

Articulações entre o projeto de Saúde Mental Global e os aspectos culturais do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial e Atenção Primária à Saúde no Brasil

I¹ Maria Fernanda Cruz Coutinho, ² Clarice Moreira Portugal,

³ Mônica de Oliveira Nunes, ⁴ Gisele O'Dwyer I

Resumo: O artigo objetivou discutir a centralidade do conceito de cultura e suas implicações no projeto da Saúde Mental Global (SMG), numa perspectiva macro, mas também no âmbito local – mais especificamente no Sistema Único de Saúde (SUS) na relação entre os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e atenção primária à saúde (APS). Para tanto, concentrou-se a discussão em dois blocos distintos: no primeiro, foi realizada uma reflexão a respeito do projeto da SMG sob a perspectiva da garantia de direito à saúde, considerando aspectos socioculturais do sofrimento mental. No segundo bloco, aborda-se como essa leitura pode contribuir para o incremento das práticas de cuidado na interface entre a atenção primária à saúde e em saúde mental no SUS. Concluiu-se que considerar a cultura é fundamental para a condução da boa prática em saúde mental, de modo que a SMG seja necessariamente polifônica, ao tempo que garanta e universalize o direito à saúde, sendo um potente aliado na luta pela defesa do SUS.

► **Palavras-chave:** saúde mental, Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental Global; cultura.

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (fernandacruzcoutinho@gmail.com).
ORCID: 0000-0001-7998-920X

² Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador-BA, Brasil (clariceportugal@gmail.com).
ORCID: 0000-0003-0373-4141

³ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador-BA, Brasil (monicatorrente1@gmail.com).
ORCID: 0000-0002-5905-4199

⁴ Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (odwyer@ensp.fiocruz.br).
ORCID: 0000-0003-0222-1205

Recebido em: 01/10/2019
Aprovado em: 08/04/2020
Revisado em: 08/06/2020

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300219>

Introdução

Visando abordar a centralidade do conceito de cultura e suas implicações no projeto da Saúde Mental Global (SMG), numa perspectiva macro, mas também no âmbito local, a discussão será apresentada em dois blocos. No primeiro, apresentaremos sucintamente o paradigma da saúde mental global e sua articulação ao debate teórico-conceitual em torno da cultura, com fins a mostrar como os aspectos culturais reverberam ou mesmo conformam a experiência de sofrimento mental.

A seguir, procuraremos, a partir da problemática do território, discutir como a articulação entre saúde mental e atenção primária no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é um elemento estratégico para pensar o lugar da cultura na saúde mental e pensar as possibilidades e limites do projeto da SMG no contexto brasileiro. Nesse aspecto, será abordada a questão dos transtornos mentais comuns (TMC) sob a ótica do seu posicionamento na encruzilhada entre os campos da atenção primária à saúde e de saúde mental.

Caracterizando a Saúde Mental global

Data de 2007-2008 a primeira série de artigos publicados na *Lancet* acerca da SMG. Esses textos evidenciam o quanto a saúde mental é negligenciada nas agendas de saúde global, ainda que representem importante carga de doença, apontando estimativas epidemiológicas sobre o ônus dos transtornos mentais para famílias, comunidades, nações e sistemas econômicos internacionais (PRINCE et al., 2007). Os defensores do SMG qualificam a necessidade e a disponibilidade de serviços de saúde mental como “lacuna de tratamento”, enfatizando os custos individuais e sociais de pessoas não tratadas, além da demanda por tratamentos eficazes, especialmente em países de baixa e média renda (PATEL; PRINCE, 2010; WHITLEY, 2015).

Os críticos do movimento argumentam que a SMG exporta um modelo ocidental de doença e tratamento, trazendo a questão da mensuração e da confiabilidade dos diagnósticos, no sentido de poderem ser imediatamente transpostos a diferentes contextos culturais; subestima o papel dos praticantes das terapias tradicionais (MILLS, 2014); e ignora a variabilidade cultural na avaliação e resposta ao sofrimento mental, negligenciam suas causas sociais e econômicas em países de baixa e média renda (WHITLEY, 2015; SUMMERFIELD, 2012).

Para Patel (2014), essas críticas podem ser refutadas com base no argumento de que a SMG se volta para direitos humanos e para a colaboração entre os países do Sul e Norte Globais, entendendo que negar assistência médica de qualidade representaria nada menos que o fracasso da humanidade (KLEINMAN, 2009). Contudo, tanto os proponentes quanto os críticos concordam que enfrentar um problema de tal magnitude requer a adoção de pacotes de intervenção com uma relação custo-benefício favorável (ROSE, 2018; ORTEGA; WENCESLAU, 2019), que possam ser aplicados a diferentes contextos socioculturais e políticos. Nesse sentido, Rose (2018) salienta que essas intervenções precisariam ser adaptadas às especificidades culturais e dos sistemas de saúde locais, bem como às necessidades específicas dos grupos populacionais que convivem em cada país.

Patel et al. (2001), ao abordarem o problema da depressão – uma das causas mais importantes de morbidade e incapacidade nos países em desenvolvimento –, argumentam que os métodos usados para identificar pacientes com depressão que foram desenvolvidos em uma cultura podem ser usados em outros contextos, desde que seja dada atenção cuidadosa à tradução conceitual. Nesse sentido, conceitos específicos de cultura acerca de uma dada doença mental podem ser identificados e incorporados ao treinamento dos profissionais de saúde, a partir de diretrizes de treinamento baseadas na abordagem de solução de problemas clínicos, e não na abordagem diagnóstica categórica.

Antropólogos têm levantado uma série de preocupações sobre o crescente campo da SMG, incentivando uma reflexão crítica sobre a prática desse movimento. Kohrt e Mendenhall (2016) apontam para a importância da contribuição da antropologia no avanço de realizações efetivas, éticas e sustentáveis em todo o mundo, sobretudo no uso de expressões culturais de adoecimento como substitutas de diagnósticos, as quais podem impactar o tratamento.

