



TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA EM SAÚDE MENTAL: POR UMA ATENÇÃO DIALÓGICA, POR UM CUIDADO EXTRAMUROS

INTEGRATIVE COMMUNITY THERAPY IN MENTAL HEALTH: BY A DIALOGICAL ATTENTION AND CARE OUTSIDE THE WALLS

Bruno Nogueira Garcia¹
Aline Virna Monteiro Tavares²
Milena Furtado Assunção³

Resumo

A partir das contribuições da Reforma Sanitária e Psiquiátrica e com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), uma série de novas tecnologias de saber-fazer saúde emergiram, em um viés universal, integral e com foco na promoção do cuidado. Dentre elas, temos a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) como ferramenta oportunizadora de relações interpessoais, da valorização de experiências de vida e de fomento ao empoderamento. Partindo dessas questões, este estudo teve o objetivo de analisar a TCI enquanto dispositivo de promoção do cuidado em Saúde Mental. Trata-se de um relato de experiência, de caráter crítico-interpretativo, que versa sobre a implantação e condução de 26 rodas de TCI em três cenários distintos de um município do Ceará dentro do contexto formativo-pedagógico de programa de Residência em Saúde de instituição pública de ensino do Ceará. O material de base deste estudo foram as participações observantes, as fichas de apreciação das rodas e os diários de campo dos terapeutas comunitários. Os resultados obtidos demonstraram que a TCI contribuiu como uma importante tecnologia de cuidado dentro do contexto da Saúde Mental, sobretudo na perspectiva de uma atenção extramuros direcionada à comunidade na produção de redes de vida.

Palavras-chave: Terapia comunitária integrativa; saúde mental; promoção de saúde.

Abstract

From the contributions of the Health Reform and Psychiatric and with the advent of the Unified Health System (SUS), ruptures occurred in a number of structural paradigms of health and illness and a host of new technologies to make health emerged in a universal proposition integral and focusing on promotion of care. Among them, we have the Community Integrative Therapy (TCI) as facilitator of interpersonal relationships, valuing life experiences and fomenting empowerment. Based on these questions, this study aimed to analyze the TCI as a device to promote care in Mental Health. This is an experience report, critical-interpretative character about the implantation and conduction of 26 TCI wheels in three different scenarios in a municipality of Ceará within the context of Health Residency program of a public educational institution in Ceará. The base material of this study were observant participation, evaluation sheets and field diaries of community therapists. The results obtained demonstrated that TCI contributed as an important care technology within the context of Mental Health, especially in the perspective of community oriented attention in the production of life networks.

Keywords: Integrative therapy community; mental health; health promotion.

¹ Psicólogo (UECE), Terapeuta Comunitário (UFC), Especialista em Residência em Saúde Mental Coletiva (ESP-CE) e Mestrando em Psicologia (UFC). Universidade Federal do Ceará. E-mail: bruno_nogueira_garcia@hotmail.com.

² Endereço: Avenida da Universidade, 2762. Bairro: Benfica. Cep: 60020180 - Fortaleza, CE – Brasil.

³ Enfermeira (UNIFOR), Terapeuta Comunitária (UFC) e Especialista em Residência em Saúde Mental Coletiva (ESP-CE). Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: alinevirna@hotmail.com.

⁴ Assistente Social (UECE), Terapeuta Comunitária (UFC) e Especialista em Residência em Saúde Mental Coletiva (ESP-CE). Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: milenafassuncao@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

As práticas em saúde são resultantes de um transcurso social no qual múltiplos fatores se entrelaçam a fim de permitirem uma dada configuração ao processo saúde-doença-cuidado (Franco & Merhy, 2012). Assim, para a compreensão dessa questão, faz-se necessário atentar para a influência mutável das dimensões histórica, econômica, política e cultural que norteiam as tecnologias de cuidado (Kalichman & Ayres, 2016).

A partir de movimentos sociopolíticos internacionais de viés crítico-reformista, tais como Informe Lalonde (1974) e Declaração de Alma-Ata (1978), oportunizou-se a emergência de um conceito positivo e integral de saúde, para além do adoecimento, o qual se nomeou por biopsicossocial (Pereira, Barros & Augusto, 2011). Reflexo dos debates internacionais, no Brasil, temos o movimento da Reforma Sanitária que, a partir dos anos de 1970, em um enfoque democrático-emancipatório, propôs a reestruturação do sistema de saúde, culminando com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual redirecionou a lógica do cuidado e assistência (Menicucci, 2014).

