

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**

Bruna Berger Roisenberg

**AS DIVERSIDADES SOCIOCULTURAIS NAS
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL
CONTEMPORÂNEAS**

Florianópolis

2018

Bruna Berger Roisenberg

**AS DIVERSIDADES SOCIOCULTURAIS NAS
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL
CONTEMPORÂNEAS**

Dissertação de Mestrado submetido ao
Mestrado Profissional em Saúde Men-
tal e Atenção Psicossocial para a ob-
tenção do Grau de Mestre Profissional
em Saúde Mental e Atenção Psicosso-
cial.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Ri-
beiro Schneider

Florianópolis

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Roisenberg, Bruna

As diversidades socioculturais nas políticas públicas de saúde mental contemporâneas / Bruna Roisenberg ; orientadora, Daniela Ribeiro Schneider, 2018.

153 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Diversidade sociocultural. 3. Cuidado em saúde mental. 4. Políticas públicas. I. Ribeiro Schneider, Daniela. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL**

**“AS DIVERSIDADES SOCIOCULTURAIS NAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL CONTEMPORÂNEAS”.**

Bruna Berger Roisenberg

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM SAÚDE
MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**

Prof.ª Dra. Magda do Canto Zurba

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e
Atenção Psicossocial

Banca Examinadora:

Prof.ª Dra. Daniela Ribeiro Schneider (Presidente)

Prof.ª Dra. Denise Cord (Membro)

Prof.ª Dra. Tatiana Marcela Rotta (Membro - videoconferência)

Para Mauro, Mariane e Henrique Roisenberg, que com todo seu apoio, amor e carinho não mediram esforços para que a realização desta dissertação fosse possível. Sem vocês eu não teria chego até aqui. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer à sociedade brasileira; especialmente àqueles que trabalham honestamente todos os dias e que proporcionaram a realização de minha graduação e pós-graduação em uma universidade pública e de qualidade.

Aos meus pais Mauro e Mariane, que com sua presença, apoio, amor e carinho tornaram possível a realização desta dissertação.

À meu irmão Henrique, por todo o apoio, força, e pelos risos constantes.

À minha orientadora Daniela Ribeiro Schneider, por ter me acolhido e acreditado em meu trabalho.

Aos membros da banca Denise Cord e Tatiana Marcela Rotta, pelas importantes contribuições e pelos incentivos para continuar esta jornada de pesquisa e construção de conhecimento.

Aos colegas de mestrado por compartilhar todos os momentos dessa jornada.

Ao programa de Telemedicina da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, e a todas as pessoas que lá trabalham. Vocês foram parte importante da minha trajetória, sempre me apoiando em todos os momentos.

A todos aqueles que estiveram presentes na minha jornada e contribuíram com meu desenvolvimento.

Muito Obrigada.

Comecei a entender que a caneta e as palavras podem ser muito mais poderosas do que metralhadoras, tanques ou helicópteros. Estávamos aprendendo a lutar. E a perceber como somos poderosos quando nos manifestamos.

Malala Yousafzai

RESUMO

É cada vez maior o número de pessoas de pessoas das mais variadas etnias e culturas que buscam cuidados em saúde mental. O contexto sociocultural possui influência e relevância em todos os comportamentos relacionados à saúde, podendo ser um fator de risco ou de proteção ao sofrimento psíquico. Deste modo, a sensibilidade às diferenças socioculturais se torna uma habilidade essencial para os serviços e os trabalhadores de saúde mental. Consideramos, portanto, mais que necessário no momento histórico em que vivemos, uma reflexão sobre a legislação de saúde mental brasileira, e como esta aborda o cuidado às diversidades culturais, de forma a ressaltar a importância desta legislação e a lógica de cuidado que preconiza. Deste modo, se torna relevante compreender como as Políticas Públicas de Saúde e de Saúde Mental brasileiras contemplam o cuidado às diversidades socioculturais. Esta pesquisa se caracteriza como exploratória e utiliza o método de investigação e análise documental, tendo como objetivo principal compreender de que forma as Políticas Públicas de Saúde e de Saúde Mental brasileiras contemplam o cuidado às diversidades socioculturais. O posicionamento investigatório e postura epistemológica que guiou a análise dos dados foi a hermenêutica-dialética, através da compreensão hermenêutica e da construção de núcleos de sentido, formulados após a leitura criteriosa dos documentos. Como resultados, encontramos que a configuração de tais políticas valorizam o cuidado às diversidades, abordando diversos temas fundamentais para garantir um cuidado de qualidade, como a garantia de direitos humanos, a importância dos determinantes sociais da saúde, da formação profissional, além de abordarem ser fundamental um cuidado em rede, territorializado, em ambiente terapêutico, que apure as necessidades e interesses dos usuários, e que baseie o cuidado nos princípios de acolhimento, construção de vínculos, autonomia, corresponsabilização, e equidade. No entanto, um dos grandes desafios é como fazer com o que está colocado nas letras das leis passe a ser, de fato, efetivado no cotidiano das práticas nos serviços de atenção à saúde, pois sem o respeito à diversidade sociocultural, não há garantia de liberdade e de proteção dos direitos humanos.

Palavras-chave: Diversidade sociocultural; Cuidado em saúde mental; Políticas públicas.

ABSTRACT

The number of people from the most diverse ethnic groups and cultures seeking mental health care is increasing. The socio-cultural context has influence and relevance in all health-related behaviors, and may be a risk or protection factor for psychic suffering. In this way, sensitivity to sociocultural differences becomes an essential skill for mental health services and workers. We consider, therefore, more than necessary in the historical moment in which we live, a reflection on the Brazilian mental health legislation, and how it approaches the care to the cultural diversities, in order to emphasize the importance of this legislation and the logic of care that it advocates. In this way, it becomes relevant to understand how the Brazilian Public Health and Mental Health Policies contemplate care for socio-cultural diversities. This research is characterized as exploratory and uses the method of investigation and documentary analysis, with the main objective to understand how the Brazilian Public Health and Mental Health Policies contemplate care for socio-cultural diversities. The investigative position and epistemological posture that guided the analysis of the data was hermeneutic-dialectic, through hermeneutic understanding and the construction of sense nuclei, formulated after the careful reading of the documents. As a result, we find that the configuration of such policies values care for diversities, addressing several fundamental issues to guarantee a quality care, such as the guarantee of human rights, the importance of social determinants of health, professional training, It is fundamental to have a networked care, territorialised, in a therapeutic environment that addresses the needs and interests of users, and that bases the care on the principles of welcoming, building bonds, autonomy, co-responsibility, and equity. However, one of the great challenges is how to do with what is placed in the "letters of the laws" to become, in fact, effected in the daily practice of health care services, because without respect for socio-cultural diversity, there is no guarantee of freedom and protection of human rights.

Keywords: Sociocultural diversity; Mental health care; Public policy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Esquema da primeira etapa de seleção dos documentos.	73
Figura 2	Núcleos de Sentido	111
Figura 3	Fatores fundamentais para o cuidado às diversidades humanas.....	120

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Procedimento de seleção de documentos	72
Tabela 2	Documentos selecionados para a análise de dados:	77
Tabela 3	Diferenças entre a Clínica Tradicional e a Clínica Ampliada.	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CFP	Conselho Federal de Psicologia
DSS	Desigualdades Sociais em Saúde
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDC	Projeto de Decreto Legislativo
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
1.1 APRESENTAÇÃO	25
1.2 JUSTIFICATIVA E PROBLEMA DE PESQUISA	26
1.3 OBJETIVOS	30
1.3.1 Objetivo Geral	30
1.3.2 Objetivos Específicos	30
1.4 ESTRUTURAÇÃO DO TEXTO	31
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	33
2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO	33
2.2 RESGATE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL	36
2.3 CULTURA E SAÚDE	44
2.4 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, MODOS DE VIDA E AUTOATENÇÃO	48
2.5 NARRATIVA E EXPERIÊNCIA	54
2.6 ETNOPSQUIATRIA	60
2.7 DESCOLONIZAÇÃO DO CONHECIMENTO	64
3 METODOLOGIA	69
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO	69
3.2 TRABALHANDO COM DOCUMENTOS	70
3.3 PROCEDIMENTOS DE LEVANTAMENTO, SELEÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE DADOS	71
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	74
4 RESULTADOS	77
4.1 LEGISLAÇÃO BÁSICA DO SUS	78
4.1.1 Documentos Básicos	78
4.1.2 Humanização	82
4.1.3 Promoção da saúde	89
4.2 SAÚDE MENTAL	94
4.2.1 Políticas de Saúde Mental	94
4.2.2 Saúde das Populações	105
5 DISCUSSÃO	111
5.1 NÚCLEOS DE SENTIDO	111
5.1.1 Direitos dos cidadãos	112
5.1.2 Determinantes sociais da saúde	113
5.1.3 Formação dos profissionais	116
5.1.4 Cuidado às diversidades humanas	118

5.1.4.1	Apuração permanente das necessidades e interesses do usuário	119
5.1.4.2	Construção de vínculos	123
5.1.4.3	Tratamento envolvendo diversos métodos e técnicas terapêuticas	124
5.1.4.4	Cuidado territorializado em rede	126
5.1.4.5	Tratamento em ambiente terapêutico	128
5.1.4.6	Participação e controle social, autonomia e corresponsabilização	128
5.2	A SAÚDE MENTAL NOS DOCUMENTOS REFERENTES A SAÚDE DE POPULAÇÕES ESPECÍFICAS	129
5.3	CENÁRIO ATUAL DE DESMONTE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL	132
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
	REFERÊNCIAS	139

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

Esta dissertação aborda o tema das diversidades socioculturais nas legislações, resoluções e protocolos fornecidos pelo Ministério da Saúde e pelas políticas públicas de saúde e de saúde mental brasileiras. O tema do cuidado às diversidades vem me acompanhando durante toda a minha trajetória acadêmica.

Sou psicóloga formada pelo curso de psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e meu interesse no tema do cuidado à saúde mental, especificamente no tocante às diversidades socioculturais, surgiu logo na primeira fase, quando fiz a matéria de Antropologia. Durante esta disciplina entrei em contato com as diversas formas de o ser humano estar no mundo, e meus questionamentos eram sempre voltados para a busca de compreender como as pessoas, que vivem nos mais variados contextos, expressam suas emoções? Qual a sua concepção do que é saúde e doença mental? Como é o cuidado das pessoas que possuem alguma afecção, algum sofrimento? É possível que aquilo que aprendemos nas matérias da psicologia, sobre o cuidado à saúde mental, pudesse ser aplicado para todas as pessoas, independentemente de sua situação sociocultural?

No fim do curso tive a oportunidade de fazer um intercâmbio acadêmico em Melbourne, na Austrália. Este país multicultural acolhe pessoas de todos os lugares, com as mais variadas culturas, em diversas situações socioeconômicas. Logo no início no intercâmbio acadêmico, escolhendo as matérias que eu iria cursar, pude perceber que as abordagens e disciplinas estudadas pelo campo da psicologia eram completamente diferentes do que era abordado no curso de psicologia no Brasil. Neste momento já comecei a me dar conta de que diferentes lugares do mundo possuem diferentes formas de ensinar o cuidado à saúde mental das pessoas. Que cuidar das pessoas na Austrália é diferente do cuidado que aprendemos no Brasil.

Durante o período que estive na Austrália, tive a sorte de poder encontrar e conhecer pessoas dos cinco continentes. O contato com essas pessoas foi extremamente enriquecedor. Com elas pude aprender que cada um tem uma forma particular de ver e de viver neste mundo. Os costumes, hábitos, a alimentação, a configuração familiar, a forma de se expressar, os recursos que utilizavam para lidar com as dificuldades, enfim, tudo era diferente e particular para cada pessoa.

A universidade em que eu estava oferecia assistência à saúde mental gratuita, e quando a saudade de casa apertou, solicitei alguns encontros com a profissional de saúde da universidade. Nesta ocasião, ficou claro para mim que ela não poderia me ajudar se não conhecesse pelo menos um pouco do país onde eu morava, qual minha situação socioeconômica, como era meu relacionamento com minha família, e quais recursos de enfrentamento que faziam sentido para mim, para que eu pudesse me sentir melhor.

Neste momento refleti sobre minha própria trajetória na psicologia, e como seria poder cuidar de uma pessoa de uma situação socio-cultural completamente diferente da minha? Cuidar de uma pessoa em situação de vulnerabilidade, de um refugiado, de um intercambista, de um imigrante exige uma forma diferenciada de pensar e fazer o cuidado. E aí me pergunto, como seria esse cuidado? Como particulariza-lo conforme as necessidades de cada indivíduo? As políticas públicas de saúde mental brasileiras mencionam algo sobre a necessidade de um cuidado socioculturalmente sensível, específico, adequado a diferentes contextos? É possível que eu, uma psicóloga trabalhadora de saúde mental, possa cuidar satisfatoriamente de qualquer pessoa que me procure, independente de sua situação sociocultural?

Durante esta pesquisa pretendo abordar todos estes questionamentos e muitos outros que foram surgindo ao longo destes dois anos de mestrado. Para isso, percorri diversos caminhos, buscando compreender o modelo de cuidado preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com olhar especial ao que é o cuidado socioculturalmente sensível ou atenção diferenciada, como se dá a realidade multicultural brasileira e as políticas públicas de saúde mental. Minha fundamentação teórica perpassa a , a relação entre cultura e saúde, os diferentes modos de vida de autoatenção, as diferentes narrativas, experiências e subjetividades, a teoria da etnopsiquiatria e, por fim, a descolonização do conhecimento. Minha pesquisa propriamente dita teve como objetivo analisar os documentos fornecidos pelo Ministério da Saúde e as políticas públicas de saúde e saúde mental contemporâneas, de modo a investigar o que dizem sobre o cuidado às diversidades sociais e culturais.

1.2 JUSTIFICATIVA E PROBLEMA DE PESQUISA

O Brasil é o país com uma das maiores e mais ricas diversidades socioculturais (CAVALCANTE, 2017). Cada vez mais o número de

etnias e usuários de diferentes culturas aumenta no mundo, e mais especificamente no Brasil. A cultura influencia fundamentalmente todos os comportamentos relacionados à saúde (NARDI; WAITE; KILLIAN, 2012). Pelbart (1989) a partir de uma releitura dos estudos de Devereux, demonstra que o sofrimento existe, independente da cultura pois este é universal, puramente humano. Contudo, a maneira de expressão desse sofrimento, através comunicação metalinguística, toma diversas formas e é expresso em consonância com a cultura, contextualmente (BATESON, 1972). Deste modo, a sensibilidade no cuidado às diferenças socioculturais se torna uma característica fundamental, que precisa estar presente nas legislações e serviços de atenção à saúde (KLEINMAN; BENSON, 2006).

Quando falamos em diversidade sociocultural, estamos falando também da questão das desigualdades sociais em saúde (DSS). Em 1996, a Organização Mundial da Saúde lança uma iniciativa voltada ao enfrentamento das iniquidades em saúde, e apresenta como justificativa para esse movimento a existência de disparidades sociais em saúde inaceitavelmente amplas, crescentes em vários países, e em contextos de restrição de gastos com políticas sociais. Esta questão ganha relevância no decorrer do século XX, pela constatação da profunda desigualdade que prevalece nas condições de vida das populações, e pelo impacto das disparidades sociais nos padrões de saúde-doença e no acesso à atenção à saúde (BARROS, 2017).

É neste cenário das diversidades sociais, culturais, econômicas e demográficas, que a iniquidade transparece, ou seja, no acesso diferenciado aos serviços ou nas precárias condições de saúde que se apresentam. Segundo o CHETRE (2000), baseado em Whitehead (1992), o conceito de equidade em saúde é fundamental quando falamos nas diversidades humanas. Há também relação direta deste tema com os conceitos de igualdade, direitos humanos e justiça social. No âmbito do SUS, estes conceitos se evidenciam no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa, e menos a quem requer menos cuidados. Busca-se, com estes princípios, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde das populações, e suas diferentes necessidades, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade.

É na perspectiva dos direitos humanos que se entende o conceito de saúde, tal como é reconhecido pelas exigências integrais da população e suas necessidades coletivas, como as condições econômicas, políticas, culturais e étnico-raciais que determinam as condições de saúde dos sujeitos e seus modos de existência (OLIVEIRA; DUARTE; PITTA,

2017).

Embora os problemas com a forma como os cuidados de saúde são prestados não sejam exclusivos das “minorias étnicas”¹, estas enfrentam desafios distintos devido à falta de cuidados socioculturalmente sensíveis. O Fórum Europeu de Saúde divulgou que as pessoas de grupos étnicos tidos como “minoritários” possuem maiores dificuldades no acesso à saúde pela falta de adequação dos serviços prestados no sistema de saúde. Desta forma há a tendência de subutilizar os serviços (EUROPEAN COMMISSION, 2004).

A sensibilidade cultural enfatiza a necessidade de os profissionais de saúde tomarem consciência dos seus próprios valores, bem como os dos seus usuários, de forma a compreender o contexto complexo em que as pessoas vivem. Desta forma, é possível oferecer um cuidado baseado em princípios éticos. Esta atitude hermenêutica², que visa compreender uma realidade complexa, leva em consideração que as percepções e construções das pessoas sobre o mundo são fortemente influenciadas por sua cultura específica, ao invés de compartilharem uma base universal (GADAMER, 1975; QURESHI, 2005; SLUZKI, 2004, 2015).

À medida em que os países se tornam culturalmente diversos, os profissionais da saúde entrarão em contato com usuários que possuem diferentes perspectivas em relação à saúde, muitas vezes influenciadas por seus antecedentes sociais ou culturais. Cada indivíduo expressa seus sentimentos de forma particular, possui diferentes limiares para procurar cuidados, e têm diferentes expectativas sobre seus cuidados e o que considera importante para a recuperação do seu bem-estar global.

É nessa complexa relação, que envolve diferentes visões de mundo, de sujeito, de saúde e de representações, que se dá o encontro entre os profissionais de saúde e as pessoas que buscam os serviços de saúde. A capacidade dos serviços e dos trabalhadores de saúde de acolher e compreender as necessidades socioculturalmente específicas destas pessoas, e de agir considerando-as, são extremamente importantes.

Quando a diferença cultural é ignorada durante a oferta de serviços, o desfecho é a disparidade nos resultados dos tratamentos. Ou seja, há uma oferta de cuidado em saúde mental ineficiente, que não leva

¹Colocamos o termo minoria entre aspas pois o uso deste termo acaba reforçando um registro conceitual de inferioridade, que acaba unindo a ideia de diversidade a de déficit, o que acaba favorecendo um foco nos aspectos debilitantes ou deficitários das diferenças, o que prejudica uma verdadeira integração do diverso (TRICKETT; WATTS; BIRRMAN, 1993).

²A atitude hermenêutica se refere a uma atitude reflexiva do próprio ato de interpretar. Ela parte de um estranhamento proporcionado pelo passado e orienta a busca dos sentidos contidos nos objetos de estudo.

em consideração toda a potencialidade e o protagonismo que as particularidades socioculturais e o entendimento do contexto em que cada pessoa se encontra pode ter no processo de tratamento (ECHEVERRI; BROOKOVER; KENNEDY, 2010; NARDI; WAITE; KILLIAN, 2012).

O objetivo de se pensar uma prática clínica em saúde mental que considere o usuário através de seu ponto de vista, de sua experiência própria sobre suas afecções, é reforçar um sistema de saúde e trabalhadores engajados com as pessoas, que sejam capazes de oferecer cuidados de maior qualidade a todos os usuários, independentemente de raça, etnia, cultura ou idioma.

A atenção às especificidades socioculturais dos usuários dos serviços de atenção à saúde ganhou consideração dos responsáveis pelas políticas de saúde, fornecedores, seguradoras e educadores do mundo todo por ser uma estratégia para melhorar a qualidade do cuidado e eliminar as disparidades raciais e étnicas nos cuidados de saúde. Com o passar dos anos, após incontáveis movimentos políticos e de resistências, algumas vitórias e conquistas foram alcançadas e muitos dos direitos foram assegurados às diversidades socioculturais e étnico-raciais. Desse movimentos resultaram a criação e implementação de diversas leis e políticas (MARTINS; DE OLIVEIRA, 2017).

No ano de 2018 a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) completa 30 anos, e a lei 10.216 (2001), relacionada às transformações do campo da atenção à saúde mental, completa 17 anos. Esta legislação importantíssima para a Reforma Psiquiátrica no nosso país, que ficou 13 anos em trâmite no Congresso até ser aprovada em sua versão final em 2001, reorganizou os serviços atenção à saúde mental, com a redução gradual de leitos em hospitais psiquiátricos e a criação de serviços alternativos aos manicômios, de portas abertas, de natureza multidisciplinar.

Mas, no momento, o Brasil está passando por uma situação política complicada. No campo da Saúde Mental o momento é de grande preocupação frente aos obstáculos que se colocam diariamente em meio a um contexto político de instabilidade, ataque aos bens públicos, e desresponsabilização frente às conquistas democráticas realizadas nos últimos anos de transformação do modelo de assistência. Nesse cenário, o Ministério da Saúde apresentou a reformulação da política de saúde mental em uma série de iniciativas para reativar sistemas de intervenção baseados na figura do psiquiatra e retomar a lógica de ação em saúde focada na doença e no controle dos sintomas, bem como como na internação psiquiátrica por meio de chamadas Comunidades Terapêuticas. Até este momento, as Comunidades Terapêuticas (a maioria

ligada a instituições religiosas) não eram reconhecidas como modelo de tratamento em saúde, e não recebiam verba do Ministério da Saúde (SCHNEIDER; BUDDE; FERREIRA, 2018).

Outro fato marcante foi o Projeto de Decreto Legislativo (PDC) nº 539/2016. O projeto visa suspender a Resolução CFP nº 01/1999, que estabelece normas de atuação para as (os) psicólogas (os) em relação à questão da orientação sexual. Esta resolução é uma referência fundamental para a garantia de direitos da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT).

Consideramos, portanto, mais que necessário no momento histórico em que vivemos, uma reflexão sobre a legislação de saúde mental brasileira, e como esta aborda o cuidado às diversidades culturais, de forma a ressaltar a importância desta legislação e a lógica de cuidado que preconiza.

Deste modo, se torna relevante compreender: *Como as Políticas Públicas de Saúde e de Saúde Mental brasileiras contemplam o cuidado às diversidades socioculturais?*

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

O objetivo geral deste projeto é compreender de que forma as Políticas Públicas de Saúde e de Saúde Mental brasileiras contemplam o cuidado às diversidades socioculturais.

1.3.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos são:

- Discutir os contextos de formulações dos documentos analisados e de como a temática das diversidades socioculturais são abordadas pelos mesmos;
- Discutir a dimensão dos direitos humanos, dos determinantes sociais em saúde, da formação profissional e dos cuidados às diversidades humanas envolvidos nas legislações e políticas de saúde e saúde mental;
- Analisar como o tema do cuidado à saúde mental é abordado nos documentos referentes à saúde das populações específicas.

1.4 ESTRUTURAÇÃO DO TEXTO

Esse trabalho está organizado da seguinte forma: no próximo capítulo é feita uma revisão de diversas obras e autores, tanto clássicos como atuais, que nos ajudam a compreender temas relevantes para o cuidado em saúde mental voltado para as diversidades humanas. Neste capítulo discorreremos sobre o SUS, a história do cuidado a saúde mental, a relação entre cultura e saúde, os modos de vida e autoatenção, as narrativas sobre a experiência do adoecimento, a etnopsiquiatria, e a descolonização do conhecimento. No Capítulo 3, apresentamos a metodologia. Na sequência, o Capítulo 4 traz os resultados da pesquisa, apresentando as informações relevantes dos documentos analisados. O Capítulo 5 apresenta a discussão dos núcleos de sentido, bem como a saúde mental nos documentos que se referem a saúde das populações específicas e o cenário atual do desmonte das políticas de saúde e saúde mental. O capítulo 6 aborda as considerações finais sobre o trabalho.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta revisão percorremos diversas obras e autores, tanto clássicos como atuais, que nos ajudam a compreender temas relevantes para o cuidado em saúde mental voltado para as diversidades humanas. Nesta revisão discorremos sobre o SUS, a história do cuidado à saúde mental, a relação entre cultura e saúde, os modos de vida e autoatenção, as narrativas sobre a experiência do adoecimento, a etnopsiquiatria, e a descolonização do conhecimento.

Além de referências recentes, utilizamos também autores clássicos como Foucault, Pelbart, Geertz, Good, entre outros. Acreditamos ser fundamental apresentar estes autores por terem sido pensadores importantes, revolucionárias e fundamentais para se compreender os temas referentes à saúde mental e o cuidado às diversidades.

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

Para se abordar o tema do cuidado em saúde mental e as diversidades socioculturais é preciso primeiro entendermos um pouco do sistema de saúde pública vigente hoje no Brasil, e como este aborda a saúde mental, e que modelo clínico de cuidado este propõe.

O Sistema Único de Saúde (SUS), foi implementado no Brasil pela Constituição promulgada no ano de 1988, e pela lei 8.080/90. O projeto do SUS e a reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil realizou-se no projeto de Reforma Sanitária Brasileira, que se deu a partir da década de 1970. Este processo foi fundamental para a criação de um modelo que prevê a saúde como direito social, dever do Estado, e que enfoque a redução de riscos, o acesso universal e igualitário, promoção, proteção e recuperação à saúde. Fazem parte das diretrizes e princípios do SUS: Universalidade de acesso, descentralização político administrativa, integralidade da atenção, resolutividade, igualdade de assistência, humanização do atendimento e participação social (BRASIL, 1990; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Os marcos do processo de estruturação do que concebemos hoje como o sistema de saúde brasileiro, e que introduziram novas reflexões acerca dos temas ligados à saúde foram: A reforma sanitária brasileira de 1970; a Conferência Alma-Ata de 1978; a estruturação do SUS de 1990; a Política Nacional de Saúde Mental de 2001; e a portaria n.º. 3.088 de 2011.

A partir destes marcos, instaurou-se a unificação do sistema de saúde, a valorização do primeiro nível de atenção, a formulação dos direitos e proteção das pessoas em sofrimento psíquico, e a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Com isto, os serviços de saúde passaram a enfatizar e a valorizar a qualidade de vida das pessoas, a garantir o bem-estar físico, mental e social, o que superou as orientações centradas unicamente no controle da doença (BRASIL, 1990; BRASIL, 2001; BRASIL, 2011).

Sendo assim, houve a mudança de um modelo de atenção que antes era biomédica, curativa, indivíduo-centrada, para um modelo de vigilância da saúde, de assistência multiprofissional, seguindo a lógica interdisciplinar, que inclui a humanização, promoção à saúde e uma prática clínica ampliada em uma rede de atenção (BOING; CREPALDI, 2014; ZURBA, 2011). Neste processo foi introduzida a noção de rede de atenção à saúde, que leva em conta o diálogo entre a atenção básica (Unidades Básicas de Saúde - UBS), a média complexidade (Centros de Atenção Psicossocial - CAPS) e a alta complexidade (hospitais) (ZURBA, 2011).

A noção de cuidado em rede tem sido amplamente trabalhada na saúde coletiva, e é impulsionada pelo importante debate sobre integralidade e humanização na atenção à saúde (SPINK, 2015). Segundo Sá (2009), a essência do cuidado em saúde é de característica intersubjetiva, que muitas vezes resulta em uma única intervenção. Essa intervenção pode se dar de diversas formas, como nas experiências singulares de vida, prazer, dor, sofrimento e morte do sujeito. O modo como é feita a intervenção também varia nos diferentes contextos histórico-sociais. Pode variar também em sua forma de organização, e de divisão técnica e social, suas finalidades, bem como as representações e valores a ele associados. Todos estes fatores poderão alargar ou estreitar as margens da solidariedade e do cuidado com a vida.

Este modo de cuidar, inserido em uma rede de atenção psicossocial, é entendido para além dos dispositivos físicos de saúde (como UBS, CAPS, Hospitais, etc.). O cuidado, o conhecimento e o significado são efeitos ou produtos de redes heterogêneas de materialidades e socialidades, ou seja, a RAPS como concepção de cuidado sistêmico, intersetorial, territorial e integral possui um aspecto relacional que extrapola as interações face a face. Se configura como fluido e circunstancial, dependendo do contexto em que o cuidado é performedo. Se caracterizam como relações plurais em contextos históricos e culturais também plurais (SPINK, 2015).

A saúde, neste processo, não é mais vista de forma reducionista,

como ausência de doença, e sim como direito a uma vida com qualidade. A saúde mental é abordada em conjunto a um modo de ser, ou seja, compreende o sujeito em toda sua complexidade, em seu contexto particular, envolvido em diversas teias de relações. Cada pessoa é única e, portanto, ao considerar a saúde mental, é necessário a visão holística sobre o sujeito, que traz a superfície temas além do que se pode verificar biologicamente (MEIRA; MORENO; VERAS, 2017). A visão holística se propõe como uma perspectiva global sobre os processos de saúde e adoecimento, e preconiza que, em conjunto aos aspectos biológicos, também estão envolvidos nos processos de saúde e adoecimento questões psicológicas, determinantes sociais, direitos humanos, entre outros.

A Constituição brasileira (1990) insere a saúde no paradigma dos direitos humanos, da busca de equidade e justiça social, englobando na prática de cuidado a compreensão de que promoção de saúde, e cuidado às diversidades socioculturais implica também em exercitar e valorizar a cidadania e a corresponsabilização, propondo o protagonismo social dos usuários (ALMEIDA, 2002; FREITAS; MICHELETTI, 2012).

Discussões sobre esta nova forma de conceber a saúde e seus determinantes sociais, que aborda as diversidades socioculturais, vêm acontecendo também na Antropologia da Saúde. Este ramo da Antropologia tem olhado para o processo saúde-doença questionando a dicotomia cartesiana presente no modelo biomédico, sua hegemonia e limitações de se olhar e intervir sobre as afecções humanas unicamente sobre este viés.

A antropologia propõe uma forma de olhar para a saúde e o adoecimento como processos psicobiológicos e socioculturais, como o resultado do contexto cultural e da experiência subjetiva de sentir-se mal e não como um processo puramente biológico-corporal (LANGDON, 2003). Neste caso, adoecimento não seria mais entendido como um estado estático, mas como um processo, o que requer interpretação e ação no meio sociocultural. Isto implica a negociação de significados na busca da cura (ROTOLO; COCCO, 2013).

