

Da transitoriedade à identidade: contribuições das políticas culturais na desestigmatização de portadores de transtornos mentais

From Transience to Identity: Contributions of Cultural Policies in the Desestigmatization of Mental Disorders

Oswaldo Monteiro da Costa Filho¹

Francisco Carlos Franco²

Ivone Panhoca³

Cristina Schmidt Silva Portéro⁴

Resumo: Por meio da reforma psiquiátrica da década de 1970 no Brasil, tinha-se como pretexto a reintegração do doente no contexto social. Todavia, a desinstitucionalização dos manicômios permitiu à insanidade outra trajetória no Brasil. Durante o governo Lula, priorizou-se à reinserção de camadas populares às iniciativas culturais do Ministério da Cultura. Entre os favorecidos, encontravam-se doentes psiquiátricos. A iniciativa propiciou o resgate da autoestima desses e a transformação do imaginário social a respeito da loucura. Neste artigo reflete-se sobre as contribuições das políticas culturais de ações afirmativas no combate ao estigma de pessoas portadoras de transtornos mentais e comportamentais. Para tanto, foi realizada revisão de literatura com ênfase na ampliação do campo do saber sobre a loucura; sobre o significado atribuído pelo paciente à sua condição de insano; sobre os limites impostos ao corpo, presente na regulação foucaultiano, e sobre os marcos que estimularam políticas culturais de base artístico-culturais na reintegração social do doente mental. Concluímos que, durante a segunda gestão do governo Lula, a revitalização de ações afirmativas de base artístico-culturais foi imprescindível para o resgate da cidadania dos portadores de TMC.

Palavras-chave: Práticas Culturais; Doenças Mentais; Cidadania.

Abstract: Through the psychiatric reform of the 1970s in Brazil, the pretext was to reintegrate the patient into the social context. However, the deinstitutionalization of asylums has allowed insanity another trajectory. During the Lula administration, it was prioritized the reintegration of popular strata into the cultural initiatives of the Ministry of Culture. Among the favored were psychiatric patients. The initiative led to the recovery of their self-esteem and the transformation of the social imaginary about madness. The article reflects on the contributions of affirmative action cultural policies in combating the stigma of people with mental and behavioral disorders. For that, a literature review was carried out with emphasis on the expansion of the field of knowledge about madness; about the meaning attributed by the patient to his insane condition; about the limits imposed on the body, present in the foucaultian regulation, and about the milestones that stimulated artistic-cultural policies in the social reintegration of the mentally ill. We conclude that, during the second administration of the Lula government, the revitalization of affirmative actions with an artistic-cultural basis was essential for the recovery of citizenship of the bearers of mental and behavioral disorders.

Keywords: Cultural Practices; Mental Illnesses; Citizenship.

¹ Especialista em Políticas Públicas de Desenvolvimento e Gestão Pública pelo NAEA/UFPA. Graduado em Ciências Contábeis pela Universidade Federal do Pará (UFPA) e em Administração, pela União das Escolas Superiores do Pará (UNESPA). Mestrando em Políticas Públicas, pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC). Rua Simas Pimenta, 123, São Paulo, SP, CEP 03067-020. E-mail: osvaldocostafilho@yahoo.com.br

² Doutorado em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Professor adjunto da Universidade Braz Cubas (UBC) e do Programa de Mestrado em Políticas Públicas da Universidade de Mogi das Cruzes (UMC). Av. Dr. Cândido Xavier de Almeida Souza, 200, Mogi das Cruzes (SP), CEP 08780-911. E-mail: prof.franfranco@gmail.com

³ Doutora em Linguística pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professora do Programa de Mestrado em Políticas Públicas da Universidade de Mogi das Cruzes (UMC). Av. Dr. Cândido Xavier de Almeida Souza, 200, Mogi das Cruzes (SP), CEP 08780-911. E-mail: i.panhoca@terra.com.br

⁴ Doutora em Comunicação e Semiótica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Coordenadora do Mestrado em Políticas Públicas da Universidade de Mogi das Cruzes (UMC). Av. Dr. Cândido Xavier de Almeida Souza, 200, Mogi das Cruzes (SP), CEP 08780-911. E-mail: crisschmidt@umc.br

Introdução

A loucura não é condição imposta pelo mundo contemporâneo. Ela existe desde os primórdios da civilização humana. Durante o período compreendido entre a Antiguidade e a Idade Média, o louco gozou de um certo grau de "extraterritorialidade" e a loucura era no essencial "experimentada em estado livre [...], circulava [...], fazia parte do cenário e linguagem comuns [...]" (RESENDE, 2001, p. 20).

