

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Fabrine Costa Marques

Pessoas com sofrimento mental em *recovery*: Trajetórias de vida

Montes Claros
2020

Fabrine Costa Marques

Pessoas com sofrimento mental em *recovery*: Trajetórias de vida

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^ª. Dra. Cristina Andrade Sampaio

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Aparecida Rosângela Silveira

Montes Claros
2020

M357p Marques, Fabrine Costa.
Pessoas com sofrimento mental em *recovery* [manuscrito] : trajetórias de vida /
Fabrine Costa Marques. – Montes Claros, 2020.
89 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/PPGCS, 2020.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Andrade Sampaio.

Coorientadora: Profa. Dra. Aparecida Rosângela Silveira.

1. Recuperação da saúde mental. 2. Saúde mental. 3. Narrativa pessoal. 4.
Pesquisa qualitativa. I. Sampaio, Cristina Andrade. II. Silveira, Aparecida
Rosângela. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título. V. Título:
Trajetórias de vida.

Catálogo: Biblioteca Central Professor Antônio Jorge.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS-UNIMONTES

Reitor: Prof. Dr. Antônio Alvimar Souza

Vice-reitora: Prof.^a Dra. Ilva Ruas de Abreu

Pró-reitora de Pesquisa: Prof.^a Dra. Clarice Diniz Alvarenga Corsato

Coordenadoria de Controle e Acompanhamento de Projetos: Prof. Dr. Virgílio Mesquita
Gomes

Coordenadoria de Iniciação Científica: Prof.^a Dra. Sônia Ribeiro Arrudas

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Prof.^a Dra. Sara Gonçalves Antunes de Souza

Pró-reitor de Pós-graduação: Prof. Dr. André Luiz Sena Guimarães

Coordenadoria de Pós-graduação *Lato-sensu*: Prof. Dr. Marcelo Perim Baldo

Coordenadoria de Pós-graduação *Stricto-sensu*: Prof. Dr. Marcos Flávio Dângelo

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Alfredo Maurício Batista de Paula

Subcoordenadora: Prof.^a Dra. Marise Fagundes da Silveira



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



MESTRANDO(A): FABRINE COSTA MARQUES

TÍTULO DO TRABALHO: “Pessoas com sofrimento mental em recovery: Trajetórias de vida”.

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Educação em Saúde, Avaliação de Programas e Serviços

BANCA (TITULARES)

ASSINATURAS

PROF^ª. DR^ª. CRISTINA ANDRADE SAMPAIO - ORIENTADORA

PROF.^a DR.^a APARECIDA ROSÂNGELA SILVEIRA - COORIENTADORA

PROF^ª DR^ª. ANALICE DE LIMA PALOMBINI

PROF. DR. ANTÔNIO PRATES CALDEIRA

BANCA (SUPLENTES)

ASSINATURAS

PROF^ª. DR^ª. CLIMENE LAURA DE CAMARGO

PROF^ª. DR^ª. CARLA SILVANA DE OLIVEIRA E SILVA

APROVADA

REPROVADA

Hospital Universitário Clemente Farias – HUCF

<http://www.unimontes.br> / ppgcs@unimontes.br

Telefone: (0xx38) 3224-8372 / Fax: (0xx38) 3224-8372

Av. Cula Mangabeira, 562, Santo Expedito, Montes Claros – MG, Brasil – Cep: 39401-001

Dedico este estudo aos pacientes com sofrimento mental que ainda não estão inseridos no processo de restabelecimento da vida e anseio que as políticas públicas em saúde mental os contemplem de alguma forma para auxiliá-los no processo de *recovery*.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por mais esta etapa concluída, por estar sempre a meu lado e por iluminar toda minha trajetória.

Agradeço a meus pais e familiares, em especial minha mãe Eliane, por ser a maior incentivadora de meus estudos e minha madrinha Elaine pelo apoio.

Agradeço a meu esposo Warley pelo companheirismo, compreensão, carinho e incentivo de sempre.

À minha orientadora Prof.^a Dra. Cristina Andrade Sampaio pelo profissionalismo, responsabilidade, dedicação, por compartilhar seu vasto conhecimento sobre pesquisa qualitativa, por permitir que eu trabalhasse temas de meu interesse e pela orientação desde o início dessa jornada.

À minha coorientadora Dra. Aparecida Rosângela Silveira pela disponibilidade de sempre e pela orientação em todo o processo de realização deste trabalho.

Aos professores da Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Unimontes pelo ensinamento.

Aos colegas do mestrado e do grupo de pesquisa, em especial as colegas Meire e Mayara, pelas trocas de experiências e auxílios.

E, por fim, aos participantes do estudo pela disponibilidade e contribuição.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.”
(Albert Einstein)

RESUMO

O presente estudo objetivou conhecer e compreender as trajetórias de vida de pessoas com sofrimento mental em processo de *recovery*, bem como identificar quais experiências foram utilizadas por elas para promover o restabelecimento da vida. Trata-se de pesquisa com abordagem qualitativa com a utilização de entrevistas narrativas como instrumento para produção de dados. Como critérios para inclusão ter idade superior a dezoito anos, ser usuário com sofrimento mental em processo de *recovery* indicado por profissionais da Rede de Atenção Psicossocial do município de Montes Claros/MG e, para o término da produção de dados, foi utilizada o critério de saturação. Para o início das entrevistas narrativas realizadas em locais definidos pelos entrevistados e gravadas em áudio para serem submetidas à transcrição literal, foi solicitado aos participantes que contassem suas histórias de vida, com as experiências que julgassem relevantes. Posteriormente, foram submetidas à Análise de Discurso na perspectiva de Orlandi, e os objetos discursivos extraídos dessa análise permitiram compreender as trajetórias de vida das pessoas com sofrimento mental em *recovery* entrevistadas. As vivências na infância junto com as relações conflituosas na família foram apontadas como responsáveis pelos rompimentos dos vínculos familiares e afetivos que favoreceram o encontro com as drogas, com o álcool, a entrada na criminalidade, na prostituição, marcados pela errância e por pessoas em situação de rua. Como formas de restabelecimento da vida, foram identificados a retomada dos aspectos socioeconômicos, afetivos e religiosos, do autocuidado, dos valores éticos e morais, do reconhecimento da doença e a manutenção do tratamento correlacionando os principais conceitos do *recovery*. Ficou evidente que, independentemente do diagnóstico da doença mental preestabelecido, os usuários podem apresentar elementos em comum em suas trajetórias. O estudo das narrativas permitiu compreender a trajetória de vida dos entrevistados como o reconhecimento de que a inserção na família e a presença de laços afetivos saudáveis na fase infanto-juvenil, atrelados ao conforto espiritual, bem como ao acesso às políticas públicas da assistência social e saúde incentivando as ferramentas do *recovery* podem auxiliar na construção de uma vida adulta mais saudável.