Olhar para o adoecimento como um processo está de acordo com o modelo da clínica ampliada, psicossocial, no contexto de saúde pública. Esta forma de se pensar o modelo clínico de atenção e cuidado à saúde mental se volta para uma atuação humanizada e participativa, que considere as diversidades sociais, econômicas e culturais dos usuários, como proposto pela Política Nacional de Humanização (PNH). O projeto de uma clínica ampliada e humanizada leva em consideração: a promoção à saúde, o direcionamento das intervenções para o empo-

deramento e o protagonismo dos sujeitos, a autonomia, a superação de dificuldades e a reinvenção de caminhos possíveis (ALVES; FRANCISCO, 2009; DIMENSTEIN, 2001).

As discussões sobre processos terapêuticos, psicoterapia e cultura não são recentes, mas têm encontrado na contemporaneidade um acesso privilegiado dentro desta noção de clínica ampliada, humanizada e participativa (SCORSOLINI-COMIN, 2015). A proposta de intervenção na clínica psicossocial, ampliada, coloca em evidência um trabalho de construção, desconstrução, aprimoramento e novas descobertas diante das redes simbólicas de cada biografia daqueles com quem trabalhamos. Este trabalho possibilita ao sujeito uma emancipação psicológica e um modo de estar no mundo de maneira mais autêntica. Deste modo, a partir desta prática psicossocial, podemos conhecer os caminhos e questões que se colocam aos profissionais que se dedicam ao trabalho com populações plurais (DANTAS, 2012).

Neste sentido, o referencial da clínica ampliada, da humanização e participação em saúde se torna fundamental para o cuidado em saúde mental de pessoas pertencentes às mais diversas culturas. Um cuidado em saúde que leve em consideração os aspectos socioculturais durante o tratamento, é um cuidado que visa uma atuação humanizada, centrada no usuário, e que valorize sua autonomia e protagonismo.

2.2 RESGATE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

Falar em cuidado à saúde mental que leve em consideração as diversidades socioculturais diz respeito a uma lógica de cuidado calcada em novos paradigmas científicos de atenção à saúde mental, como a atenção psicossocial, que tem sua base num conceito de clínica ampliada. Cada momento histórico possui uma forma particular de olhar para saúde mental. Deste modo, há a necessidade de se pensar a evolução do cuidado em saúde mental, retratando algumas dificuldades em abordar este objeto pela ciência e pela sociedade que permanecem até hoje, como os estigmas, o domínio prevalentemente biomédico sobre o assunto, entre outros. Só a partir desta compreensão histórica é que podemos refletir sobre as políticas de saúde mental vigentes hoje no Brasil.

Em “A história da loucura”, Foucault (2008) perpassa esta trajetória histórica ressaltando como o espírito do tempo e o desenvolvimento da ciência influenciam o modo de olhar para as questões de saúde mental e suas formas de tratamento. Com isso, conseguimos identi-

car o surgimento de conceitos que atualmente influenciam nosso modo de pensar a saúde mental, o que se reverbera nas políticas públicas de saúde, práticas profissionais e até mesmo nas ofertas de tratamento.

Começamos nossa trajetória histórica no fim do século XVII. Este período era dominado pelo pensamento religioso. Neste, os indivíduos e seus corpos eram ligados a uma entidade superior, a Igreja Católica, que ditava as regras e os acontecimentos. Até este momento, acreditava-se que a “loucura” era resultante de demônios que se abrigavam no corpo. Sendo assim, este conceito nasceu tentando organizar uma série de exercícios de poderes sobre os homens (FOUCAULT, 2008).

Com a Revolução Francesa, guiada pelo lema de liberdade, igualdade e fraternidade, surgiu um espírito científico do tempo, marcado por um entusiasmo com a liberdade do homem. Com isso, a “loucura” passa a ser vista não mais como um domínio de forças ocultas, mas como uma insensatez, com diferentes formas de se apresentar, e consequentemente, com possibilidades de cura. Até então, não havia debate possível, pois o pensamento religioso possuía o domínio sobre a produção de conhecimento e sobre o conceito de loucura. Porém, com as transformações suscitadas pela Revolução Francesa, a ciência passa a se habilitar para entrar no debate, produzindo conhecimento sobre os problemas de saúde mental (FOUCAULT, 2008).

Neste ínterim, surge uma inquietação, que é própria do renascimento: A “loucura” passa a ser compreendida no âmbito da questão da verdade e da razão, como ameaça, irrisão, ilusão.

Neste momento, o estado científico era marcado pelo pensamento cartesiano e mecanicista, que ainda tem influências sobre o pensamento atual. Neste, a natureza é vista como um relógio, ou seja, para se compreender um fenômeno totalmente, é preciso desmontá-lo e reduzi-lo a diversas peças simples, mais fáceis de entender e analisar. Com este novo espírito científico, marcado pelo positivismo e pela biomedicina, acreditava-se que para se estudar uma afecção e chegar a cura, era preciso isolar, dividir em partes o fenômeno. Com isto, o mesmo pensamento se aplicou a “loucura”, ou seja, era preciso isolar os “loucos” para que as causas da afecção fossem estudadas, e para que se pudesse alcançar uma possível cura.

“E é possível estabelecer assim, no mito do Retiro, ao mesmo tempo o procedimento imaginário da cura, tal como obscuramente se supõe que seja, e a essência da loucura tal como ela vai ser implicitamente transmitida ao século XIX: O papel do internamento é o de reduzir a loucura à sua verdade.” (FOUCAULT, 2008, p. 518).

Com a Revolução Francesa e o novo espírito científico do tempo

que com ela nasceu, ocorreu em Bicêtre a “libertação dos acorrentados” . Durante a Revolução, Bicêtre se tornou um importante centro de hospitalização para “insensatos”, sendo, pela primeira vez, transformado em um hospital onde os alienados recebiam cuidados até a cura. Com isto, houve uma separação, e só permaneceram em Bicêtre os “loucos doentes”, vistos como perigosos para a sociedade. Assim que estes se curassem, poderiam voltar para suas famílias e para o convívio em sociedade.

Neste momento a função médica é introduzida em Bicêtre, e Pinel, que era reconhecido por seu conhecimento das doenças do espírito, assume a direção do Hospital Geral. A “loucura” é considerada como um problema médico pela primeira vez. No hospital geral se instaurou um domínio onde a loucura deveria aparecer na sua verdade pura, objetiva, para ser estudada e tratada, seguindo os preceitos cartesianos científicos da época.

Quanto a isso Birman (1978) definiu uma busca pelo corpo da loucura, ou seja, uma busca por sua representação anatômica. A razão para isso é que, para que a psiquiatria fosse reconhecida como ciência médica, tinha que abordar a “loucura” como doença, conforme ditava o discurso médico vigente.

Nesta época, para que as pessoas consideradas “loucas” fossem atendidas pela instituição médica, era preciso provar sua doença, sua correspondência orgânica, para que fossem tratados. A partir disso, eles podiam ser curados. A forma como se pretendia curar era pelo tratamento moral, através da ação normatizadora e moralizadora sobre os “loucos”, que teria por critério básico sua própria eficácia. A hipótese que orientou esta prática é a de que o paciente psiquiátrico é um fracassado em sua sociabilidade, sendo esta uma sociabilidade ideal no interior da qual é pensada a vida “normal” e “humana” do sujeito.

Este modelo de cuidado chamado de hospitalocêntrico/manicomial separa a saúde física da saúde mental. Lancetti e Amarante (2006), relatam o processo histórico do lugar social da saúde mental. Estes autores promovem a reflexão sobre o nascimento da medicina enquanto ciência, bem como o estigma da loucura e do louco. Inicialmente chamados de alienados, os “loucos” eram vistos socialmente como pessoas ameaçadoras e perigosas, que ofereciam risco para si e para os outros. Partindo destes pressupostos sobre a loucura, o sujeito em sofrimento psíquico era aprisionado nos manicômios.

Estes mesmos autores relatam que, o que justificava e potencializava o isolamento dos sujeitos em sofrimento psíquico, era a concepção da epistemologia da ciência positivista. De acordo com essa perspec-

tiva, para que um objeto ou um fenômeno fosse estudado, reconhecido e compreendido cientificamente, este deveria ser isolado de todas as possíveis interferências do mundo. Desta forma, neutralidade e distanciamento para a compreensão e tratamento das pessoas em sofrimento, tornaram-se as práticas institucionalizadas como ideais para o cuidado na saúde mental (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Diversos movimentos mundiais surgiram a partir da II Guerra Mundial com o intuito de desenvolver um novo modelo psiquiátrico, que não estivesse enraizado no hospital e manicômios. O espaço para se discutir novas formas de cuidado à saúde mental surgiu no momento em que a epistemologia da ciência positivista não estava mais dando conta de explicar os fenômenos das ciências humanas e da saúde (VASCONCELLOS, 2002; AMARANTE, 2007).

A atual política de saúde mental brasileira é o produto da mobilização e da luta de usuários, familiares e trabalhadores da saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de transformar a realidade do modelo manicomial (CARDOSO, 2018). No contexto do combate à ditadura no Brasil se manifestam as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde. Além disso, emergem as denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e as denúncias do abandono, da violência e dos maus-tratos aos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos do país. Neste período ainda não se criticavam os pressupostos do asilo e do cuidado à saúde mental, e sim seus excessos e irregularidades. Em 1978, é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que com um discurso humanitário, alcançou grande repercussão e liderou os eventos, nos anos seguintes, que foram fundamentais para avançar a luta antimanicomial (TENÓRIO, 2002).

Estas críticas às políticas de saúde do Estado autoritário e a elaboração de propostas alternativas vieram a construir o movimento da reforma sanitária. Este se caracterizava como um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde. O foco deste movimento é colocado na administração e no planejamento dos serviços de saúde e na ampliação do acesso da população à assistência em saúde (TENÓRIO, 2002).

Neste momento histórico vem crescendo o Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, que teve como eventos fundamentais a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) e o posterior II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. A realização desse encontro foi decidida para fortalecer a perspectiva sanitarista de incorporar as propostas da reforma nas políticas oficiais, pois estas estavam sendo enfraquecidas pela resistência da iniciativa privada, da estrutura

manicomial, da burocracia estatal e do conservadorismo psiquiátrico (BEZERRA, 1996).

A I Conferência representa uma transformação da trajetória sanitária, que pretendia alterações apenas no sistema de saúde, para o início e fortalecimento da trajetória de desinstitucionalização da loucura, ou seja, com a ênfase, de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas fixas de lidar com o sofrimento psíquico e as questões de direitos humanos implicadas nos modelos de cuidado. Se estabelece então um novo horizonte de ação: não apenas nas instituições psiquiátricas, mas na cultura, no cotidiano, nas formas de pensar. Este movimento recebe novos aliados, entre eles, os usuários e seus familiares, que passam a ser verdadeiros agentes críticos e propulsores do processo (TENÓRIO, 2002).

As ações na cultura e na sociedade passam a ser centrais no agora denominado Movimento da Luta Antimanicomial. A sociedade como um todo é chamada para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura. O protagonismo dos agora chamados usuários dos serviços de saúde mental passa a ser uma característica marcante do processo. Com todas essas transformações a própria questão dos dispositivos de cuidado ganha outra abordagem. Não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais, já existente, e sim de inventar novas tecnologias de cuidado (TENÓRIO, 2002).

No Brasil, após a queda da ditadura militar, em 1985, uma nova abordagem de direitos se alastrou. A nova Constituição; as leis de proteção a crianças e adolescentes; a garantia de direitos às mulheres, às diversidades de gêneros, aos povos indígenas, entre outros, deram o tom da redemocratização do Brasil, representando um avanço na cidadania brasileira (OLIVEIRA, 2017).

Acompanhando este movimento, nos últimos quarenta anos o Brasil foi construindo um novo contexto nas políticas de saúde mental por meio da Reforma Psiquiátrica (RP). Este movimento de orientação antimanicomial modificou o cenário da saúde mental, em suas políticas e seu modelo de cuidado. Sua capacidade crítica transformou (e continua transformando) a forma como a sociedade entende e lida com a loucura e com as diversidades. A RP tem papel fundamental na substituição de uma psiquiatria centrada no hospital, por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária e territorial. A RP também se caracteriza como uma das principais protagonistas na luta em defender os direitos humanos no Brasil (AMARANTE; TORRE, 2017; TENÓRIO, 2002).

Em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de lei

no 3.657/89, que viria a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica. O projeto continha três principais objetivos: 1) o impedimento da construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; 2) o direcionamento dos recursos públicos para a criação de recursos não-manicomiais de atendimento; e 3) obrigatoriedade da comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação (TENÓRIO, 2002).

Depois de aprovado na Câmara dos Deputados, o projeto enfrentou diversos obstáculos no Senado que, dez anos depois, aprovou um projeto substitutivo, muito mais sutil quanto a extinção do modelo de cuidado asilar, que inclusive autorizava a contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos. O texto voltou para a Câmara dos Deputados, e foi possível suprimir o artigo referente à construção ou contratação de novos leitos. Finalmente, em 2001, foi aprovada a Lei 10.216, considerada pelo movimento da RP uma lei inovadora, uma grande conquista. Esta legislação será analisada nos resultados e nas discussões desta pesquisa (TENÓRIO, 2002).

O movimento de RP, ainda hoje, vem ampliando a noção de direitos humanos no campo da saúde mental. Para além da luta contra a violência e a extinção dos manicômios, a RP propõe uma visão produtiva e promocional dos direitos humanos, reconhecendo a diversidade dos sujeitos em sofrimento mental e vulnerabilidade psicossocial. Esta visão de direitos humanos promove estes sujeitos como sujeitos de direito, cidadãos, corresponsáveis em seus processos de saúde e doença, reconhecendo a diversidade cultural como um direito (AMARANTE; TORRE, 2017).

Há dois deslocamentos decisivos que se consolidam através da noção ampliada de saúde e das lutas de reforma sanitária e psiquiátrica no Brasil. A primeira é uma articulação entre saúde e política, ou democracia, no qual a saúde deixa de ser uma questão técnica ou administrativa para se tornar um campo de luta e construção de cidadania e direitos. O segundo é o deslocamento da ideia de saúde como mera ausência de doenças, para se tornar um conceito que abrange e transcende os determinantes biológicos ou individuais, sendo então entendida de forma ampla como qualidade de vida, defesa da vida e produção de vida (AMARANTE; TORRE, 2017).

A RP brasileira deveria ter ido além do que uma mera reforma de serviços e modelos assistenciais, chegando a produzir mudanças na cultura e em diferentes esferas sociais. A chamada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se constituiu neste processo como uma rede de

serviços abertos de atenção psicossocial, com trabalho transdisciplinar, com intervenções intersetoriais e interseccionais (AMARANTE; TORRE, 2017).

Neste processo, a RP pode ser vista como um importante movimento de intervenção na cultura, transformação paradigmática, defesa e promoção da diversidade sociocultural e dos direitos humanos. Um paradigma entra em crise quando não consegue mais oferecer respostas satisfatórias aos problemas que se retratam. A transformação do paradigma do cuidado à saúde mental demandou a reestruturação do modelo de atenção, das instituições e das políticas de saúde. Somente assim é possível uma transformação, e a conquista de fato da preservação da liberdade, do exercício da cidadania e da autonomia das pessoas em sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (CARDOSO, 2018).

O resgate histórico da saúde mental e o movimento da RP evidenciam que o cuidado encerrado em instituições fechadas se contrapõe aos direitos humanos e à perspectiva de cuidado de base comunitária. Assim, a Luta Antimanicomial foi e ainda é fundamental para a constante qualificação do cuidado e o impedimento de retrocessos.

A implantação da RAPS e dos CAPS se apresentam como importantes aliados para a superação do modelo asilar. Estes dispositivos contribuíram para a integração das pessoas em sofrimento mental nos territórios das cidades, possibilitando um cuidado mais efetivo, mediado por pontos de atenção integrados (CARDOSO, 2018).

O CAPS foi criado oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 (que está descrita no ítem 5.2.1 desta dissertação). A criação dos CAPS fez parte das lutas de diversos movimentos sociais, inicialmente de trabalhadores de Saúde Mental que lutavam pela melhora da assistência no Brasil e denunciavam a precária situação dos hospitais psiquiátricos, que naquela época era o único dispositivo destinado aos usuários que necessitavam de tratamento. Com a regulamentação do CAPS, a internação deixou de ser o único recurso disponível para o tratamento das pessoas em sofrimento mental e em vulnerabilidade psicossocial, e passou a ser um recurso aplicável, indicável, e necessário, que articulado a uma rede de cuidados, cuja lógica pautada nas ações comunitárias, territoriais, intersetoriais, não é a lógica da segregação, da exclusão, da internação como exclusão social no próprio seio da sociedade (AMANCIO, 2017).

A RP, ao propor um tratamento que mantenha o sujeito na comunidade e faça disso um recurso terapêutico, está propondo que é possível ao sujeito, tal como ele é, habitar o social, sem precisar ficar

recluso em um asilo. Para substituir o modelo asilar foi proposto um modelo de cuidado à saúde mental no território, chamada de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A RAPS representa às transformações da organização da rede de saúde no campo da saúde mental, implicando um importante dispositivo do SUS destinada às pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Esta foi instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013 e revogada pela Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017). A Rede de Atenção Psicossocial foi disposta primeiramente pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 a fim de reordenar o SUS. No Capítulo I do Decreto nº 7.508/2011, são instituídas as Regiões de Saúde, que tratam dos espaço geográfico contínuos constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados; e a Rede de Atenção à Saúde, que é o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (CARDOSO, 2018).

Fazer da RAPS um instrumento de aceitação da diferença, e não de normalização do social, deveria ser a perspectiva atual. Portanto, assim como a noção de saúde mental, a noção de comunidade, se torna fundamental na RP, por sua importância estratégica na substituição e extinção dos manicômios. O cuidado em rede, no território é muito mais do que a regionalização da assistência. O território não é apenas o bairro onde os sujeitos moram, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que influenciam seu cotidiano, seu projeto de vida, e sua forma de inserção no mundo. A noção de território aponta, assim, para a ideia de territórios subjetivos e de atenção psicossocial (TENÓRIO, 2002).

Autores importantes da antropologia da saúde como Kleinman (1973; 1988; 1997), Langdon (1994; 2003; 2009), Helman (2009), Menéndez (2003), entre outros, estudaram como a cultura e a saúde se relacionam, e ajudaram a pensar vários conceitos do processo de saúde-adoecimento, e a aprofundar a dimensão teórico-conceitual da Reforma. A partir destas ressignificações de determinados conceitos e noções, pode ser possível reconfigurar a dimensão relativa aos dispositivos e estratégias de cuidado e atenção a saúde mental, principalmente aqueles que envolvem o cuidado às diversidades socioculturais.

Estes autores da antropologia da saúde têm olhado para o processo saúde-doença e questionado a dicotomia cartesiana presente no modelo biomédico e sua hegemonia e limitações no seu olhar sobre as questões de saúde mental, especialmente quando se trata de povos diversos socioculturalmente. Para eles, o olhar positivista não abarca totalmente a realidade humana. A complexidade dos fenômenos das ciências humanas e do cuidado em saúde mental provoca mais do que somente medir e observar, classificar e neutralizar. As relações interpessoais, as emoções emergentes, as experiências individuais, a integralidade do ser humano e a valorização da cultura e do território do sujeito tornam-se parte do cuidado em saúde.

A antropologia da saúde nos propõe uma forma de olhar para a saúde e o adoecimento como processos psicobiológicos e socioculturais, como o resultado do contexto cultural e da experiência subjetiva de sentir-se mal, e não como um processo puramente biológico/corporal (LANGDON, 2014). Neste caso, adoecimento não seria mais entendido como um estado estático, mas como um processo, o que requer interpretação e ação no meio sociocultural. Isto implica a negociação de significados na busca da cura.

2.3 CULTURA E SAÚDE

“On the Subject of Non-American Blacks Suffering from Illnesses Whose Names They Refuse to Know.” A Congolese woman wrote a long comment in response: She had moved to Virginia from Kinshasa and, months into her first semester of college, begun to feel dizzy in the morning, her heart pounding as though in flight from her, her stomach fraught with nausea, her fingers tingling. She went to see a doctor. And even though she checked “yes” to all the symptoms on the card the doctor gave her, she refused to accept the diagnosis of panic attacks because panic attacks happened only to Americans. Nobody in Kinshasa had panic attacks. It was not even that it was called by another name, it was simply not called at all. Did things begin to exist only when they were named?”

(Chimamanda Ngozi Adichie)

“Ser diferente foi equiparado a ser uma má pessoa, embora nunca tenha me considerado assim.”

(John Elder Robison)

Quando falamos de cuidado sensível, que valoriza e respeita às diversidades socioculturais, precisamos compreender qual o conceito de cultura a ser utilizado. Para isso, o termo “Cultura” é definido neste trabalho como um sistema de símbolos, uma teia de significados dinâmica, que fornece um modelo de e para a realidade, orientando a existência humana (GEERTZ, 1989). Este sistema simbólico é público e compartilhado, e o sujeito que o utiliza para interpretar seu mundo e para agir, acaba também reproduzindo este sistema. Este conceito compreende que as interações sociais são baseadas numa realidade simbólica que é constituída e constitui os significados, instituições e relações legitimados pela sociedade. A cultura, desta forma, é expressa na interação social, onde há comunicação e negociação de significados.

Quando se fala em processo saúde-doença, e as diferentes formas de cuidado em saúde, o sistema de saúde é também considerado um sistema cultural, pois se trata de um sistema de significados ancorados em conjuntos particulares de instituições e padrões de interações interpessoais. Este sistema integra os componentes relacionados à saúde e fornece ao indivíduo sinais para a interpretação de seu adoecimento e as ações possíveis (LANGDON, 2003).

Segundo Sundberg (2013), quando usamos a ideia de interculturalidade para compreender o cuidado à saúde mental, este pode ser visto de forma ampla, e pode abranger quase todas as diferenças, pois: *“Se considerarmos o valor da perspectiva de idade, papel sexual, estilo de vida, status socioeconômico e outras afiliações culturais, aí podemos concluir que toda terapia é até certo ponto intercultural”* (p. 30). Deste modo, o entendimento das perspectivas, valores, crenças, e abordagens dos usuários no que concerne sua saúde e bem-estar, é crítico para garantir os melhores resultados no processo de tratamento e na oferta de serviços.

A cultura é dinâmica, e emerge da interação dos atores que interagem para entender os eventos e procurar possíveis soluções. O significado dos processos saúde-doença emerge das ações concretas tomadas pelos participantes. Esta visão reconhece que inovação e criatividade também fazem parte da produção cultural. Portanto, não consideramos a cultura como uma unidade estanque de valores, crenças, e normas, mas como uma expressão humana frente à realidade. Ela se caracteriza como uma construção simbólica do mundo, um sistema simbólico fluido e aberto que está sempre em transformação. Neste conceito de cultura, o indivíduo é tido como um ser consciente que percebe e age, e o processo saúde-doença é vista dentro desta perspectiva como uma cons-

trução sociocultural e subjetiva (GEERTZ, 1989; LANGDON, 2003).

Toda concepção de saúde é culturalmente concebida. Sendo assim, diferentes visões de mundo retratam diferentes formas de compreensão do que é saúde, e a partir disto, cada cultura tem formas diferentes de alcançá-la e realizar sua promoção (DANTAS, 2012). Os sinais do adoecimento também não são restringidos ao corpo ou aos sintomas físicos, ou seja, o contexto, as relações sociais, e o ambiente natural, fazem parte das possíveis fontes de sinais a serem considerados na tentativa de identificar o que se passa, suas causas e seu significado (FERREIRA, 1993; LANGDON, 2003).

Neste sentido, o conceito de relativismo cultural é importante, pois considera que todos os grupos culturais têm seu sistema médico, que se refere às formas particulares de perceber os processos de saúde e doença, e as práticas de prevenção e cura. Assim, é necessário relativizar o sistema médico ocidental. A biomedicina, neste sentido, é vista como um paradigma médico entre vários outros, e se distingue por seu enfoque na biologia humana como processo físico/material e no dualismo entre corpo e mente, além de sua perspectiva etiológica como um processo único entre causa, patologia e tratamento (KLEINMAN, 1997; LANGDON, 2009). Para abarcar as formas como as diferentes culturas enxergam os processos de saúde e doença, é preciso conceber este processo não só como biológico, mas também como psicobiológico e sociocultural, ou seja, é necessário integrar conhecimentos, se afastar de uma perspectiva etnocêntrica quando são avaliados os conhecimentos e as outras práticas de saúde.

Helman (2009), ressalta que o modelo biomédico de doença não consegue abarcar os fatores pessoais, culturais e sociais da saúde debilitada. Estes são melhor percebidos a partir da perspectiva da enfermidade, que é a perspectiva do sujeito sobre sua saúde. Com isso, considera-se que este modelo explicativo possui lógica e coerência interna, e deve ser levado a sério pelo clínico por apresentar as formas com as quais o usuário tenta dar sentido e lidar com a sua saúde debilitada nos termos de sua própria visão da realidade (HELMAN, 2009; BRUNER, 1990).

A este conceito, Langdon (2009) acrescenta que o adoecimento não é um estado estático, mas um processo que requer interpretação e ação no meio sociocultural, o que implica a negociação de significados entre os atores na busca da cura. A isto, Langdon (2009) chama de *sickness*, em que o adoecimento caracteriza-se como um processo que é resultado da dinâmica das negociações de perspectivas dos atores e das escolhas feitas ao longo da duração do episódio de mal-estar.

Langdon (2009) afirma que a principal contribuição deste conceito é no encontro do profissional de saúde com o usuário, pois argumenta que é necessário que o profissional leve em conta a perspectiva do sujeito para melhorar a qualidade de seu tratamento e a satisfação dos mesmos com as consultas médicas.

A realidade sociocultural dos diferentes grupos sociais que são atendidos nos serviços de atenção à saúde mental não pode ser entendida de forma “engessada” e imutável, que podem ser instrumentalizada e manipulada para promover a articulação entre os saberes médico-científicos e os populares. É preciso levar em consideração que as produções culturais são também históricas, mutáveis e emergem de um contexto complexo de relações cotidianas nas quais os atores atribuem significados aos eventos e aos seus atos, o que pode se dar de forma oposta e conflitante com as necessidades e prioridades estabelecidas pelos profissionais e serviços de saúde (LANGDON, 2009).

Este olhar relativista sobre o sujeito e sua cultura implica a capacidade de respeitar o outro, buscando a redução das assimetrias entre saberes científicos e não-científicos e o reconhecimento das necessidades e prioridades dos usuários. Não existem fórmulas ou prescrições de como solucionar os problemas da articulação entre organização da atenção e os modos de vida da população. Porém, para viabilizar reflexões sobre possíveis resoluções e superação de um cuidado que não leva em conta a integralidade do sujeito, e para buscar práticas que respeitem as práticas de saúde da população, é necessário que se estabeleça uma colaboração interdisciplinar e intercultural entre diversas profissões e saberes, entre equipes de saúde e usuários, num compromisso de todos com o diálogo e a experimentação de novas formas de articulação de saberes e pontos de vista (GARNELO; LANGDON, 2005).

Quando abordamos as relações entre profissionais de saúde e usuários, e os serviços de saúde e seus modos de funcionamento, tomamos cuidado para não reproduzir o conhecimento de forma etnocêntrica. Neste sentido, a busca pelo conhecimento da representação dos processos de saúde e doença pelas diferentes culturas, e a tentativa de definir e propor um modelo do que seria um serviço culturalmente sensível não se aplica ao desejo de conhecer os diferentes comportamentos para mudá-los ou manipulá-los, tornando-os mais maleáveis às prescrições e normas técnicas de saúde (MENÉNDEZ, 1998). Pensar deste modo estaria servindo como ferramenta para o exercício mais eficiente de poder sobre a população atendida. Isto pouco contribuiria para o entendimento de contextos e significados coletivos dos eventos de cuidado à saúde e para o reconhecimento da alteridade (GARNELO;

LANGDON, 2005).

Atualmente, no debate sobre saúde coletiva no Brasil, há o consenso de que a formulação de políticas de saúde equânimes pode superar as desigualdades em saúde. Para isso, é preciso reconhecer a saúde como direito, e priorizar as necessidades, o que não significa impor necessidades, e sim definir um padrão técnico que interaja e possa corresponder às expectativas dos diferentes modos de vida, dos diversos grupos sociais. Portanto, é necessário pensar em distinções, no sentido de que as diferenças e diversidades se encontram em um plano simbólico e aparecem como resíduo da vida social, principalmente no tocante às questões de condutas de risco e heterogeneidades étnico-culturais (BOURDIEU, 1979; VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009).

Sendo assim, é necessário levar em consideração de forma mais precisa e interpretativa as complexas redes de relações entre saúde e condições de vida, capazes de incorporar também os pontos de vista do usuário dos serviços de saúde (MONTE e cols., 1997). Para abordar essas diferenças e diversidades na concepção dos processos de saúde e adoecimento mental, introduzimos conceitos importantes para se abordar que fundamentam tais reflexões, como modos de vida e autoatenção.

2.4 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, MODOS DE VIDA E AUTOATENÇÃO

Com a Reforma Psiquiátrica houve um importante avanço no movimento de intervenção na cultura, defesa e promoção da diversidade sociocultural e dos direitos humanos dos usuários em saúde mental. É através dos direitos humanos que se pode melhor compreender conceito de saúde, e as necessidades coletivas das populações, como as condições econômicas, políticas, culturais e étnico-raciais que determinam as condições de saúde dos sujeitos e seus modos de existência. Ao longo da história, diversos episódios de desigualdade étnicas e raciais foram engendrados em determinados grupos da população. Mesmo protegido pela Constituição, o direito à saúde é diversas vezes negligenciado por práticas sociais. São múltiplas e diferenciadas as vias pelas quais o social, o econômico, o político e o cultural podem influenciar a saúde de uma população (OLIVEIRA; DUARTE; PITTA, 2017).