Fatores culturais e contextuais influenciam profundamente todos os aspectos da experiência da doença mental, desde sua etiologia até sua expressão, ao tipo de ajuda procurada e aos resultados alcançados (PATEL, 2014). Portanto, considerá-los é fundamental para a condução da boa prática em saúde mental, bem como para a sua globalização.

A polissemia inerente à cultura

O conceito de cultura imbrica-se ao próprio desenvolvimento das Ciências Sociais, e mais especificamente da Antropologia, como campo de conhecimento. Desde a primeira tentativa de definição desse conceito por Tylor, ainda no século XIX até outras abordagens posteriores, como a neoevolucionista, a estruturalista, a interpretativa, dentre outras, percebe-se que paulatinamente o monumento teórico iluminista sediado na busca por uma compreensão universal da natureza humana foi se mostrando insuficiente diante das tentativas posteriores de clarificação do conceito de cultura (LARAIA, 2001, p. 47-48).

Em seu sentido mais amplo, a cultura engloba tudo o que é humanamente construído e transmitido na vida social desde o nascimento, através de um processo de socialização que se dá pela apropriação de um sistema de símbolos e valores dos grupos sociais e comunidades (KIRMAYER; SWARTZ, 2013; KROEBER; KLUCKHOHN, 1952). Já por uma acepção mais estrita, a cultura também é usada para referir-se ao modo de vida, identidade e tradições de um grupo específico ou comunidade que pode ser definido em termos de etnia, geografia, descendência, religião ou outras características sociais (KIRMAYER; SWARTZ, 2013).

Coadunamo-nos aqui ao autor da antropologia crítica como James Clifford, quando este coloca a necessidade de pensar a cultura no plural. Seguindo esse raciocínio, Clifford traz uma concepção de cultura como composta por representações e códigos que são alvo de disputas, de tal forma que o poético e o político seriam inseparáveis e ciência estaria inserida (e não acima de) em processos linguísticos e históricos. O autor destaca a premência de analisar as relações contextuais de poder, resistência, constrangimento institucional e inovação (CLIFFORD, 1986), sendo “mais do que nunca crucial para os diferentes povos formar imagens complexas e concretas uns dos outros, assim como das relações de poder que os conectam” (CLIFFORD, 2002, p. 119, trad. nossa). Com base nessa perspectiva, permitimo-nos adentrar toda essa multiplicidade de experiências e significados que, enredados em uma dada cultura ou na interlocução entre elas, incidem sobre a saúde de indivíduos e coletivos (FERNANDO, 2010; HARRIS et al., 2006; SMEDLEY, 2012).

Toda cultura tem seus modos próprios e culturalmente sancionados de expressar sofrimento, e que são inteligíveis para os outros dentro de uma comunidade. Culturas fornecem explicações para aflição derivadas de ontologias locais e sistemas

etnofisiológicos. Nesse sentido, o conhecimento dos sistemas locais de cura é essencial para a compreensão da lógica dos padrões locais de busca por ajuda, dos caminhos que as pessoas seguem e objetivos a eles concatenados; assim como dos benefícios e problemas potenciais associados a tratamentos específicos (KIRMAYER; SWARTZ, 2013).

Ainda no final dos anos 1970, Kleinman traz uma crítica contundente à psiquiatria com base no que ele denomina como “falácia de categoria” (KLEINMAN, 1977). Esta diria respeito à imposição de um esquema classificatório a membros de sociedades que não se valem dele, o que daria margem à tomada das entidades psiquiátricas como invariáveis culturalmente. Essas compreensões corresponderiam a modelos explicativos específicos (KLEINMAN, 1978) ao Ocidente, de modo que a cultura aí emergiria como o contexto no qual as ideias acerca do adoecimento são concebidas, e não como o mero enquadramento onde uma entidade clínica pré-existente viria a se manifestar.

Ao abordarem a depressão, Kleinman & Good (1985) vão afirmar que, na apresentação clínica da depressão, não é possível dizer que ela seja invariante em todas as culturas, uma vez que são constituídas como formas diferentes de realidade social. É precisamente essa convicção que leva os antropólogos a defenderem a centralidade da descrição cuidadosa dos quadros locais de significado e relações sociais para a prioridade teórica e metodológica da interpretação transcultural (KLEINMAN; GOOD, 1985). Entretanto, apesar de apontarem a importância da perspectiva cultural, afirmam que há evidências clínicas que apontam para a apresentação de sintomas clássicos de depressão como tristeza, desespero, perda de prazer, afastamento das atividades e queixas somáticas dentre outros, e que são reconhecidos e associados a perdas importantes ou experiências de vida difíceis em qualquer sociedade (KLEINMAN; GOOD, 1985).

Como lembra Littlewood (1990), tornou-se ponto comum que as síndromes “*culture-bounded*” mostram uma presumida incomparabilidade dos moldes locais de engendramento da dor e do sofrimento àqueles criados no seio da psiquiatria ocidental. O autor, porém, desafia essa premissa de base ao afirmar que a existência desses diferentes quadros não impossibilita a busca por formas análogas de sofrimento em outras sociedades, mas, ao contrário, incentiva-a. O que, por certo, não precisa seguir a via de redutibilidade de uma a outra, pela via biológica, ou do seu isolamento simplista, pela via do exotismo, de forma que se consiga acessar como os diferentes idiomas do stress são elaborados em contextos culturais distintos (KLEINMAN, 1988a).

A disciplina da antropologia médica e da saúde fornece uma abordagem para conectar forças sociais, econômicas e políticas a experiências locais de sofrimento (PATEL, 2014), pois propõe uma abordagem mais ampla e também crítica da relação entre doença e cultura em termos das noções e práticas envolvidas nela envolvidas (COUTO, 2012). Analisar representações e experiências de adoecimento sob a ótica sociocultural permite acessar as formas pelas quais os mesmos são elaborados e compartilhados e como essas formas de sofrimento são ancoradas em realidades políticas e históricas distintas. E é no seio dessas realidades que as formas de acolher e dirimir as aflições devem ser pensadas.