No campo da Saúde Mental, aliado a tais rupturas, emerge a Reforma Psiquiátrica enquanto ação contestadora da lógica do cuidado tutelar e estigmatizante direcionado à loucura, buscando consolidar um novo estatuto social para o sujeito em sofrimento psíquico (Amarante, 2003; Lima, 2016), garantindo cidadania e favorecendo a emergência de uma rede substitutiva ao modelo asilar, que seja aberta e comunitária, visando a integração do sujeito ao seu contexto social (Pereira & Costa-Rosa, 2012).

Nesse sentido, dentre práticas de cuidado alinhadas às perspectivas reformistas, temos a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) enquanto proposta de intervenção grupal. Nessa abordagem, através de rodas de encontro, oportuniza-se o protagonismo do saber comunitário, valorizando experiências, ampliando a percepção das demandas coletivas e construindo redes colaborativas de saúde (Andrade, Barreto, Barreto & Oliveira, 2008).

Dada à importância do tema, este relato de experiência teve por objetivo analisar a TCI enquanto dispositivo de promoção do cuidado em Saúde Mental, através da descrição e contextualização do processo de implantação de rodas de TCI em um município do Ceará. A relevância do estudo parte da publicização de uma exitosa experiência extramuros em Saúde Mental oportunizada no contexto formativo-pedagógico de programa de Residência em Saúde de instituição pública de ensino.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um relato de experiência de abordagem crítico-interpretativa, que versa sobre o processo de implantação e condução de 26 rodas de TCI, com total de 205 participantes, em um município do Ceará, no período de agosto de 2013 a setembro de 2014. Os autores, nomeados como terapeutas comunitários, participaram ativamente do processo, compreendendo a dimensão sócio-histórico-cultural dos eventos e sujeitos analisados. As rodas foram facilitadas por um trio de terapeutas comunitários dentro da proposta pedagógica de um programa de Residência em Saúde.

Dada à natureza do relato, utilizou-se como fontes de obtenção de informações a participação observante, as fichas de apreciação das rodas e os diários de campo dos terapeutas comunitários. Na participação observante, o facilitador torna-se observador e utiliza a experimentação como um meio a serviço da observação (Villela, 2002). As fichas de apreciação das rodas são formulários nos quais se registram os dados da intervenção, como data, local e o número de participantes, o tema escolhido e as estratégias de enfrentamento dos problemas. Os diários de campo são ferramentas de síntese de experiências, no qual o pesquisador registra suas percepções dos eventos, apresentando uma cosmovisão singular (Falkembach, 1987).

Os dados extraídos foram analisados criticamente a luz das teorizações em Saúde Coletiva e Saúde Mental. Os resultados foram apresentados em formato de descrição de implementação das rodas e, após, fez-se levantamento e análise dos temas propostos e estratégias de superação expostos nesses momentos coletivos.

As rodas de TCI foram realizadas em três cenários distintos, a saber: *cenário a.* nove rodas em escola municipal em região rural; *cenário b.* oito rodas em associação de moradores em região rural; *cenário c.* nove rodas em serviço de referência em *Assistência Social* em região urbana. Vale-se ressaltar que as rodas, em todos os cenários, eram abertas à comunidade e sem restrição de público-alvo, sendo realizadas não-simultaneamente, em ciclos de 4 meses e respeitando a ordem dos cenários.

Destaca-se que a confecção deste trabalho respeitou a dimensão do sigilo na obtenção e análise dos dados, resguardando usuários e instituições, primando pelos princípios éticos das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (Brasil, 2016).

PERSPECTIVAS TEÓRICAS EM TCI

Reconhecer o cuidado em sua dimensão comunitária, territorial e sócio-histórica é basilar no entendimento da revolução tecnoassistencial que vem se realizando no campo da saúde em nosso país (Franco & Merhy, 2012). Esse novo paradigma de saúde trouxe em seu bojo tecnologias de cuidado relacionais e integralizadoras, operando centradas nas necessidades dos usuários.