A partir disso se torna relevante abordar o conceito de determinantes sociais de saúde (DSS), conceito bastante generalizado que expressa que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da

população estão intimamente relacionadas com sua situação de saúde. Existem importantes relações entre as maneiras como se organizam e se desenvolvem determinadas sociedades e a situação de saúde de suas populações (ALMEIDA-FILHO, 2003). Os DSS não tratam de uma relação direta de causa-efeito, e sim do conhecimento de um complexo de mediações entre fatores socioeconômicos e a saúde. Levar em consideração essa cadeia complexa de mediações, permite também identificar e planejar as intervenções, com o objetivo de reduzir as iniquidades de saúde. Este é outro ponto fundamental a ser tratado quando falamos de DSS. As iniquidades se caracterizam como desigualdades de saúde entre grupos populacionais que são sistemáticas, relevantes, evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD, 2000).

Buss e Pellegrini (2007) ressaltam três abordagens que estudam os mecanismos de relação entre DSS e iniquidades em saúde: 1) Estudo dos “aspectos físico-materiais” nos processos de saúde e da doença, entendendo que as desigualdades econômicas influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infra-estrutura comunitária que decorrem dos processos econômicos e de decisões políticas; 2) Estudo dos “fatores psicossociais”, explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde; 3) Os estudos “ecossociais” e “enfoques multiníveis”, que buscam integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica; 4) Estudo do “capital social”, que relaciona a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento dos vínculos e associações entre indivíduos e grupos. Este estudo relata que países com frágeis laços de coesão social, ocasionados pelas iniquidades de renda, são também os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, sendo estes fatores fundamentais para a promoção e proteção da saúde da sociedade como um todo.

Para complementar a abordagem dos determinantes sociais da saúde (DSS) introduzimos aqui o conceito de modo de vida (ALMEIDA-FILHO, 2000). Este se configura como uma estratégia capaz de promover a inter-relação entre as redes complexas de práticas sociais das pessoas e dos grupos e os processos de saúde, doença e cuidados. Esse conceito abrange as condutas individuais relacionadas ao processo saúde-doença, as dimensões sócio-históricas relacionadas à dinâmica das classes sociais e das relações sociais de produção, e os aspectos simbólicos da vida cotidiana (ALMEIDA-FILHO, 2000).

Por isso, consideramos que para abordar os processos de adoecimento e cuidado em saúde mental, devemos concebê-los também como

produtos de ações concretas dos sujeitos em relação com o meio que os envolve. Também olhamos para este processo quanto aos efeitos de seus estilos de vida das pessoas e suas formas de reconhecimento e designação do que é normal ou patológico. Em consequência, essa abordagem permite a abertura dos estudos para abordar também os sistemas de representação de saúde e doença no mundo da vida, na cotidianidade, nos modos de vida, mediante as práticas de saúde (ALMEIDA-FILHO, 2000).

Almeida-filho (2000) apresenta estratificações do conceito de modos de vida em estilo de vida e condições de vida. O primeiro conceito se refere às determinações sociais e culturais das formas de viver, que se expressam em hábitos e condutas. O termo condições de vida se refere às “condições materiais necessárias à subsistência, à nutrição, convivência, saneamento, e às condições ambientais” (POSSAS, 1989, p.159). Estes elementos são fundamentais para entendermos a amplitude dos processos de saúde-doença, e os diferentes elementos envolvido no cuidado em saúde mental. Estes conceitos são também objeto de ações e políticas de atenção básica produzidas no Sistema Único de Saúde no Brasil (GARNELO; LANGDON, 2005).

Quanto aos diferentes modos de vida e suas implicações nos processos de adoecimento e cuidado, Buchillet (1991) aborda que a coerência interna e a racionalidade dos esquemas tradicionais de resolução do adoecimento só podem ser apreendidos e avaliados dentro do seu quadro sócio cultural de referência particular. Portanto, todo ato terapêutico inclui sempre um sentido universal e um sentido simbólico. Neste sentido, os estudos de pluralismo médico precisam levar em consideração que as diferentes culturas já dispõem de uma ampla gama de alternativas terapêuticas aptas a resolver seus problemas de saúde.

Em uma perspectiva de contato intercultural, há a disseminação da ideia de que as diferenças culturais são, na maioria dos casos, um fator de conflito (DANTAS, 2012). Esta perspectiva anda em conjunto com a ideia de que o contato entre dois sistemas distintos de saúde é impedido por barreiras culturais. Nesta, as explicações sobre a subutilização dos recursos médicos ocidentais possuem, em sua maioria, um pressuposto etnocêntrico, sem levar em conta a importância do auto-diagnóstico para os povos tradicionais, por exemplo. Com isso, é importante reconhecer a validade e eficácia de outros sistemas de saúde, que não o ocidental, e que há formas de articular ambos os recursos terapêuticos (GARNELO; LANGDON, 2005).

Quanto a isso, as oposições entre biomedicina e outras formas de cura ocorrem mais no plano das representações do que no das práticas.

Estas oposições acabam recobrando interações hegemônicas que garantem o monopólio do exercício dos cuidados de saúde pelos profissionais de saúde. Porém, estes profissionais e suas formas de cuidado muitas vezes não encontram correspondência nas práticas cotidianas dos usuários, pois estes costumam lançar mão de pluralidades terapêuticas, distintas do modelo médico vigente. A existência destes múltiplos sistemas terapêuticos gera a necessidade de conhecer suas formas de organização e as redes sociais que os sustentam, para que seja possível promover uma articulação dos serviços de atenção à saúde com as formas de autoatenção. Para participar de forma produtiva dessa articulação, os profissionais da saúde têm de ser capazes de se aproximar dos diferentes modos de existência das pessoas que atendem, reconhecendo as diversas formas de autoatenção praticadas no território de abrangência de seus serviços (GARNELO; LANGDON, 2005).

Quando falamos em autoatenção, precisamos diferenciar este conceito do amplamente conhecido autocuidado. O autocuidado é um termo desenvolvido a partir da biomedicina. Este geralmente compreende as ações realizadas por indivíduos para prevenir o desenvolvimento de certas doenças e promover aspectos positivos para a sua saúde. O uso deste termo pelos profissionais de saúde é marcado pelo individualismo, o que se difere do caráter mais social da autoatenção (MENÉNDEZ, 2003).

O conceito de autocuidado (MENÉNDEZ, 2003), quando utilizado, normalmente se refere ao cuidado que o usuário tem consigo mesmo dentro das normas e prescrições médicas, o que envolve um julgamento moral, de se o usuário tem autocuidado e faz o que o médico mandou, ele está fazendo o “certo” e é considerado um “bom paciente”. Porém, se não pratica o autocuidado, e não segue as prescrições médicas, então é um “mal paciente”. Para evitar este julgamento moral, preferimos utilizar o conceito de autoatenção.

Diehl e cols. (2012), conceitualizam autoatenção, como as atividades que a população utiliza “*para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguentar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde*” (MENÉNDEZ, 2003, p.14). Essas atividades, caracterizam-se pela intencionalidade e pela agência dos atores sociais frente aos processos de saúde e doença. Estes mesmo autores utilizam o conceito de intermedicalidade, como o campo de atuação e de forças produzidas pelos diversos atores sociais, do qual emergem saberes diversos voltados ao processo de saúde, doença e cuidado.

Greene (1998) caracteriza a intermedicalidade como uma multiplicidade de atores e de negociações de poderes que fazem parte das

interações entre sistemas de cura e cuidados. A relação entre intermedialidade e autoatenção, se dá, pois, já que esta possui uma intencionalidade específica, tendo a capacidade de articular diferentes formas de atenção para a resolução da situação problema.

As pluralidades e os embates cotidianos da vida social, muitas vezes, não são levados em consideração pelos profissionais da saúde. A realidade da vida social é densamente povoada por diferentes agentes político-sanitários com ideias divergentes, e com efetiva influência nos modos como os discursos e práticas sanitárias propostos pelas equipes de saúde são apropriados pela população. Os saberes da saúde pública que se embasam no modelo da biomedicina não são hegemônicos, sendo mais um, entre tantas outras práticas discursivas presentes nos sistemas de saúde, doenças e cuidados (MENÉNDEZ, 2003).

Os profissionais da saúde, em suas rotinas, não estão habilitados para reconhecer e analisar os processos socioculturais implícitos aos modos de vida das pessoas que atendem, e nem para neles intervir. Alguns são capazes de reconhecer a influência dos aspectos culturais e sociais sobre os agravos de saúde mental que são chamados a resolver, mas são raras as situações que desenvolvem habilidades de transformar essa percepção em estratégias e ações para apoiar a intervenção social (GARNELO; LANGDON, 2005; MENÉNDEZ, 2003).

Concomitante a isto, Perdiguero (2006) aborda o pluralismo médico e a interculturalidade no âmbito da saúde, revisando as medicinas alternativas, tradicionais e complementares. Muitos dos modelos teóricos usados nas ciências da saúde ou nas ciências sociais para explicar o comportamento frente ao adoecimento impediu a compreensão de toda sua extensão quanto ao pluralismo assistencial. A maioria dos modelos teóricos que embasam as práticas dos profissionais focam o uso de alternativas terapêuticas ocidentais, principalmente a medicação, tratando a medicina científica como único recurso possível no cuidado em saúde mental.

Porém, na amplitude e complexidade que envolve os processos de adoecimento mental, outras alternativas terapêuticas precisam ser levadas em conta, sejam elas práticas culturais específicas, religiosas, psicoterapias, entre outras. Os estudos produzidos atualmente, segundo Perdiguero (2006), têm obscurecido muitos dos processos e práticas diversas que as pessoas normalmente utilizam para recuperar sua saúde, impedindo uma plena compreensão do fenômeno em toda a sua complexidade. Neste sentido, o autor mostra a relevância do uso da medicina científica concomitante ao uso de diversas terapias alternativas e populares, e a importância de abordar formas de cuidar dos sujeitos

integralmente, levando em conta também uma perspectiva intercultural para entender completamente a existência e a utilização de diferentes sistemas médicos.

Quanto ao exposto anteriormente, quando existe o interesse dos profissionais da saúde em conhecer e reconhecer a cultura popular de seus usuários, isto amplia o enfoque biologicista da biomedicina para abarcar também o reconhecimento do papel de categorias e valores culturais nos processos psicofisiológicos. Neste sentido, não há um entendimento homogêneo sobre a doença, mas sim diversos modelos explicativos que nos ajudam a interpretar e agir diante dos processos de adoecimento. O êxito do tratamento clínico depende da capacidade de entendimento das diferenças de perspectivas pelos profissionais da saúde (KLEINMAN, 1997)

Porém, segundo Menéndez (2003), na realidade brasileira, apesar das reiteradas recomendações de pesquisadores, profissionais e autoridades sanitárias para o aprimoramento das relações entre profissionais da saúde e usuários, as rotinas de trabalho cotidianas têm se encaminhado na direção oposta. Em geral, as unidades de atenção básica organizam o trabalho na forma de atos rápidos, tecnicizados e impensoais, que almejam essencialmente o diagnóstico e a terapêutica, dificultando assim a construção de relações respeitadas e culturalmente sensíveis. Conforme Garnelo e Langdon (2005), as situações mais graves são aquelas enfrentadas pelas equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, nos quais os profissionais ainda possuem insegurança de atuação em espaços interculturais desconhecendo, muitas vezes, a língua e a cultura dos povos indígenas com os quais trabalham.

Com isso, um fator essencial se torna a capacitação de recursos humanos em saúde, não para descrever os elementos culturais de outros povos, mas para sensibilizar e capacitar os profissionais de forma que consigam prestar atendimentos que visem à integralidade da atenção. Nessas situações, a principal contribuição de estudos que abordem o cuidado culturalmente sensível seria ampliar a visão dos profissionais sobre os processos de saúde e doença, auxiliando-os a articular suas intervenções com os saberes e práticas de autoatenção. Isso exige a relação entre profissional de saúde e usuário seja estudada e reformulada, permitindo uma relação mais igualitária, na qual a voz do usuário seja ouvida, e que este possa se expressar através de sua narrativa feita para um ouvinte atento e interessado na apreensão de seus significados culturais e médicos (GARNELO; LANGDON, 2005; MENÉNDEZ, 2003). Através disso, vê-se a necessidade de apresentar a importância dos conceitos de narrativa, experiência e subjetividade para o cuidado

culturalmente competente em saúde mental.

2.5 NARRATIVA E EXPERIÊNCIA

O adoecimento pode ser considerado como um processo experiencial, pois suas manifestações dependem de fatores culturais, sociais e psicológicos, que operam conjuntamente com processos psicobiológicos (LANGDON, 1994). A partir desta visão, o processo terapêutico é considerado como uma negociação de interpretações entre pessoas com conhecimentos diferenciados. Neste sentido, o enfoque deste processo passa a ser dado a maneira como o conhecimento relacionado ao corpo, saúde e doença é construído culturalmente, negociado e renegociado num processo dinâmico através do tempo e do espaço (LOCK; SCHEPER-HUGHES, 1990).

Good (1977) distingue dois termos quando abordamos o processo de adoecimento. O primeiro, Enfermidade (*Illness*) se dá pela associação de experiências típicas, conjuntos de palavras, experiências e sentimentos que, tipicamente, estão associados para os membros de uma sociedade. No uso deste termo, está implicada a compreensão de que fatores culturais e psicossociais são cruciais para a clínica. O segundo termo, Doença (*Diseases*), é o conjunto de sintomas fisiológicos, objeto da ciência biomédica. Porém, a doença não é apenas constituída por entidades naturais, mas também por realidades sociais e históricas; é mais do que um conjunto de sintomas, é um conjunto de experiências associadas através de cadeias de significado e interações sociais. Neste sentido, a linguagem clínica possui um significado particular dependendo do contexto social e cultural, integrando a *enfermidade* e os processos de cura destes contextos.

Estas diferentes concepções semânticas do adoecimento nos permite pensar uso do discurso para relacionar a experiência de diferentes padrões de estresse social, ao uso da linguagem sobre a enfermidade para negociar alívio para quem dela sofre. Por exemplo, quando os iranianos adoecem e vão ao médico em busca de tratamento, o que significa ter 'mal do coração'? Podemos enquadrar os sintomas desta complexa enfermidade em categorias muito conhecidas pela ciência biomédica, como ansiedade leve ou depressão com taquicardia. Porém há uma cadeia iraniana de significados que podem ser descritos para alcançar a compreensão mais completa do que seria o mal do coração (GOOD, 1977). A linguagem médica utilizada, qualquer que seja sua fonte, adquire um significado específico para determinado contexto so-

cial e cultural o que integra a compreensão da enfermidade e sua cura naquele contexto (GOOD, 1977).

Conforme Dantas (2012), a socialização implica um certo grau de interiorização. Através deste processo, a pessoa se torna membro de uma sociedade, e as pessoas que foram socializadas no interior de uma mesma cultura, acabam compartilhando um quadro de referências comuns que orientam as ações individuais. Assim, o universo simbólico estabelece uma ligação entre as pessoas, seus antepassados e seus herdeiros, numa totalidade que possui sentido, e que vai além da finitude da existência individual. Este universo simbólico estabelece um guia, um sentido que é compartilhado.

Deste modo, o significado de cada enfermidade vai sendo constituído à medida que este é usado nas interações sociais para articular a experiência de sofrimento e provocar ações que irão aliviar este sofrimento. Deste modo, uma teoria da linguagem médica pode nos ajudar a entender o processo pelo qual a língua e a comunicação estão relacionados aos sentimentos e fisiologia. A isto Kleinman (1973) chama de caminho simbólico das palavras, sentimentos, valores, expectativas, crenças e similares que conectam eventos culturais e formas com processos afetivos e fisiológicos.

Aqui introduzimos a perspectiva construcionista, que questiona a universalidade do entendimento dos fenômenos, entendendo-os como construções sociais. É através da participação nas práticas discursivas, sociais, históricas e culturalmente situadas, que produzimos conjuntamente entendimentos da realidade. A ideia central que esta perspectiva aborda, é a de que construímos e somos constituídos pelo mundo que nos cerca, sendo, ao mesmo tempo, atores sociais e co-autores da realidade que é compartilhada. Com isto, se torna fundamental compreender como as pessoas coordenam suas ações em torno dos sentidos de mundo que constroem, o que nos ajuda a refletir sobre as implicações de nossas descrições de realidade para a construção de práticas sociais. Sendo assim, a forma como descrevemos e compreendemos a realidade circundante nos possibilita, ou não, a ampliação de nossas visões de mundo e de nossas narrativas. Portanto, o foco do interesse e estudo se dá nas relações, no estabelecimento de sentidos e significados, e como isto influencia a compreensão do vivido. Dá-se, então, ênfase à linguagem e à forma como as narrativas são constituídas em torno dos significados a ela atribuídos (LEIFERT, 2007).

Grandesso (2000) descreve esta perspectiva:

[...] o ser humano é um ser que vive em uma trama de significados que ele próprio constrói no convívio e no diálogo com os outros. Esses

significados são configurados pela linguagem na forma de narrativas. As narrativas, por sua vez, organizam a própria experiência humana, servindo de matriz de significados que, ao atribuir valor, dá sentido aos acontecimentos da vida (p. 31).

A narrativa da enfermidade oferece uma forma de diferenciar as perspectivas do usuário e do profissional de saúde sobre o processo de adoecimento. O foco no usuário e na construção de sua experiência é uma ferramenta poderosa para contestar e reformular o poder que os especialistas exercitam nos encontros clínicos. Portanto, a ênfase nas narrativas da enfermidade e nos modelos explicativos dos usuários serve a um propósito terapêutico, em que os mesmos ganham voz e protagonismo. A análise das complexas relações entre experiência e representações das narrativas de enfermidade permite focar o contexto da busca pelo cuidado e a forma como o sujeito conta sua história. A ênfase no significado muda completamente a especificidade das condições em que as pessoas experimentam os processos de adoecimento (DAS; DAS, 2007).

Quanto a ênfase na narrativa do sujeito e seu propósito terapêutico, Juliano (2010) aborda que a presença do outro interessado propicia a formação de um diálogo, e a liberação da expressão. No calor da confiança e do vínculo surgem histórias antes escondidas ou negadas. Isto abre espaço para o processo de restauração, onde o usuário passa a ser confirmado e legitimado pelo que é, deixando de lado o esforço de querer ser aquilo que os outros gostariam que ele fosse.

O relato quando feito de forma mais objetivista pode apresentar impedimentos quando se examina atentamente algumas enfermidades e suas experiências. Tanto para a pessoa que está passando por um processo de adoecimento, como para o clínico, a doença é experimentada como presente no corpo. Mas para o sujeito que está em sofrimento, o corpo não é simplesmente um objeto físico ou estado fisiológico, mas sim uma parte essencial do eu. O corpo é subjetivo, é a base da subjetividade e da experiência no mundo, portanto não há na realidade a separação cartesiana de corpo e mente. O corpo como “objeto físico” não pode ser distinguido dos “estados de consciência”. A consciência em si é inseparável do corpo consciente. O corpo adoecido, portanto, não é simplesmente o objeto da cognição e do conhecimento, da representação nos estados mentais e nas obras da ciência médica, é sim, ao mesmo tempo um agente da experiência. Deste modo, o processo de adoecimento está presente no corpo vivo, e é experimentado como uma mudança no mundo da vida. (GOOD, 1994).

Para algumas condições médicas, a visão objetivista do corpo

serve razoavelmente bem à medicina. Para outros processos a que também são objetos das ciências médicas, como a dor crônica, a distinção entre o mundo dos objetos físicos e os estados mentais pode obscurecer a compreensão do fenômeno, de modo a torná-lo praticamente ininteligível. A integração da experiência humana nos relatos da doença é, portanto, um desafio constante para o discurso médico e os debates políticos (GOOD, 1994).

O objeto de estudo do campo da saúde mental não é palpável, reproduzível, e nem se orienta por princípios determinísticos, como é o caso das clínicas biomédicas. O objeto da clínica no cuidado em saúde mental é abstrato, e para abordá-lo é necessário um método clínico, que se caracteriza por definir o real. Através do método clínico é possível demarcar a queixa, nomear, concretizar, dar lugar, enfim, ser mediador com o cliente na produção de significados (FOUCAULT, 1987).

Segundo Foucault (1987) o sofrimento humano e problemas de saúde mental não possuem sustentação morfológica, como é o caso do adoecimento físico. A tese de Foucault aborda que a patologia orgânica permite isolar a totalidade fisiológica de um indivíduo, porém, o psiquismo e a saúde mental dos sujeitos é incompreensível fora das práticas do contexto em relação a ele (PELBART, 1989). O adoecimento psíquico pode ser ocultado por bem mais tempo, o que faz com que o trabalho dos profissionais de saúde mental seja marcado por incertezas, probabilidades, e o processo de decifrar possibilidades. Os profissionais, neste sentido, podem trabalhar com histórias de vida, o que é pré-condição para que possam entender o contexto e o lugar do qual o cliente conta sua história.

Seguindo nesta linha de cuidado em saúde mental, Good (1994) desenvolve a teoria da experiência da doença. Nesta, ao invés do corpo como local de dominação ou o objeto da prática médica, a atenção é focada no corpo como fonte criativa de experiência. Para ele se torna fundamental na compreensão dos processos de adoecimento investigar as relações entre a experiência incorporada, o significado intersubjetivo, as narrativas que refletem a experiência da doença e as práticas sociais que permeiam o comportamento da doença. Neste sentido, o corpo é tido como objeto de tratamento e fonte de esperança, o que se sobrepõem às histórias de vida como a fonte do sofrimento e o objeto da terapia. Essas histórias de vida são representadas em narrativas, que ajudam a compreender o ser humano integral e todo seu processo de adoecimento.

Good (1994) nos apresenta a fenomenologia como base epistemológica para compreender as narrativas e a experiência da enfermi-

dade. A perspectiva fenomenológica sugere que, ao tentar compreender o mundo experiencial do processo de adoecimento, devemos explorar a organização da consciência corporificada, da experiência em todas as suas modalidades sensoriais, bem como os objetos da experiência. Os ritmos e rupturas da experiência pressupõe um mundo socialmente organizado, e uma descrição dos contornos do mundo social como é experimentado. A partir desta epistemologia, o adoecer e todo seu processo torna-se um "tudo", uma experiência de totalidade, que ocupa a dimensão da percepção. A enfermidade flui do corpo para o mundo social, invadindo-o e infiltrando-se em atividades cotidianas (GOOD, 1994).

Através desta perspectiva, Good (1994) apresenta que o diagnóstico descreve a origem da doença, para localizar e objetivar a causa. A narrativa é um processo que permite a localização do sofrimento na história, e coloca os eventos em uma ordem significativa no tempo. Desta forma, um diagnóstico feito de forma crítica, pode abrir o futuro para um final positivo, pois permite o usuário imaginar um meio de superar as adversidades e os tipos de atividades que permitiriam espelhar a experiência de vida na história por ele projetada. Um dos esforços centrais para se alcançar a cura, seria simbolizar e significar a fonte do sofrimento, encontrar uma imagem em torno da qual uma narrativa pode tomar forma, e que possam ser formulados projetos de vida.

A doença, portanto, ocorre naturalmente, não no corpo, mas na vida. A localização de um distúrbio, na melhor das hipóteses, pouco diz sobre por que ocorre quando ou como acontece. Desta forma, o adoecimento ocorre não apenas no corpo, mas no tempo, no lugar, na história e no contexto da experiência vivida e do mundo social. Por essa razão, as narrativas são fundamentais para a compreensão da experiência da doença, para relacioná-la a outros eventos e experiências na vida. Interculturalmente, existem diferentes narrativas de enfermidades, compostas por diversas patologias humorais, forças espirituais, esforços de cura ritual, e entender estas narrativas se torna fundamental para os processos de cuidado e cura (GOOD, 1994).

Uma das maiores tensões na vida, e nos processos de cuidado à saúde mental é marcado pelo encontro de diferentes atores com diferentes culturas e situações socioeconômicas. Cada pessoa tem uma experiência particular das situações que vivencia conforme seu contexto específico. Há, portanto, a visão equivocada de que essas experiências particulares, as diferentes visões de mundo, e o contato intercultural são fontes de conflito, de crise.

“Crise”, quando escrita em chinês, é formada por dois ideogramas, sendo que um significa perigo e o outro oportunidade. Deste

modo, há a possibilidade de que este encontro das diferenças gere mudanças, superação e transformação através de um complexo processo de negociações quanto à própria identidade, a identidade grupal, valores, relações familiares, questões intergeracionais, de gênero, enfim, uma ampla gama de questões que são próprias da existência humana (DANTAS, 2012).

Todos estes processos envolvem a vivência de crise psicológica e sua posterior elaboração, quando possível. Com isso, o profissional de saúde mental pode tentar descobrir e entender, para aquela pessoa em particular, qual o significado que dá para cada situação vivenciada. A partir disto, o profissional pode compreender o sentido dos padrões disfuncionais da pessoa do ponto de vista dela e de sua vida. Muitas vezes, além deste esforço de esclarecer a experiência do usuário, também transmite a atitude do profissional de colocar suas crenças e preconceitos de lado, temporariamente, de modo a se permitir ver o mundo com os olhos do outro. Quando o sujeito percebe a autenticidade desta atitude, se sente confirmado e compreendido, não se sentindo mais completamente só e incompreendido (HYCNER, 1995; DANTAS, 2012).

Estudos narrativos problematizam a relação entre cultura ou formas simbólicas e experiência. Não temos acesso direto à experiência dos outros, principalmente quando falamos em processos psicológicos, que não possuem correspondência morfológica. Neste caso podemos perguntar diretamente e explicitamente, mas, muitas vezes, aprendemos mais sobre a experiência através das histórias que as pessoas falam sobre coisas que aconteceram a elas ou à sua volta. No processo narrativo a experiência é representada e relatada; os eventos podem ser apresentados em uma ordem significativa e coerente; as atividades e eventos são descritos juntamente com as experiências associadas a eles; e o significado do processo toma forma para as pessoas envolvidas. Deste modo, narrativas não só relatam e contam experiências ou eventos, descrevendo-os a partir da perspectiva limitada e posicionada do presente, elas também projetam nossas atividades e experiências no futuro, organizando nossos desejos e estratégias e direcionando-os para fins imaginados ou formas de projetos de vida, ou seja, experiências de nossas vidas ou atividades particulares que pretendemos cumprir (GOOD, 1994).

O que sabemos sobre a doença pode ser acessado através de histórias contadas por diferentes atores envolvidos no processo de adoecimento, como os usuários, familiares, médicos, curandeiros e outros na sociedade. Neste sentido, a enfermidade possui uma estrutura narrativa, que não é um texto fechado, e sim é composto por um conjunto

de histórias distintas. Essas histórias não são apenas os meios pelos quais a experiência do adoecimento é objetivada, comunicada e relatada a outros; elas também dão forma à experiência, ressignificando a experiência passada que está disponível para os próprios usuários. Outro ponto importante a ser considerado é que as narrativas de doença têm elementos em comuns com a ficção, no sentido de que possuem um enredo, sucessão de eventos é ordenada, e possuem indeterminação e abertura. Com isso, as ações terapêuticas, os motivos dos atores envolvidos, e a eficácia das intervenções e dos eventos estão abertos à reinterpretção à medida que a vida avança, não dispondo de julgamento final sobre seu significado (GOOD, 1994).

2.6 ETNOPSQUIATRIA

Através da importância da narrativa para a compreensão dos processos de adoecimento, há a necessidade de se providenciar um cuidado centrado no usuário baseado na cuidadosa articulação da sua condição sociocultural no processo de tratamento. Deste modo, é necessário que o profissional ouça o sujeito, permitindo que este fale sobre sua experiência, expressando nas suas palavras o que está acontecendo e como ele está percebendo seu corpo e o significado do adoecimento (LANGDON, 2003). A etnopsiquiatria também pode contribuir de forma teórica e prática para formular um cuidado que leve em consideração às diversidades socioculturais no Brasil.

Alguns estudos sobre saúde mental acabam sendo limitados, por abordarem uma única cultura, com o objetivo de elaborar formulações gerais e universais sobre o comportamento e a emoção. Com isso, questionamos as abordagens que tendem a considerar as categorias, normas e valores da própria sociedade ou cultura como parâmetro para todas as demais (DANTAS, 2012). Deste modo, apresentamos aqui o enfoque intercultural, que defende e promove uma visão ampla, dinâmica e flexível dos fenômenos psicossociais (LAMBERT, 1980), compreendendo o desenvolvimento humano e suas manifestações como consequência das relações dialéticas entre o sujeito e os contextos culturais e sociopolíticos em que estão inseridos (BERRY e cols., 1992).

A Etnopsiquiatria é uma corrente teórico-prática que se constituiu com base na Psicanálise e na Antropologia. Ambas disciplinas se propõem a considerar o papel da cultura na constituição do sujeito (LAPLANTINE, 1998). A relação entre cultura e o psiquismo é central para a etnopsiquiatria, que possui um modelo de compreensão e

tratamento do sofrimento psíquico à luz dos elementos culturais.

George Devereux, psicanalista e antropólogo húngaro, teórico da etnopsiquiatria, retoma as reflexões de Geza Róheim na década de 1970, e intrigado pela leitura homogênea do sofrimento psíquico, ele elabora suas reflexões teóricas em torno dos sintomas e de sua codificação cultural (LAPLANTINE, 1998). Devereux passa, deste modo, a integrar saberes da cultura e do contexto dos usuários como facilitadores da relação terapêutica.

Devereux (1967, 1972), fala da universalidade do funcionamento psíquico, e do aspecto cultural da significação do psiquismo. Segundo este autor, a “loucura” é socialmente reconhecida como tal, e para ter acesso ao status de “louco” e a todas suas decorrências, o indivíduo deve conformar-se a um modelo de comportamento louco, tradicional a sua cultura. A tese de Devereux é que há maneiras familiares e coerentes de demonstrar o sofrimento em cada cultura. A isso se dá o nome de "modelos de inconduta", que são os traços culturais que uma sociedade reserva para configurar sua psicopatologia, e que ela coloca à disposição de seus membros, de forma organizada e estruturada, para ser utilizada quando preciso (PELBART, 1989).

Nesta teoria, o sofrimento humano é visto como universal, porém a cultura tem grande influência na sua estruturação e expressão. Sabe-se que a cultura tem funções psicológicas importantes, sendo responsável por dar coerência às experiências humanas, tornar o real suportável e conhecido, e proteger o indivíduo e o grupo, dando modalidades de defesa, significações e soluções comuns a todos pertencentes àquela mesma cultura (BORGES; POCREAU, 2009). Nathan (1986) entende que a cultura corresponde a uma espécie de “mapa mental”, haja vista sua capacidade de permitir que cada indivíduo desempenhe suas ações, evitando o medo, a perplexidade e a confusão.