Palavras-chave: Recuperação da Saúde Mental. Saúde mental. Narrativa pessoal. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

The present study aimed to know and understand the life trajectories of people with mental suffering in the recovery process, as well as to identify which experiences were used by them to promote the restoration of life. This is a research with a qualitative approach, using narrative interviews as an instrument for data production. As an inclusion criterion, being over eighteen years old, being a user with mental suffering in a recovery process indicated by professionals from the Psychosocial Care Network of the city of Montes Claros / MG for the end of data production, the saturation criterion was used. To start the narrative interviews held in places defined by the interviewees and recorded in audio to be submitted to literal transcription, participants were asked to tell their life stories with the experiences they considered relevant. Subsequently, they were submitted to Discourse Analysis from the perspective of Orlandi and the discursive objects extracted from this analysis allowed to understand the life trajectories of people with mental suffering in recovery interviewed. Childhood experiences and conflicting family relationships were identified as responsible for the breaking of family and emotional ties that favored encounters with drugs, alcohol, entering the crime, prostitution, marked by wandering and people on the streets. As ways of restoring life, the resumption of socioeconomic, affective and religious aspects, self-care, ethical and moral values, recognition of the disease and maintenance of treatment were identified, correlating the main concepts of recovery. It was evident that, regardless of the diagnosis of pre-established mental illness, users may have elements in common in their trajectories. The study of the narratives made it possible to understand the life trajectory of the interviewees as a recognition that the insertion in the family and the preservation of affective bonds in the youth phase, linked to spiritual comfort, as well as access to public policies of the tools of recovery to encourage care and health can help build a healthier adult life.

Keywords: Mental health recovery. Mental health. Personal narrative. Qualitative Research.

APRESENTAÇÃO

Minha vida acadêmica iniciou-se no curso de Ciências Biológicas Bacharelado na Unimontes. Descobri que tinha vocação para a área de saúde humana e então fui cursar Enfermagem Bacharelado na Funorte. Os pressupostos da pesquisa qualitativa foram-me apresentados durante a elaboração dos Trabalhos de Conclusão de Curso da Graduação e da Especialização *Lato sensu* em Gestão de Serviços e Sistemas em Saúde na Unimontes e consolidados após as publicações dos artigos provenientes desses estudos em revistas científicas.

Em seguida, surgiu a primeira satisfação profissional: a aprovação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Desde a faculdade, percebi uma afinidade pelas atividades desenvolvidas pelo enfermeiro de família.

Foi durante a residência que tive contato, pela primeira vez, com um cuidado humanizado ao paciente com sofrimento mental, já que, durante a graduação, os estágios dessa temática eram realizados dentro de um hospital psiquiátrico. Foi nesse período, por meio dos matriciamentos em Saúde Mental, que aprendi a realizar atendimentos aos pacientes com sofrimento mental. Confesso que o termo *recovery*, à época, não ficou gravado em minha memória.

Após finalizar a residência, fui aprovada em um processo seletivo para enfermeira de família e, pouco tempo depois, no concurso público para o quadro de enfermeiros efetivos do Município de Montes Claros/MG. Atualmente sou enfermeira de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família.

Após a nomeação no concurso público, resolvi dar seguimento à minha vida acadêmica e entrei no Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde da Unimontes. Optei por pleitear uma vaga para a orientadora de pesquisa qualitativa, que era o tipo de pesquisa com a qual já era familiarizada e me foi proposta uma pesquisa na área de saúde mental que culminou em minha dissertação.

Conhecer as Trajetórias de Vida de pessoas com sofrimento mental em processo de *recovery* provocou em mim maior sensibilidade como profissional perante aos pacientes com

sofrimento mental. Hoje sou uma Enfermeira de Família com um olhar bem mais humanizado e mais preocupada em estimular os pacientes ao processo de restabelecimento da vida.

Foram dois anos de muito estudo, muita dedicação e de muitas alegrias. Sinto-me realizada e agradecida pelo conhecimento adquirido nessa trajetória e pelos excelentes mestres que me conduziram até a finalização dessa etapa importante em minha carreira profissional.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 15 |
| 2.1 <i>Recovery</i> em Saúde Mental: Bases conceituais e breve histórico..... | 15 |
| 2.2 Princípios e Modalidades do <i>Recovery</i> | 17 |
| 2.3 Papéis dos serviços da saúde mental..... | 18 |
| 2.4 Experiências em <i>recovery</i> no âmbito internacional e nacional..... | 19 |
| 3 OBJETIVOS | 23 |
| 3.1 Objetivo Geral | 23 |
| 3.2 Objetivo Específico | 23 |
| 4 METODOLOGIA | 24 |
| 4.1 Delineamento do estudo..... | 24 |
| 4.2 Seleção dos participantes do estudo..... | 24 |
| 4.3 Análise dos dados..... | 27 |
| 4.4 Aspectos Éticos..... | 28 |
| 5 PRODUTO | 30 |
| 5.1 Artigo 1: Pessoas com sofrimento mental em <i>recovery</i> : Trajetórias de vida..... | 31 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 56 |
| 6.1 Limitações do estudo..... | 57 |
| REFERÊNCIAS | 58 |
| APÊNDICE | |
| Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 62 |
| ANEXOS | |
| ANEXO A - Lista de verificação de 32 itens (<i>Consolidated criteria for reporting qualitative research-COREQ</i>): Critérios consolidados para relatar estudos qualitativos..... | 64 |
| ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa..... | 66 |
| ANEXO C - Normas de submissão de artigos na Revista Interface..... | 69 |
| ANEXO D - Autorização de Publicação das Dissertações na Internet | 87 |