Com o surgimento do racionalismo, a alienação perdeu o status de "força da natureza" sobrenatural, assumindo o caráter de desrazão, com o insano passando a ser visto como transgressor da moral racional. Com caráter moral, a loucura passa a ser algo desqualificante, como irresponsabilidade (ALVES, 2009 *et.al.*).

Na virada do século XVIII para o XIX, dois fatos influenciaram o percurso dos estudos sobre a alienação mental:

O primeiro foi a Revolução Francesa, que, ao destituir o estado absolutista, gerou a necessidade de reforma das instituições sociais. Entre essas, foram criadas as instituições asilares, para que os alienados recebessem tratamento digno, de acordo com os princípios humanitários e libertários do período revolucionário. Coube ao médico Phillipe Pinel conduzir as intervenções nos asilos da época (AMARANTE, 1996). De acordo com Valverde (2010), a técnica de Pinel tinha por base isolar os doentes mentais dos demais marginalizados por meio de uma nosologia médico-psiquiátrica. O isolamento consistia em uma medida de ordem científica que possibilitava o contato exclusivo e específico com o objeto a ser estudado. Nesse sentido, o saber produzido no hospital permitia ao médico agrupar as doenças e assim observá-las, produzindo um saber que até então era desconhecido (VALVERDE, 2010). Apesar da contribuição de Pinel, a origem moral da alienação, que propunha em essência o desarranjo mental, encontrou resistência no meio científico ao estimar como causa da loucura as paixões exacerbadas da mente.

O segundo fato foi a transição da sociedade feudal para a industrial e o surgimento dos grandes centros urbanos. O fenômeno fez com que a loucura perdesse o status que até então ocupava, e ocasionou a expulsão de grandes contingentes de pobres e doentes do mundo do trabalho. Dali em diante, o alienado já não servia aos interesses da burguesia capitalista, que não podia se apropriar da força de trabalho do insano para a grande fábrica. A loucura precisava ser alijada do

contexto social para não comprometer a regulação imposta pela sociedade industrial emergente. Nesse cenário, a loucura passou a ser institucionalizada, mediante padrões de conduta, valores e práticas socialmente aceitas. O desvio de comportamento, condicionado por aparato normativo, caracterizava a insanidade.

Com a ampliação epistemológica do campo de estudos sobre o comportamento humano, somada à evolução da medicina e à superlotação dos manicômios, as fronteiras de investigação da insanidade precisaram ser expandidas.

Segundo Pereira (2004), as dificuldades práticas do tratamento moral da loucura e o excesso de doentes nos manicômios propiciaram o surgimento de um pensamento voltado à doutrina organicista, com ênfase nos aspectos físicos, fazendo com que o progresso da anatomia patológica influenciasse a busca de causas orgânicas da loucura, com o consequente desenvolvimento de procedimentos terapêuticos físicos e medicamentosos.

Um novo pensamento crítico foi incorporado às causas da loucura, opondo-se ao encarceramento predominante nos manicômios da época e contribuindo para a criação de colônias de alienados. Segundo Amarante (*apud* TENÓRIO, 2002), tais colônias tinham como objetivo neutralizar as denúncias de superlotação, aprisionamento e violência presentes nos hospícios, assim como transformar o modelo assistencial.

No ano de 1989, um movimento de reforma psiquiátrica, nos moldes do proposto na Itália por Basaglia (2005), eclodiu no Brasil, na Casa de Saúde Anchieta, na cidade de Santos, no estado de São Paulo, em defesa de um tratamento mais humanizado, que priorizava, fora dos limites manicomial, as individualidades e o reconhecimento identitário do doente mental. Adeptos do movimento utilizavam técnicas de terapia ocupacional (pintura, música, escultura, artesanato, entre outras), para reinserir o doente mental no contexto social.

Paralelamente a essa iniciativa, o cenário político brasileiro ensejava a reforma constitucional e as eleições diretas, instigando o surgimento de novos movimentos sociais responsáveis por uma visão progressista de direitos humanos – garantidos pela Constituição Cidadã de 1988 –, bem como de novas concepções de cultura que incluía arte, cultura e diversidade cultural, conforme preceituou a Convenção sobre a Proteção e Promoção da Diversidade das Expressões Culturais da UNESCO, em 2005.