Dentre essas tecnologias, temos a TCI enquanto intervenção de caráter comunitário que tem por objetivo o fortalecimento coletivo e criação de redes de produção de vida e cuidado (Filha, Lazarte & Dias, 2013). Em 2008, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), com a inserção da TCI como prática reconhecida (Azevedo et al., 2013).

A TCI tem construído sua identidade teórico-epistemológica alicerçada em cinco eixos temáticos, os quais refletem invariavelmente a profundidade e escopo de sua prática, a saber: Pensamento Sistêmico, Teoria da Comunicação, Antropologia Cultural, Pedagogia Freireana e Resiliência (Barreto, 2005; Filha, Lazarte & Dias, 2013).

O *Pensamento Sistêmico* configura-se enquanto um arcabouço que tenciona a compreensão integral dos sujeitos e contextos que compõem uma rede complexa e ressoante de vivências, onde a noção de corresponsabilidade e interação prevalecem (Morin, 1996). A *Teoria da Comunicação* aponta para o fato de que todo ato, verbal ou não, individual ou grupal, tem valor de comunicação e nos orienta a refletir para além das palavras para entender as experiências de cada um (Wolf & Figueiredo, 1987).

Na *Antropologia Cultural* faz-se referência à cultura como um conjunto de realizações de um povo, resgatando a percepção de que cada membro de um coletivo social retira sua habilidade para pensar, agir e fazer suas escolhas do cotidiano vivencial desse grande conjunto de realizações (Mello, 2007). A *Pedagogia Freireana* atenta ao fato de que ensinar não é apenas uma transferência de conhecimentos acumulados por um educador, mas um exercício dialógico, de reciprocidade, onde o saber emerge de práticas e experiências cotidianas, não se restringindo a educação formal (Freire, 2012).

Por fim, a *Resiliência* apresenta a crença na capacidade do indivíduo em adaptar-se, resistir a intempéries e superar dificuldades (Yunes & Szymanski, 2001). Nas rodas, busca-se o compartilhamento de experiências, nos quais os sofrimentos e conquistas de cada integrante são utilizados como matéria-prima para que os indivíduos descubram as implicações sociais do sofrimento humano e oportunizem mudanças.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O município cearense, cenário deste relato de experiência, caracteriza-se por seu intenso processo de crescimento populacional e industrial na última década, bem como por ser uma cidade de alto fluxo migratório. No que se refere aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, conta com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Geral), um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e uma equipe do *Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)*. A maioria das ações em Saúde Mental do município centra-se, tradicionalmente, dentro dos muros dos CAPS, ou seja, nos grupos e atendimentos ambulatoriais constituídos nos serviços.

Em virtude da chegada do programa de Residência em Saúde na cidade em 2013, houve um incremento na atuação dos serviços e viu-se a possibilidade de tencionamento desse contexto com a promoção de uma nova forma de cuidado na perspectiva extramuros por meio da implantação de rodas de TCI. Nesse sentido, o trio de terapeutas comunitários facilitou 26 rodas de TCI, com *frequência* quinzenal, em três cenários diferentes do município (não simultâneos), sendo dois na mesma zona rural e um em região urbana, respectivamente, a saber: *a.* escola municipal, *b.* associação de moradores e *c.* serviço de referência em *Assistência Social*.

A escolha da zona rural acima mencionada como cenário de prática da TCI se deu em virtude de ser uma das localidades mais afastadas do centro da cidade (cerca de 15 km) e por ter maior dificuldade de acesso aos serviços de Saúde Mental. A princípio, realizou-se uma intensa exposição da TCI no território com panfletos explicativos, houve divulgação do material em espaços de saúde, ação social, comércios e outros.

Observou-se importante apoio da gestão da escola municipal da região, a qual cedeu espaço, estrutura física e oportunizou mobilização. Tal instituição tornou-se o primeiro local de implantação da TCI na região. Constatou-se, contudo, certa dificuldade de adesão inicial dos participantes devido a falta de transporte público e ao desconhecimento dessa nova ferramenta de cuidado. Nesse espaço foram realizadas 9 rodas de TCI, com 72 participantes ao todo.