1 INTRODUÇÃO

O processo de *recovery* em saúde mental, também conhecido como recuperação em saúde mental, restabelecimento da vida e superação, não se apoia na remissão completa de sintomas ou cura da doença, mas em uma abordagem voltada para a resiliência, autonomia do sujeito com interação em atividades que contribuam com orientações para uma vida significativa (LEAMY et al., 2011; SLADE; LONDEN, 2015; SILVA et al., 2017; CARRAS et al., 2018).

As políticas de saúde mental internacionais emergentes estão se apoiando no modelo de recuperação pessoal entendido como um processo contínuo, individual, definido pela própria pessoa que experimenta as dificuldades do transtorno mental (SLADE; LONDEN, 2015). Ademais, é uma trajetória singular de muitos percalços e não há linearidade em sua progressão (JACOB, 2015).

A experiência brasileira em relação ao processo de *recovery* é incipiente ainda, apresentando-se “como uma inovação e radicalização das práticas existentes rumo à conquista da cidadania e da autonomia do usuário” (SILVEIRA et al., 2017, p.27). Implementar essas práticas é executar as diretrizes presentes na política que institui a Rede de Atenção Psicossocial no país (BRASIL, 2011) e romper com os padrões de cuidado em saúde mental ainda hegemônicos, voltados para um modelo paternalista tradicional, centrado no médico que prescreve, um paciente que obedece, uma equipe multiprofissional sem autonomia e um sistema que carece de outras abordagens de cuidado (ONOCKO-CAMPOS et al., 2017).

Introduzir o debate contemporâneo sobre o *recovery* é também refazer as reflexões acerca do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, seus avanços, impasses e desafios. Ressalta-se que não basta apenas ‘desconstruir’ muros institucionais, e sim possibilitar a garantia de direitos e a promoção da cidadania ao sujeito que sofre. Espera-se, portanto, que esta pesquisa possa contribuir para endossar e fortalecer essas discussões, no âmbito das políticas públicas, no sentido de instigar novos direcionamentos para sua implantação e gestão. Por se tratar de um tema ainda pouco abrangente na literatura brasileira, pretende-se contribuir para a difusão da temática e dos seus resultados no meio acadêmico-profissional e na sociedade.

Esta pesquisa se insere nessa visão, na tentativa de compreender as trajetórias de vida narradas por usuários dos serviços de saúde mental como um processo de mediação entre o vivido e todas as suas possibilidades de restabelecimento.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 *Recovery* em Saúde Mental: Bases conceituais e breve histórico

Um novo paradigma em saúde mental surge nos anos 80 com raízes no processo de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica, com a invenção de novas formas de inclusão social das pessoas com doenças mentais e com intenso questionamento das formas de cuidado dispensadas a esses usuários nos serviços de saúde (BACCARI; ONOCKO-CAMPOS; STEFANELLO, 2015).

O termo *recovery* traduzido para a língua portuguesa é recuperação que significa voltar à vida normal, ao funcionamento social e laboral, porém pesquisadores brasileiros ainda não entraram em consenso quanto a terminologia mais adequada. Por não ter bases conceituais totalmente consolidadas, utilizam-se, portanto, os termos: processo de *recovery* em saúde mental, restabelecimento da vida, recuperação em saúde mental ou superação para definição multidimensional desse processo (ANTHONY, 1993; HOUAISS, 2009; COSTA, 2017; SILVA et al., 2017; AMARANTE; TORRE, 2018).

A Política Nacional de Atenção Básica brasileira incentiva a produção do cuidado em saúde mental na perspectiva multiprofissional, priorizando o Projeto Terapêutico Singular e a lógica da Redução de Danos como abordagem em saúde menos normalizadora e prescritiva. Define o projeto terapêutico como um cuidado compartilhado que visa a atenção integral ao paciente, sendo elaborado “a partir de uma primeira análise do profissional sobre múltiplas dimensões do sujeito”, mas que contemple uma discussão com o usuário e sua família (BRASIL, 2013, p. 33).

Na realidade brasileira, a maioria dos programas voltados para a saúde mental trazem em seu cerne o conceito de Reabilitação Psicossocial, como intervenções psicoeducacionais simples e uma intermediação dos profissionais em ações intersetoriais; entretanto, pouco é esclarecido e abordado sobre o *recovery*. As políticas públicas de saúde mental enfatizam a importância do cuidado que privilegia o usuário como participante da gestão de seu projeto terapêutico. Contudo, os profissionais, em sua maioria, ainda não conseguem romper com as práticas em

que são o centro de poder do processo de cuidado em saúde mental e não incentivam autonomia e empoderamento do sujeito. Isso fortalece a rotina de que, para a garantia de muitos direitos sociais, seja necessário um diagnóstico médico refletindo uma forma ‘compensatória’ da exclusão social das pessoas com sofrimento mental (BRASIL, 2013; NASCIMENTO; NOGUEIRA; PRESOTTO; ANGELINI; ENES; BILBÃO et al., 2017).

Assim, ainda que exista uma rede de atenção psicossocial bem definida e consolidada, muitas são as adversidades envolvidas no cuidado de pessoas com sofrimento mental: o cuidado em saúde mental não estar centrado no desejo do usuário, a presença da sobrevalorização do diagnóstico e dos sintomas da doença mental pela sociedade e a presença de estigma e discriminação relacionadas às doenças mentais (COSTA, 2017).