No campo dos direitos sociais e políticos, a Carta Magna de 1988, em seus artigos 5º e 6º, garantiu aos indivíduos o direito à liberdade de expressão, à saúde, à proteção aos desamparados; sem discriminação de crença, raça, classe ou condição social. Entre esses direitos, figura o tratamento mais humanizado ao portador de Transtornos Mentais e Comportamentais (TMCs).

Nos dias atuais, os TMCs estão associados à expansão dos fenômenos da sociedade pós-industrial que influenciam a vida do homem. Atualmente, as sociopatologias são responsáveis pelo aumento de doenças mentais que comprometem a vida produtiva, social e emocional do indivíduo.

Diante desses apontamentos, é de se perguntar que papel desempenham as políticas de saúde mental no resgate da autoestima e da identidade do portador de transtornos mentais? Por meio deste artigo, teve-se por objetivo refletir sobre as contribuições das políticas culturais de ações afirmativas para o combate à prática estigmatizante de pessoas portadoras de transtornos mentais e comportamentais, durante o governo Luís Inácio Lula da Silva.

Após revisão de literatura, com ênfase nos aspectos encampados pela Convenção sobre a Proteção e Promoção da Diversidade das Expressões Culturais da UNESCO (2005) e no incentivo à cultura constante nos Dez Mandamentos do Ministério da Cultura, durante a gestão de Gilberto Gil e Jucá Ferreira – governo Luís Inácio Lula da Silva (2003 a 2008) –, concluímos que as políticas culturais de base artístico-culturais foram imprescindíveis para reinserção social, resgate da autoestima e da cidadania dos portadores de doenças mentais.

Identidade e regulação social do doente mental

Até o início do século XIX, a história da loucura foi marcada pelo isolamento social e terapêutico do insano, quando a superlotação dos manicômios e a incapacidade do tratamento moral abriram espaço para a expansão dos estudos e do horizonte de investigação dos vários tipos de transtornos.

Se, por um lado, a liberdade de expressão defendida pelos ideais da Revolução Francesa não contribuiu significativamente para a atenção mais humanizada da loucura, por outro, propiciou a cooptação desta pela crença na regulação dos corpos e pela sua relação com o mundo exterior.

Dessa forma, o marco regulatório da insanidade deu-se com o surgimento do capitalismo, exigindo um novo pensamento sobre a loucura, que desse sustentação aos padrões de controle exigidos pela industrialização emergente. Nessa fase, o desenvolvimento dos estudos sobre o comportamento humano contribuiu com o surgimento de uma doutrina organicista que buscava explicar os fenômenos da mente pela associação com causas orgânicas, o que resultou no desenvolvimento de procedimentos terapêuticos físicos e medicamentosos.

Freud (1976) investigou o inconsciente, fundamentando o saber epistemológico e a prática terapêutica no campo das ciências biológicas. Teve como inspiração as experiências de Jean Martin Charcot, médico psiquiatra, que utilizava a hipnose em seus pacientes. Tratava-se, então, de uma revolução no tratamento da loucura, por romper com os paradigmas científicos da época, que se detinham na causalidade natural (de origem mecânica e possível de constatação) e psíquica da doença (consciente, volitiva, resultante de uma representação mental).

Segundo Freud (1976), os pacientes atendidos por Charcot não apresentavam relação com aquelas causalidades, mas com sintomas histéricos relacionados à paralisia corporal, à amnésia e à fobia, frutos de traumas latentes, analisados por meio da regressão hipnótica. Essa técnica possibilitaria o encontro e a descrição do trauma, e sua revelação ao paciente, resolvendo assim o problema do sintoma. Posteriormente, Freud abandonaria a hipnose para adotar em suas análises a associação livre, por meio do uso das verbalizações dos pacientes. Isto é, utilizaria como objeto de investigação tudo o que o doente falasse, isto é, que fosse produto do discurso verbal consciente ou inconsciente (repositório de memórias e pulsões negadas e/ou reprimidas da consciência desde o nascimento até a morte da pessoa)⁵.

