TEMAS FUNDAMENTAIS DA
REFORMA SANITÁRIA

10

DIVERSIDADE CULTURAL E SAÚDE

Paulo Amarante
Ana Maria Costa

Cidadania para a saúde

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2011-2013)
NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2011-2013)

Presidente:	Ana Maria Costa
Primeiro Vice-Presidente:	Alcides Silva de Miranda
Diretora Administrativa:	Aparecida Isabel Bressan
Diretor de Política Editorial:	Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Diretores Executivos:	Lizaldo Andrade Maia
	Luiz Bernardo Delgado Bieber
	Maria Frizzon Rizzotto
	Paulo Navarro de Moraes
	Pedro Silveira Carneiro
Diretor Ad-hoc:	Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti
	José Carvalho de Noronha

CONSELHO FISCAL / *FISCAL COUNCIL*
Armando Raggio
Fernando Henrique de Albuquerque Maia
Júlio Strubing Muller Neto

CONSELHO CONSULTIVO / *ADVISORY COUNCIL*
Ana Ester Maria Melo Moreira
Ary Carvalho de Miranda
Cornelis Van Stralen
Eleonor Minho Conill
Eli Iola Gurgel Andrade
Felipe Assan Remondi
Gustavo Machado Felinto
Jairnilson Silva Paim
Ligia Bahia
Luiz Antônio Silva Neves
Maria Fátima de Souza
Mario Cesar Scheffer
Nelson Rodrigues dos Santos
Rosana Tereza Onocko Campos
Silvio Fernandes da Silva

EDITOR CIENTÍFICO / *CIENTIFIC EDITOR*
Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)

EDITORA EXECUTIVA / *EXECUTIVE EDITOR*
Marília Fernanda de Souza Correia

SECRETÁRIO EDITORIAL / *EDITORIAL SECRETARY*
Frederico Tomás Azevedo

SECRETARIA / *SECRETARIES*

Secretaria Geral:	Gabriela Rangel de Moura
Pesquisador:	José Maurício Octaviano de Oliveira Junior
Assistente de Projeto:	Ana Amélia Penido Oliveira

JORNALISTA / *JOURNALIST*
Priscilla Faria Lima Leonel

EXPEDIENTE

Organização:	Ana Maria Costa
	José Carvalho de Noronha
	Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Edição:	Marília Correia
Diagramação e Capa:	Paulo Vermelho

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL (ABRASME)

Presidente:	Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Vice-Presidente:	Izabel Christina Friche Passos
Primeiro-secretario:	Fernando Ferreira Pinto de Freitas
Segundo-secretário:	Evelyne Bastos
Primeiro-tesoureiro:	Walter Ferreira de Oliveira
Segundo-tesoureiro:	Edvaldo Nabuco

A485d

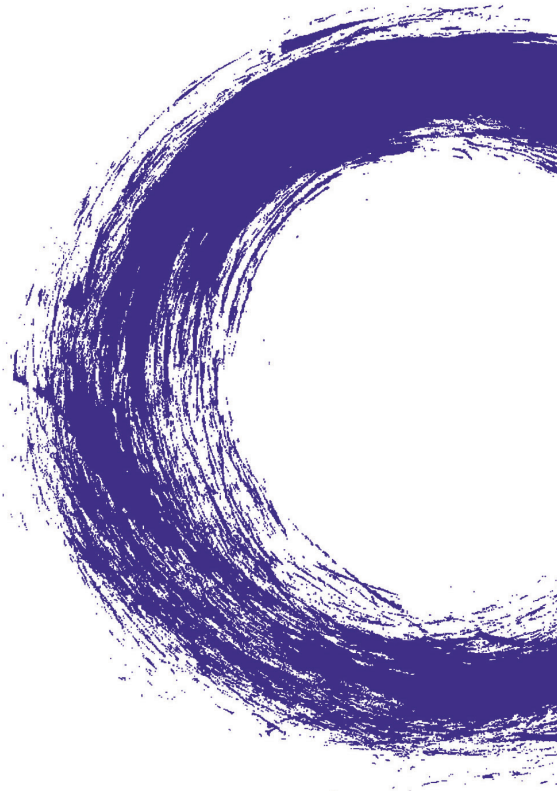
Diversidade Cultural e Saúde / Paulo Amarante, Ana Maria Costa. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.
69p.; 14 X 21cm.

ISBN 978-85-88422-15-5

1.Saúde Pública – 2. Política de Saúde – SUS. I. Costa, Ana Maria. II. Título.

CDD - 362.10981

DIVERSIDADE CULTURAL E SAÚDE



Paulo Amarante
Ana Maria Costa

projeto
FORMAÇÃO EM CIDADANIA PARA SAÚDE:
TEMAS FUNDAMENTAIS DA REFORMA SANITÁRIA

DIVERSIDADE CULTURAL E SAÚDE

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Rio de Janeiro
2012

Sumário

Apresentação | 7

Introdução: Conceitos fundamentais e a análise de uma experiência emblemática | 9

A questão da diversidade no SUS | 21

Uma análise de campo: o caso emblemático da saúde mental e reforma psiquiátrica | 27

Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica: a noção de processo social complexo e de processo civilizatório | 36

A autonomia do campo artístico-cultural em relação ao campo técnico-assistencial da atenção psicossocial | 43

Inovando nas relações entre o trabalho e o campo da saúde mental | 48

Inovando nas relações entre a arte-cultura e o campo da saúde mental | 50

Os projetos artístico-culturais da loucura entram nas políticas públicas culturais | 54

Considerações finais | 62

Referências | 65

Sites | 69

Desde sua criação, em 1976, o CEBES vem contribuindo e inovando no campo das publicações em políticas de saúde. Acompanhando o lançamento da Revista *Saúde em Debate*, um dos mais tradicionais e permanentes periódicos nacionais, foi apresentada à comunidade da saúde a *Coleção Saúde em Debate*, que tantos títulos ofereceram subsídios para os primeiros passos da Reforma Sanitária brasileira. Muitos dos principais autores brasileiros e internacionais foram publicados nesta coleção.

Mais recentemente, foi lançada a *Coleção Pensar em Saúde*, título este que homenageia Mario Testa, um grande mestre e estrategista dos movimentos sanitários latino-americanos. O objetivo desta coleção era o de contribuir

para a atualização da agenda da Reforma Sanitária brasileira. Acreditamos que alcançamos tal objetivo.

E, agora, é com enorme satisfação que inauguramos a coleção de *e-books*, que tem como propósito oferecer a um público mais amplo os principais conceitos, dilemas e tendências das políticas de saúde em alguns de seus mais importantes aspectos. É um material que se destina à formação de atores sociais, provocando a reflexão crítica e instrumentalizando a ação política. Aproveite toda a coleção!

DIVERSIDADE CULTURAL E SAÚDE

Paulo Amarante*
Ana Maria Costa**

"Temos o direito a sermos iguais quando a diferença nos inferioriza. Temos o direito a sermos diferentes quando a igualdade nos descaracteriza." (Boaventura de Sousa Santos)

INTRODUÇÃO: Conceitos fundamentais e a análise de uma experiência emblemática

Este livro tem como escopo o debate das relações entre o tema da saúde e a diversidade cultural, que tem levantado novas questões e perspectivas para ambas as áreas.

* Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Diretor de política editorial do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e Editor da Revista Saúde em Debate. Professor e Pesquisador Titular do LAPS/ENSP/FIOCRUZ - Rio de Janeiro, Brasil. Presidente nacional da ABRASME (Gestão 2011-2012).
** Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. Presidente nacional do CEBES (Gestão 2011-2013).

Com o intuito de não apenas exemplificar, mas de aprofundar o debate, será realizada uma análise e uma revisão destas relações especificamente no que diz respeito ao campo da saúde mental, onde ocorre um dos processos mais singulares e promissores na interface saúde e diversidade cultural, notadamente ampliando a perspectiva da trans e intersetorialidade para a dimensão do trabalho (economia solidária) e dos Direitos Humanos.

A diversidade cultural deve ser entendida em seu contexto de grande complexidade envolvendo as relações com pobreza, periferia, raça, religiosidade, sexualidade e todas as situações que requer o respeito ao outro no convívio social. O reconhecimento da diversidade de indivíduos e dos grupos sociais vem desafiando as políticas sociais que, particularmente na saúde, se apresentam sob a forma de demandas por novas relações entre os segmentos sociais, por novas políticas e por mudanças nos serviços de atenção e cuidado.

Para o campo da antropologia, o conceito de cultura diz respeito a toda a construção humana resultante da acumulação de valores e práticas que se manifestam na totalidade de padrões aprendidos e desenvolvidos pelo ser humano. A ciência que estuda a cultura é a etnologia. Edward Burnett Tylor elaborou o conceito mais usado sobre a cultura e para ele a cultura seria o complexo que inclui conhecimento, crenças, arte, morais, leis, costumes e outras aptidões e hábitos adquiridos pelo homem como membro da sociedade.

Em última instância, a cultura corresponde às formas de organização de um povo, seus costumes e tradições transmitidas de geração para geração que, a partir de uma vivência e tradição comuns, se apresentam como a identidade desse povo.

A humanidade sempre teve reações variadas – medo, rejeição, repulsão, curiosidade ou apreço – pelas diferenças que percebiam entre si e os vários povos com os quais tinham contato. Cor da pele, língua, vestimentas, modos de vida ou qualquer outro aspecto cultural perceptível da singularidade dos 'outros' podem ocasionar reações entre grupos humanos. Entretanto, a diversidade humana e cultural é a responsável pela maior riqueza que caracteriza a humanidade.

A reação à diversidade humana sempre esteve fundamentada nas diferenças com a ênfase direcionada aos aspectos considerados negativos ou positivos do outro, tanto do ponto de vista físico como cultural.

A antropologia chama de 'etnocentrismo' as atitudes generalizadas das sociedades humanas de tomarem como melhores e mais corretos os seus valores e as suas formas de viver, agir, sentir e pensar. O pertencimento aos grupos 'diversos' em muitos casos submete os indivíduos a situações e vivências perversas e humilhantes, particularmente quando sua condição de diversidade incomoda e estimula, nos outros, a rejeição ou o menosprezo.

Para compreender o complexo mecanismo do preconceito e da discriminação, é preciso analisar os contextos históricos, sociais e culturais. Historicamente, os pobres

vêm sendo produto de recriações constantes da subalternidade e a literatura está repleta de tradução de desejos, teorias e verdades, frequentemente alheias à sua realidade ou verdadeiras aspirações. Esta subalternidade construída contamina a mídia, a produção acadêmica e as próprias políticas públicas que deveriam favorecer a equidade a estes grupos sociais.

Se houvesse a possibilidade de exercitar outro olhar sobre as populações pobres, periféricas, seria possível identificar a riqueza do universo simbólico e a multiplicidade de conhecimentos, saberes e práticas populares além das estratégias e costumes relacionados à sociabilidade que são compartilhados pelos pobres, moradores das periferias. Esta riqueza simbólica e cultural entre os pobres e moradores das periferias conformam indícios de que a privação não é determinante da pobreza social e nem uma via de mão única que paralisa e esteriliza o desenvolvimento humano.