O *recovery* é caracterizado como um processo que promove mudança de atitudes, valores, objetivos, habilidades e sentimentos. Envolve o desenvolvimento de nova forma de viver, novo significado na vida, mesmo com as limitações produzidas pela doença mental. É um processo individual, complexo e demorado que exige otimismo e comprometimento da pessoa envolvida, de seus familiares, dos profissionais de saúde mental, das equipes de saúde pública, dos serviços sociais e da comunidade (ANTHONY, 1993; BACCARI; ONOCKO-CAMPOS; STEFANELLO, 2015; JACOB, 2015).

Os resultados desse processo são identificados pela presença de maior autonomia, empoderamento e autoestima do sujeito. Embora não haja um controle e/ou remissão total dos sintomas da doença, o *recovery* fica evidente, quando o sujeito assume o controle de sua própria vida, reconhece e promove suas habilidades, interesses e sonhos. É necessário ainda superar o estigma da doença mental, livrar-se dos efeitos iatrogênicos dos tratamentos impostos e resgatar os objetivos obstados por uma sociedade que discrimina. Por isso, é um processo tão complexo e demorado (ANTHONY, 1993; BACCARI; ONOCKO-CAMPOS; STEFANELLO, 2015; JACOB, 2015).

Muitos são os fatores que apoiam o processo de *recovery*, como: ter segurança financeira, ter bons relacionamentos, ter um trabalho satisfatório, ter uma habitação estável e um ambiente que estimula o crescimento pessoal, a resiliência ao estresse e a interação da espiritualidade com os aspectos culturais (JACOB, 2015; HANCOCK et al., 2018). Entretanto, o cenário encontrado pelos usuários portadores de alguma doença mental, inclusive em países que os

conceitos do *recovery* fazem parte das políticas de atenção à saúde mental, é de insuficiência de políticas relacionadas a questões estruturais básicas, como moradia, transporte, renda, trabalho, acesso a serviços de saúde (BELLAMY et al., 2016; COSTA, 2017).

2.2 Princípios e Modalidades do *Recovery*

Três pressupostos estão envolvidos na noção do *recovery*: 1- Fenômeno que ocorre de forma natural, sem qualquer tratamento; 2- A pessoa com sofrimento mental se recupera com intervenção psicossocial adequada; 3- Com a introdução da dimensão da esperança, novas possibilidades futuras na vida surgem com a mudança da percepção da representação das doenças mentais (JORGE-MONTEIRO; MATIAS, 2007; BACCARI; ONOCKO-CAMPOS; STEFANELLO, 2015).

Alguns estudos apresentam estágios de recuperação em saúde mental organizados no Modelo de Mudança Transteórico. Esse modelo, que identificou certo padrão na evolução de mudança comportamental das pessoas que necessitam alterar suas maneiras de pensar, sentir-se ou comportar-se, é desenhado pelas seguintes etapas: Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Ação, Manutenção e Término (REIS; NAKATA, 2010; LEAMY et al., 2011).

As etapas da recuperação em saúde mental são descritas assim: A fase de pré-contemplação é caracterizada pelo usuário em crise, iniciando o processo de *recovery*, oprimido pelas limitações da doença. Na fase de contemplação, ele aceita ajuda, luta contra a doença, torna-se consciente e revela início de esperança para o futuro. Na preparação, o paciente segue acreditando na recuperação, desenvolve o *insight* e possui determinação. Na fase ação, ele recupera o que foi perdido, caminha para a recuperação, é mais independente e engajado com ocupações significativas e consegue viver com a doença. As etapas são caracterizadas até a fase de manutenção do Modelo de Mudança Transteórico porque entende-se que não há o fim, mas sim uma evolução da fase final que é o restabelecimento da vida instalado. O usuário em processo de *recovery* é autossuficiente, independente, empoderado e com a qualidade de vida melhor (LEAMY et al., 2011).

Os processos de recuperação são caracterizados por cinco modalidades:

- 1- Conexão: A pessoa com sofrimento mental em *recovery* inserida na comunidade em que vive, recebendo apoio de outras pessoas, participando de grupos de apoio e apoio de pares, fortalecendo os relacionamentos.
- 2- Esperança e otimismo sobre o futuro: A pessoa em recuperação possui sonhos, esperança e aspirações, pensamento positivo, valoriza o sucesso, apresenta motivação para mudanças e crença na possibilidade de ter uma vida melhor.
- 3- Identidade: Ocorre superação do estigma da doença e uma reconstrução e ou redefinição do senso positivo de identidade.
- 4- Significado na vida: A vida é significativa, possui papéis e objetivos sociais definidos, melhora na qualidade de vida, presença de espiritualidade, reconstrução da vida.
- 5- Empoderamento: A pessoa possui controle sobre sua própria vida, apresenta responsabilidade pessoal e poder de decisão em relação a seu tratamento e suporte (LEAMY et al., 2011; HANCOCK et al., 2018).

Além dessas cinco modalidades que resultam no acrônimo consolidado CHIME (*Connectedness, Hope and optimism, Identity, Meaning, Empowerment*), na língua inglesa, sugere-se uma sexta modalidade, denominada Dificuldades, que confronta a visão otimista da recuperação que não considera, de forma proeminente, as dificuldades e lutas desse processo. Essa nova modalidade abrange a ambivalência e contradições, as mudanças negativas na vida, as preocupações financeiras e o sofrimento vivenciados pelo doente mental (STUART; TANSEY; QUAYLE, 2016; HANCOCK et al., 2018).

2.3 Papéis dos serviços da saúde mental

O serviço de saúde orientado para o *recovery* é um modelo novo de atenção à saúde mental que requer uma estrutura bem organizada dos serviços de saúde. São necessários profissionais que tenham capacidade de atuarem como facilitadores do processo e não como condutores, com propostas inovadoras para incentivar o processo de restabelecimento da vida que deve ser projetado pelo próprio sujeito (JORGE-MONTEIRO; MATIAS, 2007; BACCARI; ONOCKO-CAMPOS; STEFANELLO, 2015; JACOB, 2015).