Para essa discussão, propomos que a cultura influencia a sintomatologia, o curso e o resultado dos distúrbios através de respostas psicofisiológicas e processos sociofisiológicos; molda o enfrentamento individual e familiar e a adaptação à doença e à recuperação; determina a busca de ajuda e apresentações clínicas; reforça a relação médico-paciente e, portanto, a resposta do sujeito em aflição ao aconselhamento médico e intervenção (AGUIAR; ORTEGA, 2017). Sua contribuição é patente, dessa forma, na elaboração de explicações para o sofrimento, influenciando a experiência da doença, o comportamento de busca de ajuda e a resposta social aos problemas e intervenções de saúde mental.

No que tange à SMG, a questão cultural ganha destaque porque, sob o enfoque crítico, ajuda a acessar as formas pelas quais as disparidades socioeconômicas e as múltiplas formas de discriminação se cristalizam como significativas disparidades de saúde em todas as sociedades, sedimentando iniquidades na distribuição de problemas e recursos de saúde na população (KIRMAYER; SWARTZ, 2013).

Há um crescente reconhecimento de que os determinantes sociais da saúde, e da saúde mental especificamente, são aspectos centrais para o risco, início e curso de doença mental (PATEL, 2014). Esses determinantes incluem pobreza e desigualdade, integração social e apoio, discriminação e racismo (s) que surgem em função de processos de desenvolvimento desiguais, do colonialismo, exploração e como efeito da globalização (KIRMAYER; SWARTZ, 2013). Contudo, não há consenso. Há aqueles que argumentaram que as considerações culturais são secundárias à priorização de forças econômicas que levam à pobreza, desigualdade, discriminação e adversidade. Por outro lado, há quem considere as instituições e práticas culturais que constituem formas locais de vida, criando e mantendo arranjos sociais e ideologias que dão origem a esses determinantes sociais, os

quais justificariam tais arranjos de modo a naturalizá-los e por vezes os tornando invisíveis (PATEL, 2014; FREDRICKSON, 2002).

No entanto, mais do que estabelecer uma ordem entre fatores econômicos e culturais, é importante considerar a hibridização e influência mútua entre as duas séries de aspectos. Isso porque ao tempo em que as condições socioeconômicas concretas determinam condições físicas básicas como nutrição, exposição a agentes infecciosos, toxinas ou outros riscos ambientais, bem como a provisão de outras necessidades essenciais; a cultura traz a teia semântica, as práticas institucionais e as redes relacionais que incidem sobre a delimitação das diferenças sociais. Tais distinções repercutem na exposição aos determinantes sociais da saúde, bem como no posicionamento e mobilidade social e acesso a cuidados de saúde. Entremeadado a esse espectro relacional complexo, encontra-se o sujeito vulnerável ao sofrimento mental (PATEL, 2014; KIRMAYER; SWARTZ, 2013).

Sendo assim, um desafio que se apresenta para a saúde mental refere-se a como lidar com essas iniquidades sem reificar as hierarquias de poder e privilégio que originaram injustiças e múltiplas formas de sofrimento social em âmbito global. A agenda contemporânea da saúde mental global tem sido criticada como uma forma de imperialismo cultural que extingue culturas não-ocidentais (MILLER, 2014).

Com respeito a isso, enfatiza-se que a biomedicina e a psiquiatria são instituições culturais com sua própria história e valores implícitos, fortemente marcados na atualidade pela medicalização da vida e tomada da farmacoterapia como terapêutica central (KIRMAYER; SWARTZ, 2013). Patel (2014), porém, adverte que a medicalização também é uma preocupação da SMG e alega que as iniciativas nesse campo foram financiadas por governos ou instituições de caridade, sem associação com a indústria farmacêutica. A questão norteadora desse paradigma residiria, portanto, na possibilidade de um enriquecimento mútuo e no intercâmbio entre várias culturas ocidentais e não ocidentais, sempre em busca de uma igualdade que acolha as diferenças.

O contexto e a experiência de adoecimento

Como dito anteriormente, o humor deprimido e a ansiedade são passíveis de ser vivenciados e compreendidos de formas distintas de acordo com o contexto cultural em questão. Em dadas circunstâncias, podem ser vistos não como formas de doença que demandam tratamento medicamentoso, mas como relacionados à

moral ou caráter. Por outro lado, o investimento atual em diagnósticos baseados na biologia e tratamentos em psiquiatria reflete certos valores culturais e mostra-se marcado por uma leitura ideológica individualista e neoliberal, mais do que por evidências científicas (AGUIAR; ORTEGA, 2017), que tampouco são política ou economicamente neutras. Isso levou à ampliação da categoria da depressão e a exageros em torno da compreensão e identificação da eficácia medicamentosa (KIRMAYER et al., 2014).

Whitaker (2017) aponta que o aumento significativo do uso de psicofármacos nas últimas décadas está associado ao mito da teoria do desequilíbrio químico cerebral, com forte influência da indústria farmacêutica, apontando para efeitos deletérios e iatrogênicos desse uso, em médio e longo prazos. Para ele, os argumentos científicos favoráveis ao uso desses medicamentos no tratamento dos transtornos mentais são hegemônicos e se sobrepõem a outras possibilidades de intervenção que não têm na psicofarmacologia sua centralidade. De todo modo, não há como ignorar que em várias culturas existem modos diversos da psiquiatria biológica de interpretar sinais e sintomas, e que muitas vezes estão relacionados a práticas ritualísticas e religiosas. Essa interpretação externa ao campo da psiquiatria permite lançar mão de estratégias terapêuticas diferentes do uso de psicotrópicos, mas que permitem alcançar a dissolução da aflição (NUNES, 2012).