O segundo lugar de implantação da TCI nessa região rural foi na associação de moradores da localidade. A escolha desse espaço ocorreu mediante a solicitações de lideranças comunitárias e serviços de saúde local, os quais demonstraram boa acolhida e solicitude para com os facilitadores. O modelo de divulgação e mobilização foi análogo ao utilizado no

cenário anterior. Foi observada maior facilidade na adesão da comunidade quando comparada a experiência anterior, dada a localização privilegiada da associação. Foram realizadas 8 rodas nessa localidade, com total de 81 participantes.

O ciclo de implantação rodas de TCI foi encerrado em zona urbana, onde o projeto foi articulado junto aos profissionais de um serviço de referência em *Assistência Social*. A divulgação e mobilização para o início das atividades seguiu os mesmos parâmetros anteriores. Cogitou-se que a localização deste dispositivo da assistência seria favorável, tendo em vista ser na região central da cidade, onde a densidade populacional é maior e o deslocamento é facilitado. Porém, a população não aderiu como o esperado, possivelmente, dada a influência da cultura do cuidado ambulatorial e centrado nos dispositivos de saúde. Realizaram-se 9 rodas com total de 52 participantes.

Em uma análise comparativa entre os três cenários, foi possível observar que os dois espaços da zona rural demonstraram uma proximidade com temas relativos à religiosidade e uma maneira calorosa de acolher os participantes, bem como maior dialogicidade e sentimento de pertença. Já as rodas realizadas na zona urbana caracterizam-se pela dificuldade dos participantes em externar suas demandas por meio do diálogo coletivo, embora depois fosse, frequentemente, colocado o quanto promoveu sentimento de alívio e bem-estar compartilhar sua história e aprender com a do outro.

Além da dificuldade em se colocar, os participantes da zona urbana apresentavam relatos de vivências mais individualizadas, bem como baixa tendência a coesão grupal. Em contrapartida, na zona rural, é possível verificar que os moradores se apresentavam de forma mais organizada enquanto coletivo e, conseqüentemente, externalizavam maior disponibilidade em promover o diálogo e apoiar os outros.

A fim de aprofundar esse relato de experiência, faz-se relevante a análise dos temas propostos e estratégias de superação apresentadas nas rodas de TCI facilitadas nos 3 cenários. Tal análise, por meio das fichas de apreciação, possibilita o entendimento das principais demandas psicossociais da comunidade e configura-se enquanto norteador para o planejamento de ações de Saúde Mental nas regiões.

Durante a realização das rodas de TCI, conforme a metodologia proposta por Barreto (2005), são apresentados temas pelos os participantes, os quais são restituídos, passam por identificação grupal e, posteriormente, são selecionados pelo grupo, a fim de serem trabalhados de maneira pormenorizada,

tornando-se o tema da roda.

Na experiência de condução das 26 rodas, foram apresentados um total de 53 temas, os quais foram organizados em 10 categorias semânticas, seguidas do número de evocações, a saber: abandono (1 tema), angústia (7 temas), ansiedade (2 temas), frustração (2 temas), medo (5 temas), preocupação (12 temas), raiva (5 temas), satisfação (6 temas), tristeza (9 temas) e outros (4 temas).

Analisando tais informações, percebe-se que os dois principais temas emergentes nas rodas de TCI foram: a *preocupação* (12 temas) e a *tristeza* (9 temas). Ambos apresentaram relevância, com respectivamente 23% e 17% do total de evocações. Avaliando as fichas de apreciação das rodas e diários de campo, correlacionando-os com os dados sobre os temas apresentados, é possível visualizar que do total do tema *preocupação*, 67% (8 temas) vinculavam-se à questão da *família*. Assim como, do total do tema *tristeza*, 56% (5 temas) traziam como tônica o assunto relações familiares.

Desse modo, para a comunidade, o que mais emergia enquanto demanda de Saúde Mental se apresentava na forma de preocupação e tristeza, tendo por centro disparador a dimensão da família. Tal informação coaduna com a observação, a partir da experiência profissional enquanto residentes, de incipientes ações municipais em saúde que enfoquem a dimensão das relações familiares e que trabalhem com a qualificação dos vínculos. Aliado a isso, há demandas sociais da cidade como a violência, o intenso fluxo migratório e o baixo grau de identificação e vinculação cultural dos novos moradores ao território que auxiliam na compreensão dessa questão.