As ruas, onde hoje moram milhares de pessoas, ou mesmo as periferias urbanas superlotadas, geralmente são construídas como territórios onde as limitações materiais e a violência coexistem e ameaçam os demais. Na condição de moradores da rua hoje, há uma grande diversidade representada pelos negros, homossexuais, travestis, velhos, adolescentes, etc. Neste cenário complexo, os serviços de saúde precisam encontrar suas alternativas para garantir universalidade e o direito à saúde.

No campo da saúde, e particularmente na formulação de políticas e prestação de serviços de atenção e cuidado, conhecer a diversidade cultural representa um disposi-

tivo disparador de alternativas e possibilidades para auxiliar na solução de problemas e atendimento das demandas da população. Talvez a premissa básica seja o reconhecimento do saber popular acumulado como qualificador do grupo social e das pessoas, assim como dos costumes e práticas de grande importância para a saúde.

É preciso que os serviços de saúde busquem apreender a riqueza da cultura popular destas populações que, de fato, interpreta e explica a realidade, produzindo e reproduzindo constantemente padrões de sociabilidade e diversidade das camadas populares. Esta cultura é o conjunto de produções simbólicas e materiais em permanente transformação que orienta e organiza as relações sociais, a sociabilidade e o estilo de vida da população.

O tema da diversidade em saúde está relacionado à desigualdade, equidade e iniquidade, muitas vezes de forma acumulativa como situações que se sobrepõem na determinação social e cultural das condições de vida e de saúde.

O Estado brasileiro nos últimos anos tem procurado escutar e traduzir as demandas em saúde dos grupos sociais em condição de desigualdade social nos termos constantes do Plano Plurianual 2004/07:

> as evidências demonstram que a pobreza, a desigualdade e o desemprego, associados às precárias condições de alimentação, saúde, educação e moradia, concorrem para a marginalização de expressivos segmentos sociais, que não têm acesso a bens essenciais

> e que se encontram alijados do mundo do trabalho, do espaço público e das instituições relacionadas. Enfrentar este quadro é o principal desafio do Estado brasileiro expresso nesse Plano. Trata-se de ampliar a cidadania, isto é, atuar de modo articulado e integrado, de forma a garantir a universalização dos direitos sociais básicos e, simultaneamente, atender às demandas diferenciadas dos grupos socialmente mais vulneráveis da população. (BRASIL, 2003, p. 61).

O Sistema Único de Saúde e o seu conjunto de princípios ético-políticos devem ser compreendidos como elementos interpeladores para as políticas de saúde que, por sua vez, devem, diante dos impasses, potencialidades e especificidades das circunstâncias históricas, ser recolocados permanentemente como questões para ativistas, gestores e trabalhadores do sistema.

A 'equidade', por exemplo, tomada como fundamento ético para o SUS, remete a conceitos e situações que devem ser questionados, a fim de evitar o seu esvaziamento. Segundo Medeiros (2000), equidade é um termo jurídico que denota o princípio fundamental do Direito ao evocar a realização da justiça. É de grande pertinência a articulação entre a noção de equidade como entendida pela ciência jurídica transposta para o campo da saúde, na perspectiva da ética da justiça e dos direitos. É necessária

a adoção de estratégias diferenciadas para pessoas e grupos populacionais excluídos e em situação de maior vulnerabilidade, para cumprimento do instituído na Constituição Federal de 1988, definindo a saúde como direito universal, a ser garantido pelo Estado.

A noção de equidade na saúde, no entanto, vem sendo considerada por alguns autores como problemática, sendo empregada de forma generalizada e sem clareza, o que induz ao esvaziamento das proposições quase sempre ineficazes ou inviáveis.

Pinheiro, Westphal e Akerman (2005) realizaram um estudo sobre o uso do termo equidade e seus derivados nos relatórios da IX, X e XI Conferências Nacionais de Saúde. Estes autores constaram que o discurso sobre equidade é vago, sustentado em proposições gerais ou inespecíficas, havendo pouco avanço no entendimento do tema.

A IX Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1992, que teve como principal tema a descentralização na gestão da saúde, enunciando propostas de efetivar a municipalização, valorizou ainda o fortalecimento do controle social, gerando recomendações para a criação de Conselhos de Saúde nos estados e municípios que ainda não dispunham desta instância de referência.

Nesta conferência, a ideia de equidade aparece apenas de modo vago, sem o potencial de alcançar e sinalizar diferenças significativas entre grupos sociais, e, consequentemente, sem alcançar sua plena potencialidade na efetivação de ações em saúde que superem as iniquidades (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005).

A X Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, já contava com uma maior consolidação do controle social e da participação efetiva de diferentes atores sociais no SUS, e orientou-se pelo intuito de promover a responsabilização, por parte dos municípios, da gestão da rede de serviços locais de saúde.

No relatório dessa conferência, ainda segundo os mesmos autores, o termo equidade aparece mais recorrentemente, chegando a haver a sugestão da inclusão da linguagem de sinais para surdos como disciplina curricular, na percepção de que a noção de equidade deveria gerar intervenções concretas.

No entanto, o uso mais frequente da ideia de equidade ocorreu, segundo os autores, em argumentações retóricas e sustentando enunciados considerados chavões. A ampla discussão realizada na IX Conferência Nacional de Saúde em relação à aposentadoria aos 25 anos de serviço, bem como a redução da jornada para 30 horas semanais, reitera a crítica já levantada pelos autores. Salientam que o espaço destinado ao debate sobre equidade privilegiou apenas as questões trabalhistas, em detrimento de um diálogo voltado às problemáticas específicas da saúde da população brasileira.

No ano 2000, foi realizada a XI Conferência Nacional de Saúde. No relatório desta conferência, Pinheiro, Westphal e Akerman (2005) afirmam que o termo equidade parece ter alcançado mais espaço nos enunciados do Ministério da Saúde, não apenas no aumento da incidência do termo nestes documentos ministeriais, mas também no seu

sentido propriamente dito. Identificam ainda uma maior aproximação da noção de equidade às questões próprias da saúde da população, ainda que não tenha avançado na caracterização de grupos sociais e na definição de prioridades. Os autores reafirmam sua crítica em relação à restrição a que se sujeitou a ideia de equidade, alertando que não foram levantadas situações mais específicas da saúde, com notável ausência de estratégias práticas e operacionais para o enfrentamento das iniquidades.

Prevaleceram, nesta conferência, ainda, os abusos retóricos e generalistas ressaltando que a noção de equidade se prestou para a sustentação da proposição de um 'conjunto de intenções', sem propostas ou compromissos estratégicos.

O que se pode depreender das análises desses autores é que, a despeito das enormes desigualdades e iniquidades presentes na sociedade brasileira, a noção de equidade parece não estar incorporada como ferramenta operacional de uma ética prática que norteie a elaboração e implementação de ações políticas, no sentido da garantia da efetivação do direito universal à saúde.

No mesmo sentido, Roberto Passos Nogueira (2000) chama a atenção para a impotência da equidade tal como utilizado o termo na saúde contemporânea, já que, embora tenha se transformado num conceito amplamente disseminado e fortemente presente na produção de conhecimento, perdeu sua potencialidade de efetivar ações políticas e de respaldar as reivindicações de movimentos sociais.

Segundo o autor supracitado, a ideia de equidade nasce da força de denúncia dos movimentos sociais. Desta forma, valoriza a força argumentativa do movimento de Reforma Sanitária que, na década de 80, reivindicou reformas democráticas no modelo de atenção à saúde no Brasil, baseado na exclusão de grupos sociais do processo de atenção e de cuidado à saúde.

A condição de desigualdade e de exclusão na atenção à saúde na época, caracterizada, por um lado, pela oferta dos programas segmentados e verticalizados do Ministério da Saúde, voltados aos segmentos mais pobres da população, e, por outro, pelos serviços ofertados pelo extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), cuja atenção e privilégio recaía sobre segmentos inseridos no mercado formal de trabalho, portanto, mais abastados economicamente, foi o pretexto que respaldou a reivindicação da equidade na saúde naquele momento histórico-social.

A consideração desse contexto específico em que ganha força a noção de equidade permite a Nogueira sustentar que a luta pela equidade seguiria a lógica de uma 'negação da negação'. O sentido da reivindicação da equidade seria correlativo à sua oposição a uma condição clara de iniquidade. Mais do que um processo conceitual, de formalização do conhecimento sobre as políticas públicas de saúde, a noção de equidade encontra como fundamento ou sentido primeiro a defesa de uma situação de justiça a ser instaurada mediante o reconhecimento e denúncia de uma situação de desigualdade concreta.

Nogueira (2000) alerta ainda para o fato de que a noção de equidade deslizou, da década de 80 para o início do século corrente, mais especificamente a partir da década de 90, da denúncia das desigualdades sociais para a substituição desse discurso pela reivindicação de direitos igualitários. Passou-se de uma lógica discursiva que privilegiava a negatividade de uma condição, para outra lógica que passa a enunciar a positividade dos direitos.

Esta mudança na lógica discursiva, no entanto, teve como consequência a perda da perspectiva que atentava à especificidade da condição concreta de determinados segmentos sociais, em prol de uma visão global e difusa de direitos a serem instituídos, sem necessariamente especificar as condições em que tais direitos não estariam sendo atendidos para alguns grupos sociais.

Esta crítica ecoa de modo direto na tendência generalista com que vem sendo tratada a questão da equidade em saúde e que Pinheiro, Westphal e Akerman (2005) sugeriram estar presente nos relatórios das IX, X e XI Conferências Nacionais de Saúde.

Nogueira faz ainda uma provocação, afirmando que "nunca tantos falaram tanto da equidade, mas nunca tão pouco fez-se a seu favor" (2000, p. 100). O autor nos convoca a abrir mão dos idealismos argumentativos, intentando promover a conscientização de que a atenção a condições concretas seria o caminho de viabilização para a proposição e implementação de políticas públicas condizentes com as efetivas demandas de segmentos da população brasileira que estariam sendo privados de atenção e

vivenciando uma condição real de desigualdade na atenção e no cuidado à saúde.

Neste sentido, o caminho para sanar a impotência que ronda a noção de equidade na saúde não seria apenas a produção de conhecimento sobre equidade e as iniquidades em saúde, mas principalmente a implementação de políticas públicas que considerassem a equidade em seu sentido fundamental e originário de negação da negação, ou seja, o da força reivindicadora de alteração de uma condição social clara de desigualdade.

Para tanto se faz necessário iluminar mais o cenário do cotidiano das pessoas e coletividades, buscando escutar e reconhecer as situações de iniquidades. Assim, deverão ser considerados aqueles grupos em condição assimétrica de poder de vocalização de suas necessidades que nem sempre estão explicitadas nos processos de gestão da saúde.