Essa nova perspectiva de serviços de saúde mental rompe com o modelo biomédico vigente centrado na doença e no profissional médico que busca a cura da doença com ausência total dos sintomas, com uma visão pessimista em relação às doenças mentais graves e persistentes, julgando-as, inevitavelmente, degenerativas ao longo da vida, ademais que estimulam a proteção excessiva de familiares, o que culmina na resignação do paciente e, por conseguinte, dificulta a experiência do *recovery* (JORGE-MONTEIRO; MATIAS, 2007; BACCARI; ONOCKO-CAMPOS; STEFANELLO, 2015; JACOB, 2015; HANCOCK et al., 2018).

Os usuários com sofrimento mental devem ser estimulados a realizar seus próprios planos de recuperação com envolvimento na comunidade a que pertencem e, a identificarem seus potenciais e fragilidades para superarem as adversidades da vida (JACOB, 2015)

O profissional de saúde é convidado a expandir seus horizontes sobre a visão do que é um bom resultado das intervenções do serviço de saúde mental quando a inclusão de dimensões, como autoestima, empoderamento e otimismo são essenciais (ANTHONY, 1993). Ademais, é necessário que ele permita transferir ao usuário com diagnóstico de doença mental a responsabilidade maior sobre o cuidado e as maneiras de buscar a recuperação. Entretanto, percebe-se que o profissional tradicional possui uma formação voltada para a cura, para o controle e supervisão do tratamento, em especial, do medicamentoso, enquanto o esperado, na abordagem *recovery*, é uma postura menos diretiva, com capacidade de fornecer consultorias, apoio ou ser o técnico de referência (OLIVEIRA, 2017).

2.4 Experiências em *recovery* no âmbito internacional e nacional

Por ser uma condição humana experimentada por todos, as pessoas que passam pelo *recovery* podem ser boas aliadas para outras pessoas que estejam nesse processo, por isso grupos de ajuda e apoio entre pares são exemplos de metodologias que são fortalecedoras dessa abordagem (ANTHONY, 1993). Diversos níveis de práticas e métodos de restabelecimento em saúde mental são identificados: os grupos de ajuda, o suporte mútuo, o incentivo ao autocuidado, à transformação da cultura disseminada em relação ao transtorno mental na sociedade, à atuação social e política, à defesa de direitos e o uso de narrativas pessoais de experiência de vida em primeira pessoa (VASCONCELOS, 2013).

Países como Inglaterra, Estados Unidos, Escócia, Suécia, Dinamarca, Noruega, Austrália, Nova Zelândia, Canadá e Itália têm adotados as recomendações da Organização Mundial da Saúde de envolver o *recovery* nas políticas de saúde mental. Nos Estados Unidos, por exemplo, a incorporação do *recovery* nas ações do governo permitiram a criação de novos serviços voltados para o suporte ao emprego e à educação, inclusive regulamentando a profissão de suporte de pares (COSTA, 2017).

Atualmente, como formas de contribuir para erradicar a estigmatização e discriminação relacionados às doenças mentais, tem-se utilizado abordagens baseadas no *recovery* para a comunidade em geral, não limitada aos usuários com transtornos mentais, introduzindo uma visão dinâmica de que o transtorno mental seja percebido como uma ocorrência de um período da vida e como uma fase a ser superada (OLIVEIRA, 2017).

As formulações das abordagens de *recovery* envolvem longos processos ocorridos em vários países: experiências das reformas psiquiátricas, conquistas dos movimentos de usuários, pesquisas de avaliação de serviços, estudos sobre as narrativas pessoais, desenvolvimento de políticas públicas e programas de reabilitação psicossocial (VASCONCELOS, 2017).

No Brasil, com a implantação e consolidação de uma Rede de Atenção Psicossocial, os cuidados em saúde mental evoluíram na tentativa de abordagens de cuidado centrado na pessoa, visando conter diretrizes que observem os determinantes sociais, o respeito aos direitos humanos, a garantia da autonomia e da liberdade das pessoas, o combate a estigmas e preconceitos, a diversificação das estratégias de cuidado, o desenvolvimento de atividades no território que favoreça a inclusão social, a promoção de autonomia, o exercício da cidadania, a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob uma lógica interdisciplinar (BRASIL, 2011). Entretanto, observa-se ainda um domínio do modelo biomédico, centrado no diagnóstico médico e na negatização dos sintomas (COSTA, 2017).

Em um estudo multicêntrico buscando analisar as práticas de saúde mental relacionadas ao uso dos psicofármacos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) pesquisados, utilizando a estratégia Gestão Autônoma da Medicação (GAM), constatou-se que são necessárias mudanças principalmente no que se refere à valorização da experiência do usuário em seu

tratamento, já que o espaço para falar sobre esse assunto não era disponibilizado. Como dificultadores do processo de comunicação, foram identificados: predomínio de tratamento medicamentoso, tempo de consulta insuficiente, receio do usuário em questionar sobre o tratamento, falta de abertura dos profissionais para escuta das experiências vivenciadas pelos usuários, médicos depositários da autoridade na relação, recursos financeiros insuficientes dificultando realização de oficinas grupais e contratação de recursos pessoais. Esses fatores associados fortalecem o modelo biomédico de cuidado em saúde mental marcado pela subordinação do usuário ao profissional da saúde e pela terapia voltada para abordagens psicoeducativas e psicofarmacológicas. (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

Em revisão sistemática objetivando analisar os principais desafios para o trabalho do Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em relação à saúde mental na atenção básica, observou-se, como possíveis causas para insatisfatório cuidado em saúde mental, a predominância de um modelo biomédico em detrimento de um modo de trabalhar pautado no coletivo, dificuldade em compreender e realizar o apoio matricial em saúde mental pela resistência dos profissionais e uma atuação inicial na atenção primária à saúde sem capacitação teórica e ou prática para o exercício das funções (ALVAREZ; VIEIRA; ALMEIDA, 2019).