Na publicação *Recordar, repetir e colaborar*, Freud (1924) demonstra que o sintoma é um ato de repetição, normalmente ligado a uma cena infantil, que precisa ser recordado, para que não se repita. Esse recordar é importante não apenas para registrar a forma como o trauma aconteceu, mas para elaborá-lo. O trabalho analítico seria um processo de lembrança e elaboração que permite a mudança da relação do sujeito com seu próprio sintoma. Esta seria uma forma de cura, associada à eliminação do sintoma, com a erradicação da doença, característica do

⁵ No século XX, Lacan reformulou as bases da teoria freudiana, a partir da interação entre filosofia e psicanálise, demonstrando como a psicanálise pode-se equiparar a uma ciência da “linguagem habitada pelo sujeito”. Sua contribuição à teoria psicanalítica teve por base os estudos de Ferdinand de Saussure.

século XIX. Para Freud (1976), o que justificava a alienação é o fato de o indivíduo não dar a certos pensamentos, sentimentos e desejos os mesmos direitos que dá a outros pensamentos, sentimentos e desejos. Ainda segundo o autor, o homem aliena-se de si mesmo ao retirar o sentido de seus desejos. Repressão, recusa e rejeição são mecanismos utilizados para esse fim, engendrando as doenças mentais. A linha entre a dita normalidade e o estado patológico é bastante tênue. Após essa fase, a psicanálise freudiana entenderia a cura como tratamento, cuidado com o corpo e com a alma, resultante da relação do sujeito consigo mesmo e com os outros, de modo a ser capaz de contribuir para a eliminação de mal-estar com o mínimo de satisfação (FREUD, 1976).

Segundo Porter (1991), a maior contribuição de Freud na área da Saúde Mental foi a revelação que toda produção mental traz em si um sentido, inclusive no louco. Para Jung, a insanidade poderia ser explicada por meio da mitologia, da cultura, da literatura, da religião e da alquimia. Trata-se de temas paralelos incorporados por ele à sua psicologia analítica, com o objetivo de investigar as consequências desses na mente dos homens e de procurar semelhanças no funcionamento da psique entre os pacientes (RAMOS, 2001). No emprego desse método, utilizava-se também as manifestações do inconsciente e da linguagem verbal, além de técnicas de expressões artísticas, amplificação, imaginação ativa e caixa de areia⁶. Todavia, facultava-se ao analista a intervenção, quando necessário, a fim de evitar que o indivíduo perdesse o foco e fosse conduzido para distrações que redundassem na resistência e em mecanismos de defesa.

Foucault (1978), ao historicizar criticamente as condições que possibilitam a construção do saber sobre a loucura, analisa a regulação como estratégia de manutenção de poder. Segundo o filósofo, a relação entre as instituições e a sociedade só era possível pelo controle e pela regulação das ações humanas. Por isso, a compreensão do controle atribuído à docilidade dos corpos físicos nos presídios e manicômios era fundamental para o entendimento dos fenômenos de regulação instituídos pela sociedade contemporânea.

⁶ a) Amplificação: associação de mitologia e contos de fadas ao discurso do paciente no formato de sonho, fantasia ou mesmo de alguma situação de vida; b) Imaginação ativa: interação com os conteúdos do inconsciente através de sua personificação; c) Caixa de areia: manuseio de areia seca ou molhada com o acréscimo de miniaturas, com a criação de cenários em um ambiente ao mesmo tempo livre e protegido, tanto pela relação terapêutica quanto pela própria caixa.

Segundo o autor:

Se é fato que a loucura é agitação irregular dos espíritos, movimento desordenado das fibras e das ideias, é também entupimento do corpo e da alma, estagnação dos humores, imobilização das fibras em sua rigidez, fixação das ideias e da atenção num tema que, aos poucos, prevalece sobre os demais. Trata-se assim de devolver ao espírito e aos espíritos, ao corpo e à alma, a mobilidade que constitui suas vidas. No entanto, esta mobilidade deve ser medida e controlada, evitando que ela se transforme na agitação vazia das fibras que não mais obedecem às solicitações do mundo exterior. A ideia que anima esse tema terapêutico é a restituição de um movimento que se organiza segundo a mobilidade prudente do mundo exterior. Uma vez que a loucura tanto pode ser imobilidade abafada e fixação obstinada, quanto desordem e agitação, a cura consiste em suscitar no doente um movimento que seja ao mesmo tempo regular e real, no sentido de que deverá obedecer às regras dos movimentos do mundo (FOUCAULT, 1978, p. 353).