Segundo Borges e Pocreau (2009), essa disciplina fornece a compreensão e práticas a respeito do funcionamento humano, seja considerado normal ou patológico. A dimensão do sagrado e da alteridade é levada em conta, e o sujeito é considerado pelo seu legítimo valor, o que sugere refletir novas direções e a pensar o sofrimento em novos termos, não apenas em termos de teorias e técnicas, porém como puramente humano.

Na etnopsiquiatria, o cuidador e o usuário não pertencem a mesma cultura, mas o cuidador conhece a cultura do usuário e a usa na relação como alavanca, visando não apenas a supressão dos sintomas físicos e psíquicos, mas buscando a restauração da vitalidade da pessoa, em todas as suas dimensões e em toda a sua expressão.

Borges e Pocreau (2009) apresentam em seu trabalho uma citação de Claire Mestre que define muito bem a prática da etnopsiquiatria:

[...] a prática da etnopsiquiatria apoia-se sobre uma antropologia que reconstrói um contexto social de sofrimento, decodifica representações específicas da doença e do transtorno, analisa sistemas de aliança das relações humanas e considera a cultura como um conjunto rico, coerente e dinâmico de representações, de narrações, de metáforas e de símbolos que ajudam os pacientes a refletir sobre a experiência que vivem, proporcionando-lhes, em seguida, meios de modificar essa experiência (2004, p. 190- 191).

A Etnopsiquiatria caracteriza-se por não considerar o profissional como o detentor do saber, e sim por declarar o sujeito como principal informante sobre suas próprias referências e experiências subjetivas. Como prática, esta é uma disciplina aberta e mutável, pois se foca no reconhecimento da diferença e no exercício das miscigenações de diversas maneiras de pensar, de intervir e de cuidar de universos lógicos e culturais distintos. Esta disciplina contribui para um olhar contextual do sintoma, buscando o sentido de suas manifestações na história pessoal do sujeito e no seu contexto sócio-cultural. O trabalho é feito com o conteúdo explícito trazido pelo sujeito e pelas representações simbólicas que emergem de sua situação. (BORGES; POCREAU, 2009; PUSSETTI, 2010).

Esses aspectos clínicos da etnopsiquiatria ilustram sua prática, que é voltada para o vínculo, o encontro, e a mediação. Para que seja possível um encontro entre universos de pensamentos e de lógicas culturais diferentes, é imprescindível o estabelecimento de vínculos múltiplos entre os profissionais, e entre o usuário e cada profissional. Trabalhar sobre os vínculos consiste em acompanhar o sujeito na evocação de sua história pessoal, e a de sua família. A narração permite, igualmente, reintroduzir o tempo. A cultura de origem, portanto, é entendida como a base da humanidade da pessoa, e é pela língua materna na qual se constroem seu pensamento e seus primeiros vínculos. Porém, o trabalho terapêutico não se limita a confinar o usuário em sua cultura de origem, concebendo o tempo passado como *locus* terapêutico. O que importa é que, a partir desses dados, esse âmago da identidade, da vitalidade e da segurança possam ser restaurados (BORGES; POCREAU, 2009).

Quanto aos recursos terapêuticos, Mestre (2004) ressalta que a etnopsiquiatria resgata o genograma do sujeito, de modo a reativar relações, potencializando a capacidade de estabelecer ligações. Isto permite que o usuário resgate as suas origens e reencontre certa continuidade existencial. Restaurar essa capacidade relacional pode reforçar e apoiar

a formação de novos vínculos que o sujeito estabelecerá com a sociedade que se difere culturalmente.

Um recurso terapêutico importante ao se trabalhar a atribuição de sentido, é a coerência na elaboração de um projeto de vida. Esse deve abordar e respeitar o que a pessoa atual é, o que ela se tornou, mas também o que ela foi no passado e o que ela poderia ser no futuro, trabalhando as mais diversas temporalidades do sujeito. Este projeto de vida, ao ser estabelecido, permite a elaboração de uma coerência interna e existencial, e a partir dessa unidade, a continuidade psíquica de si poderá ser restabelecida (BORGES; POCREAU, 2009).

O emprego de instrumentos e medidas padronizadas são direcionado para usuários “padrão”, sendo conseqüentemente inadequados para o cuidado e assistência a usuários que se distinguem da norma, como é o caso das “minorias” étnicas, indígenas, imigrantes, refugiados, etc. Desta forma o sintoma nunca é pensado numa perspectiva semântica, o que despreza interpretações alternativas e contextualizadas, que são essenciais na construção da experiência de sofrimento. Nem sempre os modelos biomédicos de se pensar a saúde mental fazem sentido para as experiências pessoais dos doentes, especialmente no caso de praticarem outras formas de interpretar, definir, explicar e agir face ao sofrimento. Diante das diferentes formas de vivenciar o corpo, o sofrimento e as emoções, a resposta farmacológica como única opção terapêutica se mostra incapaz de oferecer o espaço de escuta e diálogo que é o elemento fundamental de qualquer serviço que ofereça um cuidado sensível às diversidades socioculturais (PUSSETTI, 2010).

Já a etnopsiquiatria se baseia em um sistema de saberes e práticas complexo, múltiplo, e plural, no qual a psiquiatria Ocidental é apenas um dos diversos modelos médicos existentes. Este modelo de cuidado explora outros conceitos do corpo, de sofrimento, e outras terapias e conhecimentos, integrando-os nas práticas de cuidado. É a partir destas reflexões que a etnopsiquiatria clínica se baseia em uma concepção relativista e construtivista social. Nesta visão, é fundamental examinar a dimensão cultural para compreender as dimensões de significado que os modelos biológicos não conseguem captar e/ou explicar.

A posição relativista da etnopsiquiatria se baseia em Nathan (1986), que considera o processo de atribuição de sentido e valor histórico específico das diferentes culturas. Nesta, o sofrimento não é considerado um constructo objetivo e neutro, mas sim, um conjunto de conotações, metáforas, significados, valores e ideologias. Sendo assim, cada sociedade terá as suas próprias emoções e modelos de doenças,

que não podem ser consideradas como universais, imutáveis ou objetos naturais, como pretende o paradigma biomédico. Torna-se então necessário abordar a presença simultânea de diversos saberes baseados em diferentes definições do indivíduo, de normalidade e alternativas de saúde, de sintomas, de doença e de cura (PUSSETTI, 2010).

A etnopsiquiatria dedica-se a um exercício de relativização do saber biomédico ocidental, oferecendo uma leitura polissêmica do sofrimento. Há um esforço hermenêutico que investiga o sentido do sofrimento que se constrói na articulação da história individual e do contexto sociocultural, para além dos sintomas manifestos (QURESHI, 2005). Esta abordagem descreve a complexidade e as mutações da vida social e experiência individual, compondo uma nova abordagem, que oferece espaços de autonomia e liberdade ao indivíduo, buscando superar o determinismo psicobiológico e o sociocultural. O usuário em busca de apoio psicológico nos serviços de assistência à saúde mental só poderá receber um cuidado eficaz na medida em que encontra serviços socioculturalmente sensíveis, que se caracterizam por serem capazes de considerar o mais amplo contexto social, histórico, econômico e político que influencia o sofrimento das pessoas, suas dinâmicas quotidianas, e sua produção social e cultural (PUSSETTI, 2010).

2.7 DESCOLONIZAÇÃO DO CONHECIMENTO

*“You split the world
into pieces and
called them countries
declared ownership on
what never belonged to you
and left the rest with nothing
- colonize.”
(Rupi Kaur)*

*“...temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades.”
(Boaventura de Sousa Santos)*

É desafiador pensar e escrever sobre a diversidade humana. Vivemos em uma sociedade que violenta a existência através de diversos

fenômenos como a xenofobia, as assimetrias de poder entre mulheres e homens, ricos e pobres, as profundas desigualdades econômicas e sociais, a rejeição de orientações sexuais e de identidades de gênero diversas, entre tantos outros. Isto demonstra o quão inseguras são ainda as sociedades para a expressão de múltiplas diversidades identitárias.

A diversidade é representada por diferentes realidades, sendo aquelas que podemos vivenciar e perceber, e aquelas que nos escapam à consciência, totalmente diferentes das nossas experiências subjetivas e relacionais. Porém, muitas vezes as ciências que buscam compreender o ser humano em relação acabam se apoiando em pressupostos epistemológicos e ontológicos que não levam em conta ou que desrespeitem as diversidades. A isto se chama de conhecimento colonizado, ou seja, há uma certa padronização de conceitos, uma naturalização das diferenças, sem levar em consideração que diferentes pessoas, de diferentes realidades socioculturais, possuem diferentes formas de pensar e viver em relação com o mundo (SAMPSON, 2000).

Um conhecimento e uma prática de cuidado, que chamamos aqui de descolonizadas, possuem sensibilidade e respeito às diversidades e as diferentes formas de experimentar o mundo, com suas particularidades. No cuidado à saúde mental este conceito é fundamental, pois não há uma imposição de um único modo de ver a saúde, e sim um respeito às diferentes formas de o sujeito perceber seu processo de saúde-adoecimento, e uma sensibilidade para perceber o que pra ele faz sentido em seu tratamento. Nesta forma de pensar e fazer um cuidado crítico, é importante perceber as dificuldades “*em lidar com as diferenças e com a existência do Outro de uma forma celebrativa em vez de opressiva*” (SAMPSON, 2000, p.5).

Em sua obra, *Pele Negra e Máscaras Brancas* (2008), percebemos que Fanon exercita a descolonização do conhecimento. Fanon não aplica as teorias europeias para pensar sobre a experiência negra, mas, ao contrário, pensa a teoria a partir da singularidade da experiência negra. Fanon é um autor afro-diaspórico importante para entendermos as sociedades contemporâneas estruturadas pelo colonialismo e sua contribuição para o racismo. Fanon foi um dos primeiros teóricos a exercitar a produção de conhecimento descolonizado, desafiando assim a hegemonia do conhecimento eurocêntrico.

Outro autor importante do pensamento descolonizado foi Paulo Freire (1977), que fala que Guiné-Bissau e outros países em processo de descolonização e reconstrução nacional, tinham como base de suas políticas o princípio da autodeterminação. Este princípio ou filosofia política se baseia no resgate da autoconfiança e na valorização da

cultura e da história desses locais. Segundo este autor, o discurso do colonizador apresenta a cultura do colonizado como inferior. Neste caso o colonizado precisaria da proteção política e da cultura “superior” do colonizador. Colonizar traz a ideia de superioridade racial e cultural. Paulo Freire vê, então, o processo de libertação, pela emancipação, pela conquista da autonomia do colonizado, tornando-se sujeito e protagonista de sua história.

Neste caso, segundo Gadotti e Romão (2012), é importante entender o conceito de diálogo de Freire, essencial para um cuidado à saúde mental descolonizado, crítico. Sua concepção de diálogo foi desenvolvida em um dos capítulos de Pedagogia do oprimido. Este autor estabelece cinco condições para o diálogo:

1. O amor: *“se não amo o mundo, se não amo a vida, se não amo os homens, não me é possível o diálogo”* (FREIRE, 1970, p. 80).
2. A humildade: *“auto-suficiência é incompatível com o diálogo”* (FREIRE, 1970, p. 81).
3. A fé nos homens: *“fé na sua vocação de ser mais [...] sem a fé nos homens o diálogo é um farsa”* (FREIRE, 1970, p. 81).
4. A esperança: *“a esperança está na própria essência da imperfeição dos homens, levando-os a uma eterna busca”* (FREIRE, 1970, p. 82).
5. O pensar crítico: para Paulo Freire (1970, p. 83), o pensar ingênuo é “acomodação”: *“somente o diálogo, que implica um pensar crítico, é capaz, também de gerá-lo; sem ele não há comunicação e sem esta não há verdadeira educação”* (GADOTTI; ROMÃO, 2012).

Ao lançar nosso olhar sobre as diversidades humanas e pensar um cuidado potencializador de integração de realidades subjetivas e sociais diversas, é preciso relacionar as temáticas teóricas e a práxis de forma crítica, ou seja, é através deste modo crítico de pensar e de agir que podemos verdadeiramente entender que a diversidade é uma característica da humanidade. Somos todos diversos, e temos diversos modos de pensar e experienciar nossa saúde. É preciso ainda atentar para o que Santos Carneiro (2013) chama de “violência de inexistir”, sendo essa violência representada pela recusa do valor inalienável da diversidade humana.

De acordo com Trickett, Watts, & Birrman (1993), há um registro conceitual de inferioridade, que acaba unindo a ideia de diversidade

a de déficit. Esta ideia é representada pelas pessoas que não se enquadram num registro “normativo” de expressão identitária, sendo a estas delegado uma posição de desfavorecimento. Contudo, muitas vezes a diversidade é ainda lida neste paradigma de déficit, através de uma focalização nos aspectos debilitantes ou deficitários das diferenças, o que prejudica uma verdadeira integração do diverso, e o que chamamos de conhecimento ou prática clínica colonizada.

Trickett, Watts, & Birrman (1993) propõem uma abordagem afirmativa, que mais do que de diversidade falam de “diversidade humana” . Eles utilizam esta opção conceitual, pois com esta noção é possível substituir expressões como “minorias” ou “grupos de interesse”, o que direciona um olhar positivo sobre as diferenças individuais, mais do que colocar ênfase nas consequências negativas da opressão. Além disso, quando usamos o termo “humana”, há uma ampliação na definição de diversidade, para que nesta sejam incluídas as experiências de pessoas que são alvo de opressão por outros critérios, como orientação sexual, gênero, etnia, pobreza, incapacidade física ou psíquica, entre outros. Não há neste conceito uma ideia inferiorização, mas sim uma celebração da riqueza contida nessas experiências. Este olhar para a “diversidade humana” de modo descolonizado tem implicações ainda mais amplas, pois desconstrói a noção de “cultura majoritária” ou “dominante” fazendo diminuir, deste modo, as fronteiras entre “minorias” e “maioria” .

Apenas através de uma mudança epistemológica, que trouxe novas formas de pensar para além do positivismo, é que foi possível que o conceito de diversidade incluísse identidades e contextos de pertença cada vez mais diferenciados. Através de uma visão positivista dos processos de saúde-doença-cura habitavam nas concepções de diversidade concepções de “inferiorização”. Em uma visão diferenciada, as teorias do conhecimento verdadeiramente celebram a multiplicidade de significados intrínsecos a noção de diversidade humana. Nestas, há o reconhecimento atento de que as construções científicas não estão desvinculadas dos significados culturais , e que não se pode dissociar os interesses e as posições ideológicas de quem produz essas construções.

No tocante à conexão entre os pressupostos críticos da diversidade humana e a adesão aos valores das comunidades, é preciso o envolvimento ativo e efetivo de todas as pessoas dessa comunidade na interpretação dos processos e dos resultados das intervenções, bem como o seu envolvimento para as mudanças. Deste modo, as pessoas terão de ser co-autoras, e estarem envolvidas nos projetos que a elas se dirigem (JACÓ-VILELA; SATO, 2012).

Quanto à justiça social, segundo Santos Carneiro (2013), é importante ressaltar que ela depende da adequação dos saberes a cada comunidade. Como afirma Prilleltensky (1997), não pode haver diversidade sem condições de justiça e igualdade. Para esta práxis é crucial que os profissionais partilhem o poder entre si, com suas diferentes abordagens, e com a comunidade. Isto, muitas vezes, acarreta em conflito de visões. Porém, este conflito é parte integrante, e oferece uma oportunidade privilegiada, porque construtiva, para a aprendizagem e para reformulação de pressupostos e das visões sobre as experiências subjetivas e coletivas que são dadas, muitas vezes, como pré-garantidas.

A importância desta práxis crítica, descolonizada, que permite que “*os alvos da diminuição cultural resistam às prescrições negativas que lhes são atribuídas pela cultura dominante*” (PRILLELTENSKY & NELSON, 2009, p. 139). Tendo por base esta concepção, é possível trabalhar para colocar lado a lado a abertura das comunidades, do corpo social e das realidades psicológicas e experienciais à existência do “Outro”. O respeito pela diversidade humana nas intenções de pensamento e de ação crítica gera novas identidades profissionais, reformuladas, alimentadas pelo desafio construtivo de perspectivas.

Até que seja possível integrar a diversidade humana, e até que ela se faça enriquecedora do cuidado, das ciências e do plano político, a violência impera e impede a todos nós de nos vermos celebrados na diversidade que é a nossa, ao sê-lo sempre de forma reflexiva, localizada, psíquica e culturalmente descolonizada, diferenciada e legitimada. “*Na perspectiva da diversidade humana, toda a gente tem uma cultura, uma raça, um gênero, uma orientação sexual e um lugar na ordem social*” (TRICKETT, WATTS, & BIRMAN, 1993, p. 265).

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO

Essa pesquisa se caracteriza como uma análise documental, cujo alcance dos objetivos é exploratório e descritivo. Caracteriza-se como qualitativo pois pretende-se **compreender de que forma as Políticas Públicas de Saúde e de Saúde Mental brasileiras contemplam o cuidado às diversidades socioculturais**.

Para alcançar os objetivos propostos, foi utilizado nesta pesquisa o método de investigação e análise documental. Este método se constitui pela seleção criteriosa de documentos, além de técnicas de organização, classificação do material e elaboração de categorias de análise. Durante a pesquisa, o problema de pesquisa proposto orientou todo o processo de coleta e análise dos dados (PIMENTEL, 2001; VALLES, 1997).

Uma vez que o problema desta pesquisa se voltou à investigação do tema cuidado às diversidades socioculturais nas políticas públicas de saúde e de saúde mental, o método de investigação e análise documental dos referidos documentos mostrou-se o meio mais adequado para a concretização da pesquisa.

O alcance desta pesquisa é exploratório, visto que a problematização acerca do cuidado em saúde mental, que considere as diversidades socioculturais, têm sido pouco abordada na literatura nacional; e é descritivo, pois buscou especificar e descrever características dos documentos que contemplam o cuidado às diversidades socioculturais (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2006).

A vantagem de se usar materiais documentais em pesquisa, é que este método permite investigar aspectos históricos e atuais dos documentos fornecidos pelo ministério da saúde, permitindo uma boa contextualização do objeto de pesquisa. A desvantagem é que os referidos documentos foram construídos em um tempo histórico e em um contexto específico, com objetivos diferentes da investigação proposta. Contudo, uma investigação cuidadosa, e a análise crítica e contextualizada dos documentos acabam diminuindo esta desvantagem. Há ainda outros pontos que devem ser levados em consideração na utilização do método de investigação e análise documental, como a autenticidade e credibilidade dos documentos; sua importância e representatividade se comparados a outros materiais disponíveis sobre a temática; e a cuidadosa interpretação de seus significados (VALLES, 1997).

Depois de selecionados, os documentos foram arquivados e organizados. Foram utilizadas diversas técnicas da análise de conteúdo categorial temático (BARDIN, 1977), como, leituras recorrentes, fichamentos, e organização do material, seguindo o critério de assunto, ou seja, aspectos temáticos e conceituais dos documentos. Desta forma, o próprio material dirigiu o estabelecimento dos temas que irão compor os núcleos de sentido.

Para a análise dos documentos foram construídos quadros dos documentos de forma a sistematizar suas informações principais. Os documentos foram organizados conforme sua natureza, acrescentando palavras-chave, observações e comentários sobre as possíveis relações com o problema de pesquisa, buscando assim, instrumentalizar a análise dos conceitos e propostas fundamentais apresentados nos documentos (PIMENTEL, 2001).

O posicionamento investigatório e postura epistemológica que guiou a análise dos dados foi a hermenêutica-dialética, através da compreensão hermenêutica e da construção de núcleos de sentido, formulados após a leitura criteriosa dos documentos (MINAYO, 2014). Esta postura teórico-metodológica de análise dos dados será melhor explorada na seção 4.4.

3.2 TRABALHANDO COM DOCUMENTOS

Há um relativo estranhamento referente ao fato de pesquisar o cuidado em saúde mental não através de entrevistas, pesquisas-ações, entre outros métodos que envolvem pesquisa de campo, com os sujeitos envolvidos no cuidado. Porém, os documentos analisados, por se tratarem de políticas e procedimentos, conectam-se e transformam os mundos sociais que buscam circunscrever por meio de processos mais complexos do que supõe os ideais de objetividade, formalismo e impessoalidade associados a estes documentos.

Estes documentos exercem mais do que a sua função meramente referencial, que tem como objetivo registrar, orientar e representar graficamente algo que existe no mundo. A produção, a circulação e o arquivamento de documentos têm influência no mundo social, não só por seu efeito de verdade, de eloquência, mas também por funcionarem como critérios de respeitabilidade, elegibilidade e acesso a benefícios e direitos (FERREIRA, 2013). Deste modo, os documentos são capazes de produzir diferentes efeitos e engendrar múltiplos afetos e relações, sendo fundamental pesquisar o cuidado à saúde mental das diversidades

socioculturais em documentos.

Há muitas limitações e desafios ao se trabalhar com documentos. Documentos formam um corpus vivo que se altera e que perfaz novos mundos a cada leitura. Os documentos são silenciosos, não falam diretamente conosco, não nos instigam, nos questionam, e nos deparamos constantemente com a falta que estes silêncios nos impõe. Os silêncios se referem a coisas não ditas nos documentos, e também as coisas que sequer suspeitamos, que não nos damos conta de interrogar por não termos muitas provocações que nos aticem, nos incentive a curiosidade ou sentimento de incomodação (VIANNA, 2014).

Na tentativa de superar alguns destes silêncios, foi fundamental a busca histórica sobre o contexto de produção dos documentos analisados (na seção 2.2 desta dissertação), principalmente no tocante às políticas de saúde mental. Situar historicamente os documentos nos ajudou a desvelar seu valor político e técnico em dado contexto. Compreender historicamente e contextualmente o cuidado à saúde mental e os movimento de Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica, Luta anti-manicomial, e como estes movimentos resultaram nas políticas de saúde mental que temos hoje foi fundamental para a análise dos documentos.

Desta forma, olhar para os documentos, estando ciente das faltas que provocam, e usar isso como um motivador para investigar os conteúdos que interessam à pesquisa, e como a narrativa por detrás dos documentos se costuram, foi fundamental. Retalhar e alinhar os documentos uns aos outros compõe condições interessantes que ajudaram na pesquisa com documentos. Neste processo de altos e baixos, de faltas e parcialidades, nos esforçamos para identificar a riqueza destes documentos como constructos e como agentes sociais, construtores de realidades que são. Seu papel de serem artefatos que deve permanecer, durar, orientar, dada por seu caráter de documento, de lei, de protocolo, de cartilha, tem um importante papel nas nossas vidas e na prática do cuidado em saúde mental (VIANNA, 2014).

3.3 PROCEDIMENTOS DE LEVANTAMENTO, SELEÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE DADOS

Os procedimentos de levantamento, seleção e classificação de dados foi realizado em quatro etapas (Tabela 1), de forma a operacionalizar os dados para a análise hermenêutica-dialética.

A primeira etapa de levantamento dos documentos se deu pela seleção inicial dos documentos oficiais das políticas públicas de saúde e

Etapas	Descrição
I - Levantamento	Seleção inicial dos documentos
II - Seleção	Leitura, ordenação e mapeamento de todos os dados obtidos na revisão dos documentos oferecidos pelo Ministério da Saúde
III - Classificação	Classificação dos dados e achados visando a formulação dos núcleos de sentido.
IV - Análise Documental	Articulação entre os dados coletados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base nos objetivos.

Tabela 1 – Procedimento de seleção de documentos

de saúde mental disponíveis no site do Ministério da Saúde/ Governo Federal (<http://portal.saude.gov.br/saude>).

Considerando os critérios de autenticidade e credibilidade, essa seleção se deu de três formas:

1. Legislações Básicas do SUS;
2. Pesquisa por área temática;
3. Políticas e Diretrizes do SUS.

As legislações básicas do SUS que foram selecionadas são:

- Constituição Federal
- Lei nº 8.080/1.990
- Lei 9.836/1999
- Lei 10. 424/2002
- Decreto nº 7.508/2011
- Lei nº 8.142/1990

Na seleção por áreas temáticas, foram selecionados os documentos relacionados relacionados às cinco categorias temáticas abaixo:

1. Saúde mental;
2. Humanização;
3. Promoção da saúde;
4. Participação e Controle Social;
5. Saúde das Populações.

Por último, foi feita a seleção de outras legislações relevantes para o objetivo desta pesquisa na área de Políticas e Diretrizes do SUS.

A figura a seguir ilustra os passos da primeira etapa de seleção dos documentos:

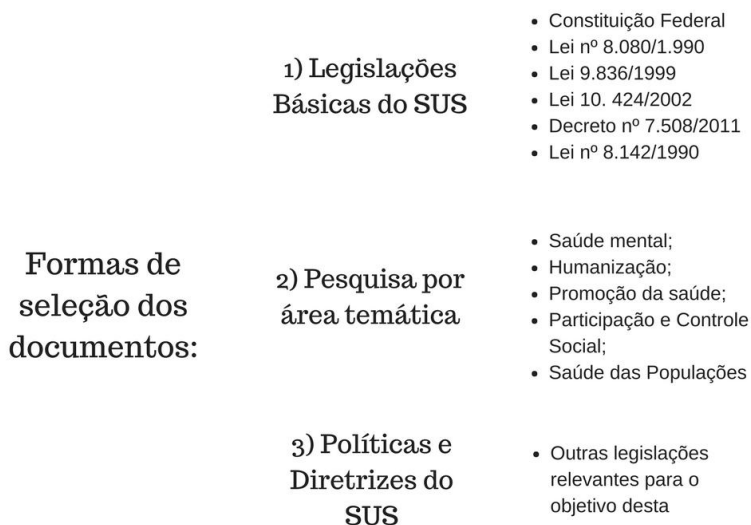


Figura 1 – Esquema da primeira etapa de seleção dos documentos.

Na fase de levantamento foram levantados 58 documentos, sendo eles políticas, diretrizes, leis, portarias, relatórios, cadernos, cartilhas entre outros.

Na etapa de seleção foram selecionados os documentos com acesso liberado que apresentam alguma relação com o tema da pesquisa. Para tanto, foi realizada a leitura das publicações e dos documentos oficiais. Esta etapa de seleção foi o primeiro filtro que permitiu uma redução do volume do material documental.

Na terceira etapa foi realizada a classificação dos dados e dos achados. Nesta fase foi importante considerar que o dado não existe por si só. Ele é construído a partir do questionamento construído sobre eles, tendo como base a fundamentação teórica. Nesta etapa foi realizada a leitura exaustiva e repetida dos textos, de forma a estabelecer questionamentos para a identificação do surgimento dos fatos relevantes para a pesquisa. Após, foram elaborados os núcleos de sentido para a análise final.

Na quarta etapa os documentos selecionados até este momento foram analisados. Este foi o momento de articulação entre os dados coletados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo à pergunta de pesquisa com base nos objetivos. Esta etapa permite criar relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, e entre a teoria e a prática.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados propriamente dita, os documentos específicos referentes às diversidades socioculturais no cuidado à saúde mental foram analisados na íntegra, independentemente de seu tamanho. A análise foi guiada pela pergunta de pesquisa: Como as políticas públicas de saúde e de saúde mental abordam o cuidado às diversidades socioculturais?

O posicionamento investigatório e postura epistemológica que guiou a análise dos dados foi a hermenêutica-dialética. A análise dos dados se deu através da construção de núcleos de sentido, formulados após a leitura criteriosa dos documentos (MINAYO, 2014).

Stein (1987) argumenta que a junção da hermenêutica com a dialética é um método conveniente para compreensão do real. A hermenêutica dialética permite compreender um objeto de estudo histórico, que se apresenta na realidade como complexo e contraditório. Esta postura teórico-metodológica permite a interpretação e análise dos sentidos contidos nos documentos, face ao contexto histórico no qual foram produzidos.

Minayo sugere, então, que é possível associar a hermenêutica com

a dialética, pois entende que há nelas uma complementaridade possível, e destaca que:

"(...) a reflexão hermenêutica produz identidade da oposição, buscando a unidade perdida. Ela se introduz no tempo presente, na cultura de um grupo determinado para buscar o sentido que vem do passado ou de uma visão de mundo própria, envolvendo num único movimento, o ser que compreende e aquilo que é compreendido" (MINAYO, 1993, p. 219).

A escolha por este método de análise e por esse posicionamento epistemológico frente aos dados a serem analisados se deu pela busca de entender o significado, buscar na linguagem contida nos documentos a compreensão do sentido dos conteúdos que compõem as políticas públicas de saúde e de saúde mental brasileiras. A hermenêutica dialética permitiu compreender o objeto de estudo histórico, que são as legislações e as políticas públicas, que se apresentam na realidade como um fenômeno complexo.

Gadamer (1960 *apud* SCHMIDT, 2014), autor referência sobre o assunto, considera a hermenêutica como a arte da compreensão e interpretação dos objetos de estudo, seja ele texto, documento, livro, entrevista ou sujeito. Para o autor a hermenêutica tem como objetivo alcançar um acordo em relação ao tema de pesquisa, pois, a compreensão verdadeira é aquela que provoca os preconceitos do passado, expostos no presente e projetados para o futuro.

Ainda em Gadamer (1960 *apud* SCHMIDT, 2014), a compreensão se dá a partir de um diálogo, onde a posição do pesquisador é de manter seus sentidos atentos de forma a respeitar as diferentes visões sobre um determinado assunto. O autor afirma que a linguagem pode ser utilizada no processo de construir afirmações sobre o tema pesquisado, possibilitando, de certa forma, a co-construção de novas tendências no cuidado em saúde mental.

Nossas compreensões da vida são influenciadas por concepções prévias que formamos sobre o mundo. Estes preconceitos nada mais são do que estruturas prévias de compreensão herdadas da tradição. Elas incluem a construção de significados, valores, moral, propósitos de vida, configuração familiar, preferências, entre outros. Portanto, sendo toda compreensão produzida por concepções prévias herdadas do passado, a compreensão hermenêutica propõe diferenciar e se atentar aos preconceitos, questionando-os e abandonando-os quando necessário (GADAMER, 1960 *apud* SCHMIDT, 2014).