Na revisão integrativa com o objetivo de identificar e analisar as práticas de cuidado em saúde mental na atenção básica à saúde, verificou-se, também, limitações relacionadas à formação e capacitação profissional, evidência de modelo biomédico com práticas excludentes, medicalizantes e com abnegação das responsabilidades marcada pelos encaminhamentos a serviços especializados assim que alguma demanda em saúde mental é apresentada. Percebe-se que mesmo com uma rede de atenção à saúde mental estruturada, o cuidado descentralizado e territorial com a real participação dos usuários e familiares continua sendo um desafio da Reforma Psiquiátrica a ser implementado (FERNANDES; MATSUKURA; LOURENCO, 2018).

Iniciativas de centros de pesquisa que se interessam pelos estudos na área do *recovery*, como: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e a Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) (NASCIMENTO; NOGUEIRA; PRESOTTO; ANGELINI; ENES; BILBÃO et al., 2017) têm contribuído para a implementação das práticas do *recovery*.

Exemplo dessas práticas são Grupos de apoio utilizando as seguintes estratégias: Gestão Autônoma da Medicação (GAM) que visa alterar relações de poder com a garantia de participação ativa do usuário nas decisões de seu tratamento (ONOCKO-CAMPOS, et al, 2013) e o Plano Pessoal de Ação WRAP (*Wellness Recovery Action Plan*), traduzido como “Plano Pessoal de Ação para o Bem-Estar e *Recovery* em Saúde Mental”, utilizado como ferramenta para auxiliar o sujeito na elaboração de um plano para resolver os desafios da vida ou recuperar o bem-estar (GRIGOLO et al., 2017).

Nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial brasileira são ofertados cuidados baseados nas seguintes abordagens para o *recovery*: projeto terapêutico singular, grupos de apoio e apoio entre pares. Entretanto, essas estratégias não se apresentam suficientes porque, para uma inserção positiva na vida social, a redução de sintomas não é o único foco, são necessárias também intervenções envolvendo reabilitação psicossocial, integração comunitária e autossuficiência como: projetos de moradia, capacitação para o trabalho, oportunidades reais de socialização, programas de emprego e renda e a incorporação do trabalhador suporte de par como profissional na Rede de Atenção Psicossocial (COSTA, 2017; VASCONCELOS, 2017).

3 OBJETIVOS

- Conhecer e compreender as trajetórias de vida de pessoas com sofrimento mental em processo de *recovery*.
- Identificar quais experiências foram utilizadas por pessoas com sofrimento mental para promover o restabelecimento da vida.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

O percurso metodológico adotado foi a pesquisa qualitativa, baseando-se na premissa de que o conhecimento do indivíduo só é possível com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores (MINAYO, 2010).

Utilizou-se a entrevista narrativa como método de pesquisa, guia norteador do campo, considerando-a como investigação social já que as narrações são ricas de relatos indexados – seja por se referirem às experiências pessoais, seja por tenderem a ser detalhadas com um enfoque nos acontecimentos e ações vivenciados. O fio condutor para a produção de dados partiu da solicitação aos participantes para que eles contassem suas histórias de vida com as experiências que julgassem relevantes (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2013).

A entrevista narrativa permite aprofundar as investigações de histórias de vida, bem como o contexto sócio-histórico do sujeito. Sua interpretação expressa a verdade sob um ponto de vista, um pensamento objetivado. Ao realizar a narração, o entrevistado é conduzido a uma reflexão que permite a ressignificação de suas experiências passadas (MUYLAERT et al., 2014).

É uma metodologia que torna possível compreender o cotidiano com sua multiplicidade de mundos enquanto objeto de estudo. Coordena a identidade do sujeito, suas relações de poder, sua ideologia e o contexto em que vive indicando a complexa relação das narrativas com os discursos sociais (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2013).

Para a condução do estudo com maior rigor metodológico, buscou-se observar os critérios consolidados para relatar pesquisas qualitativas no instrumento *Consolidated criteria for reporting qualitative research* – COREQ, conforme o *checklist* no ANEXO A (TONG et al., 2007).

4.2 Seleção dos participantes do estudo

A população alvo desse estudo foram pessoas com sofrimento mental, independentemente do diagnóstico médico da doença mental, que estivessem em processo de *recovery* e que fossem atendidos em algum ponto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Município de Montes Claros/ MG. Foram incluídos doze participantes; pessoas com idade superior a dezoito anos, com sofrimento mental em processo de *recovery* indicados por algum profissional da RAPS - Consultório na Rua, Estratégia Saúde da Família, Serviço Residencial Terapêutico, Serviço hospitalar de referência na modalidade ambulatorial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Centro de Atenção Psicossocial para Transtornos Mentais - e que desejaram ser entrevistados. Em relação aos diagnósticos médicos relatados pelo próprio usuário ou referidos pelos profissionais da RAPS, foram citados: esquizofrenia, depressão, abuso de substâncias lícitas e abuso de substâncias ilícitas.

Verifica-se na última coluna denominada 'Total de Recorrência' do Quadro 1 a seguir, a presença dos objetos discursivos 'Formas de Restabelecimento da Vida' e 'Acesso a políticas públicas sociais' na análise das doze entrevistas, certificando a presença do processo *recovery* instaurado em todos os participantes dessa pesquisa.