Nas culturas ocidentais a insanidade sempre foi vista como desvio de conduta que influencia o convívio social do indivíduo; viola a normalização, que “é um dos processos mais sutis pelos quais o poder se manifesta no campo da identidade e da diferença. Normalizar significa eleger uma identidade específica como o parâmetro em relação ao qual as outras identidades são avaliadas e hierarquizadas” (SILVA, 2000, p. 83). Todavia, discorrer sobre “identidade” exige a compreensão do significado de “subjetividade”, conceitos sobrepostos que caminham juntos.

Subjetividade e identidade

A subjetividade envolve a apreensão de conceitos capazes de englobar sentimentos, pensamentos e emoções sobre nós mesmos, que possam formular ideias sobre quem somos. Ela envolve sentimentos e pensamentos individuais. Porém, a subjetividade não ocorre isoladamente. Ela se propaga no contexto social no qual a linguagem e a cultura dão sentido às experiências que temos de nós mesmos e no qual assumimos uma identidade.

Por sua vez, a identidade é relacional e envolve situações marcadas pela diferença, que é sustentada pela exclusão. Segundo Woodward (*apud* SILVA, 2000), a identidade constitui-se por meios simbólicos que acabam por identificar a pessoa com as coisas que ela usa e com o que ela faz. Assim, a construção da identidade do doente mental é tanto simbólica quanto social. É por meio da diferenciação social que a classificação – da diferença – é experimentada nas relações sociais do portador de TMC, o que gera implicações para sua aceitação no plano sentimental, na vida produtiva e nas relações institucionais, uma vez que a visibilidade de suas

ações não condiz com a rigidez homogeneizadora da identidade normalmente aceita. Nesse espaço diversificado, que deveria absorver as necessidades do insano, a segregação ocorre de maneira sistêmica.

Dessa forma, a regulação dos corpos físicos pelas instituições asilares – como analisou Foucault – ou na “fiscalização” da doença, isto é, no “lugar” de apropriação do estigma carregado pelo indivíduo, delimitando o espaço de intervenção terapêutica, tornou-se instrumento eficaz de controle. Todavia, fiscalizar o transtorno mental, dada a variedade e amplitude de sua dimensão é tarefa difícil. A demarcação da fronteira entre o insano e a normalidade que permite a intervenção medicamentosa se fez pelo controle e regulação dos corpos, utilizando-se técnicas tradicionais de encarceramento, psicanálise e, quando necessária, a administração de ansiolíticos.

O transtorno mental na percepção do doente

A doença mental é resultante do desequilíbrio de fatores multicausais na vida do homem que envolve aspectos físicos, biológicos, químicos, sociais e econômicos. Segundo Laplantine (2008), o estado patológico ainda é influenciado pelas crenças e convicções religiosas de uma cultura, tais como a imortalidade da alma, a crença na existência de seres imaginários que exercem influência positiva ou negativa sobre a relação saúde-doença do indivíduo, a percepção social da enfermidade instalada e seus aspectos subjetivos.

Na visão do doente o olhar introspectivo de sua condição de insanidade, muitas vezes exteriorizada pela postura contraditória aos padrões impostos de regulação, contribui para o seu encarceramento social. Nesse interim da “consciência vivenciada”, o portador de TMC reconhece o estigma que carrega consigo no convívio com a família, nas instituições sociais, que deveriam dar amplo e irrestrito apoio na rua, no acolhimento e no cotidiano.

Políticas culturais de ações afirmativas aos portadores de transtornos mentais

Do legado da reforma psiquiátrica que teve início na Itália com Basaglia, em 1961, e deu origem aos movimentos em favor do tratamento mais humanizado em todo o planeta, destacam-se os trabalhos de Nise da Silveira, no ano de 1944, que

defendeu o acolhimento fora dos limites da carceragem e das sessões de choqueterapia prescritas aos internos do Hospital Pedro II, antigo Centro Psiquiátrico Nacional, no estado do Rio de Janeiro.