Embora todo comportamento tenha seu correspondente em termos de atividade cerebral, muitos problemas psiquiátricos podem ter suas raízes em processos de desenvolvimento social, interações problemáticas ou ambientes deletérios, em que a análise sociocultural fornece uma fértil trama conceitual para pensar os transtornos mentais e contemplar a própria psiquiatria enquanto um artefato cultural. Para Parnas, Sass e Zavahi (2013), a psiquiatria evoluiu, a partir do DSM-III, para uma abordagem descritiva baseada em sintomas, em que descrições de fenômenos mentais ou subjetivos deveriam ser traduzidos em descrições de comportamento externo, ou então em linguagem simples e leiga, compreensível para um não especialista, apontando para um certo operacionalismo que pudesse ser reconhecido universalmente. No entanto, os significados das palavras são marcados por seus contextos locais, e por mais que o clínico seja capaz de usar corretamente critérios operacionais diagnósticos, ele só será eficaz se for sensível ao contexto e à experiência.

Nesse sentido, mesmo que se aceitasse a tese de que a consciência seria determinada por eventos cerebrais, é necessário considerar que sinais e sintomas se manifestam

no campo fenomênico e, portanto, experiencial. Entretanto, isso não se faz sem que haja por parte do clínico uma abertura para que se façam notar modelos culturais diferentes do seu, sendo mister o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos implicados na relação clínica, que é, antes de tudo, uma relação de conhecimento. Por isso, seguir e adentrar a experiência, atribuindo-lhe valor testemunhal, valorizando o que o sujeito que sofre traz sobre seu sofrimento, permite que o clínico e esse mesmo sujeito intercambiem recursos hermenêuticos para elaborarem suas interpretações acerca da aflição que se coloca para ambos (CRICHTON; CAREL; KIDD, 2017). Portanto, uma classificação do objeto psiquiátrico requer formas de julgamento e reconhecimento de padrões complexos que desafiam as concepções de operacionalização e convocam ao entrecruzamento de perspectivas e interpretações de forma empática, em um processo contextual e idiossincrático, compartilhado e sustentado no âmbito estrutural.

Diante desse arcabouço, a política de SMG encontra-se em um impasse entre o esforço para compartilhar recursos e o escalonamento das práticas, sendo que ambos requerem uma suposição de que intervenções mais ou menos padronizadas serão utilizadas em contextos diversos. A esse conflito coloca-se uma dupla asserção: se é consensual que negar o acesso ao diagnóstico e tratamento dos transtornos fere os direitos das pessoas com sofrimento mental, reduzir a intervenção à aplicação de protocolos, sobretudo aqueles medicamentosos, acaba também por (re)produzir desassistência.

Segundo Diaz, Fergusson e Strauss (2004, p. 234, trad. nossa):

a desconsideração dos aspectos culturais nas intervenções pode além de produzir iatrogenia, conforme apontado anteriormente, afetar as chances de êxito no processo de *recovery*, que são maiores quando as propostas do serviço se assemelham às expectativas e valores dos usuários, isto é, ao que eles buscam para suas vidas e para criar seus modos de estar no mundo.

A alegação de que a saúde mental global atenta para as necessidades locais requer engajamento com as pessoas em sofrimento, com seus provedores de base e com sistemas de apoio social e, por isso, o desenvolvimento de políticas nesse setor demanda estratégias com base comunitária (KIRMAYER; PEDERSEN, 2014).

São as contribuições culturalmente informadas para a saúde mental global que equilibram o papel da cultura na psiquiatria, mostrando a insuficiência da mera expansão da rede de serviços. Urge, assim, a necessidade de pensar uma saúde mental

que sendo global, não seja totalizante, mas inserida política e contextualmente nas realidades. Para tanto, reafirmamos que o que está em jogo no paradigma da SMG é a universalização dos direitos e não das desigualdades (MOYNN, 2010), bem como a sua análise situada histórica e politicamente, de modo a apresentar recursos sem exterminar os já existentes, o que exige uma tomada pragmática e implicada da realidade social (NUNES, 2014).

Traçado esse panorama, espera-se expor o delicado problema da articulação territorial dos serviços de saúde mental e da atenção primária no âmbito do SUS, bem como o acesso aos idiomas locais de sofrimento.

Adentrando o território do cuidado: o lugar da cultura nos serviços de saúde mental e na atenção primária no Brasil

Quando uma pessoa procura ajuda em um serviço de saúde, ela não busca apenas diagnosticar sintomas ou tratar transtornos, mas, sobretudo, entender e lidar com as dificuldades inerentes à doença, cabendo ao profissional de saúde compreender esses problemas, dando atenção para essa dimensão que muitas vezes é suprimida da prática convencional de saúde mental, impactando a eficácia das intervenções em saúde mental. Para tanto, torna-se fundamental que o clínico conheça o território, conceito-chave da atenção primária à saúde e da atenção psicossocial. É necessário se apropriar do território enquanto elemento estratégico – e principalmente tático, no sentido de que fala De Certeau (1998) – de articulação dessas redes e no cuidado integral à saúde, lembrando que “quando se trabalha no território é preciso praticar a democracia psíquica, conhecer a cultura e conversar com seus interlocutores invisíveis” (LANCETTI; AMARANTE, 2015).

Pensar e discutir território na saúde implica considerar dimensões subjetivas dos usuários e dos trabalhadores, à medida que o motor que viabiliza o trabalho em saúde mental é a relação que se estabelece nessa díade (BRASIL, 2013). No Brasil – país marcado pelas contundentes desigualdades sociais e de dimensões geográficas bastante extensas –, a cultura parece ocupar uma posição negligenciada na atenção à saúde mental, o que é especialmente paradoxal se for considerada a vasta e complexa diversidade cultural inerente ao seu território (NUNES, 2009), sobre o qual muito se fala, mas pouco se compreende em termos concretos e teoricamente sedimentados (FURTADO, 2016).

A partir da análise de Darcy Ribeiro acerca da cultura no Brasil, Ortega e Wenceslau (2019) vão afirmar que as diferenças culturais sustentam a diferença de classe que leva à discriminação e estratificação e que a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) descreve as diferenças culturais como diferenças econômicas e sociais, ou seja, como diferenças de classe.