Segundo Mantzavinos (2014), a compreensão hermenêutica pela projeção de um significado para o todo do texto. Este é construído com a influência de expectativas e experiências do próprio pesquisa-

dor. Com esse significado projetado, o pesquisador percorre o círculo hermenêutico entre o todo do texto, sua compreensão e os referenciais teóricos que contribuíram com este diálogo entre as duas partes (texto pesquisador). O pressuposto que orienta a análise é a ideia de que não há consenso e nem ponto de chegada no processo de produção do conhecimento, bem como o fato de que a ciência se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge na realidade concreta.

Durante este processo de significação, diálogo e compreensão, identificamos quatro Núcleos de sentido. São eles: Direitos dos Cidadãos; Determinantes sociais da saúde; Formação dos Profissionais; e Cuidado às diversidades humanas. Através deles foi possível apreender os sentidos que constituem o conteúdo dos documentos de modo a responder a pergunta de pesquisa (MAIA et al., 2011; MINAYO, 2014). Dentro do último núcleo de sentido, cuidado às diversidades humanas, identificamos "Subnúcleos de sentido". São eles: Apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; Acolhimento; Construção de vínculos; Tratamento envolvendo diversos métodos e técnicas terapêuticas; Cuidado territorializado em rede; Tratamento em ambiente terapêutico; e Participação e controle social, autonomia e corresponsabilização.

4 RESULTADOS

Após a leitura cuidadosa e criteriosa dos documentos, serão apresentados os resultados de forma descritiva, contendo as informações relevantes de cada documento.

Para apresentar os resultados desta pesquisa, os documentos serão divididos em duas grandes áreas. A primeira se caracteriza como os documentos básicos, importantes para a compreensão geral da saúde e do modelo de cuidado preconizado no Brasil. A segunda área é formada pelos documentos que dizem respeito especificamente à saúde mental, incluindo as políticas de saúde mental e a saúde das populações.

Abaixo se encontra a tabela com os documentos selecionados para a análise:

Tabela 2 – Documentos selecionados para a análise de dados:

Áreas	Sub-áreas	Legislações
Legislação	Básica	Constituição da República Federativa do Brasil (1988)
		Lei 8.080 (1990)
		Decreto 7.508 (2011)
		HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS (2008)
	Humanização	HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização (2004)
		Política Nacional de Humanização (2010)
		Lei 12.288 (2010)
	Promoção da Saúde	Carta de Ottawa (1986)
		Declaração de Sundsvall (1991)
		Declaração de Santafé de Bogotá
		Política nacional de promoção da saúde (2006)
		Redes de produção de saúde (2009)
		Promoção da saúde - MS, Organização Pan-americana da Saúde (2009)
		Portaria/SNAS nº 224 (1992)
		Portaria/GM nº 106 (2000)
Saúde Mental	Políticas de Saúde Mental	Lei 10.216 (2001)
		Portaria 3.088 (2011)
		Portaria 1.720 (1994)
		Portaria 251 (2002)
		Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção: Relatório de Gestão 2003-2006 (2007)

Table 2 continued from previous page

Áreas	Sub-áreas	Legislações
		Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas (2005)
		Clínica Ampliada e Compartilhada Série B. Textos Básicos de Saúde (2009)
		Clínica Ampliada e Compartilhada Série B. Textos Básicos de Saúde (2008)
	Saúde das Populações	Lei 6.001 (1973)
		Lei 3.156 (1999)
		I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial (2005)
		Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: Uma Questão de Equidade (2001)
		Plano Operativo de Saúde das Populações do Campo e da Floresta 2012/2015 (2011)
		Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2008)
		Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002)

A partir da análise destes documentos, foram propostos os núcleos de sentidos. Com os núcleos formados, foi possível a articulação entre os dados coletados e os referenciais teóricos da pesquisa, permitindo criar relações entre a teoria e a prática. Esta primeira parte, porém, se caracteriza como uma breve descrição de cada documento selecionado e analisado nesta pesquisa¹.

4.1 LEGISLAÇÃO BÁSICA DO SUS

4.1.1 Documentos Básicos

- **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**

Este documento aponta que a República Federativa do Brasil,

¹Incluimos esta primeira etapa de apresentação dos resultados pois achamos conveniente que os leitores deste trabalho pudessem ter uma visão mais aprofundada dos documentos analisados, e como eles contribuem para o cuidado às diversidades socioculturais. Acreditamos que apresentar um breve resumo do conteúdo destes documentos pode contribuir para profissionais de saúde que queiram saber mais sobre estes documentos, e para pesquisadores que queiram usar este material em pesquisas posteriores.

constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: a soberania; a cidadania; a dignidade da pessoa humana; os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; e o pluralismo político.

De acordo com a Constituição, os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, que nos possibilitam vislumbrar a atenção à saúde às diversidades socioculturais são: erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios: prevalência dos direitos humanos; autodeterminação dos povos; e repúdio ao terrorismo e ao racismo.

O Artigo 5º da constituição se apresenta como um importante eixo, pois instaura que: *“Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade[...]. É inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias”*.

O artigo 6º apresenta a saúde como direito social, bem como a educação, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados.

Este documento apresenta uma seção específica no tocante à saúde. Nela, a saúde é considerada direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Nesta seção também se encontram os princípios do SUS, pois instaura que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade.

Outra seção importante da constituição diz respeito à cultura, e instaura que o Estado garantirá a todos o pleno exercício dos direitos culturais e acesso às fontes da cultura nacional, e apoiará e incentivará a valorização e a difusão das manifestações culturais.

Nesta seção também consta que o Estado protegerá as mani-

festações das culturas populares, indígenas e afro-brasileiras, e das de outros grupos participantes do processo civilizatório nacional.

Também é apresentado Sistema Nacional de Cultura, que fundamenta-se na política nacional de cultura e nas suas diretrizes, estabelecidas no Plano Nacional de Cultura, e rege-se pelos seguintes princípios: diversidade das expressões culturais; transversalidade das políticas culturais; e democratização dos processos decisórios com participação e controle social.

Na seção que trata da cultura há um capítulo especial que se refere aos Indígenas. Neste são reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens.

• **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.**

Lei que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Esta legislação conceitua a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Este documento prevê os princípios de funcionamento do SUS, dos quais destacaremos os mais relacionados ao nosso tema:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; VIII - participação da comunidade; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

Esta legislação dá diretrizes para o funcionamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999). Nesta, é instaurada a obrigatoriedade de levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve

pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

O SUS também servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

Este documento garante o acesso das populações indígenas ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Outro aspecto importante garantido por essa legislação é a participação social. Sendo assim, as populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso.

- **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.**

Este documento regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

O decreto propõe o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica, documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

Este documento aborda que a população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde.

Este decreto também dispõe sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde que prevê a identificação das necessidades de saúde locais e regionais; a humanização no atendimento do usuário; a garantia da gestão participativa; o estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como

ferramenta de sua melhoria; e a apuração permanente das necessidades e interesses do usuário.

4.1.2 Humanização

- **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**

No campo da Saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.

Segundo este documento, ainda estão em debate as formas de organização do SUS, dos serviços oferecidos e do trabalho em saúde, que definem os modos de se produzir saúde e onde investir recursos. Diante disto, muitos desafios para a produção de saúde ainda permanecem, entre eles:

- Considerar a diversidade cultural e a desigualdade socioeconômica presente no território nacional;
- Considerar o complexo padrão epidemiológico do povo brasileiro, que requer a utilização de multiplicidade de estratégias e tecnologias;
- Superar o entendimento de saúde como ausência de doença (cultura sanitária biomédica), para a ampliação e o fortalecimento da concepção de saúde como produção social, econômica e cultural;
- Implantar diretrizes do acolhimento e da clínica ampliada, para a ratificação do compromisso ético-político dos serviços de saúde na defesa da vida;
- Melhorar a interação nas equipes e qualificá-las para lidarem com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção à saúde.

O documento traz a humanização não apenas como programa, mas como política pública que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS. Assim, entendemos humanização do SUS como:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
- Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro;
- Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil, e mais resolutivo;
- Compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;

Para isso, a Humanização do SUS se operacionaliza com:

- O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde.

Este documento traz as Orientações gerais da PNH, sendo as mais relevantes para o cuidado às diversidades:

- Valorização da dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos de cidadania, destacando-se as necessidades específicas de gênero, étnico-racial, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (população negra, do campo, extrativista, povos indígenas, quilombolas, ciganos, ribeirinhos, assentados, população em situação de rua, etc.);

- As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

A PNH também se constitui como um método, que caminha no sentido da inclusão, nos processos de produção de saúde, dos diferentes agentes implicados nestes processos. Podemos falar de um “método de tríplice inclusão”: inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade.

Para orientar a implementação de ações de Humanização na rede SUS, reafirmam-se os princípios da PNH, direcionados nos seguintes objetivos:

- Ampliar o diálogo entre os trabalhadores, entre os trabalhadores e a população e entre os trabalhadores e a administração, promovendo a gestão participativa, colegiada e a gestão compartilhada dos cuidados/atenção;
- Estimular práticas de atenção compartilhadas e resolutivas, racionalizar e adequar o uso dos recursos e insumos, em especial o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;
- Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Adequar os serviços ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável.

O acolhimento é um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde da PNH, que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.

O conceito de Clínica Ampliada também é constitutivo da PNH. A Clínica Ampliada modifica as práticas de cuidado, no sentido da ampliação da clínica, isto é, pelo enfrentamento de uma clínica ainda hegemônica, como mostra a tabela abaixo.

Clínica	Clínica Tradicional	Clínica Ampliada
Objeto	Doença e Sintoma	Saúde, potencialidades, vulnerabilidades, risco, contexto do sujeito
Objetivo	Remissão de sintoma e cura	Promoção e produção de saúde; ampliação do grau de autonomia dos sujeitos
Avaliação Diagnóstica	Objetiva, clínica ou epidemiológica	Considera não só o saber clínico e epidemiológico, como também a história dos sujeitos e os saberes por eles veiculados
Intervenção Terapêutica	Considera predominantemente ou exclusivamente os aspectos orgânicos	Considera a complexidade psicossocial das demandas de saúde

Tabela 3 – Diferenças entre a Clínica Tradicional e a Clínica Ampliada.

As propostas da clínica ampliada são: 1) compromisso com o sujeito e não só com a doença; 2) reconhecimento dos limites dos saberes e a afirmação de que o sujeito é sempre maior que os diagnósticos propostos; 3) afirmação do encontro clínico entre dois sujeitos (trabalhador de saúde e usuário) que se co-produzem na relação que estabelecem; 4) busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde; 5) aposta nas equipes multiprofissionais e transdisciplinares; 6) fomento da co-responsabilidade entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (trabalhadores de saúde, usuários e rede social); 7) defesa dos direitos dos usuários.

A PNH também inclui o modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuá-

rios. Na compreensão de rede, deve-se reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (entre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intra-equipes de saúde, intequipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes.

O vínculo também é um conceito importante para a PNH. Na rede psicossocial, compartilhamos experiências, e a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, este “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo sujeitos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, em que um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Desse modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos.

- **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização, 2004**

Este documento aponta que o Brasil, país com profundas desigualdades socioeconômicas, o acesso aos serviços e bens de saúde com consequente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário permanece com graves lacunas. Há também um despreparo dos profissionais para lidar com dimensão subjetiva que toda a prática de saúde supõe. O cenário indica a necessidade de mudanças no modelo de atenção, e para isso foi instaurada a PNH. A PNH implica: construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde e de sujeitos; co-responsabilização; mudança na cultura de atenção; troca e construção de saberes; diálogo, trabalho em equipe; consideração às necessidades, desejos, e interesses dos diferentes atores do campo da saúde; perspectiva de rede e aspecto subjetivo presente em qualquer ação humana: olhar cada sujeito, sua história de vida.

- **Política Nacional de Humanização, 2010.**

Este documento trata a humanização como uma estratégia de democratização da gestão e das práticas de saúde. Democratização, como substantivo, impõe a inclusão da diferença na ação política e institucional. Assim, humanizar é um processo ativo e sistemático de inclusão. Isto porque, de um lado, favorece a produção de vínculos terapêuticos

entre sistema/equipes e usuários/redes sociais, sem a qual a ação clínica corre o risco de ser corrompida por tecnologias medicalizantes, as quais ao invés de reconstruir ratificam posição subalterna da atenção básica no sistema de saúde e na cultura sanitária na nação; de outro lado, exatamente esta vinculação com corresponsabilização é que permite a organização de cuidado em rede, pois o vínculo inequívoco entre equipe-usuário é força-motriz para o acionamento dos demais equipamentos de saúde do território, permitindo avançar na composição de ofertas de atenção à saúde de forma organizada e em sintonia com as singularidades das situações.

A Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS considera que os sujeitos sociais, engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades, transformando-se a si próprios neste processo. O HumanizaSUS aposta que é possível construir vínculos entre os diversos profissionais nas equipes e com usuários para produzir graus crescentes de autonomia e corresponsabilidade.

Para transformar uma realidade, construir vínculos e produzir graus de autonomia é necessário conhecer bem essa própria realidade. O grande desafio dessa Política, conforme este documento, é exatamente garantir a especificidade, a singularidade, na criação de estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde daquele território, rompendo com as estratégias verticais e uniformizantes que reproduzem o modelo biomédico focado na doença, médico-centrado, ainda vigente em nosso País. Demanda um olhar que transcende o momento da relação profissional-usuário e se estende ao contexto sociocultural em que ela se estabelece.

Este documento ressalta que a humanização compreende a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, e para isso será preciso conhecer esses sujeitos, sua cultura, suas histórias e seus conflitos. Conhecer o diferente passa por uma reflexão sobre a prática de cuidado, confirma a necessidade de se dispor a ouvir, se dispor ao diálogo. Essa é uma das habilidades mais importantes que os profissionais de saúde que atuam em saúde indígena, por exemplo, devem exercitar e construir. Quando nos dispomos a ouvir, não só ouvir, mas escutar, e exercer nosso papel de interlocutores, estamos trabalhando com a perspectiva de repensar nossa própria cultura, relativizar nossos próprios paradigmas. Muitas vezes nem percebemos o quanto estamos mergulhados em nossas referências científicas, muitas vezes nos parecem óbvias algumas atitudes diante de determinados problemas mas, na realidade, não são absolutamente óbvios para os atores

envolvidos.

Este documento ressalta que boa parte dos usuários recorre a outras alternativas terapêuticas como benzedeiras, comadres, terreiros de umbanda, centros espíritas, seitas religiosas, entre outros recursos. Pode ser que estejam à procura de uma referência simbólica que lhes ofereça outros níveis de causalidade da sua doença. Eles procuram outras formas de tratamento que lhes dêem respostas a perguntas que a ciência médica raramente consegue fornecer: por que eu? Por que agora? Muitos doentes estão à procura de agentes de cura que lhes devolvam o equilíbrio não só biológico, mas da própria identidade sociocultural, a sua aceitação e o seu acolhimento em seu meio social. A excessiva valorização da tecnologia e a voracidade da indústria farmacêutica têm acentuado este fenômeno de desencontro da relação médico-usuário. A Política Nacional de Humanização propõe e estimula novas formas de produção da saúde em que todos os atores, usuários, gestores e trabalhadores estejam envolvidos como sujeitos. Nesta política o processo de adoecimento e sua interpretação estão vinculados às representações socioculturais da doença no seio de cada sociedade.

Este documento reforça que é fundamental rever nossos paradigmas, relativizar nosso conhecimento, particularmente o conhecimento científico, identificar nosso etnocentrismo, para construirmos, junto com os sujeitos, os conceitos de doença, sofrimento, cura, ética, saúde e qualidade de vida.

Várias estratégias podem ser adotadas para favorecer a construção de vínculos, redes sociais de cuidado, co-responsabilização e resolutividade, segundo este documento, como:

- Conhecer o território social os sujeitos, sua cultura, suas histórias e seus conflitos.
- Conhecer o perfil epidemiológico as vulnerabilidades e comportamentos de risco.
- Identificar os problemas de saúde percebidos pelas comunidades construir a rede explicativa desses problemas e seu respectivo plano de soluções de forma coletiva.
- Valorizar os espaços de controle social como os conselhos locais e distritais de saúde; encontros e reuniões de lideranças, mulheres, professores, parteiras, pajés, rezadores e raizeiros.

4.1.3 Promoção da saúde

- Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010.

Esta Lei institui o Estatuto da Igualdade Racial, destinado a garantir à população negra a efetivação da igualdade de oportunidades, a defesa dos direitos étnicos individuais, coletivos e difusos e o combate à discriminação e às demais formas de intolerância étnica.

A legislação afirma que é dever do Estado e da sociedade garantir a igualdade de oportunidades, reconhecendo a todo cidadão brasileiro, independentemente da etnia ou da cor da pele, o direito à participação na comunidade, especialmente nas atividades políticas, econômicas, empresariais, educacionais, culturais e esportivas, defendendo sua dignidade e seus valores religiosos e culturais.

Esta lei fala que o direito à saúde da população negra será garantido pelo poder público mediante políticas universais, sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e de outros agravos. O objetivo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é a promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnicas e o combate à discriminação nas instituições e serviços do SUS. O poder público garantirá o reconhecimento das sociedades negras, clubes e outras formas de manifestação coletiva da população negra, com trajetória histórica comprovada, como patrimônio histórico e cultural. O poder público também incentivará a celebração das personalidades e das datas comemorativas relacionadas à trajetória do samba e de outras manifestações culturais de matriz africana, bem como sua comemoração nas instituições de ensino públicas e privadas.

Nesta legislação é instituído o Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial (Sinapir), como forma de organização e de articulação voltadas à implementação do conjunto de políticas e serviços destinados a superar as desigualdades étnicas existentes no País, prestados pelo poder público federal.

- As cartas da Promoção da Saúde, 2002.

Elas reúnem os documentos de referência resultantes do processo de discussão e construção coletiva dos conceitos fundamentais sobre o tema, que teve início em 1986, com a Conferência de Ottawa.

CARTA DE OTTAWA - PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE - Ottawa, novembro de 1986

O documento afirma que para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde.

A carta afirma que alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde. As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos iguais para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais.

Além disso, segundo a carta, uma política pública saudável reconhece como peculiar a cultura de povos indígenas, “minorias”² étnicas e imigrantes. A igualdade no acesso aos serviços de saúde, particularmente quanto aos cuidados primários, é um aspecto vital da equidade em saúde.

DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL - TERCEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE - Sundsvall, Suécia, 9-15 de junho de 1991

Esta declaração ressalta que dimensão social da saúde inclui as maneiras pela quais normas, costumes e processos sociais afetam a

²Colocamos o termo minoria entre aspas pois o uso deste termo acaba reforçando o que Trickett, Watts, & Birrman (1993) chamam de um registro conceitual de inferioridade, que acaba unindo a ideia de diversidade a de déficit, o que acaba favorecendo um foco nos aspectos debilitantes ou deficitários das diferenças, o que prejudica uma verdadeira integração do diverso. Pretendemos exercitar um olhar para a diversidade humana de modo descolonizado, desconstruindo a noção de “cultura majoritária” ou “dominante” fazendo diminuir, deste modo, as fronteiras entre “minorias” e “maioria”.

saúde. Em muitas sociedades, as relações sociais tradicionais estão mudando e podem ameaçar a saúde. Por exemplo, o crescente isolamento social, a perda de significados e propósitos coerentes de vida ou a perda de valores tradicionais e da herança cultural.

O documento ressalta que ações do setor público para criar ambientes favoráveis à saúde devem levar em conta a interdependência entre todos os seres vivos, e devem gerenciar os recursos naturais, levando em consideração as necessidades das futuras gerações. Os povos indígenas têm uma peculiar relação espiritual e cultural com o ambiente físico, que pode servir como uma rica lição para o resto do mundo. É essencial, daqui para a frente, que os povos indígenas sejam envolvidos nas atividades de desenvolvimento sustentável e nas negociações que dizem respeito ao seu direito à terra e à sua herança cultural.

DECLARAÇÃO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ - CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE - Santafé de Bogotá, Colômbia, 9-12 de novembro de 1992

Conforme este documento, cada sociedade define seu bem-estar como uma opção particular de viver com dignidade. O papel que corresponde à promoção da saúde consiste não só em identificar os fatores que favorecem a iniquidade e propor ações que diminuam seus efeitos, mas também em atuar além, como um agente de mudança que induza transformações radicais nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes, origem destas calamidades.

O desenvolvimento integral e recíproco dos seres humanos e sociedades é a essência da estratégia de promoção da saúde no continente, segundo esta declaração. Em consequência, esta assume as tradições culturais e os processos sociais que forjaram nossas nacionalidades, possibilitando, além de tudo, enfrentar criativa e solidariamente a adversidade, os obstáculos estruturais e as crises recorrentes. Reconhecer, recuperar, estimular e difundir estas experiências é indispensável para a transformação de nossas sociedades e o impulso à cultura e saúde.

Esta declaração assume como compromissos:

- - Impulsionar o conceito de saúde condicionada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, de conduta e biológicos, e a promoção da saúde como estratégia para modificar estes fatores condicionantes.
- Incentivar políticas públicas que garantam a equidade e favoreçam a criação de ambientes e opções saudáveis.
- Estimular o diálogo entre diferentes culturas, de modo que o pro-

cesso de desenvolvimento da saúde se incorpore ao conjunto do patrimônio cultural da região.

• **Política nacional de promoção da saúde, 2006.**

A política de promoção da saúde propõe que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes.

Esta política teve uma atualização em 2014 através da Portaria nº 2.446. Esta atualização ressalta que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal, na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

A promoção de saúde, conforme este documento, inclui a integralidade, que implica, além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, na ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário.

Conforme este documento, a inclusão das ações de promoção da saúde na agenda de atividades da comunicação social do SUS envolve também o apoio e fortalecimento de ações de promoção da saúde inovadoras utilizando diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação.

• **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, 2009.**

O documento relata que a produção de saúde ampliada ocorre de forma mais efetiva: 1) pela construção de sistemas integrados de saúde e 2) pela articulação em um território de um conjunto de iniciativas e ações intersetoriais.

Deste modo, o documento ressalta a importância de se ampliar a capacidade de escuta entre os vários atores envolvidos, promovendo espaços de compreensão dos diferentes olhares sobre a realidade, com

o objetivo de construir consensos possíveis, que incluam as diferenças e possibilitem atingir objetivos comuns a todos. Outro ponto necessário seria trabalhar em rede, compor projetos comuns na diferença, construir possibilidades para além dos limites de territórios de saberes e práticas estanques. O documento aponta que para se produzir mais e melhor saúde é necessária, então, a produção de novos sujeitos e novas práticas.

O documento propõe que respeito e o acolhimento à diferença são importantes componentes éticos para a construção de uma rede que se proponha a potencializar a vida e as relações humanas. Não existe rede de saúde que não passe, primeiramente, pelas relações humanas. A construção de vínculos afetivos e de tecnologias relacionais possibilita formas de comunicação fundamentais para a produção de redes de cuidado em saúde. O documento ressalta que não basta, no plano da prática e da intervenção, compreender que cada sujeito é diferente. Mais do que isso, é preciso estar atento a essa diversidade e às suas consequências nas interações que estabelecemos no dia-a-dia.

O documento também ressalta a importância de uma visão relacional do sujeito, e propõe como forma de intervenção em saúde entrar em contato com uma história de vida e com as redes de relações nas quais o sujeito está inserido. Estas redes, permeadas por afetividades, hábitos e diferentes modalidades de trocas e interações, possuem um importante papel no processo de produção de saúde e doença. É fundamental também construir projetos terapêuticos singulares dentro de uma perspectiva da clínica ampliada.

Qualquer serviço de saúde, por mais complexo que seja, não consegue, sozinho, dar conta da atenção integral aos indivíduos e coletivos. Esta tarefa depende de muitos saberes e práticas. Trabalhar em conjunto, compartilhando saberes, significa atuar em uma perspectiva da clínica ampliada. O documento aponta que quanto maior for a interação entre estas pessoas/equipes/áreas/serviços, e quanto menores as fronteiras de saber e de poder entre eles, maior a probabilidade de desenvolvimento de modos de trabalhar que promovam maior impacto, melhores indicadores de saúde, soluções mais criativas, maior satisfação com o trabalho, tanto por parte do trabalhador como dos usuários e gestores.

• Promoção da saúde, 2009.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), herdeira da tradição de lutas nacionais e internacionais pela garantia de direitos e equidade, propõe que tomemos como objeto problemas e necessidades de saúde com o enfoque em seus determinantes e condicionantes. Trata-

se de abordar a saúde e o adoecer de cada sujeito e comunidade no seu processo de produção, que é sempre único porque acontece nos territórios onde se vive e trabalha.

A PNPS afirma, que para produzir saúde é fundamental organizar o trabalho de modo transversal, ou seja, articulando todos os níveis de determinação na análise da situação em saúde, na abordagem das necessidades de sujeitos e comunidades, na proposição de projetos terapêuticos singulares e projetos de saúde coletiva de um território, na busca conjunta de soluções com a população e com outras políticas públicas.

4.2 SAÚDE MENTAL

4.2.1 Políticas de Saúde Mental

- **Portaria/SNAS nº 224 - 29 de janeiro de 1992**

Esta portaria foi publicada nove anos antes da Lei 10.216 (2001). Ela descreve algumas diretrizes importantes, como a organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; a diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; a garantia da continuidade da atenção nos vários níveis; a multiprofissionalidade na prestação de serviços; a ênfase na participação social; e a definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

Esta portaria também descreve algumas normas para o atendimento ambulatorial no SUS, incluindo o atendimento em unidade básica, centro de saúde, ambulatório e núcleos/centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS). Este documento também normatiza o atendimento hospitalar em hospital dia, serviço de urgência psiquiátrica em hospital-geral, leito ou unidade psiquiátrica em hospital-geral e hospital especializado em psiquiatria.

Para o atendimento ambulatorial cabe ressaltar que a atenção aos usuários deverá incluir atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais, sendo elas: Atendimento individual; atendimento grupal; visitas domiciliares e atividades comunitárias.

Quanto aos NAPS/CAPS, a portaria normatiza que são unidades de saúde regionalizadas e que oferecem atendimento multidisciplinar de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação

hospitalar. Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental. Atendem também a usuários referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Estes deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

A assistência ao paciente no NAPS/CAPS, ou no hospital-dia inclui as seguintes atividades: Atendimento individual; atendimento em grupos; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do *doente mental*³ na comunidade e sua inserção social; o direito a refeições.

Quanto ao serviço de urgência psiquiátrica, a portaria normatiza o atendimento resolutivo e com qualidade, com o objetivo de evitar a internação hospitalar, permitindo que o *paciente*⁴ retorne ao convívio social, em curto período de tempo.

Nesta portaria, o estabelecimento de leitos/unidades psiquiátricas em hospital geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência.

Cabe ressaltar que a portaria não prevê a extinção dos hospitais psiquiátricos, mas os normatiza. A portaria destaca a necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania dos pacientes internados. Para isso, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações: Está proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes); deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados; e deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes.

• Portaria/GM nº 106 - De 11 de fevereiro de 2000

Esta portaria foi publicada um ano antes da Lei 10.216, e cria os Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais⁵, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.

³Grifo da autora, ressaltando que é esta a nomenclatura que consta na legislação, porém ela está desatualizada.

⁴A terminologia utilizada hoje é usuário.

⁵Grifo da autora, ressaltando que é esta a nomenclatura que consta na legislação, porém ela está desatualizada.

Estes serviços constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual n.º de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

Esta portaria normatiza que os serviços deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes: Ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social; ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários; e respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário

- Lei nº 10.216, 6 de abril de 2001.

Esta legislação revolucionou a psiquiatria no Brasil. A lei demorou 13 anos para ser aprovada, e tem como objetivo dispor sobre a proteção e direitos das pessoas em sofrimento psíquico grave. Esta legislação nos possibilita pensar em uma forma diferente de tratamento dos sujeitos, pois tem seu foco no cuidado, na autonomia.

Esta legislação dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas *portadoras de transtornos mentais*⁶ (grifo da autora - essa nomenclatura está desatualizada) e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A Lei da Reforma Psiquiátrica, como é mais conhecida, também trata dos direitos das pessoas *portadoras de transtornos mentais*⁷, sendo eles:

⁶Grifo da autora, ressaltando que é esta a nomenclatura que consta na legislação, porém ela está desatualizada.

⁷ Esta nomenclatura está desatualizada. Hoje utilizamos o termo sujeito em sofrimento psíquico ou mental, pois o uso do termo sofrimento nos remete a pensar em um sujeito que sofre dentro de sua experiência vivida. Este termo nos possibilita colocar a doença entre parênteses e ressaltarmos o sujeito, com seus problemas, mas também com suas possibilidades, inserido em seu contexto complexo. Isto possibilita a ampliação da noção de integralidade da atenção psicossocial (AMARANTE, 2007).

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

• **Portaria nº 3.088, 23 de dezembro de 2011**

Este documento institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou *transtorno mental*, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A finalidade da RAPS é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou *transtorno mental*, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Esta portaria institui as diretrizes para o funcionamento da RAPS, sendo elas: respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; promoção de estratégias de educação permanente; e desenvolvimento da lógica do

cuidado para pessoas com sofrimento ou *transtorno mental*, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

São objetivos específicos da RAPS, segundo este documento: promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com *transtorno mental* e incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde; desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas com sofrimento ou *transtorno mental*, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e seus familiares, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais de seus pontos de atenção; monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Esta portaria define que o cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família.

O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

Outro aspecto importante deste documento é a operacionalização da implantação da RAPS. Na fase I, será constituído o Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial, que tem como objetivo a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção às pessoas com sofrimento ou *transtorno mental* e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

- **Portaria GM no 1.720, 4 de outubro de 1994.**

Este documento designa o DIA MUNDIAL DA SAÚDE MENTAL a fim de: conseguir que se respeitem os direitos das pessoas que sofrem *transtornos mentais e emocionais*; ampliar os programas de prevenção que buscam reduzir a ameaça dos transtornos emocionais nos grupos vulneráveis; promover o fornecimento dos serviços terapêuticos necessários e apropriados aos que deles necessitem; melhorar a qualidade dos serviços de saúde mental em todo o mundo; e promover a saúde mental e emocional em todos os povos.