O marco da reforma psiquiátrica no Brasil ocorreu em 1989, na Casa de Saúde Anchieta, hospital privado localizado na cidade de Santos, no estado de São Paulo, quando um movimento antimanicomial substituiu o método tradicional por outras modalidades e dispositivos de cuidado e tratamento. A proposta era dar início a uma nova relação entre “território” (espaços ocupados pelas instituições sociais, políticas, sujeitos e cidade) e o portador de transtornos mentais. Esse fato foi corroborado pelas políticas de reforma psiquiátrica que enfatizaram o “serviço ou rede de atenção substitutiva” na legislação sobre saúde mental, pois preconizavam um “outro lugar” em substituição ao anterior.

Tais práticas e dispositivos, seguindo os princípios do movimento contra o manicômio tradicional, constituíam-se em ações no sentido de atingir o espaço urbano, a fim de despertar e conscientizar a sociedade sobre o tratamento destinado à loucura. Dentre essas ações, destacam-se as socioculturais, desenvolvidas por projetos que contribuíram para a transformação do imaginário social sobre a loucura, o resgate da autoestima e identidade do portador de TMC.

Segundo Lancetti (2010), não se tratava de elogio à loucura, nem de sua relação utilitária, o que alimentaria estereótipos sobre a figura do doente, mas de possibilitar, pela via da estética, a transformação do imaginário social sobre a loucura, com base em ações afirmativas de cunho artístico-cultural que garantissem o resgate da dignidade humana e da identidade do portador de TMC.

Nesse sentido, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros dispositivos de atenção à saúde mental, tiveram papel estratégico para a reforma psiquiátrica brasileira. Foi o surgimento desses serviços que passaram a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país.

Em conferência sobre a Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental, promovida pelo Ministério da Saúde (2005), foram definidas as funções dos CAPS:

- a) prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos;
- b) promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais;

c) regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica.

É função, portanto, e por excelência, dos CAPS, organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território. Devem ser centros substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL, 2005, p. 27).

Estado e cultura

No Brasil, a relação entre Estado e a Cultura sofreu diversas intervenções em diferentes contextos sociais, políticos e econômicos. Essa trajetória descreve-se contundentemente a partir da Revolução de 1930, quando Getúlio Vargas utiliza a cultura como plataforma política e fortalece as indústrias culturais. No ano de 1938, cria o Conselho Nacional da Cultura, ligado ao antigo Ministério da Educação e Cultura (MEC).

Esse período coincide com o processo de substituição do ciclo rural oligárquico pelo ciclo urbano, isto é, da industrialização tardia e de suas consequências para o cenário social e político nacional. O Estado Novo assume o papel de principal produtor de cultura e censor de toda produção artístico-cultural da sociedade civil. Nessa fase, as políticas culturais restringem-se à manipulação da cultura, entendida como produção cultural do povo e identificada com o pequeno artesanato e folclore. Entre os anos de 1940 e 1960, vivenciamos os primeiros passos da indústria do consumo com o surgimento de emissoras de rádio e televisão, o que propiciou a inserção da cultura americana – *hollywoodiana* – em todo o planeta.

Com o processo de redemocratização e abertura política em 1988, o país vivenciou uma série de mudanças na legislação de incentivo à cultura, tais como: a) a consolidação do Ministério da Cultura e a criação da Lei Sarney, em 1985, durante o governo de José Sarney; b) o aprimoramento das Lei Rouanet e a Lei do Audiovisual de incentivo à cultura, no ano de 1995; c) a ampliação da produção cultural de massa, sob a égide do neoliberalismo, consagrando todas as manifestações de narcisismo veiculadas pela *mass media*, com tendência à

privatização das instituições públicas de cultura, que ficaram sob a responsabilidade de empresários culturais (CHAUÍ, 1995), e d) no período de 2003 a 2005, um avanço das práticas e políticas de incentivo à cultura reconhecendo no indivíduo o protagonismo dos processos de manifestação cultural em suas várias dimensões, formas e significados.

Os dez mandamentos do Ministério da Cultura nas gestões Gilberto Gil e Jucá Ferreira

Os dez mandamentos da cultura elaborados nas gestões de Gilberto Gil e Jucá Ferreira à frente do Ministério da Cultura, durante o governo de Luís Inácio Lula da Silva (2003 a 2008), eram diretrizes que norteavam a nova política cultural no Brasil, em oposição às políticas hegemônicas passadas. Segundo Manevy (2010), essas tinham perspectiva progressista pela ousadia em encampar a cultura como direito fundamental e necessidade básica dos indivíduos.