Ainda que o referencial teórico da RPB e o paradigma do Cuidado Psicossocial refiram-se a uma mudança na lógica de tratar os usuários e pensar a clínica, em que sofrimento mental seria abordado em sua complexidade e como parte de uma dinâmica psicossocial na qual os rótulos de normalidade e sanidade são suspensas (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2016); explicações culturais não foram incorporadas nem para explicar o padecimento mental nem em documentos oficiais e a diversidade cultural é frequentemente negada, naturalizada ou relativizada (ORTEGA; WENCESLAU, 2019), apontando para um silenciamento da cultura na saúde mental.

Segundo Nunes (2009), tal silenciamento é sustentado pelo desprezo às manifestações e interpretações populares, por vezes considerados obscurantistas, rudes e menos sofisticados, situando-se periféricamente nos serviços e intervenções em saúde mental. Entretanto, desenvolver estratégias que considerem aspectos culturais podem auxiliar os profissionais a prescrever intervenções mais apropriadas e eficazes, bem como ferramentas diagnósticas adaptadas ao contexto, em consonância com a importância do multiculturalismo, expandindo o diálogo entre a pesquisa e prática em saúde mental brasileira e iniciativas de saúde mental global (ORTEGA; WENCESLAU, 2019).

O cuidado em saúde mental pode, assim, ser pensado do ponto de vista sincrético, tal como caracterizado por Canclini (1995), ou seja, enquanto uma combinação de práticas e fluxos por sistemas terapêuticos, dada a intensa migração e difusão de crenças em contexto transcultural. Trata-se de um processo de hibridização cultural (ibid.) que mescla elementos étnicos a processos (pós) modernos (fusão de meios de comunicação de massa, estilos de consumo e circulação de bens culturais em contexto local e global) e gera novas estruturas, práticas e objetos, inclusive no campo da saúde. E é sob essa tônica que nos propomos a pensar sobre a interlocução entre saúde mental e atenção primária no SUS para a condução culturalmente implicada do projeto da SMG.

Considerar o contexto em que os serviços de saúde mental ligados à atenção psicossocial nasceram, apesar do arcabouço teórico e ideológico que são intrínsecos à sua formulação, é considerar que os formuladores de políticas públicas e os trabalhadores de saúde mental trazem consigo representações, concepções e pré-conceitos que incidirão sobre a construção e práticas dos serviços. Nesse sentido, é importante lembrar que o próprio estabelecimento da hegemonia da expertise médica e psiquiátrica teve entre seus pilares a desvalorização da medicina popular (CARDOSO, 1999), o que é perceptível no esvaziamento da importância da cultura no saber psiquiátrico e psicanalítico de que nos falaram Kleinman (1988a) e Good (1997).

O sistema de saúde brasileiro, ao assumir a saúde como direito constitucional, alinhou uma proposta de atenção primária integral, comprometida com a determinação social do processo saúde-doença, considerando o território e condições socioambientais. O Brasil implanta uma APS emancipadora, alcançando a ampliação da oferta, a facilitação do acesso, e uma maior disponibilidade de serviços de procura regular com impactos positivos sobre a saúde da população (BOUSQUAT et al., 2017), em que os agentes comunitários de saúde (ACS) têm um papel fundamental, pois permitem a interação entre as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a comunidade, através da realização de visitas domiciliares regulares, monitoramento de indicadores de saúde e promoção da saúde e prevenção de doenças, principalmente através de iniciativas educacionais (BRASIL, 2012).

No que diz respeito à apresentação clínica dos transtornos mentais na Atenção Primária, há um privilégio de sintomas corporais como dor física, fadiga e mal-estar que podem apontar para transtornos graves, mas sobretudo para os Transtornos Mentais Comuns (TMC). Kirmayer e Swartz (2013) afirmam que o enfoque que esses doentes darão aos sintomas somáticos ou aos aspectos emocionais e dificuldades cognitivas irá refletir a influência de modelos explanatórios da doença, os quais vêm da cultura, da experiência de doença passada e do conhecimento do sistema de saúde. Aflorar modelos explanatórios ajudam os profissionais de saúde a construir estratégias para o cuidado clínico, e a falta de atenção a eles pode representar desrespeito por parte dos profissionais de saúde e desconsideração da dimensão psicossocial, impedindo assim a relação terapêutica (KLEINMAN, 1988b).

Zorzanelli (2010) aponta para uma certa destituição da experiência de adoecimento em quadros reconhecidos como somáticos, em que se enquadrariam os

TMC, já que a causa dos sintomas leva à pressuposição de psicogênese e partilha de um status estigmatizante da fraqueza da vontade de melhorar, atribuindo ao sujeito a responsabilidade pelo seu adoecimento e melhora. Para a autora, a centralidade da compreensão do adoecimento em mecanismos biológicos por parte da categoria médica é a responsável pela produção da discriminação entre uma necessidade genuína de cuidado e uma demanda injustificada. À medida que são transtornos, direta ou indiretamente relacionados ao campo do sofrimento mental, eles podem ser compreendidos como uma anomalia da biomedicina (CAMARGO; GUEDES; NOGUEIRA, 2006), contribuindo para a perpetuação de uma visão em que o paciente se percebe e é percebido como um pseudossofredor (YOUNG, 2000).

A expressiva prevalência dos TMC na comunidade, entretanto, evidenciada pela forte demanda desses casos sobretudo na atenção primária (FORTES, 2004), nos convoca a rever a abordagem desses quadros no campo da saúde à medida que demandam acolhimento, escuta e tratamento por parte dos profissionais que os recebem (BRASIL, 2011). É necessária atenção especial para esses casos de modo que eles não sejam medicalizados e o sujeito em sofrimento seja ouvido em suas demandas, sobretudo quando sabemos que em 30% dos casos há remissão dos sintomas simplesmente por serem acolhidos pela equipe individualmente ou em grupo (ibid). Reconhece-se, porém, que essa problemática ainda é pouco abordada no campo da SMG, como mostra a revisão elaborada por Misra et al. (2019).