• **Portaria GM no 251, de 31 de janeiro de 2002.**

Esta portaria estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Esta define as diretrizes para a assistência, que são: garantir a diversidade dos métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; assegurar a continuidade da atenção nos vários níveis; assegurar a multiprofissionalidade na prestação de serviços; garantir a participação social, desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução.

Segundo este documento, os serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades: avaliação médico-psicológica e social (multiprofissional); garantia do atendimento diário ao paciente por, no mínimo, um membro da equipe multiprofissional de acordo com o projeto terapêutico individual; atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros); atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas); preparação do paciente para a alta hospitalar com o objetivo de promover a reintegração social e familiar do paciente, visando a prevenir a ocorrência de outras internações.

Este documento propõe ainda que essas atividades deverão constituir o projeto terapêutico da instituição, definido como o conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta. Inclui o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica da clientela, e compatibiliza a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família. Envolve, ainda, a existência de um sistema de referência e contrarreferência que permite o encaminhamento do paciente após a alta, para a continuidade do tratamento. Representa, enfim, a existência de uma filosofia que norteia e permeia todo o trabalho institucional,

imprimindo qualidade à assistência prestada.

• **Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção, 2007.**

O objetivo deste documento é relatar os avanços e dificuldades, entre 2003 e 2006, da gestão do complexo processo de mudança do modelo de atenção à saúde mental, a partir das ações do Ministério da Saúde.

Este documento aponta o potencial do cuidado em rede, por seu potencial de construção coletiva de soluções, e por ser capaz de fazer face à complexidade das demandas e de garantir resolutividade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas. Outro aspecto importante trazido pelo documento é a necessidade de mudança no ambiente cultural, buscando a construção de um novo lugar social para as pessoas em sofrimento e com problemas de saúde mental de forma a sustentar a ideia do protagonismo e cidadania de usuários e familiares. Assim, no sentido amplo, o componente cultural não é secundário, mas essencial ao êxito do processo de Reforma. O documento traz os centros de convivência e cultura como os lugares por excelência onde a intersecção entre as políticas públicas de saúde mental e cultura se realiza de forma mais visível e constante.

No item deste documento referente a Saúde Mental da População Negra, é importante destacar o desenvolvimento de diretrizes específicas para o campo da saúde mental na atenção à população negra no tocante a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação e da exclusão social. Também é importante destacar a necessidade de desenvolvimento de uma sensibilidade para os determinantes sociais de saúde.

No item referente ao combate a homofobia, o Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra Gays, Lésbicas, Travestis, Transexuais e Bissexuais e de Promoção da Cidadania Homossexual, de 2004, pretendeu reverter o quadro de vulnerabilidade à exclusão e à violência a que está sujeita esta população, através da proposição de ações que promovessem a cidadania e a garantia dos direitos constitucionais a estes segmentos populacionais. O Ministério da Saúde, comprometido com o Programa, vem se dedicando à promoção de ações que garantam a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a equidade.

Na Saúde Mental e Gênero é ressaltada a situação de desigualdade das mulheres na sociedade brasileira. Este documento aponta que as desigualdades crescem ainda mais, a depender da classe social,

da raça, da idade e da orientação sexual da mulher. As interações de mulheres por transtornos de humor e o uso de benzodiazepínicos é significativo, além de haver um crescimento *transtornos mentais* e comportamentais associados ao puerpério.

O documento recomenda a sensibilidade para os determinantes sociais da saúde, assim como uma postura ativa no enfrentamento da discriminação, sendo estas importantes marcas da Reforma Psiquiátrica Brasileira. As questões de gênero, somadas às condições socioeconômicas e culturais, são determinantes da saúde mental e merecem total atenção no cuidado à saúde mental.

Este documento também aponta para a dimensão social do cuidado, que refere-se ao que é justo, o que nos remete diretamente à equidade, ou seja, ao tratamento diferente aos diferentes.

Outra dimensão levantada é a da sustentabilidade cultural. Esta dimensão diz respeito a processos culturalmente específicos. Neste sentido o cuidado pode ser potencializado se as redes de serviços, as intervenções socioculturais e terapêuticas forem harmônicas com a cultura loco-regional dos diversos territórios do país. Sugere-se incluir no cotidiano das ações de saúde mental a alimentação, o lazer, a linguagem, as festas populares, o vestuário, as canções, as danças e a arte em geral dos lugares onde são desenvolvidas, pois isto propicia maior sustentabilidade à reforma psiquiátrica, e maior qualidade no cuidado à saúde mental.

- **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, 2005.**

Este documento ressalta que o princípio de controle social do SUS merece destaque, na medida em que impulsiona o protagonismo e a autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva. Sendo assim, os Conselhos e as Conferências de Saúde desempenham papel fundamental na conformação do SUS, no ordenamento de serviços e ações e no direcionamento dos recursos.

Quanto aos aspectos da rede e do território, a idéia fundamental é que somente uma organização em rede é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com *transtornos mentais*. Dentro desta perspectiva, os Centros de Convivência e Cultura são

dispositivos públicos que compõem a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem às pessoas com *transtornos mentais* espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. Estes Centros, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade, facilitam a construção de laços sociais.

O documento aponta também para os principais desafios da Reforma Psiquiátrica, sendo eles a garantia da acessibilidade e equidade, a formação de Recursos Humanos, e a questão cultural (superação de estigmas, inclusão social, superação do valor atribuído ao modelo hospitalocêntrico, e papel dos meios de comunicação).

Comentário: Cabe aqui ressaltar que 7 documentos anteriores utilizam a nomenclatura *Transtorno Mental*. Porém esta nomenclatura está desatualizada. Hoje utilizamos o termo sujeito em sofrimento psíquico ou mental, pois o uso do termo sofrimento nos remete a pensar em um sujeito que sofre dentro de sua experiência vivida. Este termo nos possibilita colocar a doença entre parênteses e ressaltarmos o sujeito, com seus problemas, mas também com suas possibilidades, inserido em seu contexto complexo. Isto possibilita a ampliação da noção de integralidade da atenção psicossocial (AMARANTE, 2007).

• Clínica Ampliada e Compartilhada, 2009.

A Clínica Ampliada, segundo este documento, se constitui numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas que contribuem para o cuidado em saúde. A Clínica Ampliada reconhece a necessidade de participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico, o que gera o desafio de lidar com o usuário enquanto sujeito, buscando sua participação e autonomia em seu projeto terapêutico. Desta forma, trabalhar com diferentes enfoques, trabalhar em equipe, compartilhar saberes e poderes é trabalhar também com conflitos. Os instrumentos propostos neste documento - Clínica Ampliada, Equipes de Referência, Projetos Terapêuticos Singulares - têm-se mostrado como dispositivos resolutivos quer seja no âmbito da atenção como no âmbito da gestão de serviços e redes de saúde. A Clínica Ampliada não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar, não se pretende como oposta ao modelo biomédico de olhar para as enfermidades. Ao contrário, busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde. É preciso que haja a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas.

Este documento ressalta que uma das principais propostas do cuidado em saúde baseado na Clínica Ampliada é que se enfrente o ideal de “neutralidade” e “não-envolvimento”. Deste modo o documento

propõe o desenvolvimento da capacidade de escuta do outro e de si mesmo, e a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e com comunidade etc. O documento retrata a necessidade de criar instrumentos de suporte aos profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades, com identificações positivas e negativas, com os diversos tipos de situação.

A escuta é um ponto crucial da clínica ampliada, conforme este documento. Significa, num primeiro momento, acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando aparentemente não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. A escuta atenta ajuda a reconstruir e respeitar os motivos que ocasionaram o adoecimento e as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida. Quanto mais a doença for compreendida e correlacionada com a vida, menos chance haverá de se tornar um problema.

Este documento também propõe a necessidade de prestar atenção aos vínculos e afetos. Isto ajuda a melhor compreender-se e a compreender o outro, aumentando a chance de ajudar a pessoa a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso para ela. Os motivos e as expectativas das pessoas quando procuram um serviço de saúde precisam ser trabalhados na Clínica Ampliada para diminuir o número de doenças causadas por tratamento inadequado e para não iludir as pessoas. Quando uma equipe acredita que um jeito de viver é o certo, tende a orientar o usuário a ter um tipo de comportamento ou hábito. O usuário pode encontrar dificuldade em seguir “as ordens”, ter outras prioridades ou mesmo discordar das orientações da equipe. Deste modo, exercitar a flexibilidade e respeito às diferentes visões sobre o processo de adoecimento é crucial.

Outro cuidado que se deve ter, conforme este documento, é com a linguagem da equipe com o usuário. Habituar-se a perguntar como foi entendido o que foi dito pelo profissional ajuda muito. Também é importante entender a opinião do usuário sobre as causas da doença. Ao ouvir as associações causais, a equipe poderá lidar melhor com uma piora em situações similares, ajudando o usuário a ampliar sua capacidade de superar a crise. Outro cuidado ainda é com o processo de “medicalização da vida”, que faz diminuir a autonomia e aumenta a dependência ou a resistência ao tratamento, fazendo de uma interminável sucessão de consultas, exames e procedimentos o centro da vida.

A concepção de Clínica Ampliada e a proposta do Projeto Terapêutico Singular convidam-nos a: Procurar conhecer as singularidades do sujeito; procurar perceber os sentimentos que o profissional desen-

volve pelo usuário durante os encontros; procurar conhecer quais os projetos e desejos do usuário.

O documento propõe fazer a “história de vida” do sujeito, permitindo que se faça uma narrativa, e o “mapa de redes sociais significativas”, pois estes recursos possibilitam um autoconhecimento e uma compreensão do momento vivido atualmente no contexto de vida de cada um. Então, muito mais do que o profissional conhecer a vida do usuário, o usuário pode se reconhecer diante do problema.

- **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular, 2008.**

O documento traz a Humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

Este documento também aborda a Clínica Ampliada, e aborda uma questão importante, de que muitas vezes o próprio diagnóstico, quando feito de forma *acrítica*, pode trazer um situação de discriminação social, de formação de estigmas, que aumenta o sofrimento e dificulta o tratamento. Desta forma, cabe à clínica ampliada não assumir como normal essas situações, é preciso questioná-las, principalmente quando comprometem o tratamento.

Outro aspecto fundamental da clínica ampliada levantado por este documento, além da busca de autonomia para os usuários, é a capacidade de equilibrar o combate à doença com a produção de vida. Isto é importante, pois o tratamento e o processo de cura sempre dependem da participação do sujeito, e essa participação não pode ser entendida como uma dedicação exclusiva à doença, mas, sim, uma capacidade de “inventar-se” apesar da doença.

Este documento aborda que no cuidado em saúde pelo viés da Clínica Ampliada, o direito à diferença é fundamental. Isto se torna ainda mais importante no caso da atenção à população étnica ou culturalmente diferenciada, como indígenas, negros e ciganos. Esta abordagem se propõe a considerar a provável existência de recursos e de atores sociais que atuam com o terapeutas tradicionais, que compõem o universo sociocultural desses segmentos da população. O diálogo respeitoso sobre essa possibilidade configura condição indispensável tanto da aproximação à lógica das concepções e práticas sobre o processo saúde-doença afeitas ao sujeito doente e à sua rede social, como de possíveis negociações terapêuticas no objetivo de atingir resultados que combi-

nem maiores chances de eficácia biomédica com aceitabilidade cultural.

4.2.2 Saúde das Populações

- **Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil: legislação federal compilada 1973 a 2006, 2007.**

Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973

Esta legislação aponta que para a proteção das comunidades indígenas e a preservação dos seus direitos é necessário: I- estender aos índios os benefícios da legislação comum, sempre que possível a sua aplicação; II - prestar assistência aos índios e às comunidades indígenas ainda não integrados à comunhão nacional; III - respeitar, ao proporcionar aos índios meios para o seu desenvolvimento, as peculiaridades inerentes à sua condição; IV - assegurar aos índios a possibilidade de livre escolha dos seus meios de vida e subsistência; V- garantir aos índios a permanência voluntária no seu habitat, proporcionando-lhes ali recursos para seu desenvolvimento e progresso; VI - respeitar, no processo de integração do índio à comunhão nacional, a coesão das comunidades indígenas, os seus valores culturais, tradições, usos e costumes; VII - executar, sempre que possível mediante a colaboração dos índios, os programas e projetos tendentes a beneficiar as comunidades indígenas; VIII - utilizar a cooperação, o espírito de iniciativa e as qualidades pessoais do índio, tendo em vista a melhoria de suas condições de vida e a sua integração no processo de desenvolvimento.

Serão respeitados os usos, costumes e tradições das comunidades indígenas e seus efeitos, nas relações de família, na ordem de sucessão, no regime de propriedade e nos atos ou negócios realizados entre índios, salvo se optarem pela aplicação do direito comum. É também assegurado o respeito ao patrimônio cultural das comunidades indígenas, seus valores artísticos e meios de expressão.

Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999.

Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. A atenção à saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a Constituição e com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde. Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, deverão ser observadas as seguintes diretrizes destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, objetivando o alcance do equilíbrio

integral, com o reconhecimento do valor e da complementaridade das práticas da medicina indígena, segundo as peculiaridades de cada comunidade, o perfil epidemiológico e a condição sanitária.

• I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial, 2005.

Este documento aponta que as proposições e diretrizes relativas à saúde giraram em torno das demandas pelo direito humano básico de acesso, pela humanização do atendimento, pela incorporação da dimensão étnico-racial na política em todos os seus níveis de atenção.

Nesta conferência, as populações vulneráveis no que diz respeito ao bom atendimento em saúde - clamaram pelo acesso ao sistema, demonstrando de forma contundente que temos de avançar. Neste sentido, o documento reforça como essencial a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS universalidade, equidade e integralidades de forma atender as demandas da população negra, indígena e cigana em suas particularidades e especificidades, bem como a inclusão de medidas de enfrentamento do racismo, sexismo, da homofobia e lesbofobia em todos os programas e ações.

Em relação às comunidades rurais indígenas e quilombolas, foram enfatizadas a dificuldade de transporte e acesso e a demanda por Programas de Saúde da Família, em acordo com as especificidades das comunidades.

O documento aponta que é preciso garantir o acesso da população negra, indígena e cigana a todos os níveis de atenção à saúde promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, com ênfase na humanização do serviço e dos atendimentos, assegurando transporte adequado e acesso das comunidades. O atendimento humanizado, conforme está conferência, deve levar em consideração as seguintes questões: direitos sexuais e reprodutivos, gênero, raça, etnia e orientação sexual. É preciso também combater o racismo como parte integrante das ações de humanização do serviço e dos atendimentos.

Este documento aponta que é preciso implementar o Programa Saúde da Família nas comunidades indígenas e quilombolas articulado a centros de referência formados por equipes multidisciplinares que qualifiquem profissionais para lidar com as especificidades de tais grupos. É preciso também exigir a inserção e o respeito ao etnoconhecimento dos(as) indígenas, ciganos(as), populações de comunidades tradicionais e quilombolas. Instituir atendimentos diferenciados nessas comunidades, valorizando os conhecimentos tradicionais: de parteiras, remediei-

ros, raizeiras, pajés e benzedeiras.

- **Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra, 2001.**

Este documento aponta a necessidade de formulação de uma política que reconheça a forma dinâmica como a sabedoria da medicina popular e as manifestações culturais e artísticas afro-brasileiras têm contribuído para a Saúde da População e a promoção do bem-estar físico, psíquico e social da população. É necessário o reconhecimento de categorias culturais que permitem outras formas de perceber, expressar, avaliar e tratar doenças, os terapeutas populares como mães de santo, rezadeiras, raizeiras e parteiras - que atendem uma demanda expressiva de doentes que não têm acesso aos serviços públicos de saúde e, para muitos, oferecem a primeira e, talvez, a única terapêutica disponível.

- **Plano Operativo de Saúde das Populações do Campo e da Floresta 2012/2015.**

A contextualização da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, aqui apresentada, descreve o espaço rural na dinâmica do Sistema Único de Saúde permitindo uma integração dos espaços urbano e rural e, respeitando suas especificidades históricas, sociais, econômicas e culturais. A referida Política tem como objetivo melhorar o nível de saúde das populações do campo e da floresta, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, visando o acesso aos serviços de saúde; a redução de riscos à saúde, decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas; e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida.

Além disso, a política aponta que é preciso:

- - Reconhecer e valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde destas populações, respeitando suas especificidades;
- Ampliar a participação das representações destas populações nos conselhos estaduais e municipais de saúde e em outros espaços de gestão participativa;
- Incentivar a formação e a educação de trabalhadores da saúde, considerando a situação intercultural na atenção às comunidades tradicionais do campo e da floresta.

- **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra Plano Operativo, 2008**

O presente Plano Operativo tem como finalidade estabelecer as estratégias, os indicadores e as metas que orientarão a intervenção no Sistema Único de Saúde (SUS) e os seus órgãos de gestão federal, estadual e municipal no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com enfoque na abordagem étnico-racial.

A política aponta também que é preciso:

- Incluir o tema étnico-racial, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social;
- Identificar as necessidades de saúde da população negra e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades.

- **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, 2002.**

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, reconhecendo aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais. Esta legislação aponta a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde -, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população. É indispensável, portanto, a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços.

O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

Para o alcance desse propósito são estabelecidas as seguintes diretrizes: organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam; preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas; articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; promoção do uso adequado e racional de medicamentos; promoção de ações específicas em situações especiais; promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas; promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena; e controle social.

A legislação aponta que com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades, deverão ser definidos procedimentos de referência, contra-referência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço.

Esta política ressalta a preparação de recursos humanos para a atuação em contexto intercultural. Esta deverá seguir metodologia participativa, propícia à comunicação intercultural, de modo a favorecer o processo recíproco de aquisição de conhecimentos. A capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deverá ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços.

O documento ressalta também a articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde. Todas as sociedades humanas dispõem de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e de tratamento das doenças. Esses sistemas tradicionais de saúde são, ainda hoje, o principal recurso de atenção à saúde da população indígena, apesar

da presença de estruturas de saúde ocidentais. Sendo parte integrante da cultura, esses sistemas condicionam a relação dos indivíduos com a saúde e a doença e influem na relação com os serviços e os profissionais de saúde (procura ou não dos serviços de saúde, aceitabilidade das ações e projetos de saúde, compreensão das mensagens de educação para a saúde) e na interpretação dos casos de doenças. Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde.

Portanto, a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, desposuídos de saberes e práticas ligadas ao processo saúde-doença. Devem também compor essas ações as práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas, que envolvem o conhecimento e o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopeia tradicional no tratamento de doenças e outros agravos a saúde. Essa prática deve ser valorizada e incentivada, articulando-a com as demais ações de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

5 DISCUSSÃO

5.1 NÚCLEOS DE SENTIDO

Esta etapa da pesquisa se constitui como a análise final, pois é neste momento em que apresentarei os núcleos de sentido, e as articulações feitas entre os dados coletados através dos documentos do MS e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base nos objetivos específicos.

Os núcleos de sentido elaborados são:



Figura 2 – Núcleos de Sentido

5.1.1 Direitos dos cidadãos

Através dos documentos analisados, um ponto que se destaca é o direito dos cidadãos, ponto abordado nas diversas legislações analisadas. Os Direitos Humanos são os direitos fundamentais da pessoa humana, estando neles inseridos os direitos à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto e livre expressão da sexualidade. Estes são direitos inalienáveis de qualquer pessoa, sem distinção de cor, raça, sexo, religião, condição social. Estes ultrapassam as fronteiras territoriais do Estado, e têm o intuito de assegurar a todo e qualquer cidadão todos os meios necessários para a salvaguarda da vida humana e seus demais desdobramentos (FAVILLI; AMARANTE, 2018). Este ponto é crucial, pois muitos dos direitos destacados nas legislações, se garantidos a todos os cidadãos, contribuem grandemente para um cuidado e uma intervenção em saúde que leve em consideração as diversidades socioculturais.

Os Direitos Humanos e suas interfaces com a saúde mental mostram-se cruciais para aperfeiçoar os mecanismos que favorecem o avanço da cidadania (OLIVEIRA, 2017). A atenção aos usuários em atividades comunitárias e de inserção social, contribuem para a preservação dos direitos de cidadania e autonomia, conforme as portarias nº 224 (1992) e nº 106 (2000).

A lei 10.216 (2001) ressalta o direito das pessoas em sofrimento mental a serem tratadas com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.

A portaria nº 3.088, que regulamenta a RAPS traz muitos fatores relacionados aos direitos das pessoas em sofrimento mental, como a garantia da autonomia e a liberdade das pessoas; a oferta de atividades no território que favoreçam o acesso aos serviços e a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.

Esta legislação também fala das Estratégias de Desinstitucionalização, fundamentais para o processo de RP, constituídas por iniciativas que visam a garantir às pessoas o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

Conforme a Constituição Brasileira:

“Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança

e à propriedade[...]. É inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias” (BRASIL, 1988).

A liberdade de expressão cultural, de consciência e de crença é fundamental, pois diversos processos de cura passam pela expressão e exercício dos cultos e suas liturgias. O direito à liberdade de expressão cultural e sua importância nos processos de cura, está de acordo com o que Das e Das (2007) chamam de a narrativa da enfermidade. Esta oferece uma forma de focar a perspectiva dos usuários e a construção de sua experiência. Esta é uma ferramenta serve a um propósito terapêutico, no qual que os mesmos ganham voz e protagonismo.

É direito de todos os cidadãos o pleno exercício da sua cultura e acesso às fontes da cultura nacional, além do incentivo, valorização e a difusão das manifestações culturais. Conforme os documentos analisados, o Estado também protegerá as manifestações das culturas populares, indígenas e afro-brasileiras, e das de outros grupos participantes do processo civilizatório nacional.

Com estes direitos garantidos, os cidadãos podem se sentir inseridos em suas comunidades, e através da participação e controle social, que também são direitos dos cidadãos, podem construir conjuntamente novas formas de cuidado à saúde que respeitem as diversidades socio-culturais.

5.1.2 Determinantes sociais da saúde

Os problemas de saúde mental, do modo como os concebemos hoje, não podem ser pensados no interior de uma reflexão unicamente sobre a saúde e doença em geral. Nada pode ser compreendido sobre o sofrimento humano sem que antes este seja contextualizado ao seu lugar de origem. O sofrimento dos sujeitos não é um dado da natureza, com representação objetiva, morfológica, é sim um produto sócio-histórico e cultural.

Para abordar a dimensão social da existência e os determinantes sociais da saúde utilizaremos o conceito de modo de vida (ALMEIDA-FILHO, 2000; BRITO, 2017; MACEDO et al., WACQUANT, 2017). Este se configura como uma estratégia capaz de promover a inter-relação entre as redes complexas de práticas sociais das pessoas e dos grupos e os processos de saúde, doença e cuidados. Esse conceito abrange as condutas individuais relacionadas ao processo saúde-doença, as dimensões sócio históricas relacionadas à dinâmica das classes soci-

ais e das relações sociais de produção, e os aspectos simbólicos da vida cotidiana.

Por isso, consideramos que para abordar os processos de adoecimento e cuidado em saúde mental, devemos concebê-los também como produtos de ações concretas dos sujeitos em relação com o meio que os envolve. Também olhamos para este processo quanto aos efeitos de seus estilos de vida das pessoas e suas formas de reconhecimento e designação do que é normal ou patológico. Em consequência, essa abordagem permite a abertura dos estudos para abordar também os sistemas de representação de saúde e doença no mundo da vida, na cotidianidade, nos modos de vida, mediante as práticas de saúde (ALMEIDA-FILHO, 2000).

Toda concepção de saúde é culturalmente concebida, e mesmo quando a concepção de cultura não estiver explicitada nas políticas públicas de saúde, existe alguma concepção por trás. Sendo assim, diferentes visões de mundo retratam diferentes formas de compreensão do que é saúde, e a partir disto, cada cultura tem formas diferentes de alcançá-la e realizar sua promoção (DANTAS, 2012). Os sinais do adoecimento também não são restringidos ao corpo ou aos sintomas físicos, ou seja, o contexto, as relações sociais, e o ambiente natural, fazem parte do processo de adoecimento, e se constituem como possíveis fontes de sinais a serem considerados na tentativa de identificar o que se passa, suas causas e seu significado (FERREIRA, 1993; LANGDON, 2014).

Isto vai ao encontro do conceito de saúde elaborado na Carta de Ottawa, um documento importante elaborado na I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde de 1986. As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Segundo esta carta, a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem ter influência na saúde, tanto de forma a favorecê-la como prejudicá-la. Este documento também ressalta que os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. Além disso, a carta propõe que para se alcançar uma política pública saudável, esta deve reconhe-

cer como peculiar a cultura de povos indígenas, “minorias” étnicas e imigrantes (OTTAWA, 1986).

A Portaria 3.088 (BRASIL, 2011) ressalta a importância da promoção da equidade e do combate a estigmas e preconceitos, reconhecendo os determinantes sociais da saúde para que seja feito um cuidado à saúde mental efetivo. No item referente a Saúde Mental da População Negra, do documento “Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção” (2007) é importante destacar o desenvolvimento de diretrizes específicas para o campo da saúde mental na atenção à população negra no tocante a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação e da exclusão social. Este documento também aponta para a necessidade de desenvolvimento de uma sensibilidade para os determinantes sociais de saúde e para a dimensão social do cuidado, que refere-se ao que é justo, o que nos remete diretamente à equidade, ou seja, ao tratamento diferente aos diferentes.

O princípio da equidade é um importante norteador das políticas de saúde. Este princípio reconhece necessidades de grupos específicos e, quando colocado em prática, atua para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde. Neste sentido, no Brasil, existem programas de saúde em acordo com a pluralidade da população, contemplando as populações do campo e da floresta, negros, ciganos, pessoas em situação de rua, idosos, pessoas com deficiência, entre outros.

Uma compreensão *acrítica* e positivista sobre a saúde mental, acaba ligando o sofrimento humano a termos como “desviante”, “estranho”, “exótico”, e “patológico”. Deste modo há estigmas que podem fundamentar diagnósticos psiquiátricos, que acabam funcionando muitas vezes como instrumentos de controle e de opressão, fazendo uma leitura patologizante ou medicalizante da diferença cultural ou da exclusão social, o que acaba por definir as características próprias de grupos diversos como elementos patológicos (PUSSETTI, 2006, 2010).

Pussetti (2010) afirma que a invisibilidade social gera perturbações e sofrimentos. Essa invisibilidade está presente muitas vezes nos serviços de atenção à saúde mental que silenciam as vozes dos usuários e ignoram que estes são sujeitos que possuem ligações, afetos, e são provenientes de diferentes contextos sociais e históricos densos de significados. Essa mesma autora fala que a representação da vulnerabilidade psicológica presente nos discursos dos serviços de atenção à saúde, não leva em consideração “*a relação mais ampla entre sofrimento individual e experiência de exclusão, marginalização social, passado colonial, discriminação e precariedade das condições habitacionais e laborais, entre outros fatores*” (PUSSETTI, 2010, p.98).

Isto vai ao encontro da descolonização do cuidado à saúde mental. Este conceito nos auxilia a fazer um cuidado sem impor um único modo de ver o processo de adoecimento. O cuidado descolonizado respeita às diferentes formas de o sujeito perceber seu processo de saúde-adoecimento-cura, e é sensível para compreender o que pra ele faz sentido em seu tratamento (SAMPSON, 2000).

A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. A isso chamamos de dimensão social da saúde, que inclui as maneiras pela quais normas, costumes e processos sociais afetam a saúde. Em muitas sociedades, as relações sociais tradicionais estão mudando e podem ameaçar a saúde. Reconhecer os determinantes sociais da saúde propicia um cuidado em saúde mental livre de estigmas e preconceitos.

Considerar os determinantes sociais da saúde, assim como uma postura ativa no enfrentamento da discriminação, é uma importante marca da Reforma Psiquiátrica Brasileira. As questões de gênero, somadas às condições socioeconômicas e questão cultural (superação de estigmas, inclusão social, superação do valor atribuído ao modelo hospitalocêntrico, e papel dos meios de comunicação), são determinantes da saúde mental e merecem total atenção no cuidado à saúde mental.

Muitas vezes o próprio diagnóstico traz uma situação de discriminação social que aumenta o sofrimento e dificulta o tratamento. Desta forma, cabe aos profissionais não assumir como normal essas situações, e sim questioná-las, principalmente quando comprometem o tratamento. Superar o entendimento de saúde como ausência de doença (cultura sanitária biomédica), para a ampliação e o fortalecimento da concepção de saúde como produção social, econômica e cultural é parte fundamental de um cuidado à saúde mental que respeite as diversidades socioculturais.

5.1.3 Formação dos profissionais

Merhy (2014) apresenta que o processo de cuidado em saúde se dá a partir do encontro do profissional e do usuário do serviço de saúde. Neste sentido, ele propõe que os atos de cuidar dependerão de como o profissional irá desempenhar este encontro. Incluir o tema étnico-racial, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social é importante para preparar os

profissionais para atuação em contexto intercultural.

A Portaria 3.088 de 2011 ressalta que um dos objetivos da RAPS é promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde. No documento que traz o relatório de gestão do SUS de 2003 a 2006, e que aborda o acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção, é clara a necessidade de uma maior sensibilização dos gestores e dos profissionais de saúde para as questões de gênero e de raça como determinantes de sofrimento psíquico. No documento elaborado na Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental de 2005, um dos desafios da Reforma é apontado como o distanciamento entre as instituições de formação e pesquisa e a saúde pública, no Brasil, agrava as carências de formação e qualificação de profissionais. Na cartilha da PNH (2009) há uma passagem que fala que a complexidade da clínica provoca sensação de desamparo nos profissionais, que não sabem como lidar com essa complexidade.

A necessidade de atenção multiprofissional, educação permanente dos profissionais, e desenvolvimento da lógica do cuidado foi ressaltada pelas portarias: Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992; e Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002. Deste modo, a formação dos profissionais da saúde é tema recorrente nos documentos analisados, além de ser fundamental para a oferta do cuidado socioculturalmente sensível.