O critério utilizado para o término da pesquisa de campo foi o de saturação de dados, conforme demonstrado no Quadro 1, quando se percebe, na entrevista 08, a ausência de novos objetos discursivos conforme proposta de Fontonella et al (2011) ao apresentar uma tabela com técnica de tratamento de dados permitindo aos leitores identificarem o momento em que ocorre a saturação teórica. Os objetos discursivos tenderam a se concentrar nas primeiras entrevistas, observando uma diminuição no aparecimento de novos objetos discursivos, correspondendo, portanto, à saturação teórica, ou seja, o adensamento teórico possível, baseado nos dados empíricos disponíveis para análise e interpretação dos pesquisadores. Dispensa-se, assim, a realização de novas entrevistas que, supostamente, acrescentariam poucos elementos para discussão (FONTONELLA et al., 2011).

Quadro 1. Evidência da saturação e recorrência dos objetos discursivos a partir da análise das entrevistas, Montes Claros, MG, 2019.

| Objetos Discursivos | Entrevistado (E) | | | | | | | | | | | | Total de Recorrência |
|--|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| Família | X | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | 12 |
| Acesso a políticas públicas sociais | X | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | 12 |
| Formas de restabelecimento da vida | X | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | 12 |
| Planos para o futuro | X | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | 12 |
| Encontro com a religião | X | x | x | x | x | | x | x | x | x | x | x | 11 |
| Rompimento de vínculos | X | x | x | x | x | | x | x | x | x | | x | 10 |
| Errância | X | x | x | x | x | | x | x | x | | x | | 09 |
| Encontro com o álcool | X | x | x | x | x | | x | x | x | | | | 08 |
| Rompimento de vínculo afetivo | X | x | x | x | | | | x | | | x | x | 07 |
| Vivências na infância | | | X | | | x | | x | x | | | x | 05 |
| Encontro com as drogas | | | X | | x | | x | x | x | | | | 05 |
| Condição de morador de rua | | | X | | | | x | x | x | | | | 04 |
| Um bom encontro com pessoas e movimentos sociais | | | X | | x | | x | x | | | | | 04 |
| Entrada na criminalidade | | | X | | x | | | x | | | | | 03 |
| Abuso sexual | | | X | | | x | x | | | | | | 03 |
| Entrada na prostituição | | | | | | | X | | | | | | 01 |
| Total de novos objetos discursivos | 9 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -- |

Legenda: (X) Novo objeto discursivo (x) Objeto discursivo recorrente

Para garantir o sigilo e o anonimato dos entrevistados, estes foram identificados segundo a ordem de entrevistas (ex.: E1, E2, E3, etc.) e, para fins de fidedignidade às falas, as entrevistas foram gravadas em áudio e submetidas à transcrição literal após consentimento dos participantes. Em uma entrevista, houve necessidade de remarcar novo encontro para se compreender mais da história informada pelo participante. A duração das entrevistas variou entre dez minutos a uma hora. Por mais que a prática em pesquisa qualitativa tem indicado o tempo mínimo de vinte minutos para uma entrevista, o tempo pode sofrer variação em razão do universo da investigação (DUARTE, 2002). Algumas entrevistas apresentaram um tempo reduzido pela dificuldade de elaboração de discursos do participante.

A produção dos dados foi realizada pelas próprias autoras que são doutoras e ou alunas do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde e Cuidado Primário em Saúde entre o período de novembro/2016 a maio/2019, em locais previamente definidos com os doze entrevistados. Algumas entrevistas ocorreram nos domicílios dos entrevistados e outras nos

serviços de saúde, conforme a vontade dos participantes. As pesquisadoras foram apresentadas aos entrevistados por profissionais de saúde da RAPS que os acompanhavam.

4.3 Análise dos dados

As transcrições das narrativas foram submetidas à Análise de Discurso na perspectiva de Orlandi (2009), que busca compreender o sentido da linguagem e, a partir dela, ressignificar sua noção ideológica. Nessa análise, há a preocupação em relacionar a linguagem à sua exterioridade, em articular de modo particular conhecimentos do campo das Ciências Sociais e do domínio da Linguística. Fundamenta-se em uma reflexão sobre a história de epistemologia e da filosofia do conhecimento empírico (ORLANDI, 2009).

A Análise de Discurso baseia-se em três regiões do conhecimento: Linguística, Psicanálise e Marxismo. Essa análise não se reduz ao objeto da Linguística, tampouco se deixa absorver pelas Teorias Marxista e da Psicanálise, mas “interroga a Linguística pela historicidade que ela deixa de lado, questiona o Materialismo perguntando pelo simbólico” e trabalha a ideologia como se faz na Psicanálise, relacionando-a com o inconsciente sem ser absorvida por ele (ORLANDI, 2009, p.20).

Entende-se a superfície linguística, discursiva ou *corpus* bruto como um conjunto de enunciações pertencentes à mesma formação discursiva. A partir da sua leitura aprofundada do *corpus* bruto, foi possível obter a impressão da realidade do pensamento que transformou o dado empírico de um discurso concreto em um objeto discursivo (ORLANDI, 2009).

O processo discursivo perpassa entre a formação discursiva e a formação ideológica. Aquela diz da formulação do discurso, daquilo que está sendo dito naquele momento, determina o que pode e o que deve ser dito, a partir de um local social historicamente determinado. Esta, por sua vez, trata da constituição do sentido, da interpretação do dito e do não dito, do que está implícito no discurso ou no silêncio, mas que representa a visão ideológica do sujeito (ORLANDI, 2009). Foi elaborada pelos autores uma matriz para a análise de discurso baseado nos pressupostos de Orlandi (2009), conforme Quadro 2.

Quadro 2: Matriz da Análise de Discurso, Montes Claros, MG, 2019.

| Superfície linguística/ Superfície discursiva/ <i>corpus</i> bruto | Objeto Discursivo | Processo Discursivo | |
|---|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | | Formação Discursiva | Formação Ideológica |

Fonte: Elaboração das autoras.

Utilizou-se também o método Trajetórias de Vida, por ser “uma proposta investigativa que implica um processo de compreender e analisar os universos sociais contextualizados e interconectados à luz da realidade dos sujeitos pesquisados” (GONÇALVES; LISBOA, 2007, p.83), ou seja, para caracterizar as representações individuais e coletivas das crenças, valores e referências culturais adotadas no cotidiano e das relações de poder que se manifestam em revoltas, resistências, deslocamentos e continuidades desses sujeitos (FALEIROS, 2001).