Para a definição de estratégias para o enfrentamento das iniquidades, é necessário que sejam considerados outros condicionantes e determinantes destas iniquidades, para além de segmentos e grupos populacionais vulneráveis, um refinamento que identifique as pessoas, nas suas relações subjetivas e intersubjetivas mediadas por valores, poderes, desejos. Para além da condição socioeconômica vulnerável, escutar e identificar a existência de situações de exclusão relacionadas às diversas situações e condições, e não apenas aquelas condições injustas decorrentes de classe social.

Estas considerações servem para orientar estas políticas valorizando, por exemplo, o potencial da perspectiva

inclusiva do conceito de diversidade no combate à discriminação de pessoas e grupos sociais. Vale afirmar neste sentido que as estratégias de políticas inclusivas devem levar em consideração a questão cultural, de territorialidade, raça, etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, subjetividades e demais condições específicas de pessoas, grupos sociais e populações em condição de diversidade e de desigualdade ou exclusão em relação ao acesso e uso de bens e serviços públicos.

A QUESTÃO DA DIVERSIDADE NO SUS

O SUS como projeto contra-hegemômico no Estado nacional convive em confronto com as políticas econômicas adotadas no país, reforçando a dimensão restrita da saúde como prioridade política para os sucessivos governos. Pode-se afirmar que o SUS sobrevive em terreno contraditório gerado pela permanente tensão estabelecida entre a tendência estatizante, pautada no desafio da conquista da saúde como direito universal com consequente ampliação das responsabilidades e estruturas públicas para o cuidado e a atenção à saúde, e a tendência privatizante orientada pela lógica do mercado, na qual prevalece a redução da intervenção pública na prestação e na oferta destes serviços.

Apesar dos inegáveis avanços que a sociedade civil organizada, trabalhadores e gestores do SUS acumularam no exercício do processo do controle social, a consolidação da democracia participativa na conquista da saúde ainda

tem um longo caminho a percorrer. Entretanto, é a democracia participativa no SUS que poderá conferir voz aos distintos grupos sociais em condição de desigualdade ou discriminação.

Por isso é importante afirmar que o enfrentamento das iniquidades em saúde, sua visibilidade e consequente politização serão consequência do fortalecimento do poder de vocalização da diversidade dos grupos sociais protagonistas desta condição.

Esta tarefa não pode ficar restrita ao possível compromisso acadêmico dos autores que vêm contribuindo para dissecação das diversas realidades da saúde, mas requer o engajamento dos movimentos sociais, ampliando olhares e dando consistência política a estas diversidades e desigualdades. Antes dos estudos de gênero, por exemplo, a diversidade das mulheres e as iniquidades de saúde da população feminina, hoje reconhecidas, não eram visíveis e, consequentemente, as políticas públicas de saúde não consideravam a condição de gênero como determinante social dos processos saúde-doença.

Do mesmo modo, antes da necessidade de promover estratégias preventivas e de atenção relacionadas à AIDS, os homossexuais não eram considerados em suas especificidades. Atualmente, este grupo acumulou um debate que lhe confere poder de reivindicar por suas necessidades amplas de saúde como direito social. A população negra também passou por um árduo processo de organização e acumulação de poder até ver, ainda que timidamente, como conquista social, a institucionalização da atenção aos problemas relativos à condição etnorracial no sistema de saúde.

A ausência de qualquer referência formal aos ciganos no Brasil dá prova de que ainda devem existir alguns grupos sociais ocultos com incipiente organização política, que possivelmente possam vir a expressar, no futuro, suas situações e condições de iniquidades.

A multiplicidade e o aprofundamento dos estudos que hoje compõem a produção acadêmica na saúde, aliados ao ativismo de diversos movimentos sociais, têm contribuído de forma significativa para a ampliação do conhecimento e mobilização em torno da diversidade, das iniquidades, desigualdades e equidade no campo da saúde.

O preconceito e o estigma que a sociedade destina aos grupos sociais específicos que compõem a 'diversidade' são fatores tão prejudiciais quanto as condições econômicas na produção da exclusão do acesso destes determinados segmentos aos direitos, bens e benefícios públicos. O reconhecimento destas situações nos documentos oficiais de governo como ocorrem atualmente sugere maior probabilidade de que os direitos constitucionais sejam concretizados. Os limites reais desta probabilidade são os próprios limites do SUS que mesmo nas suas contradições políticas vem sustentando a retórica da integralidade e da universalização.

A equidade em saúde é um 'devir' e não deve se restringir à mera oferta de tratamento igualitário a todos, mas sustentar a disposição de reconhecer e respeitar as diferenças dos outros, traduzindo esse respeito em práticas e atitudes destinadas às necessidades de cada cidadão.

Estas necessidades são geradas em virtude de suas diferenças, e tanto as políticas quanto os serviços devem criar condições concretas para que estas necessidades específicas sejam atendidas. Assim, recuperar o sentido de equidade na saúde, como capacidade de reconhecimento das diferenças e singularidades do outro e oferecimento de ações de saúde pertinentes a estas necessidades. Significa, portanto, o respeito às subjetividades e ao direito à saúde de cada pessoa, cada segmento da população brasileira, segundo as suas particularidades e singularidades.

Neste sentido, torna-se premente atentar ao acolhimento de segmentos populacionais que são alvo de discriminações sociais, reconhecendo que a ação discriminatória atravessa também a formalização de mecanismos de formação, de atenção e mesmo do trabalho em saúde.

Ao que é possível apreciar, o desenho de políticas de saúde que efetivem os princípios da universalidade e da integralidade coloca a promoção da equidade como efeito ou consequência da participação social na gestão das políticas públicas. A escuta e a consideração da particularidade de grupos sociais, por meio da construção junto aos mesmos de ações que respondam e espelhem suas necessidades e valores específicos, pretendem consumar a proposição de modelos de atenção justos rumo à equidade.

A definição de estratégias de intervenção é um processo sinuoso, envolvendo não apenas a identificação de necessidades e de demandas em saúde, mas também o esclarecimento das condições institucionais para a viabilização de iniciativas e encaminhamentos pertinentes.

As estratégias articuladoras visam conferir voz ativa à sociedade civil organizada na enunciação de suas próprias condições de vida. A valorização e o respeito às diferenças étnicas, regionais, socioculturais, de orientação sexual e de identidade de gênero e de identidade em geral são fundamentais para que as propostas governamentais para ações de promoção de saúde sejam condizentes com a realidade destes grupos, atentando às particularidades de suas necessidades e demandas, valores e práticas sociais.

As necessidades e demandas dos diversos grupos sociais devem ser compreendidas à luz da própria realidade destes grupos, com indicações acerca de seus valores, hábitos, condições sociais e especificidades dos problemas relativos ao processo de adoecimento/sofrimento, bem como de suas idealizações acerca do que seja saúde e dos fatores associados ao que estes mesmos grupos entendem por bem-viver.

Nesta perspectiva, as estratégias articuladoras entre sociedade civil e governo são elas mesmas estratégias de levantamento de aspirações, necessidades e demandas, sendo ainda estratégias que visam conferir responsabilidade e autonomia aos grupos sociais.

Os serviços de saúde não podem perder de vista procedimentos simples, como escutar os pacientes, identificar e respeitar diferenças culturais ao pensar em atenção à saúde de alta qualidade, buscando a composição de visões de mundo que possibilite o enfrentamento e a resolução dos problemas. Compreender formas de agir e de pensar dos moradores das comunidades pode trazer um salto de

qualidade nos serviços de saúde, fundado em compromisso interativo entre serviços de saúde e população.

Quando se fala em necessidades de saúde, é preciso considerar também as necessidades sociais das populações, além de entender como os grupos populares pensam, elaboram e solucionam problemas a partir de sua diversidade. Uma das principais barreiras de acesso a serviços de saúde das populações pobres é a não aceitação, pelos profissionais, de que as camadas populares organizem e sistematizem seus próprios saberes sobre a sociedade.

A desqualificação do saber popular pelo saber técnico gera enorme desgaste, despotencializando os usuários, levando-os a desacreditar no sistema de saúde. Este quadro indica o quanto os princípios de integralidade e humanização do cuidado vêm sendo comprometidos. É imprescindível que o usuário seja entendido como o centro, o objetivo, a principal razão de ser dos serviços de saúde.

Cabe mencionar que a integralidade em saúde não deve se restringir à oferta e ao acesso aos distintos níveis de complexidade de serviços ou da demanda, mas deve ter também como elemento de interpelação a questão do próprio sentido da equidade na saúde. O sentido de necessidade que orienta para a equidade deve, preferencialmente, ser vocalizado pelos grupos ou pessoas aos quais lhes falta, por isso talvez, a ineficácia de estratégias que vêm sendo adotadas no combate às iniquidades. O que está posto para a saúde é que a integralidade e a universalidade encontram na noção de equidade um ponto de articulação, que per-

mite recolocar em questão as próprias noções de universalidade e integralidade.

Paralelamente a esta abertura de espaço para a enunciação, acolhimento e consideração dos saberes e valores dos grupos que se organizam na luta pela garantia de seu direito à saúde, há de se atentar para a sensibilização das várias áreas técnicas da saúde, bem como gestores municipais e estaduais em saúde pública, trabalhadores e demais usuários da rede de saúde, para a necessidade de efetivarem ações condizentes com as demandas que venham a serem explicitadas.

Este deve ser um processo de construção conjunta, conferindo corresponsabilização a estes diferentes atores sociais, incluindo usuários, trabalhadores e gestores.

UMA ANÁLISE DE CAMPO: O CASO EMBLEMÁTICO DA SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA

Todos os conceitos são de difícil definição; são polissêmicos, complexos, repletos de sentidos, de questionamentos e problemas. Nada é fácil de ser definido, mas 'cultura' é, sem dúvida, um dos conceitos mais emblemáticos quando se fala em complexidade.

O termo cultura pode indicar algo relacionado à tradição dos povos, aos hábitos, aos mitos, a formas específicas ou características de lidar com a natureza, os alimentos, as crenças... É tão amplo que poderíamos ficar horas falan-

do deste aspecto da cultura e até nos seguramos para evitar falar coisas tão redundantes como a cultura e a expressão da cultura dos diferentes povos.

Mas o termo cultura, ainda relacionado a estes aspectos da tradição característica dos povos, é também comumente utilizado para definir os hábitos, práticas e tradições que dizem respeito às formas artísticas e/ou artesanais que os mesmos povos mantêm segundo suas tradições e os caracterizam e os diferenciam de outros povos e tradições. É, pois, comum, ouvirmos falar em cultura popular, cultura primitiva, e assim por diante.

Por outro lado, o termo cultura nos remete à ideia de um acúmulo extraordinário de conhecimentos, e assim é também comum ouvirmos alguém dizer que fulano é muito culto ou que tem muita cultura. Nestas ocasiões, faz parte de nossa 'cultura acadêmica' recorrermos ao 'velho' Aurélio, pois o mesmo é sempre uma excelente base para a compreensão dos sentidos e significados das palavras, seja por parte do senso comum, seja no âmbito científico e culto do termo. Pois bem, de acordo com o Novo Dicionário Aurélio, cultura provém do latim 'cultura', que significa 'ato ou efeito de cultivar' (ou seja, diz respeito ao modo de arar e lavrar a terra, de plantar e colher). No item 3, o dicionário define cultura como "o complexo dos padrões de comportamento, das crenças, das instituições e doutros valores espirituais e materiais transmitidos coletivamente e característicos de uma sociedade; civilização: a 'cultura ocidental', a 'cultura dos esquimós' (FERREIRA, 1986, p.508). Ainda no Aurélio encontramos as definições de cultura como o "desenvolvi-

mento de um grupo social, uma nação, etc., que é fruto do esforço coletivo pelo aprimoramento desses valores, civilização, progresso" e como "atividade e desenvolvimento intelectuais; saber, ilustração, instrução".