Destaca-se que o tema *satisfação* aparece em quarto lugar (6 temas), com 11% do total proposto. Isso certifica que a roda de TCI também se coloca enquanto um espaço de partilha de experiências de vida que tratam de eventos positivos, ou seja, é também um espaço legitimado para o compartilhamento de conquistas. Temas desse caráter são acolhidos e auxiliam na construção de redes de fortalecimento comunitário.

Segundo aponta Azevedo et al. (2013), durante a realização das rodas de TCI, tem-se um momento de socialização de *estratégias de enfrentamento de problemas*, as quais emanam da discussão sobre o tema escolhido a partir do lançamento do mote. Tais estratégias emergem do coletivo grupal e são por eles socializadas. Em relação a elas, também foi realizado levantamento e avaliação detalhada.

A experiência relatada nesse estudo apresentou a proposição de 39 estratégias durante a realização das

26 rodas de TCI, as quais foram organizados em 6 categorias semânticas, seguidas do número de evocações, a saber: comunidade (6 estratégias), espiritualidade (13 estratégias), família (4 estratégias), rede de amigos (8 estratégias), sistema de saúde (3 estratégias) e outros (5 estratégias).

Avaliando esses dados, é possível perceber que, para a comunidade, a *espiritualidade* (13 estratégias) surge como principal ferramenta e instrumental de enfrentamento das dificuldades, com 33% do total. Vale-se ressaltar, que o termo espiritualidade é entendido de maneira diferente de religião; essa se configura como um conjunto específico de crenças e valores, ao ponto que aquela é vista como um conceito ampliado de relação com algo transcendental (Ferreira, 2004).

Em segundo lugar tem-se a categoria *rede de amigos*, com 21% (8 estratégias). Esse dado faz referência ao suporte social oportunizado por amigos/amizadas, o qual tomou relevância, ultrapassando, inclusive, o apoio comunitário (15% do total) e o familiar (10% do total). Nesse sentido, para a comunidade, o apoio de amigos é uma estratégia importante no enfrentamento das dificuldades e intempéries.

Outro dado relevante que emerge na análise é a questão da estratégia *Sistema de Saúde* ocupar o último lugar, com 8% do total. A comunidade procura o sistema de saúde oficial como última estratégia a ser tomada, ou seja, o coletivo possui dinâmica resolutiva própria, para além do SUS. Sendo assim, o grupo tem sua homeostase e saberes próprios, que devem ser reconhecidos e valorizados (Barreto, 2005).

Analisando tal realidade, viu-se a necessidade de atividades de promoção de saúde que foquem nas relações familiares, sobretudo no que tange ao fortalecimento dos vínculos e da dialogicidade. Assim como, é necessário a valorização e reconhecimento da espiritualidade enquanto principal forma de cuidado da comunidade.

Faz-se relevante, ainda, tencionar a elaboração estratégias de aproximação entre o sistema de saúde local e as pessoas e coletivos, não em um viés assistencialista e tutelar, mas sim como parceiro e corresponsável no processo de promoção de saúde, pois o distanciamento apresentado nos dados mostra uma dificuldade de comunicação e reconhecimento entre comunidade e sistema de saúde (Kalichman & Ayres, 2016).

A análise dos temas e estratégias de enfrentamento apresentados nas rodas vêm colocar a TCI enquanto uma ferramenta, para além de terapêutica, auxiliar na avaliação da condição de saúde

da comunidade, pois oferece subsídios epidemiológicos que, somados a outros instrumentais, criam um quadro de situação de saúde que pode fomentar e tencionar ações e projetos na área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato que aqui se desenvolveu buscou analisar a TCI enquanto dispositivo de cuidado no contexto da Saúde Mental, por meio da avaliação da implementação e condução de 26 rodas de TCI em 3 cenários distintos de um município cearense no contexto de um programa de Residência em Saúde de uma instituição pública de ensino.

Examinando os resultados obtidos na experiência, verificou-se que as rodas de TCI facilitadas em zona rural caracterizavam-se por maior adesão da comunidade, maior coesão grupal, compartilhamento em comum de temas e disponibilidade em promover o diálogo. Em contrapartida, na zona urbana, percebeu-se uma baixa adesão da comunidade, menor coesão grupal, dificuldades em externar demandas por meio do diálogo coletivo e temas de viés individual.