A cartilha destacava como pontos principais:

- 1º. O amplo conceito de cultura.
- 2º. Cultura como direito fundamental e necessidade básica.
- 3º. Promoção da diversidade cultural brasileira.
- 4º. Valorização das culturas tradicionais.
- 5º. Diretrizes para a economia da cultura.
- 6º. Modernização do direito autoral brasileiro.
- 7º. Modernização da política do fomento à cultura.
- 8º. A sociedade civil como conceito da ação estatal.
- 9º. O papel do Estado na cultura.
- 10º. Orçamento público para a cultura.

No tocante às ações afirmativas de base artístico-culturais voltadas para os portadores de TMC, os mandamentos enfatizam que a cultura é direito fundamental e necessidade básica de todos os indivíduos. “Se a cultura é de fato um direito social como nos define a Constituição de 1988, o papel do Ministério da Cultura muda decisivamente em perfil e em escala de atendimento” (MANEVY, 2010, p. 106). Qualquer pessoa, independentemente da posição social, raça, crença ou situação de risco em que se encontra, pode ser protagonista de manifestações culturais que a identifique como produtora da sua própria história.

Para Gilberto Gil, o conceito de cultura extrapola os limites concebidos no meio acadêmico e de uma suposta elite artística e intelectual que se espelha no modelo europeu de artes. Gil (*apud* MANEVY, 2010), considera que cultura é:

[...] 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 (MANEVY, 2010, p. 28-29).

Contribuição das políticas culturais no combate ao estigma dos portadores de transtornos mentais

Durante o governo de Luís Inácio Lula da Silva, um novo cenário foi desenhado no campo da atenção psicossocial, sintetizado nos movimentos sociais reivindicatórios e nas novas manifestações de cultura que deles advieram; nas novas concepções de arte, cultura, diversidade cultural e direitos humanos defendidas pela UNESCO (2005); nas novas relações de trabalho, de base solidária e enfatizando o vínculo trabalho/cultura/direitos humanos (GADOTTI, 2009), e pelas iniciativas do Ministério da Cultura (MANEVY, 2010), que, por meio de políticas culturais de base artístico-culturais, estimulou a reinserção social do doente mental pelo viés da materialização de seu imaginário.

A perspectiva conduzida pelo Ministério da Cultura abriu precedentes para ações afirmativas de combate ao estigma dos portadores de TMC, ao permitir, por meio de práticas de base artístico-culturais – pintura, artesanato, costura, dança, música, peças teatrais, programas veiculados pela rádio comunitária, entre outras – a reinserção social do doente e o resgate de sua identidade através da percepção que têm da loucura.

A insanidade, outrora confinada à moralidade e à regulação física imposta pela civilização industrial, a partir a desinstitucionalização dos manicômios e da reintegração social, deu voz aos doentes mentais para que esses exteriorizassem sua percepção da loucura pela via das expressões artístico-culturais, contribuindo assim com a mudança do imaginário social da loucura.

São exemplos dessas ações as seguintes atividades socioculturais:

- Casa Transitória André Luis, Sorocaba (SP), que acolhe em regime de internato homens carentes e portadores de quaisquer tipos de patologias que requerem acompanhamento. Por meio do Projeto Sophia, oportuniza o desenvolvimento de habilidades sociais, educativas e profissionais, aplicando metodologia

específica no atendimento de adultos com necessidades especiais.

- Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia por meio da *Comunidade de Fala*, grupo formado por pessoas com vivência de transtornos mentais que se capacitaram para contar suas histórias de superação através de apresentação dialogadas em duplas.
- Associação dos Amigos de Pessoas com Transtornos Mentais, por meio do projeto *Pinta-Vida*, que incentiva os doentes a retratar, em pinturas paisagísticas, sua visão de mundo.
- TV e Rádio Comunitária Tam-Tam, consideradas iniciativas socioculturais pioneiras no processo de desinstitucionalização manicomial no Brasil.

Conclusão

O marco regulatório da reforma psiquiátrica brasileira foi percebido quando a vontade social se sobrepôs às barreiras ideológicas e de mercado que conduziram as políticas culturais no país durante longos períodos. Nesse sentido, a perspectiva orientadora de fazer e apreciar cultura, defendida pelos dez mandamentos da cultura e ratificadas pelas políticas culturais de base artístico-culturais, durante o governo Luís Inácio Lula da Silva, propiciou o *empoderamento* das pessoas no enfrentamento do convencional e da hegemonia imperante, ao possibilitar a expansão da fronteira das realizações pessoais pela via do imaginável, da memória materializada em atividades artístico-culturais dos portadores de transtornos mentais.