O que está em jogo na avaliação desses casos é saber avaliar o grau de vulnerabilidade (AYRES, 2003) e gravidade das demandas de saúde mental que se apresentam no cotidiano dos serviços, o que exige pensar em um amplo espectro de intervenções mais ou menos complexas e que não se excluem entre si. É nesse ponto que Brasil (2011) situa a dificuldade dos profissionais da APS. Segundo o documento, a grande dificuldade desses profissionais em fazer essa diferenciação se dá justamente em função da apresentação que esses quadros assumem, não se enquadrando às classificações nosológicas, a partir de critérios e categorias definidos a priori.

Aqueles que acorrem aos serviços relatando “bolo na garganta”, “tremuras nas carnes”, “sofrer dos nervos”, estão falando, através de códigos e metáforas culturalmente determinadas, de queixas que remetem, antes de tudo, à angústia, que não encontram correspondência nos critérios e categoriais atuais.

Essas formas de sofrimento exigem dos profissionais da APS compreender e articular as plurais esferas e dispositivos de acolhimento, cuidado e proteção social.

E é justamente em meio à complexa teia – que envolve profissionais, usuários e os diversos atores e espaços territoriais – que se espera que as equipes das APS concreta e implicadamente mais e mais se insiram na Rede de Atenção Psicossocial. No entanto, não se pode desprezar as formas mais sutis de medicalização que daí podem advir, agora não mais encerradas em critérios diagnósticos, mas imbuídas de entendimentos sobre o bem-estar e a saúde mental alheias às realidades locais. Nesse ponto, revela-se a importância fundamental dos ACS, à medida que desempenham papel de mediação entre as expressões culturais e estilos de vida locais, o conhecimento científico e processo de trabalho das equipes (ORTEGA; WENCESLAU, 2019).

Para que as intervenções sejam apropriadas e eficazes é fundamental que haja boa relação da equipe de saúde com o paciente e nesse sentido é importante atentar para dimensões variadas da cultura visando à interpretação correta de sinais e sintomas (KIRMAYER & SWARTZ, 2013; ORTEGA; WENCESLAU, 2019). Considerando que na realidade brasileira existe uma profunda desigualdade socioeconômica e as diferenças culturais sustentam a diferença de classe que leva discriminação social e estratificação e que isso se evidencia nas diferenças entre profissionais e usuários do serviço, a competência cultural parece ser um conceito central para bons resultados na prática clínica (ORTEGA; WENCESLAU, 2019).

Compreendida como a capacidade dos profissionais de saúde, profissionais e serviços de se envolver de maneira significativa e eficaz com antecedentes culturais, valores e crenças dos pacientes (WENCESLAU; ORTEGA, 2015; ORTEGA; WENCESLAU, 2019). Uma revisão sistemática de estudos brasileiros apontou que os ACS realizam intervenções benéficas em diversos campos da saúde por estabelecerem compromisso e confiança com a população que atendem, conhecerem os recursos locais, favorecerem a mobilização social e serem hábeis em produzir competência cultural, um atributo chave da sua competência para a APS (GIUGLIANI et al., 2011).

Cabe frisar, porém, que a competência cultural se apresenta como uma habilidade que pode ser aprimorada e passível de transformação ao longo do tempo. Sendo assim, vê-se que os ACS, imersos na experiência da cultura, manejam e experimentam essa competência de diversas formas; podendo, inclusive, reiterar em sua prática e discurso a exclusão e a estigmatização, visto que também são atravessados pela cultura e estrutura socioeconômica dominantes na sociedade brasileira. É importante, portanto, que esses profissionais tenham a possibilidade

de dialogar sobre sua prática e, em meio a essas trocas, ressignificar e ir ao encontro de outras facetas da comunidade em que se inserem, de maneira que sua atuação se elabore *pari passu* às transformações dos territórios.

Ainda que as experiências dos ACS apresentem algumas dificuldades, elas representam exceções ao silenciamento da cultura dentro do Reforma Psiquiátrica Brasileira, e fornecem caminhos locais para a inserção de questões culturais nos cuidados de saúde mental no Sul Global (ORTEGA; WENCESLAU, 2019). Se esses profissionais nos sinalizam para a importância de fundar territorialmente o cuidado em saúde mental nos diferentes níveis de atenção que o constroem, ainda existem poucas referências voltadas para a contemplação da cultura nessas práticas. Contudo, como lembra Basaglia (1979), é preciso contrapor ao pessimismo da razão o otimismo das práticas. Nesse sentido, a urgência de abordagens culturalmente consistentes para pensar o uso racional de psicofármacos, bem como o trabalho com os aspectos nitidamente (ou nem tanto) sociais do sofrimento, pode mostrar-se ainda rarefeita, mas não inexistente, como bem nos mostram iniciativas como a Gestão Autônoma da Medicação (ONOCKO CAMPOS et al., 2012) e a abertura da formação em saúde mental a cientistas sociais (NUNES; TORRENTÉ; PRATES, 2015), o que abre flancos para novos diálogos no âmbito dos serviços e de seus múltiplos cotidianos.

Considerações finais

A partir do que foi aqui discutido, pudemos perceber que a cultura mais e mais vem se colocando enquanto questão para os profissionais de saúde mental, impondo-se, inclusive, enquanto fator ético para a concepção e condução de suas práticas. A experiência de adoecimento coloca para aquele que a vivencia um problema que não se satisfaz com uma possível apreensão de como se instaurou o referido estado, conduzindo o sujeito à busca, dentro dos recursos disponíveis na esfera social, por explicações e principalmente soluções. Sendo assim, globalizar a saúde mental exige instituir uma abertura aos idiomas que permeiam o sofrimento mental, que permita do ponto de vista de garantia de direitos, acessar essas dores sem meramente esquadrinhá-las. Um projeto de SMG deve ser necessariamente polifônico e universal, garantindo o direito à saúde, portanto, ser um potente aliado na luta pela defesa do SUS.