Laraia (2009) ressalta que o primeiro conceito formal de cultura foi elaborado por Edward Tylor (1832-1917). Para este autor, cultura,

> tomada em seu amplo sentido etnográfico, é este todo complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade. (TYLOR, *apud* LARAIA, 2009, p. 25).

A definição de Tylor remete à concepção de que o aprendizado social, enquanto construção coletiva dos grupamentos humanos, seria o fator central e nuclear da noção de cultura. Ou seja, que isto estaria relacionado ao que atualmente se denomina de endoculturação, isto é, à capacidade que os seres têm de adquirir conhecimentos no processo da vida. Dito de outra forma, no entendimento de Clifford Geertz, é como se nascêssemos ocos, mas aptos a receber um programa que, ao longo de nossas vidas, fôssemos acumulando-o.

Enfim, mesmo lançando mão de importantes autores da antropologia, da sociologia ou da filosofia, sempre ficamos sentindo que estamos aquém da possibilidade de

dar conta do conceito de cultura. Mas uma coisa é certa: como nos referimos a formas distintas de culturas dos grupos sociais, de tradições, de valores, nos direcionamos para um conceito também muito complexo que é o de diversidade. Mais complexo ainda se falarmos de diversidade cultural.

Mas retomemos um aspecto da discussão que abordamos anteriormente quando falamos das concepções de cultura: trata-se da relação entre cultura e arte. Em muitos países, ou em muitas situações, os institutos ou mesmo ministérios da cultura são órgãos dedicados à arte. Ou seja, é forte e até mesmo inseparável a relação da cultura com a arte. E tão forte que uma das tendências atuais é evitar a separação entre ambas; divisão que causava mais dificuldades e problemas, do tipo arte nobre versus arte popular, cultura nobre versus cultura popular, belas-artes versus artes primitivas, e assim por diante. O tema da diversidade cultural inclui assim não apenas as diversas formas de organização dos grupos sociais e sociedades, mas também as suas formas de expressão artístico-culturais, ou seja, as formas e linguagens que os mesmos encontram para contar e preservar suas histórias e maneiras de ver e viver o mundo, os símbolos, as subjetividades, os significados.

Em 2005, em Paris, a Conferência Geral da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) dedicou sua 33ª Reunião Anual ao tema da Diversidade Cultural, na qual foi aprovada a *Convenção sobre a Proteção e a Promoção da Diversidade das Expressões Culturais* que foi ratificada no Brasil pelo Decreto Legislativo 485/2006. A Convenção define diversidade cultural como a

> multiplicidade de formas pelas quais as culturas dos grupos e sociedades encontram sua expressão. Tais expressões são transmitidas entre e dentro dos grupos e sociedades. A diversidade cultural se manifesta não apenas nas variadas formas pelas quais se expressa, se enriquece e se transmite o patrimônio cultural da humanidade mediante a variedade das expressões culturais, mas também através dos diversos modos de criação, produção, difusão, distribuição e fruição das expressões culturais, quaisquer que sejam os meios e tecnologias empregados.

A importância dada à diversidade cultural no âmbito de uma entidade internacional do porte da UNESCO (cuja convenção foi ratificada pela maioria dos países-membros da organização) reflete a relevância que o tema vem alcançando recentemente. E isto não ocorre apenas por causa da questão das culturas de povos ou etnias diversas, mas também devido ao aspecto político-social que a diversidade vem assumindo. Atualmente fala-se em diversidade racial, étnica, social, sexual, religiosa, para ficar em apenas algumas das adjetivações.

O Brasil foi bastante inovador na forma como organizou as políticas públicas de cultura. Até bem pouco tempo atrás o setor de cultura era dedicado particularmente às atividades artísticas consideradas nobres (definição esta nitidamente produzida numa determinada relação de do-

minação pela hegemonia, que afirma que o que ela faz é bom e bonito e que o outro faz é primitivo e grosseiro). O Ministério da Cultura sob a direção de Gilberto Gil trabalhou no sentido de transformar as concepções de cultura no país, dando a ela um papel de protagonismo e de ferramenta essencial no sentido da redução das desigualdades e da luta pelos direitos e pela cidadania. Em sua gestão, de 2003 a 2009, foi erguido um importante trabalho que valorizou o princípio de que a sociedade deveria se voltar para o acolhimento das suas múltiplas singularidades e que visse na imensa diversidade cultural do país o seu maior patrimônio.

O *Projeto Cultura Viva* e os *Pontos de Cultura* demonstraram uma imensidão de lugares, grupos e projetos culturais no Brasil, e que também contribuíram para ampliar ainda mais o entendimento de diversidade cultural e a visibilidade dos variados segmentos que se entendem como diversos. Este é o caso, por exemplo, dos loucos, ou das pessoas com transtorno mental, se for preferida a denominação oficial adotada no campo da Saúde Mental.

Simultaneamente, vem ocorrendo outro processo de redefinição de outro campo ainda, que tem uma importância singular no campo da Saúde Mental. Trata-se da questão dos Direitos Humanos. Para João Ricardo W. Dornelles (2006), existem três grandes vertentes de entendimento do que sejam os Direitos Humanos: as concepções idealistas, que os pensam a partir de uma visão ontológica, metafísica, transcendental; as concepções positivistas, que abordam a questão dos Direitos Humanos a partir de uma

compreensão jurídica, que emanam fundamentalmente do Estado; e, por fim, as concepções crítico-materialistas que compreendem que os Direitos Humanos são frutos de lutas político-sociais, de enfrentamento político e ideológico e que, portanto, devem ser conquistados a partir das lutas dos atores envolvidos. É inspirados nesta última corrente, basicamente, que abordaremos o tema.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos data de 10 de dezembro de 1948, portanto no contexto pós-Segunda Grande Guerra Mundial, visivelmente influenciada pelo sofrimento e trauma que a sociedade vivenciou com o nazismo e o fascismo. Apesar dos avanços da Conferência da ONU em Viena, em 1993, introduzindo os princípios da Universalidade, Indivisibilidade e Interdependência, a questão dos Direitos Humanos ainda ficou fortemente marcada pela luta contra as violências dirigidas às pessoas e grupos sociais. Em outras palavras, a luta para que as pessoas e grupos não fossem vítimas de ações de violência, tortura, segregação, constrangimentos, e atos desta natureza. Esta tendência é notadamente importante em movimentos de defesa dos Direitos Humanos na América do Sul, onde ditaduras variadas exerceram formas diversas de terrorismo de Estado (caso clássico da Argentina e Chile).

Com o processo de redemocratização ocorrido no Brasil em meados dos anos 1970, passaram a surgir o que alguns autores, entre eles Boaventura de Sousa Santos (1989) e George Yúdice (2004), denominaram de novos movimentos sociais. É neste cenário que nascem no Brasil dois importantes movimentos no campo da saúde, o da Re-

forma Sanitária e o da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2010; YASUI, 2010), mas também muitos outros novos movimentos sociais passam a merecer destaque no cenário público.

Estes movimentos incluem na agenda nacional questões antes rechaçadas ou desconsideradas, tais como a questão da loucura e dos loucos, da sexualidade, do gênero, das etnias, do trabalho comunitário, das economias solidárias e muitas outras.

No âmbito do Estado brasileiro, um avanço notável vem acontecendo com o advento do Programa Nacional de Direitos Humanos – 3 (BRASIL, 2010), que introduz aspetos que poderíamos considerar como ações positivas de Direitos Humanos, isto é, de garantia de uma concepção de Direitos Humanos como um conjunto de estratégias de inclusão de sujeitos e coletivos sociais. Como exemplos, a garantia da participação e do controle social das políticas públicas em Direitos Humanos, ou do fortalecimento dos Direitos Humanos como instrumento transversal das políticas públicas e de interação democrática, efetivação do modelo de desenvolvimento sustentável, com inclusão social e econômica, afirmação da diversidade para a construção de uma sociedade igualitária, proteção e promoção da diversidade das expressões culturais e muitos outros aspectos que articulam o campo dos Direitos Humanos com a questão do direito à saúde, à diversidade, ao trabalho.

E no momento em que nos referimos ao aspecto do trabalho, destacaremos um último aspecto das questões inovadoras que mantém relação com o nosso tema central,

a diversidade cultural e a saúde. Trata-se da 'economia solidária' que, em boa parte inspirada nos princípios da educação popular de Paulo Freire, tornou-se

> uma nova maneira de nomear, conceituar e interconectar muitos tipos de valores econômicos transformadores, práticas e instituições que existem em todo o mundo. Ela inclui, mas não é limitada pelo consumo socialmente responsável, trabalho e investimento; cooperativas de trabalhadores, consumidores, produtores e credores; empreendimentos solidários, sindicatos progressistas, empreendimentos comunitários, microcrédito e cuidado com o trabalho não pago. A economia solidária trata ainda de unir essas diferentes formas de economia transformadora numa rede de solidariedade: solidariedade com uma visão compartilhada, solidariedade com a troca de valores, a solidariedade com os oprimidos. (GADOTTI, 2009, p. 23-24).

Neste momento do texto é importante propor uma sistematização dos variados temas que estamos abordando, pois nosso propósito é que a partir do campo da Saúde Mental, ou mais precisamente da Reforma Psiquiátrica, possamos articular a redefinição do conceito de saúde e das práticas políticas conforme proposto pelo movimento da

Reforma Sanitária, ou seja, de saúde como qualidade de vida e como defesa da vida (PAIM, 1997; FLEURY, 1997), com as transformações que vêm ocorrendo nas áreas da Diversidade Cultural, dos Direitos Humanos e do Trabalho na concepção da Economia Solidária.

REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA: A NOÇÃO DE PROCESSO SOCIAL COMPLEXO E DE PROCESSO CIVILIZATÓRIO

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) tem um protagonismo inquestionável na história do processo da Reforma Sanitária brasileira, na medida em que foi a primeira organização política no contexto da redemocratização do país, e que foi o ator social que introduziu a crítica ao modelo de saúde e ao próprio conceito de saúde até então hegemônico. Em um artigo dedicado às bases conceituais da Reforma Sanitária brasileira, Jairnilson Paim inicia observando que

> o movimento pela democratização da saúde que tomou corpo no Brasil durante a segunda metade da década de setenta possibilitou a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, sustentado por uma base conceitual e por uma produção teórico-crítica. Diversos estudos e artigos publicados nos últimos vinte

> anos, especialmente através do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), atestam a vitalidade desse movimento e contemplam, com distintas ênfases, os aspectos político-ideológicos, organizativos e técnico-operacionais da Reforma Sanitária. (PAIM, 1997, p. 11).