Esse movimento reivindicou a expressão cultural do indivíduo e o posterior resgate da autoestima e da identidade do doente mental, transformando o imaginário social da loucura por meio de um elo entre o *fazer* e o *ser* (humano), inconcebíveis em tempos remotos de clausura e confinamento manicomial. Se a loucura é capaz de produzir sentido, cabe à sociedade estimular a produção de cidadania pelo caminho da compreensão desses sentidos, porém, sem negligenciar seu conteúdo, isto é, permitindo que a produção artístico-cultural do alienado ganhe voz e seja a expressão da sua cidadania mental; permitindo o entendimento de suas alucinações e delírios como expressões distorcidas dos seus mais verdadeiros pensamentos.

No momento atual, o desafio basilar para a manutenção das políticas culturais de base artístico-culturais, fundamentadas na Convenção sobre a

Proteção e Promoção da Diversidade das Expressões Culturais da UNESCO e reiterada na Constituição Cidadã de 1988, é consolidar as orientações de base artístico-culturais em práticas operacionais que encampem a efetiva atuação dos CAPS/Equipes de Saúde da Família e demais instituições sociais que integram o Estado Democrático de Direito.

Referências

- ALVES, C. F. O. *et.al.* Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, v.72,n.1, jan./mar., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000137&pid=S0047-2085201300010000500015&lng=pt>. Acesso em: 15 mai. 2018.
- AMARANTE, P. O Movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil: a desinstitucionalização como desospitalização, como desassistência, como desconstrução. *In*: AMARANTE, P. **O homem e a serpente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF). Senado Federal, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília: 56p., 2005.
- CHAUÍ, M. Cultura política e política cultural. **Estudos Avançados** (online), v.9, n.23, p.71-84, 1995.
- GADOTTI, M. **Economia solidária como práxis pedagógica**. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2009.
- FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- FREUD, S. A psicopatologia da vida cotidiana, 1901. *In*: **Ed. Stand. Bras.**, vol.VI, Imago, Rio de Janeiro, 1976.
- FREUD, S. **Recordar, repetir e elaborar: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II, XII**. C. P., 2, p.366-76, 1924.
- LANCETTI, A. **Saúde e loucura: saúde mental e saúde da família**. 7.ed., São Paulo: Hucitec, 2010.
- LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. 4.ed., São Paulo: WMF Martins

Fontes, 2008.

MANEVY, A. Dez mandamentos do Ministério da Cultura nas gestões Gil e Juca. **Cadernos CENPEC**. Educação e cultura, n.7, 2010.

PEREIRA, M. E. C. Pinel: a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. **Rev. Latinoam. Psicop. Fund.** VII, 3, p.113-16, 2004.

PORTER, R. **Uma história social da loucura**. Zahar, Rio de Janeiro: 1991.

RAMOS, L. A psicoterapia das psicoses na visão de Jung. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v.53, n.1, p.85-91, 2001.

RENZO, R. D. Arte e saúde mental: um episódio. *In*: MELO, W., FERREIRA, A. P. (org.). **A sabedoria que a gente não sabe**. Rio de Janeiro / São João Del Rey: Espaço Artaud / Universidade São João Del Rey, p.151-153, 2011.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. *In*: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Editora Vozes / Rio de Janeiro: ABRASCO, p.15-73, 2001.

SILVA, T. T. **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. SILVA, Tomaz Tadeu da (org.) Stuart Hall, Kathryn Woodward, Petrópolis: Vozes, 2000.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Rev. História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol.9, n.1, p.25-59, jan./abr. 2002.

UNESCO. **Convenção sobre a Proteção e Promoção da Diversidade das Expressões Culturais**. Paris, 2005.

VALVERDE, D. L. D. Reforma psiquiátrica: panorama sócio histórico, político e assistencial. *In*: **Aspectos históricos do campo da psicologia**. 2010. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/2010/11/21/reforma-psiqui-trica-panorama-s-cio-hist-rico-pol-tico-e-assistencial>. Acesso em: 20 mar. 2018.