No que se refere aos temas e estratégias de enfrentamento apresentados nas rodas de TCI, verificou-se que as demandas mais recorrentes foram relativas a *preocupação* e a *tristeza*, tendo por base dificuldades e conflitos de dimensão familiar, assim como as principais estratégias de enfrentamento foram a *espiritualidade* e a *rede de amigos*, ficando a procura por serviços de saúde em último lugar.

Os resultados obtidos com a implantação das rodas demonstraram que a TCI se configura enquanto uma prática potente em Saúde Mental, pois trabalha em uma perspectiva de fortalecimento comunitário e reconhecimento do saber do coletivo como uma ferramenta legítima, empoderando-o e tencionando um modo de cuidado para além do adoecimento, numa perspectiva extramuros, produzindo redes de vida e cuidado.

Observou-se a TCI nos moldes de uma tecnologia leve de cuidado, sobretudo por seu caráter relacional, por colocar-se no *entre* em meio a profissionais e usuários implicados na produção do cuidado (Filha, Lazarte & Dias, 2013). Faz, portanto, oposição ao modelo manicomial e medicalizante, com vistas a construir um modo de atenção focado no ser humano e suas potencialidades (Pereira & Costa-Rosa, 2012).

Compreende-se que Saúde Mental não se faz entre paredes institucionais, longe das pessoas e da vida, mas sim em coletivo, na comunidade, no *entre* das relações (Amarante, 2003). A aposta no projeto de

implantação de rodas de TCI em um contexto onde o cuidado se fazia de modo *encapsulado* efetivou-se a partir do pressuposto de que a Saúde Mental se faz com redes afetivo-relacional-dialógicas. Nesse sentido, a TCI foi uma das pontes possíveis na busca da construção de redes de vida.

REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (2003). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 3ª reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Andrade, L. O. M. D., Barreto, I. C. H., Barreto, A. P., & Oliveira, M. V. A. (2008). *O SUS e a Terapia Comunitária*. Fortaleza: Ministério da Saúde.
- Azevedo, E. B., Cordeiro, R. C., Costa, L. D. F. P., Guerra, C. S., Filha, M. O. F., & Dias, M. D. (2013). Pesquisas brasileiras sobre terapia comunitária integrativa. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 15(3).
- Barreto, A. (2005). *Terapia Comunitária passo a passo*. Fortaleza: Gráfica LCR.
- Brasil. (2016). Resolução nº 510 do CNS, de 07 de abril de 2016. Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União*, 24 de maio de 2016.
- Falkembach, E. M. F. (1987). Diário de campo: um instrumento de reflexão. *Contexto e educação*. V. 2, n. 7, p. 19-24.
- Ferreira, A. D. H. (2004). *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. São Paulo: Editora Positivo.
- Filha, M. O. F., Lazarte R. & Dias M. D. (2013). *Terapia comunitária integrativa: uma construção coletiva do conhecimento*. João Pessoa: Editora da UFPB.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2012). Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(2), 151-163.
- Freire, P. (2012). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Kalichman, A. O., & Ayres, J. R. D. M. (2016). Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(8).
- Lima, A. F. (2016). Os movimentos progressivos-regressivos da reforma psiquiátrica antimanicomial no Brasil: uma análise da saúde mental na perspectiva da psicologia social crítica. *Salud & Sociedad*, 1(3).
- Mello, L.G. (2007). *Antropologia cultural: iniciação, teoria e temas*. Petrópolis: Vozes.
- Menicucci, T. M. G. (2014). História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 21(1).
- Morin, E. (1996). *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Pereira, E. C. & Costa-Rosa, A. (2012). Problematizando a Reforma Psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. *Saúde e Sociedade*, 21 (4).
- Pereira, T. T. S. O., Barros, M. N. S. & Augusto, M. C. N. A. (2011) O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. *Mental*, 9 (17).
- Villela, J. M. (2002) Corpo e alma: notas etnográficas de um aprendiz de boxe. *Mana*, v. 8, n. 2, p. 220-222.
- Wolf, M., & Figueiredo, M. J. V. (1987) *Teorias da comunicação*. Lisboa: Presença.
- Yunes, M. A. M., & Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. *Resiliência e educação*, 2, 13-43.

RECEBIDO EM: 18/07/2017

PRIMEIRA DECISÃO EDITORIAL: 15/05/2018

VERSÃO FINAL:28/05/2018

APROVADO EM: 26/05/2018