Por sua vez, Sonia Fleury (1997, p. 26) considera que

> a institucionalização do movimento sanitário através da criação do CEBES, alcançando assim constituir-se em um verdadeiro partido sanitário, foi capaz de organizar as diferentes visões críticas do sistema de saúde, definindo um projeto comum e estratégias e táticas de ação coletiva.

E é ao CEBES que, apenas três anos após sua fundação, cabe apresentar a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), o que ocorre por ocasião do I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados, em outubro de 1979, em Brasília. O documento, intitulado *A Questão Democrática na Área da Saúde,* foi publicado na íntegra na Revista *Saúde em Debate* (CEBES, 1980). Importante observar que este documento não enfatiza a proposta de política de saúde nele contida como sendo a questão central e sim a questão da democracia, o que já representa um marco político e uma ruptura na tradição das lutas sociais no campo da saúde.

Enfim, com as contribuições sistematizadas pelo CEBES, mas também por outros protagonistas, a questão da saúde sofre uma profunda transformação, pois deixa de ser entendida simplesmente como relacionada à assistência médica, ao tratamento de doenças, ou mesmo à simples ausência de doenças, para assumir a dimensão dos aspectos relacionados ao complexo processo saúde/doença, onde se destaca a questão democrática, portanto, a política.

Com este deslocamento, passam a merecer destaque a saúde como direito universal, as condições concretas de vida, trabalho, moradia, salário, cultura, educação e demais aspectos da vida e não apenas a oferta de serviços, medicamentos, equipamentos, *etc.* Sergio Arouca insistia em observar que a Reforma Sanitária não era apenas uma reforma de serviços ou de modelo de assistência, mas um projeto civilizatório: o que queremos para a saúde, queremos para o Brasil, dizia ele (*apud* YASUI, 2010).

Aqui nosso tema volta a ser objeto de nossa maior atenção, pois, com esta ampliação do conceito de saúde, a questão da diversidade cultural passa a merecer um destaque, passa a funcionar como um intercessor para a articulação da saúde com as demais dimensões da vida.

Como já antecipamos, o que se entende por Reforma Psiquiátrica é geralmente entendido como uma simples reestruturação do modelo assistencial. Provavelmente o uso da expressão 'reforma' pode ser um fator a contribuir para esta visão restrita, na medida em que é geralmente associada a mudanças superficiais, e não a mudanças estruturais. O conceito de *aggiornamento* (CASTEL,

1978) destaca bem a ideia de uma transformação onde a essência não é alterada.

Trabalhamos com um conceito de Reforma Psiquiátrica que, no lugar de objetivar a modernização ou aperfeiçoamento do modelo assistencial psiquiátrico, objetiva a transformação das relações entre a sociedade e a loucura e, para tanto, adotamos a noção de Reforma Psiquiátrica como um 'processo social complexo' (ROTELLI *et al.*, 1990) que pode ser uma ferramenta perfeitamente útil para se pensar também o projeto da Reforma Sanitária.

Falar em 'processo' implica falar em movimento, em algo que não tem uma imagem-objetivo predeterminada. Implica ainda assumir a ideia de constante inovação, de construção, de multiplicidade de conceitos e princípios. Já um 'processo social' revela que existem vários atores sociais envolvidos e, por consequência, que existem conflitos e tensões. Finalmente, a expressão 'processo social complexo' demarca a coexistência de várias dimensões simultâneas e inter-relacionadas, que se articulam e retroalimentam.

A primeira dimensão é a teórico-conceitual. É aquela que traz à cena o conjunto de questões que se situam no campo da produção dos saberes, que dizem respeito à produção de conhecimentos. Pode ser denominada também de dimensão epistemológica. Esta dimensão destaca desde os conceitos mais fundamentais do campo da ciência, inclusive o próprio conceito de ciência, ou a ideia da ciência como produtora de Verdade, ou ainda a noção de neutralidade das ciências, até aos conceitos específicos do campo da saúde, tais como os conceitos de saúde e doença, de

etiologia, de determinantes sociais ou de tratamento, entre muitos outros.

Um conceito muito marcante no campo da Saúde Mental é o de alienação mental. É considerado o primeiro termo científico para tratar do tema da loucura. Foi utilizado por Philippe Pinel no livro que é considerado o tratado inaugural da psiquiatria. Como se trata de um conceito que remete à ideia de um distúrbio da Razão, ou seja, de uma alteração na relação do sujeito com a realidade, a percepção social sobre a loucura se constitui a partir de um entendimento de que a pessoa alienada seja incapaz, seja impossibilitada de exercer seus direitos e sua cidadania. Mais ainda, o conceito de alienação comumente é relacionado à ideia de periculosidade, na medida em que se subentende que, se a pessoa é incapaz de discernir a realidade, ou de não ser dona absoluta de sua Razão, ela seja, por definição, irracional.

No que diz respeito à dimensão técnico-assistencial, que decorre da dimensão anterior, o modelo assistencial predominante, senão exclusivo em muitos dos casos, é o modelo asilar, pautado na institucionalização das pessoas com diagnósticos psiquiátricos, na medida em que eram consideradas perigosas e, em certo sentido, inúteis para o sistema produtivo que se organizava no momento histórico em que nasceu o conceito de alienação mental.

A ideia de alienação mental era também seguida pelo conceito de degeneração e demência, ambos de autoria de Eugene Morel, um seguidor de Philippe Pinel, e que pressupunha o princípio da irreversibilidade do transtorno

mental que, enfim, culminaria com a perda completa das habilidades cognitivas do sujeito acometido. Não seria de se estranhar, portanto, que o tratamento prioritário fosse centrado na hospitalização em instituições psiquiátricas, muitas das quais com milhares de internos, invariavelmente em condições subumanas. O Hospital Colônia do Juquery, em Franco da Rocha, São Paulo, chegou à absurda cifra de 15 mil internos.

As características dos hospitais psiquiátricos são tão próprias, que é comum dizer que quem conhece um conhece todos. São locais onde a vigilância, o regime institucional, o controle e a disciplina são aspectos basilares, uma vez que, em princípio, o interno é um alienado, é perigoso, traiçoeiro, irracional. O sociólogo Erving Goffman dedicou parte expressiva de toda sua obra ao estudo das instituições manicomiais e, inclusive, seu clássico livro *Asylums,* onde ele cunhou o conceito de 'instituição total', foi traduzido para o português como *Manicômios, prisões e conventos* (GOFFMAN, 1974).

Na dimensão jurídico-política, se organizam um conjunto de aparatos centrados nas conceituações oriundas da psiquiatria, como inimputabilidade, irresponsabilidade civil, e outros, que predeterminam práticas e políticas de perda ou limitação de autonomia e cidadania. A diversidade da condição da loucura é vista como negativa e, desta forma, os sujeitos por ela acometidos têm seus direitos limitados ou tutelados.

Ainda hoje, em que pese o expressivo movimento social antimanicomial e de defesa dos Direitos Humanos na

área, é geralmente com muitas dificuldades que uma pessoa considerada louca, doente mental ou mesmo 'portadora' de transtorno mental consegue um emprego, uma vaga em uma escola, ou mesmo participar de ações coletivas no bairro ou no seio da família.

É desta forma que se compreende que o imaginário social construído em torno da loucura ou das pessoas com algum tipo de transtorno mental seja permeado por preconceitos ou estigmas e estereótipos relacionados à irracionalidade, periculosidade, irresponsabilidade, erro. É neste sentido que o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica é a transformação do 'lugar social' da loucura. Como consequência, o aspecto 'estratégico' da dimensão sociocultural diz respeito ao conjunto de ações que visam transformar a concepção da loucura no imaginário social, transformando as relações entre sociedade e loucura.

Para o psiquiatra Franco Basaglia, principal articulador do processo da Reforma Psiquiátrica italiana, e um ícone da Reforma Psiquiátrica internacional, a ciência psiquiátrica colocou o sujeito entre parênteses para se ocupar da doença, e assim constituiu uma série de classificações, de síndromes, de definições, mas se afastou da experiência concreta dos sujeitos. Basaglia propôs então que o procedimento deveria ser invertido, ou seja, que a doença é que deveria ser colocada entre parênteses para que fosse possível se ocupar das pessoas (BASAGLIA, 2005). Esta atitude, que é, a um só tempo, epistemológica, ética e política, permite que as relações entre a sociedade e a loucura comecem a se transformar, pois com a doença entre parênteses o sujeito passa a ter visibilidade, e se pode ver que, para além do que se consideram sinais e sintomas, existem projetos de vida,

desejos, necessidade de casa, trabalho, transporte, cultura, lazer, e tantas coisas que todas as pessoas precisam.

Em relação aos princípios e bases do SUS, é interessante a articulação tanto no sentido conceitual quanto na prática política da estratégia de colocar a doença entre parênteses com a noção de integralidade. Uma vez que a doença esteja suspensa do ponto central de relação entre o sujeito e o sistema de saúde, este passa a ter uma dimensão diferenciada, e passa a ser visto como um ser subjetivo, político e social, além de biológico. Em outras palavras, passa a ser visto e ouvido em sua integralidade. Por isso é que pensar a integralidade a partir daí seja uma

> 'bandeira de luta', parte de uma 'imagem objetivo', um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós) desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária. (MATTOS, 2001, p. 41).

A AUTONOMIA DO CAMPO ARTÍSTICO-CULTURAL EM RELAÇÃO AO CAMPO TÉCNICO-ASSISTENCIAL DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Com o desenvolvimento e aperfeiçoamento do processo de Reforma Psiquiátrica, o modelo assistencial começou a

sofrer profundas e radicais transformações, embora, como vimos, a Reforma Psiquiátrica não se reduza a tais transformações. Mas na medida em que as concepções sobre alienação mental, doença mental ou transtorno mental começaram a ser questionadas, e até certo ponto superadas, o modelo assistencial também passou a ser questionado e superado. No lugar de asilos surgiam serviços de Atenção Psicossocial (as portarias ministeriais preferiram adotar o modelo dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, como referência nacional), Centros de Convivência, Hospitais Dia, Estratégia Saúde da Família, Acompanhamento Terapêutico Domiciliar, residências assistidas, entre outros dispositivos e formas de cuidado.

No modelo psiquiátrico tradicional, baseado na internação psiquiátrica, era bastante habitual oferecer atividades laborativas e artísticas aos internos. Argumentava-se que tais atividades tinham um potencial terapêutico e reabilitador. Por este motivo aos pacientes eram 'prescritas' atividades de trabalhos ou artísticas da mesma forma que eram prescritos os medicamentos ou as demais medidas terapêuticas tradicionais. Ou seja, independentemente do interesse ou habilidade do paciente para com tal atividade, tinha-se como pressuposto que a realização da atividade, por si só, teria um efeito terapêutico, ordenador da mente conturbada, redutor dos delírios e alucinações, reeducador da atenção e assim por diante. Por isso, falava-se em trabalho terapêutico, e tratamento pelo trabalho e pela arte, laborterapia, ergoterapia, etc.