Sob esse olhar, a apreensão do lugar do usuário enquanto sujeito de conhecimento não só sobre si, mas sobre o mundo é essencial, pois se a rede de interações disparada pela aflição é cotidianamente negociada e utilizada pelos indivíduos para interpretar o vivido, articular a experiência, e exprimi-la de forma socialmente aceita; identificar os recursos disponíveis na comunidade e compreender os significados que permeiam o processo de escolha do cuidado exige, primariamente, um exercício de humildade e abertura epistêmica, entendidas aqui enquanto um enfrentamento ativo da imposição de modos de ver o mundo e de andar a vida.

Por fim, não se pode deixar de lado, o fato de que a acessibilidade e a falta dela aos diversos recursos muitas vezes determinam significados em detrimento de outros, de modo que a oferta seletiva de serviços e/ou intervenções terapêuticas podem ser, elas mesmas, formas de reificar o sofrimento daquele que busca cuidado, ampliando consideravelmente os limites do que se pode pensar como iatrogenia.¹

Referências

- AGUIAR, M. P.; ORTEGA, F. J. G. Psiquiatria biológica e psicofarmacologia: a formação de uma rede tecnocientífica. *Physis*, v. 27, n. 4, p. 889-910, 2017.
- AYRES, J. R. de C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. *Promoção da saúde: conceitos, desafios, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 117-139.
- BALAJI, M. et al. The development of a lay health worker delivered collaborative community based intervention for people with schizophrenia in India. *BMC Health Services Research*, n. 16, p. 1-12, 2012.
- BASAGLIA, F. *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática: conferências no Brasil*. São Paulo: Brasil Debates, 1979.
- BOUSQUAT, A. et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad. Saúde Pública*, v. 33, n. 8, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica: Saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

- CAMARGO, K. R.; GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, p. 1093-1103, 2006.
- CANCLINI, N. G. *Hybrid cultures: Strategies for Entering and Leaving Modernity*. Minneapolis; London: University of Minnesota Press, 1995.
- CARDOSO, M. *Médicos e clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade*. São Paulo: FAPESP; São Carlos: EdUFSCar, 1999.
- CLIFFORD, J. A autoridade etnográfica. In: _____. *A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002, p. 17-58.
- _____. Introduction. In: CLIFFORD, J.; MARCUS, G.E. *Writing culture: the poetics and politics of ethnography*. Berkeley; Los Angeles: University of California Press, 1986, p. 1-26.
- COUTO, M. T. Contribuições da antropologia médica para a medicina. *Revista de Medicina*, v. 91, n. 3, p. 155-158, 2012.
- CRICHTON, P.; CAREL, H.; KIDD, I. J. Epistemic injustice in psychiatry. *BJPsych Bull*, v. 41, n. 2, p. 65-70, 2017.
- DE CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
- DIAZ, E.; FERGUSSON, A.; STRAUSS, J. S. Innovative care for the homeless mentally ill in Bogota, Colombia. In: JENKINS, J. H.; BARRETT, R. J. (Orgs.). *Schizophrenia, culture, and subjectivity: the edge of experience*. Cambridge: *Cambridge University Press*, 2004, p. 219-237.
- FERNANDO, S. *Mental health, race, and culture*. 3 ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2010.
- FORTES, S. *Transtornos mentais em unidades de atenção primária: suas formas de apresentação. Perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis/ Rio de Janeiro/ Brasil*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
- FREDRICKSON, G. M. *Racism: a short history*. Princeton, Nova Jersey: Princeton University Press, 2002.
- FURTADO, J. P. et al. A concepção de território na Saúde Mental. *Cad. Saúde Pública*, v. 32, n. 9, p. 1-15, out. 2016.
- GIUGLIANI, C. et al. Effectiveness of community health workers in Brazil: a systematic review. *Journal of Ambulatory Care Management*, v. 34, n. 4, p. 326-338, 2011.
- GOOD, B. J. Studying mental illness in context: local, global, or universal? *Ethos*, v. 25, n. 2, p. 230-248, jun. 1997.

- HARRIS, R. et al. Effects of self-reported racial discrimination and deprivation on Maori health and inequalities in New Zealand: cross-sectional study. *The Lancet*, v. 367, n. 9527, p. 2005-2009, 2006.
- KIRMAYER, L. J.; GUZDER, J.; ROUSSEAU, C. Introduction: the place of culture in mental health services. In: KIRMAYER, L. J. et al. (Orgs.). *Cultural consultation: encountering the other in mental health care*. New York: Springer, 2014, p. 1-20.
- KIRMAYER, L. J.; PEDERSEN, D. Toward a new architecture for global mental health. *Transcultural Psychiatry*, v. 51, n. 6, p. 759-776, 2014.
- KIRMAYER, L. J.; SWARTZ, L. Culture and global mental health. In: PATEL, V. et al. *Global mental health: principles and practice*. Oxford: Oxford University Press, 2013, p. 44-67.
- KLEINMAN, A. Concepts and model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, v. 12, p. 85-95, 1978.
- _____. Depression, somatization, and the new cross-cultural psychiatry. *Social Science & Medicine*, n. 11, p. 3-10, 1977.
- _____. Global mental health: a failure of humanity. *The Lancet*. v. 374, n. 9690, p. 603-605, 2009.
- _____. *Rethinking Psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York: The Free Press, 1988a.
- _____. *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books, 1988b.
- KLEINMAN, A.; GOOD, B. (Org.). *Culture and depression: studies in the anthropology and cross - cultural psychiatry of affect and disorder*. Los Angeles: University of California Press, 1985.
- KOVRT, B. A.; MENDENHALL, E.; BROWN, P. J. How anthropological theory and methods can advance global mental health. *The Lancet Psychiatry*, v. 3, n. 5, p. 396-398, 2016.
- KROEBER, A. L.; KLUCKHONH, C. *Culture: a critical review of concepts and definitions*. Cambridge: The Museum, 1952.
- LARAIA, R. de B. *Cultura – um conceito antropológico*. 14 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.
- LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 661-680.
- LITTLEWOOD, R. From categories to contexts: a decade of “new cross-cultural psychiatry”. *British Journal of Psychiatry*, v. 156, n. 3, p. 308-327, 1990.
- MILLER, G. Is the agenda for global mental health a form of cultural imperialism?. *Medical Humanities*, p. 131-134, 2014.