A formação profissional na área da saúde é ainda, muitas vezes, pautada pelo modelo biologicista de causalidade, o que gera preconceitos e resistência às mudanças propostas pelo paradigma da atenção psicossocial (TRAD, 2015). A maioria dos modelos teóricos que embasam as práticas dos profissionais ainda focam o uso de alternativas terapêuticas ocidentais, principalmente a medicação, tratando a medicina científica como único recurso possível no cuidado em saúde mental (PERDIGUERO, 2006). Para isso, é preciso defender o espírito crítico de investigação e de formulação de conhecimentos que possam contribuir de alguma forma para a consolidação da atenção psicossocial integral e serviços que levem em consideração as especificidades culturais das diversidades humanas, que possa responder de fato às demandas dos usuários.

A sensibilidade cultural enfatiza a necessidade de os profissionais de saúde tomarem consciência dos seus próprios valores, bem como os dos usuários, de forma a compreender o contexto complexo em que as pessoas vivem. Este aspecto vai ao encontro da Política Nacional da Atenção Básica (2011), que preconiza que as ações em saúde sejam voltadas para o território, de forma continuada e integral, com base no

vínculo dos usuários à equipe de saúde e na longitudinalidade do cuidado. Com isto, se torna fundamental que a equipe de atenção básica conheça intimamente sua população adscrita, seus processos existenciais e os indicadores de saúde que a permeiam, bem como os recursos de saúde disponíveis. A equipe assume a responsabilidade sanitária pelo território e pela atenção integral dos indivíduos aos quais atendem, não só visualizando-os como seres humanos complexos, mas também considerando seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais (FREITAS; MICHELETTI; 2017).

Percebe-se a necessidade de criar instrumentos de formação e suporte aos profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades, com identificações positivas e negativas, com os diversos tipos de situação (QURESHI, 2005; SLUZKI, 2004, 2015).

5.1.4 Cuidado às diversidades humanas

Diversos documentos analisados trazem a necessidade do cuidado às diversidades humanas, e a necessidade do fornecimento de serviço terapêuticos apropriados, no sentido de serem culturalmente sensíveis. Estes serviços têm de oferecer o cuidado conforme a necessidade específica da população a ser atendida.

Um exemplo disso seria oferecer Projetos Terapêuticos Singulares que sejam significativos para o sujeito, em vez de oferecer uma lista pronta de atividades construída sem a participação dos usuários. Para isso, além dos desafios em implementar a formação profissional, como abordado no item anterior, é preciso que os serviços tenham sustentabilidade cultural. Esta dimensão descrita no documento “Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção” (2007) diz respeito a processos culturalmente específicos. Neste sentido o cuidado pode ser potencializado se as redes de serviços, as intervenções socioculturais e terapêuticas forem harmônicas com a cultura loco-regional dos diversos territórios do país. Sugere-se incluir no cotidiano das ações de saúde mental a alimentação, o lazer, a linguagem, as festas populares, o vestuário, as canções, as danças e a arte em geral dos lugares onde são desenvolvidas, pois isto propicia maior sustentabilidade à reforma psiquiátrica, e maior qualidade no cuidado à saúde mental.

Para que esse cuidado culturalmente sensível seja ofertado, é preciso compreender que os conceitos de cuidado, saúde mental e cura são culturalmente engendrados e constituem parte da bagagem cultural

de uma pessoa. Kleinman (1988), faz uma diferenciação fundamental entre dois processos de cura. O primeiro deles é chamado de “Cure” , e representa a cura dos sintomas físicos, objetificados em mudanças corporais. A segunda se chama “Heal” , restauração, que representa a recuperação do todo, do bem-estar global, que transcende o físico. Deste modo, o usuário pode se sentir “healed” , restaurado, sem ter sido “cured” , ou ao vice e versa.

O processo de restauração tem a ver com o entorno do processo de adoecimento, que não está ligado somente a aspectos biológicos da doença, e sim a aspectos da experiência, percepção dos processos de saúde e doença, aspectos sociais e psicológicos. Deste modo, os processos simbólicos são essenciais para a restauração. A busca de tratamentos para se alcançar a restauração não elimina os tratamentos da medicina convencional. Nenhum sistema de tratamento sozinho consegue dar conta da complexidade dos processos de adoecimento-tratamento-cura, principalmente no tocante a problemas de saúde mental. Portanto, para se alcançar a resolutividades dos serviços, é preciso que estes ofereçam a possibilidade de que o usuário alcance a cura de sintomas físicos e a restauração do bem-estar global.

Para se compreender o cuidado às diversidades humanas como um todo, e como o usuário pode alcançar a restauração, é preciso compreender como ele enxerga seu processo de adoecimento em toda sua complexidade. Para isso, alguns fatores no cuidado, identificados através da análise hermenêutica-dialética dos documentos, são fundamentais. Estes fatores estão descritos posteriormente e expostos na Figura 3:

5.1.4.1 Apuração permanente das necessidades e interesses do usuário

Diferentes pessoas, inseridas em diferentes contextos socioculturais, possuem diferentes visões sobre os processos de saúde-doença e, conseqüentemente, possuem diferentes necessidades. É preciso levar em consideração as singularidades dos sujeitos, entender sua dinâmica de vida, suas características, seus projetos e seus desejos. É importante compreender que o sujeito é maior que seu diagnóstico. Há nisto uma importância terapêutica, pois possibilitam a associação de aspectos muito singulares da vida com o projeto terapêutico.

Quando são levadas em consideração as necessidades particulares do usuário, este se sente protagonista em seu processo de cuidado. Quando uma equipe acredita que um jeito de viver é o certo, tende



Figura 3 – Fatores fundamentais para o cuidado às diversidades humanas.

a orientar o usuário a ter um tipo de comportamento ou hábito. O usuário pode encontrar dificuldade em seguir “as ordens”, ter outras prioridades ou mesmo discordar das orientações da equipe. Deste modo, exercitar a flexibilidade e respeito às diferentes visões sobre o processo de adoecimento é crucial.

Para compreender as necessidades dos usuários, exercitar a flexibilidade e o respeito às diferentes visões é fundamental compreender a diferença entre autocuidado e autoatenção. Deste modo, quando os profissionais compreendem a autoatenção dos usuários, podem focar em compreender as práticas que o usuário e familiares procuram para manter ou promover saúde, estimulando a agência do sujeito sobre seu processo de cuidado e cura.

Isto vai ao encontro do proposto pela PNPS (2009), ou seja, a importância de abordar a saúde e o adoecer de cada sujeito e comunidade no seu processo de produção, que é sempre único porque acontece nos territórios onde se vive e trabalha. É preciso garantir a especificidade, a singularidade, na criação de estratégias de enfrentamento dos pro-

blemas de saúde daquele sujeito ou território em particular, rompendo com as estratégias verticais e uniformizantes que reproduzem o modelo unicamente biomédico focado na doença, médico-centrado. Apurar as singularidades demanda um olhar que transcende o momento da relação profissional-usuário e se estende ao contexto sociocultural em que ela se estabelece.

Outros documentos como a Portaria/GM nº 106 (2000), a Lei nº 10.216 (2001), a Portaria GM nº 1.720 (1994), e a Portaria GM nº 251 (2002) também tratam da importância de Projetos Terapêuticos baseados nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social.

Os documentos fornecidos pelo Ministério da Saúde: “Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular” (2008) e “Clínica Ampliada e Compartilhada” (2009) abordam que, no cuidado à saúde mental feito pelo viés da clínica ampliada, o direito à diferença é fundamental. Isto se torna ainda mais importante no caso do cuidado às populações étnicas ou culturalmente diferenciadas, como indígenas, negros e ciganos.

Esta abordagem se propõe a considerar os recursos e atores sociais que atuam com o terapeutas tradicionais, que compõem o universo sociocultural desses segmentos da população. O diálogo respeitoso sobre essa necessidade específica, e o direito do tratamento envolvendo diversos métodos terapêuticos, configura condição indispensável para a aproximação das concepções e práticas sobre o processo saúde-doença entendidas pelo sujeito e sua rede social. Isto propicia negociações terapêuticas no objetivo de atingir o estado bem-estar e bem-viver desejado pelo usuário. Este aspecto também contribui para a participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico, buscando sua participação e autonomia, ou seja, sua corresponsabilidade no seu processo de saúde e doença.

Segundo estes documentos, um recurso importante que o profissional de saúde pode utilizar é a “história de vida”. Fazer um levantamento da história de vida do usuário, através de uma linha do tempo, permite que o sujeito construa uma nova narrativa sobre sua vida, o que muitas vezes pode gerar ressignificações terapêuticas. Se os fatos passados não mudam, as narrativas sobre estes fatos podem mudar, e isto pode fazer muita diferença.

Outro recurso importante, de abordagem sistêmica, é o “mapa de redes sociais significativas”, redes permeadas por afetividades, hábitos e diferentes modalidades de trocas e interações que possuem um impor-

tante papel no processo de produção de saúde e doença. Este recurso pode enriquecer a narrativa do sujeito sobre sua vida. O importante é que estes são momentos que possibilitam um autoconhecimento e uma compreensão do momento vivido atualmente no contexto de vida de cada um. Então, muito mais do que o profissional conhecer a vida do usuário, estamos falando de o usuário poder se reconhecer diante do problema.

Acolhimento

O acolhimento é um ponto crucial do cuidado em saúde mental. Significa, num primeiro momento, acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando aparentemente não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. É preciso através da escuta, atenta e interessada, investigar os motivos e as expectativas das pessoas quando procuram um serviço de saúde. Mais do que isso, significa ajudar o usuário a reconstruir e respeitar os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que este estabelece entre o que sente e a vida as relações com seus convivas e desafetos. Quanto mais a doença for compreendida e correlacionada com a vida, menos chance haverá de se tornar um problema, maior a possibilidade de se alcançar a restauração.

Outro ponto no tocante ao acolhimento, diz respeito à linguagem utilizada pela equipe. Conforme o documento que aborda a Clínica Ampliada e Compartilhada (2009) é sempre importante verificar se o usuário compreendeu o que foi comunicado. Isto ajuda a fortalecer o vínculo entre profissional e usuários, e a superar possíveis barreiras culturais.

Além disso, o acolhimento se caracteriza como abertura e contato genuíno com os usuários. Para se alcançar esta atitude, é importante que os profissionais fiquem atentos aos sentimentos que desenvolvem pelo usuário durante os encontros, De forma a descobrir os limites e as possibilidades que esses sentimentos produzem na relação clínica.

Ampliar a capacidade de acolhimento entre os vários atores envolvidos, também significa promover espaços de co-construção e compreensão dos diferentes olhares sobre a realidade, com o objetivo de construir consensos possíveis, que incluem as diferenças e possibilitem atingir objetivos comuns a todos. Para que se possa conhecer o diferente, é preciso que haja uma reflexão sobre a prática de cuidado, o que confirma a necessidade de se dispor a ouvir, se dispor ao diálogo.

Este diálogo está relacionado com o proposto por Freire (1970), que envolve o amor aos homens, a humildade, a fé nos homens, a es-

perança e o pensar crítico. Outro conceito de diálogo importante é o proposto por uma estudante indígena na pesquisa de Viana (2017): “1^o ouvir de verdade; 2^o valorizar o saber do outro. 3^o desconstruir estereótipos; 4^o re-construir.” (p. 111).

O processo de cura, de restauração, quando há acolhimento, se torna conquista da relação terapêutica entre sujeitos. Esta relação se torna sinônimo de participação, de liberdade de escolha e de coprotagonismo. Deste modo, o acolhimento vai além de uma premissa do cuidado, e se torna a própria essência do processo de cura (VENTURINI, 2017).

Quando nos dispomos a ouvir, não só ouvir, mas escutar, e exercer nosso papel de interlocutores, estamos trabalhando com a perspectiva de repensar nossa própria cultura, relativizar nossos próprios paradigmas. Muitas vezes nem percebemos o quanto estamos mergulhados em nossas referências científicas, muitas vezes nos parecem óbvias algumas atitudes diante de determinados problemas mas, na realidade, não são absolutamente óbvios para os atores envolvidos. É necessário construirmos, junto com os sujeitos, os conceitos de doença, sofrimento, cura, ética, saúde e qualidade de vida.

5.1.4.2 Construção de vínculos

Para uma escuta qualificada, o vínculo é um conceito importante. Na rede psicossocial compartilhamos experiências, e a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro. Este “ficar em frente um do outro” , um e outro sendo sujeitos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, em que um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Desse modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos.

Para que o cuidado valorize a narrativa do usuário, Julianio (2010) aborda que o vínculo é fundamental. A presença do outro interessado propicia a formação de diálogo e a liberação da expressão. No calor da confiança e do vínculo surgem histórias antes escondidas ou negadas. Isto abre espaço para o processo de restauração, onde o sujeito passa a ser confirmado e legitimado pelo que é, deixando de lado o esforço de querer ser aquilo que os outros gostariam que ele fosse.

A etnopsiquiatria também nos auxilia a pensar uma prática voltada para o vínculo, o encontro, e a mediação. Segundo Borges e Po-creau (2009), para que seja possível um encontro entre universos de pensamentos e de lógicas culturais diferentes, é imprescindível o estabelecimento de vínculos. O vínculo entre profissional e usuário pode restaurar a capacidade relacional, de modo a reforçar e apoiar a formação de novos vínculos que o sujeito estabelecerá com outros.

Várias estratégias podem ser adotadas, segundo os documentos analisados, para favorecer a construção de vínculos, redes sociais de cuidado, co-responsabilização e resolutividade, como: Conhecer os sujeitos, sua cultura, suas histórias e seus conflitos; conhecer o perfil epidemiológico, as vulnerabilidades e comportamentos de risco; identificar os problemas de saúde percebidos pelas comunidades de forma a construir uma rede explicativa desses problemas e seu respectivo plano de soluções de forma coletiva.

5.1.4.3 Tratamento envolvendo diversos métodos e técnicas terapêuticas

A diversidade de métodos e técnicas terapêuticas no cuidado à saúde mental, nos vários níveis de complexidade, é garantido pela Portaria/SNAS nº 224 - De 29 de janeiro de 1992 e pela Portaria GM no 251, de 31 de janeiro de 2002.

Porém, muitos serviços de saúde no Brasil ainda oferecem respostas estruturadas, padronizadas, baseadas em normas, rituais de diagnósticos e intensificação do uso de fármacos como a resposta universal para a cura todas as enfermidades. Este ponto é questionado pelas legislações de saúde das populações específicas, que solicitam a inclusão e o respeito aos conhecimentos tradicionais e aos terapeutas populares no cuidado à saúde mental. Ao expor suas diferenças e particularidades, e reivindicarem seu direito à serviços de saúde que respeitem suas particularidades socioculturais, esses grupos reivindicam para si uma identidade singular, que merece o reconhecimento sobre sua expressividade simbólica. A partir desta perspectiva, consideramos que a dor, o sofrimento e o reconhecimento sobre seu estado de saúde passam pela especificidade da cultura, com suas questões espirituais, práticas do cotidiano, dos desejos pessoais e das afirmações simbólicas (VASCONCELLOS; ADORNO, 2012).

Com isso, a prática intercultural de olhar, escutar e compreender, deve se dispor a confrontar *habitus* (BOURDIEU, 1979) e *estilos*

de vida, buscando compreender as circunstâncias que distinguem ou aproximam diferentes grupos, suas identidades grupais e seus espaços sociais de pertencimento, seus agenciamentos e itinerários cotidianos.

Diante das rotinas dos serviços de saúde, as diversidades humanas, são muitas vezes vistas como “problemas”, e a solução prática passa por descaracterizar sua identidade e seu pertencimento social e cultural, pelo uso generalizado de fármacos. Porém, o cuidado socioculturalmente sensível passa pelo desenvolvimento do cuidado na Saúde Pública que valorize o cotidiano, que se baseie na investigação dos percursos e sociabilidades, procurando compreender as situações e dar voz aos sujeitos. Deste modo é possível que estes mostrem em suas estratégias de vida, como enfrentam as doenças, as adversidades, o sofrimento, causados por eventos limites. Deste modo, baseado na noção de reconhecimento cultural, deve-se estimular a presença de profissionais com formação especializada e com sensibilidade para a troca de experiências culturais (VASCONCELLOS; ADORNO, 2012)

Concomitante a isto, para evitar o uso de diagnósticos empregados de forma *acrítica*, é preciso um modelo de atenção à saúde mental capaz de relacionar, sem determinismos, as biografias individuais e as narrativas coletivas com as transformações históricas, políticas e econômicas que desde sempre acompanharam o movimentos das pessoas (KLEINMAN, 1988; PUSSETTI, 2010). A leitura medicalizante da condição das diversidades humanas permite transformar os problemas sociais, econômicos e políticos em elementos potencialmente patológicos que podem ser controlados farmacologicamente. Não há dúvidas, porém, de que algumas pessoas precisam ser medicadas, principalmente quando a angústia ultrapassa o limite do suportável e prejudica a vida do sujeito. Contudo, não é o fato de medicar que está em questão, mas o fato da disseminação de uma cultura terapêutica de medicalização da existência (ILLICH, 1975). Isto ocorre quando a psiquiatria impõe o seu saber como uma verdade sobre o sujeito, mantendo a subjetividade excluída do campo de cuidado. Esta forma de cuidado visa a universalidade, e exclui a subjetividade, não se escuta o sujeito, só os seus sintomas (KNOBLOCH, 2015).

O uso exclusivo de medicamentos para o tratamento e cuidado em saúde mental faz diminuir a autonomia do usuário e aumenta a dependência ou a resistência ao tratamento, fazendo de uma interminável sucessão de consultas, exames e procedimentos. Uma abordagem integral de cuidado envolve o uso de diversas terapêuticas. Boa parte dos usuários recorre a outras alternativas terapêuticas, como benzedeiros, comadres, terreiros de umbanda, centros espíritas, seitas religiosas, en-

tre outros recursos. Pode ser que estejam à procura de uma referência simbólica que lhes ofereça outros níveis de causalidade da sua doença. Eles procuram outras formas de tratamento que lhes deem respostas a perguntas que a ciência médica raramente consegue fornecer. Estes usuários buscam agentes de cura que lhes devolvam o equilíbrio não só biológico, mas da própria identidade sociocultural, a sua aceitação e o seu acolhimento em seu meio social. Neste caso, o processo de adoecimento e sua interpretação estão vinculados às representações socioculturais da doença no seio de cada sociedade. Integrar várias abordagens possibilita um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde.

5.1.4.4 Cuidado territorializado em rede

O cuidado em rede possui um grande potencial de construção coletiva de soluções. O trabalho em rede possibilita compor projetos comuns na diferença, construir possibilidades para além dos limites de territórios de saberes e práticas estanques. Através dele, é possível fazer face à complexidade das demandas e garantir resolutividade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas. O cuidado em rede também significa trabalhar em equipe, compartilhar diagnósticos e terapêuticas, saberes e poderes.

Neste, o conceito de territorialidade é fundamental, pois retrata o território como geográfico, social e político. A palavra território, e a importância de vincular o cuidado ao território do sujeito apareceu em quase todos os documentos analisados.

A visão de contexto de Bateson (2000) nos ajuda a pensar a importância do território no cuidado à saúde mental. Pensar o contexto privilegia a integração do indivíduo com o meio em que vive. Deste modo há uma relativização da realidade, que fica condicionada ao contexto, ou seja, a realidade está sempre relacionada ao contexto dentro do qual ela é construída. Segundo Bateson (2000), “quando você separa a mente da estrutura da qual é imanente, como a relação humana, a sociedade humana ou o ecossistema, desse modo você embarca, acredito, no erro fundamental, o qual no fim vai certamente machucá-lo” (p. 493). Tendo em vista o que preconiza a Portaria 3.088 do Ministério da Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) deve ser estruturada com o fluxo contínuo de cuidado, promovendo a atuação dos profissionais no território, uma vez que estes estão próximos às famílias e comunidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Quanto aos aspectos da rede e do território, a ideia fundamental é que somente uma organização em rede é capaz de dar conta da complexidade das demandas de inclusão de pessoas das mais variadas realidades socioculturais. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e cidadania dos sujeitos, além da integralidade na atenção (BRASIL, 2005).

A integralidade implica, além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, na ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário.

Para além da Portaria 3.088 (2011), outros documentos analisados nesta pesquisa abordam a importância do cuidado em rede, territorializado, como: “Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção” (2007); e “Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil” (2005). Estes documentos ressaltam que somente uma organização em rede é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas em sofrimento mental ou em vulnerabilidade psicossocial.

Dentro desta perspectiva, os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos públicos que compõem a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem aos usuários espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. Estes Centros, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade, facilitam a construção de laços sociais.

É importante também ressaltar que a territorialidade muitas vezes acaba se tornando um fator de exclusão, pelo fato de muitos serviços se encontrarem em territórios inacessíveis para as pessoas. O cuidado em território precisa ser acessível para todos, e levar em consideração o local que a pessoa mora e trabalha, e como ela pode se locomover pela cidade.

5.1.4.5 Tratamento em ambiente terapêutico

A necessidade de um ambiente terapêutico adequado foi levantada por diversos dos documentos analisados como nas cartas de promoção à saúde, Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002), HumanizaSUS (2003), entre outros.

A Lei 10.216 (2001) fala que o usuário deve ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis. Esta lei fundamental para a RP trás a importância de um ambiente terapêutico saudável, em oposição aos ambientes asilares, de encarceramento, que receberam graves denúncias do abandono, violência e maus-tratos aos usuários internados nos hospitais psiquiátricos do país. Um ambiente saudável, neste sentido, é um ambiente em que o sujeito possa ter respeitado todos os seus direitos.

A necessidade de um ambiente saudável para o cuidado vem da perspectiva dos determinantes sociais da saúde. Os sinais do adoecimento não são restringidos ao corpo ou aos sintomas físicos. O contexto, as relações sociais, e o ambiente natural, fazem parte das possíveis fontes de sinais a serem considerados na tentativa de identificar o que se passa, suas causas e seu significado (LANGDON, 2003).

É necessário também um contexto favorável, ou seja, um ambiente seguro e confortável para que os usuários se sintam à vontade para que possam falar de seus sentimentos em relação aos temas e às atividades não-restritas à doença ou ao núcleo profissional.

Além da importância de se criar um campo propício para o tratamento, centros de convivência e cultura podem ser lugares extremamente importantes para o cuidado em saúde mental. Estes lugares são por excelência ambientes de intersecção entre as políticas públicas de saúde mental e cultura.

5.1.4.6 Participação e controle social, autonomia e corresponsabilização

Ampliar a participação e as representações das diversas populações nos conselhos estaduais e municipais de saúde e em outros espaços de gestão participativa é extremamente importante, e um fato levantado por diversos documentos analisados, como a Constituição, Lei 8.080, a Portaria 3.088, Portaria GM 251, Portaria/SNAS nº 224, Portaria/GM nº 106, PNH, entre outros.

Conforme Jacó-Vilela e Sato (2012), o envolvimento ativo e efetivo de todas as pessoas dessa comunidade na interpretação dos pro-

cessos e dos resultados das intervenções, bem como o seu envolvimento para as mudanças é fundamental. Deste modo, é fundamental que os usuários sejam co-autores e estejam envolvidos nos projetos que a elas se dirigem.

O documento “Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil” (2005) ressalta que o princípio de controle social do SUS merece destaque, na medida em que impulsiona o protagonismo e a autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva. Sendo assim, os Conselhos e as Conferências de Saúde desempenham papel fundamental na conformação do SUS, no ordenamento de serviços e ações e no direcionamento dos recursos.

A participação diz respeito a preservação da autonomia do usuário, sendo este sujeito ativo na construção do seu projeto terapêutico. Este elemento envolve a produção de vida. Isto é importante, pois o tratamento e o processo de cura sempre dependem da participação do sujeito, e essa participação não pode ser entendida como uma dedicação exclusiva à doença, mas, sim, uma capacidade de “inventar-se” apesar da doença.

5.2 A SAÚDE MENTAL NOS DOCUMENTOS REFERENTES A SAÚDE DE POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

Neste ítem apresentamos o que há de relevante para o cuidado à saúde mental às diversidades socioculturais nas legislações referentes a saúde de populações específicas.

A Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973, é uma das primeiras legislações para a proteção das comunidades indígenas e a preservação dos seus direitos. Este documento fala da importância da garantia aos índios da permanência voluntária no seu habitat, proporcionando-lhes ali recursos para seu desenvolvimento e progresso. A população indígena está intrinsecamente ligada ao seu território, a sua terra.

A territorialidade indígena é fundamental. As terras demarcadas não pertencem aos indígenas, e sim estão sob tutela do estado. Deste modo os índios se sentem sem a garantia de seus direitos, sua autonomia e a sua alteridade. Os indígenas possuem uma cosmologia (compreensão do universo) em que a terra é sagrada, e a demarcação de um território compatível com as necessidades da população que lhes possibilite a mobilidade, se mostra fundamental para o acesso à caça e à pesca.

Esta legislação também ressalta a importância de serem respei-

tados os usos, costumes e tradições indígenas para o cuidado de sua saúde. O Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, também acentua a importância do reconhecimento do valor e da complementaridade das práticas da medicina indígena.

Sobre a saúde indígena, todos os documentos analisados ressaltam a relevância da articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde. Todas as sociedades humanas dispõem de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e de tratamento das doenças. Esses sistemas tradicionais de saúde, de cuidado à saúde mental, são, ainda hoje, o principal recurso de atenção à saúde da população indígena, apesar da presença de estruturas de saúde ocidentais. Esses sistemas tradicionais são parte integrante da cultura, e condicionam a relação dos indivíduos com seus processos de saúde e a doença. Eles têm grande influência na relação dos índios com os serviços e os profissionais de saúde. O respeito às suas crenças e costumes pode interferir na procura ou não dos serviços de saúde, na aceitabilidade das ações e projetos de saúde, na compreensão das mensagens de educação para a saúde, e na interpretação dos casos de doenças.

O documento que trata da I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial (2005) traz também diversos pontos relevantes para o cuidado à saúde mental das diversidades humanas. Durante a conferência foram relatadas demandas pelo direito humano básico de acesso, pela humanização do atendimento, pela incorporação da dimensão étnico-racial na política em todos os seus níveis de atenção.

O acesso ao sistema é um ponto transversal em grande parte dos documentos analisados. A dificuldade de acesso e de transporte até os serviços de atenção à saúde aparece como prejudicial ao cuidado à saúde das populações.

Outro ponto fundamental é a inclusão de medidas de enfrentamento do racismo, sexismo, da homofobia e lesbofobia em todos os programas e ações.

Este documento aponta que é preciso implementar o Programa Saúde da Família nas comunidades indígenas e quilombolas articulado a centros de referência formados por equipes multidisciplinares que qualifiquem profissionais para lidar com as especificidades de tais grupos. A qualificação profissional e a necessidade de formação permanente também é um ponto central. Serviços e profissionais capacitados para atender as diversidades humanas são fundamentais para a oferta de um cuidado à saúde mental efetivo.

É preciso também exigir a inserção e o respeito ao etnoconhecimento dos(as) indígenas, ciganos(as), populações de comunidades tra-

dicionais e quilombolas. O documento ressalta a importância de serem instituídos atendimentos diferenciados nessas comunidades, valorizando os conhecimentos tradicionais.

O documento de Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra (2001) também clama pelo reconhecimento de categorias culturais que permitem outras formas de perceber, expressar, avaliar e tratar doenças, como os terapeutas populares, que atendem uma demanda expressiva de usuários que não têm acesso aos serviços públicos de saúde e, para muitos, oferecem a primeira e, talvez, a única terapêutica disponível. Mais uma vez a questão da dificuldade de acesso aos serviços é mencionada.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2008) sublinha a importância do enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com enfoque na abordagem étnico-racial, para o cuidado efetivo da população. Este documento sugere a inclusão do tema étnico-racial, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social. Também fala da relevância de identificar as necessidades de saúde da população negra e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades.

O Plano Operativo de Saúde das Populações do Campo e da Floresta (2011) sublinha a importância do respeito às especificidades históricas, sociais, econômicas e culturais destas populações. O referido documento tem como objetivo melhorar o nível de saúde das populações do campo e da floresta, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, visando o acesso aos serviços de saúde. Novamente o reconhecimento das especificidades e o acesso aos serviços de saúde foram mencionados.

O documento também enfatiza a importância de reconhecer e valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde destas populações, respeitando suas especificidades e ampliando a participação das representações. Incentivar a formação e a educação de trabalhadores da saúde, considerando a situação intercultural na atenção às comunidades tradicionais do campo e da floresta também se torna relevante para o cuidado à saúde mental.

O documento “Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção” (2007) é fundamental para o cuidado à saúde mental das diversas populações. No item referente ao combate a homofobia, este documento aponta o Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra Gays, Lésbicas, Travestis, Transexuais e Bissexuais e de Promoção da Cidadania Homossexual, de 2004. Este

programa pretendeu reverter o quadro de vulnerabilidade à exclusão e à violência a que está sujeita esta população, através da proposição de ações que promovessem a cidadania e a garantia dos direitos constitucionais a estes segmentos populacionais.

No item que trata da Saúde Mental e Gênero é ressaltada a situação de desigualdade das mulheres na sociedade brasileira. Este documento aponta que as desigualdades crescem ainda mais, a depender da classe social, da raça, da idade e da orientação sexual da mulher. As internações de mulheres por transtornos de humor e o uso de benzodiazepínicos é significativo, além de haver um crescimento transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério.

O documento recomenda a sensibilidade para os determinantes sociais da saúde, assim como uma postura ativa no enfrentamento da discriminação, sendo estas importantes marcas da Reforma Psiquiátrica Brasileira. As questões de gênero, somadas às condições socioeconômicas e culturais, são determinantes da saúde mental e merecem total atenção no cuidado à saúde mental.

Os núcleos de sentido formulados e explanados aparecem como fatores extremamente relevantes para o cuidado à saúde mental das populações específicas. Entre eles, cabe ressaltar: A importância de pautar as intervenções nas necessidades específicas dos usuários; a necessidade de envolver no tratamento diversos métodos terapêuticos, principalmente os conhecimentos tradicionais e os terapeutas populares; o cuidado de base territorial, em rede, com foco na facilidade do transporte e acesso aos serviços de saúde; a participação e controle social, como foco na autonomia e corresponsabilização do sujeito sobre seus processos de saúde e doença; a necessidade da formação permanente dos profissionais, de forma a qualificar seu serviço e ofertar um cuidado sensível culturalmente; e principalmente o papel fundamental da garantia dos direitos humanos.