Tanto Pinel, que nos primórdios da psiquiatria aconselhava e prescrevia tais atividades, e por isso mandou organizar ateliês de trabalho e arte nos hospitais que dirigiu em Paris, como Juliano Moreira, o patrono da psiquiatria brasileira, demonstraram grande apreço por iniciativas desta natureza.

Mas o que passa a acontecer nos serviços de atenção psicossocial e nos demais dispositivos criados a partir do processo de Reforma Psiquiátrica é bem distinto do que acabamos de ver. No modo asilar tradicional, as atividades laborativas e artísticas se inseriam no conjunto de estratégias e mecanismos institucionais de controle, disciplina e vigilância, tal como nos foi demonstrado por Erving Goffman com sua pesquisa sobre as 'instituições totais' (GOFFMAN, 1974), ou por Michel Foucault em 'Vigiar e Punir' (FOUCAULT, 1977), refletindo sobre o poder disciplinar. Neste contexto, essas atividades exerciam a função de estratégias de adestramento, de docilização, de alienação (paradoxalmente, as instituições que diziam querer curar a alienação promoviam o alienamento dos sujeitos).

E é precisamente disto que tratam Goffman e Foucault, dos modos de subjetivação alienada que tais instituições promovem em todos os sujeitos que delas participam, dirigentes e dirigidos. Os 'produtos' deste 'trabalho alienado' prescrito pelos técnicos das instituições eram também produtos alienados, sem poder de transformação e valor.

Mas por que no contexto do processo contemporâneo de Reforma Psiquiátrica o processo é diferente? Inicial-

mente, é oportuno relembrar que por Reforma Psiquiátrica se entende não apenas uma mudança administrativa, organizativa do modelo assistencial. No âmbito da dimensão teórico-conceitual, há um forte processo de formulação crítica sobre o paradigma psiquiátrico, isto é, sobre o conjunto de conceitos, teorias e pressupostos do saber-fazer psiquiátrico. Um destes conceitos é o de doença mental, objeto maior da psiquiatria.

Nascida originalmente como 'alienação', também denominada em algumas situações de 'degeneração', depois de 'psicopatia', e atualmente de 'transtorno mental', a 'doença mental', como é mais conhecida e como é ainda denominada no senso comum e também em muitos textos médicos, é um conceito de enorme fragilidade epistemológica.

Relacionada sempre à ideia de normalidade, de regra e norma social¸ é muito difícil destacá-la dos valores morais e ideológicos de uma sociedade. O investimento que a dita 'psiquiatria organicista' vem fazendo no sentido de encontrar o substrato orgânico do transtorno mental (facilmente recusável pela elementar utilização do princípio cartesiano de causa e efeito) não consegue assumir o reducionismo que proporciona ao tentar explicar fenômenos tão complexos como o da subjetividade e de sua relação com os aspectos biológico e social.

Por isso utilizamos a adjetivação 'organicista' para esta vertente da psiquiatria e não biológica, na medida em que a biologia é, atualmente, uma das vanguardas na redefinição do paradigma científico e da noção de complexidade, como, por exemplo, demonstram Humberto Maturana

e Francisco Varela (MATURANA; VARELA, 1995; MATURANA, 1990) ou ainda Ilya Prigogine e Isabelle Stengers para o campo da bioquímica (PRIGOGINE; STENGERS, 1984).

Na medida em que o conceito de doença mental e seus equivalentes são questionados enquanto correspondentes à condição de perda de Juízo, de perda da Razão, de incapacidade, periculosidade, insensatez, e assim por diante, as relações técnicas, institucionais, profissionais e pessoais passam a sofrer também profundas alterações.

A função da instituição deixa de ser a de controlar e disciplinar, deixa de ser o 'vigiar e punir', para se transformar em estratégias de construção de possibilidades e mediações; de negociações entre a sociedade e os sujeitos em sofrimento ou em alguma outra forma de experiência e condição que os torna mais vulneráveis ou susceptíveis que a média da população, e que então precisam destas estratégias de intermediação.

Por isso os novos serviços de atenção psicossocial são entendidos como lugares de trocas sociais, de produção de relações, de produção de vida e subjetividade, de 'invenção da saúde', como propõe Franco Rotelli (ROTELLI, 1990). Desta forma, as atividades de trabalho e arte-cultura que aí passam a ser desenvolvidas têm uma natureza muito distinta daquelas anteriores, pois se inserem neste contexto de crítica e transformação e seu objetivo não é mais o de produzir cura e tratamento e sim o de produzir vida, trabalho, arte e cultura. O trabalho e a arte-cultura deixam de ser um meio terapêutico para serem um fim em si.

INOVANDO NAS RELAÇÕES ENTRE O TRABALHO E O CAMPO DA SAÚDE MENTAL

No decorrer deste processo, começa a surgir um grande número de projetos de trabalho fundamentados nos princípios da economia solidária e do cooperativismo social. Na experiência da Reforma Psiquiátrica italiana, o cooperativismo social e a economia solidária mereceram um papel fundamental.

A Itália foi o primeiro país a realizar uma experiência desta natureza, sendo que foi em Trieste, em 1972, sob a liderança de Franco Basaglia, que foi criada a primeira cooperativa de trabalho de 'usuários' de serviços de saúde mental, que foi oficialmente homologada em 1973.

A Cooperativa Lavoratori Uniti (Trabalhadores Unidos), assim denominada, era uma cooperativa comum, ou seja, era submetida às mesmas regras e normas que as demais cooperativas. Para o momento, isto representava uma grande inovação, pois as cooperativas significavam uma alternativa importante no mundo da produção, na relação capital-trabalho, já que saíam do conflito patrão versus empregado.

Mas a inovação não parou por aí: considerando a especificidade dos 'usuários' de saúde mental, que têm necessidades e características próprias, foram constituídas novas modalidades de cooperativas, denominadas de Cooperativas Sociais, que passam a ter determinadas prerrogativas que facilitam seu funcionamento e objetivos de inclusão e participação de sujeitos em situação de vulnerabilidade social. Em 1987, o Fundo Social da Comunidade Econômica Europeia

> reconheceu, nas cooperativas de Trieste, um referencial para os projetos de formação profissional para jovens toxicodependentes e desempregados considerados como grupos sociais frágeis. (BARROS, 1994, p. 102).

Ainda como desdobramento desta experiência, nasceram as 'empresas sociais'. Nas palavras de seu principal mentor, Franco Rotelli, empresa social é

> aquela que 'faz viver' o social, o que é distinto, portanto, da situação precedente, na qual o social era expropriado de suas contradições, delegado aos psiquiatras, recluso nos muros do manicômio. (ROTELLI, 2000, p. 301).

E mais adiante, observa que

> empresa social é o processo de desmantelamento desse aparato rudimentar com a consequente constituição complexa de uma rede de serviços e de uma rede de relações entre as pessoas que sustentem as práticas da diversidade, as práticas da complexidade, que respondam a aspectos sanitários, mas que, também, respondam ao mundo da assistência, ao mundo das relações interpessoais, ao mundo da política na cidade, isto é, de como são regulados

> os conflitos sociais e jurídicos da organização social e dos contratos sociais. Que respondam, ainda, ao mundo da negociação entre as classes sociais, de como são negociadas as relações da normalidade e do desvio, de como são concebidas as noções de normalidade e desvio. (ROTELLI, 2000, p. 302).

Atualmente existem centenas de iniciativas de projetos de geração de renda e de cooperativismo social, ou seja, de economia solidária ou economia sustentável, no campo da saúde mental no Brasil. Em vários estados do país, são sistematicamente realizadas feiras de economia solidária na área da saúde mental, que ocorrem em praças ou ruas públicas, com um grande número de projetos participantes e com uma grande variedade de produtos. Muitos dos projetos de arte-cultura se inscrevem nesta concepção de economia solidária na medida em que se configuram como trabalhos culturais que geram recursos para os participantes, aspecto que retomaremos logo adiante. Mas para concluir esta reflexão, é importante destacar que, dada a relevância do tema, foi recentemente criada uma Secretaria Nacional de Economia Solidária no âmbito do Ministério do Trabalho e Emprego.

INOVANDO NAS RELAÇÕES ENTRE A ARTE-CULTURA E O CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Paralelamente às inovações que passaram a ocorrer com os processos de trabalho no campo da saúde mental nos novos

serviços de atenção psicossocial, novas questões também surgiram no que diz respeito às atividades de arte-cultura.

Com o objetivo de promover formas de tratamento inclusivo, os serviços de atenção psicossocial criaram oficinas de arte-cultura, além das oficinas de trabalho e geração de renda como vimos anteriormente. Os projetos artístico-culturais vão se desenvolvendo e se multiplicando e começam a ter visibilidade não apenas no campo da saúde mental, mas também na sociedade em geral.

Com uma visão crítica sobre a questão da loucura, do sofrimento mental, das experiências de constrangimento, violência e discriminação pelas quais passaram ou ainda passam, os autores das obras e atividades artístico-culturais abordam suas histórias, falam de suas vidas, de seus projetos e da forma como veem o mundo. Em outras palavras, convidam a sociedade a ver o mundo a partir de suas leituras, de suas experiências, de seus sofrimentos.

Para possibilitar uma ideia da dimensão e criatividade destes projetos, faremos uma pequena listagem de exemplos de algumas destas atividades. É importante observar que muitos destes projetos são multiartísticos, são multimídia (dança, teatro, poesia, literatura, performance), e sua inscrição em alguma espécie exclusiva é reducionista. Assim, feita esta observação, no campo da música, entre alguns dos grupos criados estão os Cancioneiros; o Harmonia Enlouquece; Sistema Nervoso Alterado; Coral Cênico Cidadãos Cantantes; Lokonaboa; Trem Tan Tan; Mágicos do Som; Heterogênese Urbana; Grupo de Hip Hop Black Confusion; Delírios Líricos de

Lírio; Jacaré Gularstone; Loucos pela Vida – Terras do Juquery; Zé do Poço e Sarieiro; Cantar e Dançar; Nosso Melhor Remédio; Tem Maluco no Pedaço; Samba na Cabeça – Mentaleiros na Comunidade; Nação do Maracatu Porto Rico; Capoeira Cidadã Arte e Cultura; Coral Nós com Voz; Os Impacientes; Grupo Cênico-Musical de Inclusão Social Trupe do Trapo; Rock na Tamarineira; Banda D'Inci; Banda Brilho do Nzinga; Doidodum – Banda de Percussão... São muitos os grupos, além de muitos artistas individuais e de muitas outras tantas iniciativas que ainda não ganharam forte visibilidade.

Já no âmbito dos grupos de teatro, tem a Cia Teatral Ueinzz!; a Trupe Maluko Beleza; Grupo do Teatro do Oprimido Pirei na Cenna; Companhia Teatral O Desconhecido; Grupo Sai no Vento; Os Nômades – Cia de Teatro; Os Loucotores – Grupo de Teatro da Saúde Mental de Esmeraldas; Grupo de Teatro Vem Ser; Núcleo de Criação Sapos e Afogados; Grupo Liberarte; a Cia. Sem Pressão; o Iluminarte; e o Loucosmotivos da Arte.