- MILLS, C. *Decolonizing global mental health: the psychiatrization of the majority world*. Hove: Routledge, 2014.
- MISRA, S. et al. 'Global mental health': systematic review of the term and its implicit priorities. *BJPsych Open*, v.5, n. 3, 2019.
- MOYN, S. *The last utopia: human rights in history*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2010.
- NUNES, M. de O. Anthropological intersections in mental health: from naturalistic regimes of truth to the biopsychosociocultural thickness of mental illness. *Interface*, v. 16, n. 43, p. 903-915, dez. 2012.
- _____. Da aplicação à implicação na antropologia médica: leituras políticas, históricas e narrativas do mundo do adoecimento e da saúde. *Histórias, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 21, n. 2, p. 403-420, 2014.
- _____. O silenciamento da cultura nos (con)textos de cuidado em saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 1, n. 2, p. 38-47, 2009.
- NUNES, M. de O.; TORRENTÉ, M. de; PRATES, A. (Orgs.). *O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em um a residência multiprofissional em saúde mental*. Salvador: EDUFBA, 2015.
- ONOCKO CAMPOS, R. T. et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 43, p. 967-980, 2012.
- ORTEGA, F.; WENCESLAU, L. D. Challenges for implementing a global mental health agenda in Brazil: the "silencing" of culture. *Transcultural Psychiatry*, 2019.
- _____. Dilemas e desafios para a implementação de políticas de saúde mental global no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 31, n. 11, p. 2255-2257, 2015.
- PARNAS, J.; SASS, L. A.; ZAHAVI, D. Rediscovering Psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophrenia Bulletin*, v. 39, n. 2, p. 270-277, 2013.
- PATEL, V. et al. (Orgs.). *Global mental health: principles and practice*. Oxford: Oxford University Press, 2014.
- _____. Depression in developing countries: lessons from Zimbabwe. *BMJ*, n. 322, p. 482-484, 2001.
- _____. Social determinants of mental disorders. In: BLAS, E.; A. S. K. (Org.) *Priority public health conditions: from learning to action on social determinants of health*. Geneva: World Health Organization, 2019. p. 115-134. In press.
- PATEL, V. Why mental health matters to global health. *Transcultural Psychiatry*, v. 51, n. 6, p. 777-789, 2014.

- PATEL, V.; PRINCE, M. Global mental health: a new global health field comes of age. *JAMA*, v. 303, n. 19, p. 1976-1977, 2010.
- PRINCE, M. et al. No health without mental health. *The Lancet*, v. 370, n. 9590, p. 859-877, set. 2007.
- ROSE, N. Our psychiatric future: the politics of mental health. Cambridge: Polity. Press, v. 47, n. 1, p. 1-3, 2019.
- SMEDLEY, B. D. The lived experience of race and its health consequences. *American Journal of Public Health*, v. 102, n. 5, p. 933-935, 2012.
- SMEDLEY, A.; SMEDLEY, B. D. Race as biology is fiction, racism as a social problem is real: anthropological and historical perspectives on the social construction of race. *American Psychologist*, v. 60, n. 1, p. 16-26, 2005.
- SUMMERFIELD, D. Afterword: against “global mental health”. *Transcultural Psychiatry*, v. 49, p. 519–530, 2012.
- WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, n. 55, p. 1121-1132, 2015.
- WHITAKER, R. *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.
- WHITLEY, R. Global Mental Health: concepts, conflicts and controversies. *Epidemiol Psychiatr Sci.*, v. 24, n.4, p. 285-291, 2015.
- YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. From manicomial logic to territorial logic: impasses and challenges of psychosocial care. *Journal of Health Psychology*, v. 21, n. 3, p. 400-408, 2016.
- YOUNG, A. History, hystery and psychiatric styles of reasoning. In: LOCK, M.; YOUNG, A.; CAMBROSIO, A. (Orgs.). *Living and working with the new medical technologies*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000. p. 135-164.
- ZORZANELLI, R. T. A síndrome da fadiga crônica: apresentação e controvérsias. *Psicologia em Estudo*, v. 15, n. 1, p. 65-71, 2010.

Nota

¹ M.F.C. Coutinho foi responsável pela concepção, delineamento, redação e revisão crítica do artigo. C. M. Portugal responsabilizou-se pela redação, revisão crítica e aprovação da versão final a ser publicada. M. O. Nunes realizou a revisão crítica do artigo e aprovou sua versão final. G. O'Dwyer redigiu o artigo e aprovou sua versão final.

Abstract

Articulations between the Global Mental Health project and the cultural aspects of care in the Psychosocial Care and Primary Health Care Network in Brazil

The article was aimed at discussing the centrality of the concept of culture and its implications in the Global Mental Health (GMH) project, not only from a macro perspective, but also at the local level—more specifically in the Brazilian Unified Health System in the relationship between the devices of the Psychosocial Care Network (PCN) and primary health care (PCH). Therefore, the discussion was concentrated in two different blocks: in the first one, we reflected about the GMH project from the perspective of guaranteeing the right to health, considering sociocultural aspects of mental suffering. In the second block, we will discuss how this perspective can contribute to the increase of care practices at the interface between primary health care and mental health in the Unified Health System. We concluded that considering culture is fundamental to conduct good mental health practice, so that GMH is necessarily polyphonic, while guaranteeing and universalizing the right to health, being a powerful ally in the fight for the defense of SUS (Unified Health System).

► **Keywords:** mental health; Primary Health Care; Global Mental Health; culture.