5.3 CENÁRIO ATUAL DE DESMONTE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL

Trazemos aqui a discussão atual do desmonte destas políticas, que ameaçam conquistas que estão nos conteúdos das políticas e legislações, ainda que não necessariamente na prática.

Nos últimos 30 anos foi desenvolvido com muito esforço a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), que carrega consigo um projeto de sociedade e um modelo de desenvolvimento, que

se manifestam em valores civilizatórios como universalidade, integralidade, igualdade, democracia e emancipação. Esta concepção articula cuidados individuais e coletivos ao desenvolvimento econômico e aos direitos humanos.

O processo de implementação do SUS permitiu que o país edificasse uma forte base tecnológica e de cuidados que hoje atende às necessidades de grande parte da população brasileira. O SUS tem grande impacto nas condições de vida e de redução de iniquidades e desigualdades no Brasil.

Impasses estruturais, resultantes de uma visão fragmentada sobre o cuidado à saúde, impactam o alcance de resultados mais profundos e realizações mais expressivas no âmbito da saúde pública. Ao longo de toda a implantação do SUS, fortes limites orçamentários e financeiros foram impostos, impedindo a plena realização de seus fundamentos, o que gerou estímulos à privatização.

O sistema de saúde brasileiro como um todo encontra-se ameaçado pelo sub financiamento, falta de planejamento e de avaliação e gestão, e, ao abandono de uma política de formação e qualificação permanente de seus atores. As políticas públicas se definem quando os recursos financeiros se definem. A proposta brasileira de implementação do teto para os gastos públicos federais, objeto das PECs 241/55, foi aprovada em 16 de dezembro de 2016, consolidando-se na Emenda Constitucional de número 95. Esta instituiu um novo regime fiscal para vigorar nos próximos vinte anos, valendo, portanto, até 2036. A referida proposta foi alvo de intensos protestos pela sociedade civil, pois o declínio dos gastos públicos com a saúde e o atual contexto de negação de direitos e de desvalorização das políticas universais intensificam retrocessos e ameaçam a sustentação do SUS.

Esta desvalorização do SUS se contrapõe também à compreensão do processo saúde-doença e do conceito ampliado de saúde. Essa base constitutiva dos sistemas e políticas universais de saúde está sendo desfeita pela reintrodução de concepções individualistas, medicalizantes e mercantis do consumo de serviços de saúde.

Parte da população brasileira não vê o SUS como patrimônio de valor inestimável e política social a ser preservada e valorizada devido a falta de compreensão sobre os princípios seus e a abrangência de seu campo de atuação, associada à experiência cotidiana deficitária nos serviços de assistência. Deste modo, se torna necessário investir no imaginário coletivo em torno do SUS e tornar o atendimento básico realmente universal, de forma a garantir a legitimidade do sistema e fortalecer a luta pelo financiamento público.

O SUS vai muito além da atenção básica, e é responsável por grande parte dos transplantes de órgãos, e tratamentos de alta complexidade, como quimioterapia. O SUS ainda conta com um sistema em crescimento de assistência à saúde mental. Durante os anos, este sistema possibilitou a diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos, e a implantação de milhares de CAPS em todo o território brasileiro. O SUS é o edifício em que a Reforma Psiquiátrica se sustenta. Porém ainda há muito a ser feito. Precisamos de mais leitos cobrindo o cuidado nas 24 horas, e mais CAPS para a intervenção responsável em território. A falta de recursos para o desenvolvimento destes serviços ocasiona uma fragilidade nas redes de atenção.

O Ministério da Saúde apresentou a reformulação da política de saúde mental em uma série de iniciativas para reativar sistemas de intervenção baseados na figura do psiquiatra e retomar a lógica de ação em saúde focada na doença e no controle dos sintomas, bem como como na internação psiquiátrica por meio de chamadas Comunidades Terapêuticas. O plano contém pontos que desfiguram a política de saúde mental e afrontam as diretrizes da política de desinstitucionalização psiquiátrica, prevista na Lei 10.216/2001. Além disso há um redirecionamento progressivo de uma rede comunitária para um modelo baseado em instituições médico centradas, privadas, promotoras de estigma e segregação e que têm se mostrado historicamente ineficientes.

A diminuição de recursos para a saúde e a mudança na política de saúde mental são um retrocesso para as mudanças no modelo de cuidado propostas pela Reforma Psiquiátrica, que pauta seu modelo de cuidado em serviços comunitários, inclusivos, respeitando a liberdade de escolha das pessoas. Precisamos de mais investimentos para o fortalecimento da RAPS, com mais serviços de cuidado, acolhimento, escuta, que cuidem das pessoas, e não somente dos diagnósticos das pessoas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou contribuir para a ampliação da compreensão da questão do cuidado às diversidades humanas através da análise de aspectos históricos e atuais das políticas públicas de saúde e de saúde mental. O objetivo geral deste trabalho foi alcançado, ou seja, foi possível compreender de que forma as Políticas Públicas de Saúde e de Saúde Mental brasileiras contemplam o cuidado às diversidades socioculturais.

Através da pesquisa foi possível concluir que a configuração das políticas de saúde e saúde mental brasileiras valorizam o cuidado às diversidades, abordando diversos temas fundamentais para garantir um cuidado de qualidade, como a garantia de direitos humanos, a importância dos determinantes sociais da saúde, da formação profissional, além de abordarem ser fundamental um cuidado em rede, territorializado, em ambiente terapêutico, que apure as necessidades e interesses dos usuários, e que baseie o cuidado nos princípios de acolhimento, construção de vínculos, autonomia, corresponsabilização, e equidade.

O conteúdo das políticas analisadas representa um avanço no cuidado à saúde mental, pois está alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica (RP). A sensibilidade para os determinantes sociais da saúde, assim como uma postura ativa no enfrentamento da discriminação, são importantes marcas da RP.

Os documentos analisados apontam também para os principais desafios da continuidade da RP, sendo eles a garantia da acessibilidade e equidade, a formação de recursos humanos, e a questão cultural como elemento mediador das diversas formas de atenção, ou seja a superação de estigmas, inclusão social, superação do valor atribuído ao modelo hospitalocêntrico, e papel dos meios de comunicação.

Na análise dos dados nos deparamos com alguns questionamentos sobre as políticas de saúde e saúde mental. Sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a Lei 8.080 não define o que é a “abordagem diferenciada e global” que propõe. Seria interessante que houvesse algum protocolo, ou alguma orientação para a intervenção clínica em contextos diferenciados. Esta legislação propõe adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. Porém, nos questionamos se essa adaptação deve acontecer só onde residem as populações indígenas, ou em toda a rede de atenção, já que o acesso à rede é universal. Todos os servi-

ços deveriam estar minimamente preparados para cuidar de pessoas de diferentes contextos socioculturais. Esta legislação não propõe o cuidado diferenciado a diferentes pessoas em situações específicas, como negros, mulheres, imigrantes, comunidade LGBTQs, entre outras, sendo que essas populações também precisam de um cuidado diferenciado.

O decreto 7.508 propõe o tratamento preconizado, ressaltando o uso de medicamentos. Neste há um pressuposto que está sendo colocado, que se opõe à clínica ampliada e a abordagem integral de saúde que considera o sujeito em seu contexto. Neste sentido, apesar das reformas e das lutas para implementar uma atenção psicossocial que leve em conta um tratamento e uma visão de sujeito integral, e uma atenção culturalmente sensível, ainda permanece nas entrelinhas deste documento uma visão baseada em modelos biomédicos de cura com foco na doença, que não dão conta de abordar as especificidades socioculturais. Este documento também fala de um tratamento diferenciado à população indígena, porém não considera as particularidades e as diferenças que existem entre os próprios povos indígenas brasileiros. A legislação também não considera as outras populações que possuem especificidades, necessidades diferenciadas para alcançar a assistência integral.

Para pesquisas futuras, sugere-se a investigação das práticas dos profissionais e serviços de atenção à saúde, de forma a verificar se o cuidado às diversidades socioculturais, proposto pelos documentos aqui analisados, está presente ou não no cotidiano dos serviços e na racionalidade do projetos terapêuticos institucionais. Isto indicaria melhores limites e possibilidades das legislações, de forma a investigar como podemos avançar para a oferta de um cuidado integral, alinhado aos princípios da RP. Também sugere-se que mais pesquisas sejam feitas com as diversas populações específicas mencionadas neste trabalho, de forma a compreender melhor suas necessidades e interesses, e o que seria para elas uma atenção diferenciada compatível com sua visão sobre os seus processos de saúde e doença.

Ainda há muito a ser feito no sentido de garantir que o conteúdo das políticas seja posto em prática, no dia-a-dia dos serviços de atenção à saúde. Ainda precisamos enfrentar as iniquidades em saúde, e para isso, devemos privilegiar o cuidado territorializado e institucionalizar as políticas públicas vigentes, de forma que as ações sejam tomadas continuamente, objetivando desdobramentos positivos e progressivos. Há também a necessidade de mudança no ambiente cultural, buscando a construção de um novo lugar social para as pessoas em sofrimento e com problemas de saúde mental de forma a sustentar a ideia do

protagonismo e cidadania de usuários e familiares.

Isso nos convida, enquanto profissionais e usuários de serviços de atenção à saúde mental, a um posicionamento ético-político diante da sociedade e suas contradições, na batalha para construir mais espaços de sociabilidade, atravessado por noções menos totalizantes e estigmatizantes, e mais acolhedoras e cuidadosas, cientes dos processos históricos e sociais que conduziram os valores morais de nossa sociedade até aqui.

Sem o respeito à diversidade sociocultural, não há garantia de liberdade e de proteção dos direitos humanos (AMARANTE; TORRE, 2017).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, N. **A Ciência da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- ALMEIDA-FILHO, N. et al. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). **Am J Public Health**, n. 93, p. 2.037-2.043, 2003.
- ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, suppl. 2002.
- ALVES, Edvânia dos Santos; FRANCISCO, Ana Lucia. Ação Psicológica em Saúde Mental: Uma Abordagem Psicossocial. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2009, 29 (4) 768-779.
- AMANCIO, Valdene Rodrigues. Panorama histórico-político da luta antimanicomial no Brasil: as instabilidades do momento atual. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 9, n. 24, p. 22-49, 2017.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2007.
- AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. Direitos humanos, cultura e loucura no Brasil: um novo lugar social para a diferença e a diversidade. In: OLIVEIRA, Walter et al. **Direitos Humanos & Saúde Mental**. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 107.
- APA - American Psychological Association. Guidelines on multicultural education, training, research, practice and organizational change for psychologists. **American Psychologist**, 58, 377- 402, 2003.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.
- BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Desigualdade social em saúde: revisitando momentos e tendências nos 50 anos de publicação da RSP. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, p. 17, 2017.
- BATESON, Gregory. **Steps to an ecology of mind: Collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology**. University of Chicago Press, 1972.

BEACH, Mary Catherine e cols. Cultural competency: A systematic review of health care provider educational interventions. **Medical care**, v. 43, n. 4, p. 356, 2005.

BERRY, J. e cols. Psychology and the developing world. **Cross-Cultural Psychology, Research and Applications**, p. 378-391, 1992.

BETANCOURT, Joseph R. e cols. Cultural competence and health care disparities: key perspectives and trends. **Health affairs**, v. 24, n. 2, p. 499-505, 2005.

BEZERRA, Benilton. A clínica e a reabilitação psicossocial. **Reabilitação psicossocial no Brasil**, v. 2, p. 137-42, 1996.

BHUI, Kamaldeep e cols. Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. **BMC health services research**, v. 7, n. 1, p. 15, 2007.

BIRMAN, Joel. **A Psiquiatria como Discurso da Moralidade**. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

BOING, Elisangela; CREPALDI, Maria Aparecida. Reflexións Epistemológicas del SUS y Actuación del Psicólogo. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 34, n. 3, p. 745-760, Sept. 2014.

BORGES, Lucienne Martins; POCREAU, Jean-Bernard. Reconhecer a diferença: o desafio da etnopsiquiatria. **Psicologia em Revista**, v. 15, n. 1, p. 232-245, 2009.

BOURDIEU P. La distinction. **Critique social du jugement**. Paris: Minuit; 1979.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização eo funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da união, v. 20, 1990.

BRASIL. **Portaria no. 224** de 29 de janeiro de 1992. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental, v. 2004, p. 17-20, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM no 1.720**, 4 de outubro de 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 106**, de 11 de fevereiro. 2000.

BRASIL, Constituição; BRASIL. **Lei n.º 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: Uma Questão de Equidade**. Sistema Nações Unidas. Brasília, dezembro de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **As cartas da promoção da saúde**. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM no 251**, de 31 de janeiro de 2002.

Brasil. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Centro de Documentação e Informação, Coordenação de Publicações, 2004.

BRASIL. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**: Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial**: Brasília, 30 de junho a 2 de julho de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Portaria n.º 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília: MS; 2006. (Série B. Textos Básicos em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil: legislação federal compilada 1973 a 2006**. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Plano Operativo. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. HumanizaSUS: clínica ampliada e compartilhada. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Organização Pan-americana da Saúde. **Promoção da saúde**, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Série B. Textos Básicos de Saúde - Cadernos HumanizaSUS, Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Lei nº. 12.288** de 20 de julho de 2010: Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Diário Oficial da União, 2010.

BRASIL. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, v. 29, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria n.º 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Plano Operativo de Saúde das Populações do Campo e da Floresta 2012/2015**. Brasília, 2011.

BRASIL. Portaria de Consolidação n.º 3. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2017.

BRUNER, Jerome S. **Acts of meaning**. Harvard University Press, 1990.

BUCHILLET, D. (Org.) **Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia**. Belém: MPEG/Cejup/ UEP, 1991.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARDOSO, Jordana Santos. **Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial RAPS**. 2018.

CAVALCANTE, Thiago Leandro Vieira. A Interculturalidade Crítica como possibilidade para um diálogo sobre as territorialidades no Brasil 1/The Critical Interculturality as a possibility for a dialogue in Brazil territorialities. **Tellus**, v. 17, n. 32, p. 85, 2017.

CENTER FOR HEALTH EQUITY, TRAINING, RESEARCH AND EVALUATION (CHETRE). **What is equity?** in 'An area health service taking action to achieve health for all'. CHETRE. The University of New South Wales. School of Public Health & Community Medicine, Austrália, 2000.

CROSS, Terry e cols. **Towards a culturally competent system of care**. 1989.

DANA, Richard H. **Understanding cultural identity in intervention and assessment**. Sage Publications, 1997.

DANTAS, Sylvia Duarte. Saúde mental e interculturalidade: implicações e novas proposições diante dos desafios em tempos de globalização. **Diálogos interculturais: reflexões interdisciplinares e intervenções psicossociais**, p. 109, 2012

DAS, Veena; DAS, Ranendra K. How the body speaks: illness and the lifeworld among the urban poor. **Subjectivity: ethnographic investigations**, p. 66-97, 2007.

DECS: Descritores em Ciências da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

DEVEREUX, Georges. Le renoncement à l'identité comme défense contre l'anéantissement. *Revue Française de Psychanalyse*, 31 (1), 101-142. Devereux, G. (1972). **Ethnopsychanalyse complémentariste**. Paris: Flammarion, 1967.

DICIONÁRIO de português online: **Significado de Sensibilidade**. Significado de Sensibilidade. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/sensibilidade/>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

DIEHL, Eliana Elisabeth; LANGDON, Esther Jean; DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros The contribution of indigenous community health workers to special healthcare for. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 819-831, 2012.

DIMENSTEIN, Magda. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em estudo**, v. 6, n. 2, p. 57-63, 2001.

ECHEVERRI, Margarita; BROOKOVER, Cecile; KENNEDY, Kathleen. Nine constructs of cultural competence for curriculum development. **American journal of pharmaceutical education**, v. 74, n. 10, p. 181, 2010.

EUROPEAN COMMISSION. **The State of Mental Health in the European Union**. European Communities: European Commission, Health & Consumer Protection, 2004.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. SciELO-EDUFBA, 2008.

FAVILLI, Federico; AMARANTE, Paulo. Direitos humanos e saúde mental nas instituições totais punitivas: um estado da arte Itália-Brasil sobre a determinação de mecanismos alternativos à prisão decorrentes às situações de doença mental ou enfermidade. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 10, n. 25, p. 141-183, 2018

FERREIRA, J. **O corpo s gnico: representa es sociais sobre corpo, sintomas e sinais em uma vila de classes populares**. 1993. Tese de Doutorado.

Disserta o(mestrado em psicologia), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.

FERREIRA, Letícia Carvalho de Mesquita. "Apenas preencher papel": reflexões sobre registros policiais de desaparecimento de pessoa e outros documentos. **Mana**, v. 19, n. 1, p. 39-68, 2013.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Tradu o de Roberto Machado, Rio de Janeiro: Forense Universitária, v. 1998, 1963.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

FRANKL, Viktor E. **Man's search for meaning**. Simon and Schuster, 1985.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido (1970)**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005

FREIRE, Paulo. **Cartas a Guineia Bissau: pontos de uma experiência pedagógica em proceso**. 1977.

FREITAS, Lisane Nery; MICHELETI, Vania Celina Dezoti. Desafios da aten o básica frente às iniquidades em saúde. **Revista Opinião Filosófica**, v. 3, n. 1, 2017.

FROMM, Erich. **A revolu o da esperança: por uma tecnologia humanizada**. Zahar, 1981.

(FUNAI) Funda o Nacional do  ndio: Saúde. **Saúde**. 2017. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/saude?start=1#>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

GADAMER, Hans-Georg. Truth and Method, trans. **W. Glen-Dopel**, London: Sheed and Ward, 1975.

LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza. Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. In: **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Contra Capa, 2004.

GADOTTI, Moacir; ROMÃO, José Eustáquio. **Paulo Freire e Amílcar Cabral: a descolonização das mentes**. 2012

GARNELO, Luiza; LANGDON, Jean. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Fiocruz, 2005. p. 133-156.

GEERTZ, Clifford. A interpretação das culturas. **Rio de Janeiro: LTC-Livros Técnicos e Científicos Editora**, 1989.

GINGER, Serge. **Gestalt uma terapia do contato**. Summus Editorial, 1995.

GOLDSTEIN, Kurt. **The organism: A holistic approach to biology derived from pathological data in man**. 1939.

GOOD, Byron J. The heart of what's the matter The semantics of illness in Iran. **Culture, medicine and psychiatry**, v. 1, n. 1, p. 25-58, 1977.

GOOD, Byron J. **Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective**, p. 116-165, 1994.

GRANDESSO, MARILENE A. **Sobre a Reconstrução Do Significado: Uma**. Casa do Psicólogo, 2000.

GREENE, S. The shamans needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna lands, Peru. **American Ethnologist**, 25(4):634-658, 1998.

GURUNG, R. A. R. Health Psychology: A Cultural Approach, University of Wisconsin, Green Bay. **Thomson Wadsworth Gupta, Nina and Beehr, Terry A**, 2006.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. **São Paulo**, v. 5, p. 61, 2002.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Capítulo 16 Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493-545.

HELMAN, C. Doença versus enfermidade na clínica geral. **Campos**, v. 10, n. 1, p. 119-128, 2009.

HYCNER, Richard. **De pessoa a pessoa**. Summus Editorial, 1995.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Nova Fronteira, 1975.

JACÓ-VILELA, Ana Maria; SATO, Leny. **Diálogos em psicologia social**. 2012.

JAMESON, Fredric. **Pós-modernismo: a lógica cultural do capitalismo tardio**. Ática, 1996.

JULIANO, J.C. **A vida, O Tempo, a Psicoterapia**, São Paulo: Summus Editorial, 2010.

KLEINMAN, Arthur M. Medicine's symbolic reality: on a central problem in the philosophy of medicine. **Inquiry**, v. 16, n. 1-4, p. 206-213, 1973.

KLEINMAN, Arthur. **The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition**. Basic books, 1988.

KLEINMAN, Arthur. **Writing at the margin: Discourse between anthropology and medicine**. Univ of California Press, 1997.

KNOBLOCH, Felicia. Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. **Psicologia USP**, v. 26, n. 2, p. 169-174, 2015.

KOLTKO, Mark E. How religious beliefs affect psychotherapy: The example of Mormonism. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, v. 27, n. 1, p. 132, 1990.

LAMBERT, William. Introduction to perspectives. **Handbook of cross-cultural psychology. Perspectives**, v. 1, 1980

LANGDON, Esther Jean. Representações de Doença e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia. **Saúde e povos indígenas**, p. 115, 1994.

LANGDON, E. J. Cultura e os Processos de Saúde e Doença. In **Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença**. (Leila Sollberger Jeolás e Marlene de Oliveira, orgs.). Londrina, Ministério da Saúde; Universidade Estadual de Londrina, e Secretaria Municipal de Ação Social/Prefeitura Municipal de Londrina.pp. 91-107. 2003.

LANGDON, Esther Jean. Comentários sobre “Doença versus Enfermidade na Clínica Geral” , de Cecil G. Helman. **Campos**, v. 10, n. 1, p. 113-117, 2009.

LAPLANTINE, François. **Aprender etnopsiquiatria**. Editora brasileira, 1998.

LEIFERT, Maria Gabriela M. **Migração de Retorno: Psicoterapia Breve de Jovens Brasileiros, um diálogo entre Psicologia Intercultural e Construcionismo Social**. 2007. Tese de Doutorado. Dissertação Mestrado. São Paulo: USP.

LIN, Keh-Ming; CHEUNG, Freda. Mental health issues for Asian Americans. **Psychiatric Services**, v. 50, n. 6, p. 774-780, 1999.

LOCK, Margaret; SCHEPER-HUGHES, Nancy. A critical-interpretive approach in medical anthropology: Rituals and routines of discipline and dissent. **Medical anthropology: Contemporary theory and method**, v. 3, p. 47-73, 1990.

MAIA, Ana Maria Rosete et al. Pesquisa Histórica: possibilidades teóricas, filosóficas e metodológicas para análise de fontes documentais. **Revista Eletrônica Here**, v. 2, n. 1, 2011.

MANTZAVINOS, CHRYSOSTOMOS. Traduzido por Alexandre Braga Massella. O círculo hermenêutico: que problema é esse?. **Tempo social: revista de sociologia da USP**. v. 26, n. 2, 2014.

MARTINS, Elcimar Simão; DE OLIVEIRA, Pedro Henrique Ferreira. HISTÓRIA E CULTURA AFRO-BRASILEIRA, AFRICANA E INDÍGENA NA UNILAB: a experiência do curso de Licenciatura em Ciências da Natureza e Matemática. **Revista Eletrônica Científica Ensino Interdisciplinar**, v. 3, n. 8, p. 309-321, 2017.

MENÉNDEZ, Eduardo. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.

MERHY, Emerson Elias. Educação Permanente em Movimento-uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 1, p. 07-14, 2014.

MERLEAU-PONTY, Maurice. Fenomenologia da percepção. **São Paulo: WSF Martins Fontes**, 2006.

MESTRE, Claire. La psychiatrie transculturelle: un champ nécessaire et complexe. **Moro, M.-R., De La Noe, Q., Mouchenik, Y., eds., Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social, La Pensée Sauvage, Grenoble**, p. 179-195, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, p. 01-10, 19, 2014.

MOLEIRO, Carla; GONÇALVES, Marta. Saúde na diversidade: Desenvolvimento de serviços de saúde mental sensíveis à cultura. **Análise Psicológica**, v. 28, n. 3, p. 505-515, 2010.

MONTE, C. et al. Designing educational messages to improve weaning food practices of families living in poverty. **Social Science and Medicine**, 44(10):1.453-1.454, 1997.

NARDI, Deena; WAITE, Roberta; KILLIAN, Priscilla. Establishing standards for culturally competent mental health care. **Journal of psychosocial nursing and mental health services**, v. 50, n. 7, p. 3-5, 2012.

NATHAN, Tobie. **La folie des autres: traité d'ethnopsychiatrie clinique**. Dunod, 1986.

NÚÑEZ, Ana E.; ROBERTSON, Candace. Multicultural considerations in women's health. **Medical Clinics of North America**, v. 87, n. 5, p. 939-954, 2003.

OLIVEIRA, Walter. As interfaces entre direitos humanos e saúde mental. In: OLIVEIRA, Walter et al. **Direitos Humanos & Saúde Mental**. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 11-19.

OLIVEIRA, Italuã M.; DUARTE, Marco J. O.; Pitta, A. M. F. Racismo, sofrimento e saúde mental: um debate necessário. In: OLIVEIRA, Walter et al. **Direitos Humanos & Saúde Mental**. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 272.

(ONU) Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. **Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural**, 2015. Recuperado em 06 de março de 2017, em <http://unesdoc.unesco.org/images/0012>,

PARK, Mijung e cols. Working with culture: Culturally appropriate mental health care for Asian Americans. **Journal of advanced nursing**, v. 67, n. 11, p. 2373-2382, 2011.

PELBART, Peter Pal. Da clausura do fora ao fora da clausura. **São Paulo: Brasiliense**, 1989.

PERDIGUERO, Enrique. Una reflexión sobre el pluralismo médico. **Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural**, p. 33-49, 2006.

PIANA, Maria Cristina. A construção da pesquisa documental: avanços e desafios na atuação do serviço social no campo educacional. **São Paulo: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho**, 2009.

PIMENTEL, Alessandra. The method of documental analysis: the use for a historiographical research. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p. 179-195, 2001.

POSSAS, C. **Epidemiologia e Sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1989.

PRILLELTENSKY, Isaac. Values, assumptions, and practices: Assessing the moral implications of psychological discourse and action. **American Psychologist**, v. 52, n. 5, p. 517, 1997.

PUSSETTI, Chiara. Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 94-113, 2010.

QURESHI, Adil. Dialogical relationship and cultural imagination: A hermeneutic approach to intercultural psychotherapy. **American journal of psychotherapy**, v. 59, n. 2, p. 119, 2005.

RABELO, Míriam Cristina; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. **Experiência de doença e narrativa**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 1999.

ROTOLO, Adriana; COCCO, Marta. Doença e cultura: suas relações no processo de adoecer. **Revista de Enfermagem**, v. 2, n. 2 e 3, p. 11-22, 2013.

SÁ, Marilene de Castilho. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, 2009.

SAMPIERI, Roberto Hernandez; COLLADO, Carlos Fernandez; LUCIO, Maria del Pilar Baptista. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 624p. (Série Métodos de Pesquisa).

SAMPSON, Edward. Of rainbows and differences. **Critical psychology: Voices for change**, p. 1-5, 2000.

SANTOS CARNEIRO, Nuno. Contra a "violência de inexistir": psicologia crítica e diversidade humana. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 1, 2013.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciênc saúde coletiva**, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

SCHMIDT, LAWRENCE K. **Hermenêutica**. Petrópolis: Vozes, 2014, ed. 3.

SCHNEIDER, Daniela R.; BUDDE, Cristiane; FERREIRA, Arthur A. L. Transformaciones de prácticas y saberes en salud menal y gubernamentalidad: Los años 1970 en Santa Catarina, Brasil. **Revista de Historia de la Psicología**, 2018, Vol. 39(1), 411.

SCORSOLINI-COMIN, Fabio. Elementos do aconselhamento multicultural aplicados à psicoterapia em contexto etnopsicológico. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 15, n. 2, p. 587-607, 2015.

SLUZKI, Carlos E. House taken over by ghosts: culture, migration, and the developmental cycle of a Moroccan family invaded by hallucinations. **Families Systems and Health**, v. 22, p. 321-337, 2004.

SLUZKI, Carlos E. **The Presence of the Absent: Therapy with Families and Their Ghosts**. Routledge, 2015. P.45

SPINK, Mary Jane P. Clientes, cidadãos, pacientes: reflexões sobre as múltiplas lógicas de cuidado na atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. suppl. 1, p. 115-123, 2015.

STEIN, Ernildo. Dialética e Hermenêutica: uma controvérsia sobre método e filosofia. In: **Dialética e Hermenêutica**. (Jurgen Habermas). São Paulo: L& PM, p.98-134, 1987

SUNDBERG, Norman D. Cross-cultural counseling and psychotherapy: A research overview. **Crosscultural counseling and psychotherapy**, p. 28-62, 2013.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e. **História, Ciências, Saúde**, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TRAD, L. A. A família no enfrentamento do problema do crack: entrelaçando vulnerabilidade social, resiliência e proteção social. In: Jorge, M. S., Trad., L. A., Quinderé, P. H., Lima, L. L. (2015). **Olhares plurais sobre o fenômeno do crack**. Fortaleza: Ed EUCE, 2015.

TRICKETT, Edison J.; WATTS, Roderick; BIRMAN, Dina. Human diversity and community psychology: Still hazy after all these years. **Journal of Community Psychology**, v. 21, n. 4, p. 264-279, 1993.

VALLES, M. La investigación documental: técnicas de lectura y documentación. **Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional**, 1997.

VASCONCELLOS, Maria da Penha; ADORNO, Rubens Camargo de Ferreira. Pensando a Saúde entre Culturas: Mediações em Tempos de Incertezas, Conflitos e Mobilidades Transnacionais. **Diálogos interculturais: reflexões interDisciplinares e intervenções psicossociais**, p. 133 - 139, 2012.

VEGA, William A. Higher stakes ahead for cultural competence. **General Hospital Psychiatry**, v. 27, n. 6, p. 446-450, 2005.

VENTURINI, Ernesto. O consentimento informado e a recusa do tratamento. In: OLIVEIRA, Walter et al. **Direitos Humanos & Saúde Mental**. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 92-106.

VIANA, Iclícia et al. **Entre fronteiras: re-existência Laklãnô/Xokleng em uma universidade pública**. 2017.

VIANNA, Adriana. Etnografando documentos: uma antropóloga em meio a processos judiciais. et al. **Antropologia das práticas de poder: reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações**. Rio de Janeiro: Contra-Capa, Faperj, 2014.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. s217-s226, 2009.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services**. n° 22, p. 429-445, 1992.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. EUR/ ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000.

ZANE, Nolan; ENOMOTO, Kana; CHUN, ChiAh. Treatment outcomes of Asian and White American clients in outpatient therapy. **Journal of Community Psychology**, v. 22, n. 2, p. 177-191, 1994.

ZURBA, Magda do Canto. Contribuições da psicologia social para o psicólogo na saúde coletiva. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. spe, p. 5-11, 2011.