Na produção de vídeos, existe o pioneiro Projeto TAM TAM, a TV Pinel e a Rede Parabolinoica, enquanto que em rádio existem a Antena Virada; Rádio Web Delírio Coletivo Saúde Mental; Rádio Maluco Beleza, e no carnaval, destacam-se Loucura Suburbana; Tá Pirando, Pirado, Pirou; BiBiTanTã; Maluco Sonhador; Bloco Nzinga Saúde Mental É Beleza no Bonfim; e Loko Motiva.

Por outro lado, foram realizadas inúmeras exposições de pinturas e de esculturas, assim como recitais de poesias e

lançamentos de livros. Por último, mas não menos importante, a enorme e criativa produção de cartazes e camisetas elaborados pelos 'usuários' com mensagens relacionadas ao processo da Reforma Psiquiátrica e aos princípios da Luta Antimanicomial marcou esses anos de transformação cultural com o objetivo de criar 'outro lugar social' para a loucura.

Em 1988, o Movimento da Luta Antimanicomial decidiu instituir uma data nacional da Luta Antimanicomial com o objetivo de despertar e promover o debate e a reflexão da sociedade sobre a questão da loucura, da violência institucional em psiquiatria, sobre a importância de revisão de suas práticas e conceitos sobre as pessoas com transtorno mental. Foi instituído assim o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial, que, desde então, todos os anos, em todas as capitais, em todas as grandes cidades e em inúmeras cidades pelo país, passaram a realizar atividades culturais, políticas e científicas bastante importantes e expressivas. A prática se tornou tão habitual que em muitas cidades o dia evoluiu para uma semana e em algumas ainda o mês de maio se tornou o Mês da Luta Antimanicomial.

Com esta iniciativa, uma das estratégias marcantes foi a produção de camisetas e cartazes que fossem bastante provocadores, criativos e estimulantes para que as pessoas que os vissem se sensibilizassem, perguntassem e comentassem. Algumas destas camisetas e cartazes dizem 'de perto ninguém é normal', 'vou ficar com certeza maluco beleza', 'loucos pela vida', 'loucos pela cidadania', 'loucos pela liberdade', 'gente é pra brilhar e não pra tomar eletrochoque'.

OS PROJETOS ARTÍSTICO-CULTURAIS DA LOUCURA ENTRAM NAS POLÍTICAS PÚBLICAS CULTURAIS

Como abordamos anteriormente, na gestão de Gilberto Gil à frente do Ministério da Cultura foram inauguradas várias inovações. As principais, certamente, estão no âmbito conceitual, nas concepções sobre cultura, que irão possibilitar práticas absolutamente transformadoras.

Em seu discurso de posse no Ministério, em 2 de janeiro de 2003, Gil explicita algumas delas:

> E o que entendo por cultura vai muito além do âmbito restrito e restritivo das concepções acadêmicas ou dos ritos e da liturgia de uma suposta 'classe artística e intelectual'. Cultura, como alguém já disse, não é apenas uma 'espécie de ignorância que distingue os estudiosos'. Nem somente o que se produz no âmbito das formas canonizadas pelos códigos ocidentais, com as suas hierarquias suspeitas. Do mesmo modo, ninguém aqui vai me ouvir falar a palavra 'folclore'. Os vínculos entre o conceito erudito de 'folclore' e a discriminação cultural são mais do que estreitos. São íntimos. 'Folclore' é tudo aquilo que – não se enquadrando, por sua antiguidade, no panorama da cultura de massa – é produzido por gente

> inculta, por 'primitivos contemporâneos', como uma espécie de enclave simbólico, historicamente atrasado, no mundo atual. Os ensinamentos de Lina Bo Bardi me preveniram definitivamente contra essa armadilha. "Não existe 'folclore' – o que existe é cultura." (GIL, 2010, p. 28).

E mais adiante, definindo Cultura, diz:

> Cultura como tudo aquilo que, no uso de qualquer coisa, se manifesta para além do mero valor de uso." Cultura como aquilo que, em cada objeto que produzimos, transcende o meramente técnico. Cultura como usina de símbolos de um povo. Cultura como conjunto de signos de cada comunidade e de toda a nação (GIL, 2010, p. 28-29).

Com uma visão abrangente de cultura, superando as antinomias tradicionais que demarcam este campo no sentido de manter a hegemonia de uma determinada visão colonialista de cultura e arte, as políticas públicas de cultura se abrem para os 'segmentos excluídos', ainda nas palavras de Gil, e assim foram criados os programas 'Cultura Viva' e 'Pontos de Cultura', valorizando as expressões artístico-culturais das diferentes comunidades, no que as mesmas têm de diversidade e singularidade.

Mas outra inovação merece um destaque especial: a criação da Secretaria da Identidade e da Diversidade Cultural, que é criada tendo à frente o ator Sérgio Mamberti. Esta secretaria passa a construir políticas públicas culturais para segmentos antes excluídos da visão de cultura, assim como de outras coberturas de políticas públicas: sãos as populações indígenas, as comunidades ribeirinhas, os ciganos, as pessoas com deficiência física, a comunidade LGBT, os quilombolas, as religiões afro-brasileiras, a população de rua, a população da floresta e, entre outros, loucos (ou pessoas em sofrimento mental).

Com esses princípios e propósitos, foi convocada a oficina *Loucos pela Diversidade – Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais para Pessoas em Sofrimento Mental e em Situações de Risco Social,* com a colaboração de vários participantes dos projetos culturais então existentes no campo da saúde mental.

Na abertura da oficina, Sérgio Mamberti observou que a mesma tinha como objetivo colaborar com o processo de dar "visibilidade às diferentes ações culturais que constroem identidade e fomentam inclusão e autonomia a partir das linguagens das expressões artísticas" e que

> a experiência estética da criação pode hoje ser utilizada como forma de expressão e de comunicação de portadores de sofrimento psíquico, pode ser utilizada para ampliar territórios e para proporcionar o enriquecimento da subjetividade. (BRASIL, 2008, p. 24).

Ou seja, tanto na fala de Gil quanto na de Mamberti, podemos constatar estas mudanças nas concepções de arte-cultura e no potencial transformador da mesma, seja para os sujeitos seja para a sociedade. É quando se passa a perceber que, para além de uma 'função terapêutica', a arte-cultura tem um papel de transformação da experiência do sujeito e das relações da sociedade para com este sujeito. As intervenções de alguns dos participantes da oficina são bastante elucidativas a este respeito.

Ouçamos inicialmente o filósofo Peter Pál Pelbart, participante da Cia Teatral Ueinzz!:

> ...o teatro pode ser um dispositivo, entre outros, para a experimentação hesitante e sempre incerta, inconclusa e sem promessa de reversão do poder sobre a vida em potência da vida, do biopoder em biopotência, redesenhando inteiramente a geografia de nossa perversão, expropriação, clausura, silenciamento.
> Se hoje o capital penetra a vida numa escala nunca vista que vampiriza sua força de criação, o avesso também é verdadeiro. A própria vida virou com isso um capital, pois as maneiras de ver, de sentir e de pensar, de perceber, de morar e de vestir-se se tornam objetos de investimento do capital, elas passam a ser fonte de valor e podem elas mesmas tornar-se um vetor de valorização.

> Por exemplo, quando um grupo de presidiários grava a sua música, o que eles gravam e vendem não é só a sua música, nem só suas histórias de vidas escabrosas, mas seu estilo, sua percepção, sua revolta, sua castidade, sua maneira de vestir e até mesmo sua maneira de viver na prisão, de gesticular, de protestar. (BRASIL, 2008, p. 35).

Cristina Lopes, psicóloga, atriz e cantora do Projeto Cidadãos Cantantes, considera que o trabalho que desenvolvem tem um "alcance na qualidade de vida", e que as pessoas os procuram em busca de uma "produção cultural", não de uma terapia:

> Ele nasce no campo da Luta Antimanicomial, como algo perturbador, para de alguma forma questionar as formas de tratamento, e onde a Musicoterapia, a Terapia Ocupacional pensada na perspectiva da Laborterapia ou o Psicodrama, que tem o seu valor, mas que vem muito associado à perspectiva de atendimento, da terapêutica, como algo que está no enquadre da sua proposição. (BRASIL, 2008, p. 39).

Dentre as várias propostas e recomendações que surgiram da oficina *Loucos pela Diversidade*, a que teve maior

destaque foi a do lançamento de um edital nacional de prêmios para as iniciativas artístico-culturais que contassem com a participação de artistas com história de sofrimento mental. O Edital de Premiação Loucos pela Diversidade – Edição Austregésilo Carrano, que recebeu este nome em homenagem ao autor do livro *Canto dos Malditos* (inspiração para o filme *Bicho de 7 cabeças*, de Laís Boldanski), teve quase 400 projetos inscritos e premiou 55 deles.

As iniciativas artístico-culturais nascidas no âmbito da Saúde Mental passaram a ganhar repercussão na sociedade em geral. Exemplos disto são os vários shows em casas famosas de espetáculos em várias grandes cidades, como Salvador, Recife ou Rio de Janeiro. Nesta última, os shows foram realizados, entre outros, no tradicional 'Canecão', onde a 'nata' da música brasileira e internacional se apresentava. Foram shows onde participavam do mesmo palco os grupos Harmonia Enlouquece, Sistema Nervoso Alterado, Cancioneiros, Trem Tan Tan, com artistas e bandas do porte de Paulo Moura, Paulo Jobim, Nana Caymmi, Paralamas do Sucesso, Skank, Arnaldo Antunes, Pitty, Erasmo Carlos, João Bosco, Beth Carvalho, Cidade Negra, Chico César, Barão Vermelho, Leila Pinheiro, Gilberto Gil. Na Festa da Diversidade e no Fórum Internacional de Direitos Humanos, na Lapa, pleno centro cultural do Rio de Janeiro, foram realizadas apresentações em praça pública das bandas da Saúde Mental com vários outros artistas, assim como nas festas da Luta Antimanicomial em que participaram Tom Zé, Lobão e muitos outros artistas. Em Barbacena, anteriormente conhecida como a Cidade dos Loucos, foi

criado o Festival da Loucura, que existe há vários anos, onde vários artistas se apresentam e são realizadas muitas outras atividades culturais.

Por outro lado, uma novela da TV Globo, no seu horário mais nobre, incluía a temática da loucura e sua relação com a arte e convidava 'artistas da saúde mental' a participarem de algumas cenas. Além de pintores, poetas e escultores, apresentaram-se em 'Caminho das Índias' os Cancioneiros e o Harmonia Enlouquece. Este último ficou famoso por seu hit 'Sufoco da Vida' (autoria de Hamilton, Maurício e Alexandre M.), cuja letra diz o seguinte:

> Estou vivendo no mundo do hospital,
> Tomando remédio de psiquiatria mental.
> Haldol, diazepam, rohypnol, prometazina...
> Meu médico não sabe como me tornar um cara normal.
> Me amarram, me aplicam, me sufocam, num quarto trancado.
> Socorro! Sou um cara normal, asfixiado.
> Minha mãe, meu irmão, minha tia me encheram de drogas, de levomepromazina.
> Ai, ai, ai, que sufoco da vida.
> Sufoco louco. Tô cansado de tanta levomepromazina.

