transformação. Rio de Janeiro: UFRJ, p. 25-40, 1999.
- SINGER, P. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
- TEIXEIRA, M. et. al. Algumas reflexões sobre o conceito de cura em Psiquiatria. *Cadernos IPU, n. 3*. Por uma psiquiatria em transformação. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.
- THOMPSON, E. P. *Senhores e caçadores: a origem da lei negra*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- Veja, 19/12/2001, 26/07/2001.