Outra composição importante é 'Sintomas' (de Orlando Baptista e Miguel Dantas):

> Se eu vejo as palavras que combinam
> Com o que eu penso, o que eu vivo,
> o que vejo.
> Se eu olho ou escuto alguém falar.
> Se alguém ri ao me olhar.
> Eu penso que é para mim.
> Eu penso que é de mim.
> Vozes escutei e pensei que alguém me
> perseguia.
> Eu tinha medo de pensar e alguém
> entender o que eu via.
> Eu achava que era Hitler ou judeu.
> Eu estava fora de mim, eu era um
> ateu sem o meu eu.
> Não sou eu quem eu vejo no espelho.
> Eu penso que é para mim.
> Eu penso que é de mim.

Anteriormente nos referimos ao filme 'Bicho de 7 Cabeças' (2001), que é um dos filmes brasileiros mais premiados aqui e no exterior. É importante assinalar que no final do filme aparecem as seguintes legendas:

> Este filme é inspirado em fatos reais
> vividos por Austregésilo Carrano.
> Carrano contou sua história no livro
> Canto dos Malditos.
> Hoje, Carrano é um ativista do movimento antimanicomial.

> Neste momento, existem 70 mil pessoas internadas em hospitais psiquiátricos no Brasil.

Esta observação tem como objetivo destacar o impacto que o movimento antimanicomial e o processo de Reforma Psiquiátrica passam a ter no âmbito sociocultural. A possibilidade de influenciar e engajar uma produção cinematográfica deste porte é algo simplesmente notável. E assim pode-se também considerar uma grande produção de filmes e documentários que mantêm uma relação direta com este processo, tais com *Policarpo Quaresma: Herói do Brasil* (dir. Paulo Thiago, 1998), *Profeta das Águas* (dir. Leopoldo Nunes, 2005), *Estamira* (dir. Marcos Prado, 2006) ou o recente *As Cores da Utopi*a (dir. Julio Nascimento, 2012). No campo do teatro, também foram realizadas várias apresentações de peças inspiradas na questão da loucura e das instituições psiquiátricas com aproximações explícitas com o processo da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, de companhias teatrais variadas, inclusive de companhias originadas no campo da Saúde Mental. A Cia Teatral Ueinzz, por exemplo, tem várias apresentações nacionais e internacionais, inclusive com prêmios em festivais de teatro (AMARANTE, *et al.,* 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vimos como o conceito de diversidade cultural traz novas e importantes dimensões para o campo da saúde, ampliando

e ressignificando as noções de saúde, de qualidade de vida, de equidade, integralidade, participação e controle social, e tantos outros. Diversidade cultural é um conceito fundamental que implica o reconhecimento do outro como diverso, em várias perspectivas, que contemplam aspectos relacionados não apenas à Cultura, mas aos Direitos Humanos, ao Trabalho, e às formas de 'andar a vida', como nos alertava Canguilhem (2000), e assim, evidentemente, há a necessidade imperiosa de repensarmos todas as concepções de saúde não mais como ausência de doença nem abstratamente como bem-estar físico, psíquico e social, mas como o direito a exercer a diferença e a diversidade, de trabalhar de forma diferente, de relacionar-se com a natureza, a terra, as instituições, a sexualidade, os pares, e muitas outras dimensões. Uma importante e original reflexão pode ser encontrada no livro de Paulo de Tarso de Castro Peixoto sobre a *práxis* da heterogênese urbana (PEIXOTO, 2012).

A diversidade cultural Dimensão do diálogo com a diferença: a aceitação do outro não como prática de tolerância, mas de reciprocidade, de solidariedade, de compreensão da diversidade das identidades individuais e coletivas.

Estas companhias de teatro, grupos musicais, blocos de carnaval, produtoras de vídeo, rádio, livros, poesias, pinturas, esculturas... não direcionam suas obras para as enfermarias das instituições, ou mesmo simplesmente para as exposições de CAPS e eventos específicos da saúde mental. Eles gravam CDs, filmes, DVDs, produzem song books, participam de festivais de música e teatro, de mostras coletivas. E assim como estas, existem muitas outras músi-

cas, peças de teatro, livros, poesias, pinturas, etc. que tratam das próprias experiências vividas pelos seus autores, de como sofrem, pensam e organizam suas vidas. Desta forma, retomando a compreensão de Peter Pál Pelbart quando se referia às obras dos presidiários, as pessoas em sofrimento mental oferecem para a sociedade suas formas próprias de ver e viver o mundo e assim contribuem para ampliar a noção de diversidade cultural, de alteridade, de complexidade da organização sociocultural.

No campo da Saúde Mental, a apropriação da noção de diversidade cultural representa ainda um deslocamento, ou uma ruptura, caráter de resistência ao processo de medicalização/psiquiatrização que ocorre na área, pois significa que nem tudo o que é diferente, diverso ou desviante é patológico, tanto no aspecto das diversidades coletivas quanto individuais. Isto abre uma perspectiva interessante sobre a complexidade da(s) existência(s), da diversidade de culturas, de sociedades, de identidades.

Outro deslocamento aí propiciado se refere à noção de arte como restrita à terapia para transformar-se em arte-cultura como instância estética e cultural, do sentido da vida, ou seja, como vimos, como expressões dos sujeitos e coletivos, como conjunto de valores da sociedade.

Enfim, a arte-cultura produzida pelos sujeitos que viveram/vivem a experiência do sofrimento, da medicalização, da discriminação, do estigma na transformação da sociedade é o instrumento estratégico de produção de novos significados, novos sentidos, ou de um novo imaginário social sobre a loucura, propiciando novas práticas sociais de solidariedade, autonomia e cidadania.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Coord). *Loucos pela Vida:* A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

AMARANTE, P. *et al.* Da Arteterapia nos Serviços aos Projetos Culturais na Cidade: A Expansão dos Projetos Artístico-culturais da Saúde Mental no Território. In. AMARANTE, P.; NOCAM, F. *Saúde Mental e Arte:* práticas, saberes e debates. São Paulo: Zagodoni, 2012. p. 23-38.

BARROS, D. D. *Os Jardins de Abel*: Desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Editorial Lemos; Edusp. 1994. .

BASAGLIA, F. *Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Organização de Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BRASIL. Constituição Federal. (1988). *Título VIII – Da Ordem Social. Seção II – Da Saúde. Arts. 196-200*. 1998.

BRASIL. Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências *Diário Oficial da União*, Brasília, DF; 20 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 20 out. 2011.

BRASIL. Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS} e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF; 29 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 20 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Cultura. *Loucos pela Diversidade*: da diversidade da loucura à identidade da cultura. Relatório Final.

Rio de Janeiro, Ministério da Cultura e Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria N° 2227/GM*, que dispõe sobre a constituição do Comitê Técnico Saúde da População GLTB. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 out. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.460 de 12 de dezembro de 2005. Cria o Grupo Terra. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2005. Disponível em: < http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2460.html>. Acesso em: 10 out 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, *Portaria Nº 1678/GM*, que dispõe sobre a constituição do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, Diário Oficial da União, 16/08/2004b.

BRASIL. *Plano Plurianual* 2004-2007. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos, 2003.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília: SEDH/PR, 2010.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. São Paulo: Forense Universitária, 2000.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica:* a Idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE (CEBES). A Questão Democrática na Área da Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 09, p. 11-13, jan./mar. 1980.

COSTA, A. M. LIONÇO, T. Democracia e Gestão Participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 02, p. 47-55, maio/ago. 2006.

DORNELLES, J. R. W. *O que são Direitos Humanos*. 6.ed. São Paulo: Brasiliense, 2006.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa.* 2.ed. rev. e ampl., 23. reimp. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FLEURY, S. (org.). *Reforma Sanitária*: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortêz, 1989.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In. FLEURY, S. (Org.) *Saúde e Democracia:* a luta do CEBES, São Paulo: Lemos, 1997, p. 25-41.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir:* história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 1977.

GADOTTI, M. *Economia solidária como práxis pedagógica.* São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2009.

GIL, G. Cultura: a argamassa de um novo projeto nacional. In. ALMANAQUE CULTURA VIVA. Brasília: Ministério da Cultura, 2010, DF, p. 28-31.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

LARAIA, R. B. *Cultura, um conceito antropológico*. 24.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: IMS; UERJ, 2001. p. 39-64.

MATURANA, H. O que se observa depende do observador. In: THOMPSON, W.I (Org). *Gaia*: uma teoria do conhecimento. São Paulo: Gaia, 1990. p. 61-76.

MATURANA, H.; VARELA, F. *A árvore do conhecimento.* Campinas: Psy, 1995

MEDEIROS, H. J. Saúde: Equidade, Controle Social e Gênero. In: COSTA, A. M.; MERCHÁN-HAMANN, E.; TAJER,

D. (Orgs.). *Saúde, Equidade e Gênero*: um desafio para as políticas públicas. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília; ABRASCO; ALAMES, 2000.

NABUCO, E. *Da reclusão à criação:* construção da memória dos usuários do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. 2008. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

NOGUEIRA, R. P. A impotência da equidade. In: COSTA, A., MERCHÁN-HAMANN, E. Tajer, D. (orgs.) *Saúde, Equidade e Gênero* – um desafio para as políticas públicas, Brasília: Editora Universidade de Brasília/ ABRASCO/ALAMES, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Declaração Universal dos Direitos Humanos.* Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948.

PAIM, J. S. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In. FLEURY, S (Org). *Saúde e Democracia:* a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 13-24

PEIXOTO, P. T. C. *Heterogênese, Saúde Mental e Transcomposições.* Rio de Janeiro: Multifoco, 2012.

PINHEIRO, M. C., WESTAPHAL, M. F, AKERMAN, M. A., Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal Brasileira de 1988. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2005.

PRIGOGINE, I.; STENGERS, I. *A nova aliança:* metamorfose da ciência. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 1984.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO M.F. *Desinstitucionalização.* São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-99.

_____. Empresa Social: construindo sujeitos e direitos. In: AMARANTE, P. (org.) *Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade*, 2000, p. 301-306.

ROTELLI, F. *et al*. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO M.F. *Desinstitucionalização.* São Paulo: *Hucitec,* 1990, p. 17-59.

SANTOS, B. S. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

SANTOS, B. S. *Democratizar a Democracia.* Os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

UNESCO. *Convenção sobre a proteção e promoção da Diversidade das Expressões Culturais.* Genebra: UNESCO, 2006.

YASUI, S. *Rupturas e encontros:* desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

YÚDICE, G. *A Conveniência da Cultura:* usos da cultura na era global. Belo Horizonte: UFMG, 2004.

SITES

http://www.redeparabolinoica.org/

http://tvpinel2011.blogspot.com.br/

http://www.tamtam.art.br/ong/