A Trajetória de Vida é conhecida por “Trajetória objetiva” quando se preocupa em sequenciar as posições sociais ocupadas pelo indivíduo ao longo de sua vida. Ela é mensurada por métodos estatísticos, contrastando com a “Trajetória subjetiva”, que interpreta as experiências individuais expressas nos relatos biográficos analisados sob uma abordagem qualitativa. São relatos que apontam os locais das experiências vivenciadas pelo sujeito, suas opiniões, seus planejamentos futuros e suas percepções do passado (DUBAR, 1998; NASCIDO, 2001).

Trajetórias de Vida, na pesquisa qualitativa, é uma modalidade do método da História Oral, caracterizado como um instrumento de pesquisa que utiliza diversas técnicas de entrevista para dar voz a sujeitos anônimos, preservando a memória coletiva por meio de depoimentos singulares, que serão analisados pelo pesquisador de maneira consciente e com a utilização de referenciais teóricos e metodológicos para a condução da investigação (GONÇALVES; LISBOA, 2007).

4.4 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros sob parecer nº1.792.195/ 2016 – CAAE nº 60789316.0.0000.5146. A pesquisa respeitou os preceitos éticos para pesquisas com seres humanos, contidos na Resolução 466/2012 e na Resolução 510/ 2016 do Conselho Nacional de Saúde. Trata-se de

pesquisa Institucionalizada e, para realização da mesma, foram necessárias algumas alterações no projeto inicial a fim de melhor caracterizar o objeto analisado, quais sejam: ampliar os tipos de serviços de saúde mental para indicarem maior quantidade de participantes com diferentes tipos de experiências; e utilizar a entrevista individual, por tratar-se de tema singular e muito intimista, no lugar de grupo focal como foi proposto a princípio.

5 PRODUTO

5.1 Produto 1: *Pessoas com sofrimento mental em recovery: Trajetórias de vida*, formatado para ser submetido seguindo as normas para publicação do periódico Interface: Comunicação, Saúde, Educação - ISSN 1414-3283.

5.1 PRODUTO 1

Pessoas com sofrimento mental em *recovery*: Trajetórias de Vida
People with mental suffering in recovery: Life Trajectories
Personas con sufrimiento mental en recuperación: Trayectorias de la vida

Fabrine Costa Marques, Mayara Karoline Silva Lacerda, Juliana Pereira Alves, Aparecida Rosângela Silveira, Cristina Andrade Sampaio.

Resumo

Objetivou-se conhecer e compreender as trajetórias de vida de pessoas com sofrimento mental em processo de *recovery* e identificar quais experiências são reconhecidas por eles como formas de restabelecimento da vida. Utilizou-se, como percurso metodológico, a pesquisa qualitativa a partir de narrativas, interpretadas por meio da análise de discurso. A análise das trajetórias permitiu reconhecer que as vivências na infância, junto com as relações conflituosas na família, foram apontadas como responsáveis pelos rompimentos dos vínculos familiares e afetivos que favoreceram o encontro com as drogas, com o álcool, a entrada na criminalidade, na prostituição, marcados pela situação de rua e pela errância. Percebe-se que as modalidades de *recovery* utilizadas pelos participantes, através do acesso às políticas públicas, apoio da sociedade civil simultaneamente ao conforto espiritual, podem auxiliar na construção e manutenção de uma vida mais saudável.

Palavras-chave: Recuperação da Saúde Mental. Saúde mental. Narrativa pessoal. Pesquisa Qualitativa.

Keywords: Mental health recovery. Mental health. Personal narrative. Qualitative Research.

Palabras clave: Recuperación de la salud mental. Salud Mental. Narrativa Personal. Investigación Cualitativa.

Introdução

O processo de *recovery* em saúde mental, também conhecido como recuperação em saúde mental, restabelecimento da vida e superação, não se apoia na remissão completa de sintomas ou cura da doença, mas em uma abordagem voltada para a resiliência, autonomia do sujeito com interação em atividades que contribuam com orientações para uma vida significativa¹⁻⁴.

Estão envolvidos, nesse processo, as seguintes modalidades: conectividade (relacionamentos, grupos de apoio, apoio entre pares, estar inserido na comunidade); esperança e otimismo sobre o futuro (motivação para mudar, relações inspiradoras de esperança, pensamento positivo, valorização do sucesso, sonhar); identidade positiva (reconstrução do senso de identidade, superar estigma da doença); significado na vida (espiritualidade, qualidade de vida, vida significativa, reconstruindo a vida, objetivos e papéis sociais), dificuldades (ambivalências e contradições, preocupações financeiras, mudanças negativas na vida e sofrimento vivenciado pelo doente mental) e empoderamento (controle sobre a própria vida, capacitação para resolução de problemas, responsabilidade pessoal)^{1, 5-6}.

As políticas de saúde mental internacionais emergentes estão se apoiando no modelo de recuperação pessoal. Este é entendido como um processo contínuo, individual, definido pela própria pessoa que experimenta as dificuldades do transtorno mental². Trata-se de trajetória singular, de muitos percalços, sem linearidade em sua progressão⁷.

A experiência brasileira em relação ao processo de *recovery* é, ainda, incipiente, apresentando-se “como uma inovação e radicalização das práticas existentes rumo à conquista da cidadania e da autonomia do usuário”⁸(p. 27). Implementar essas práticas é executar as diretrizes presentes na política que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no país⁹ e romper com os padrões de cuidado em saúde mental hegemônicos até então, voltados para um modelo paternalista tradicional, centrado no médico que prescreve, um paciente que obedece, uma equipe multiprofissional sem autonomia e um sistema que carece de outras abordagens de cuidado. Outro aspecto desafiador é a desigualdade social apontada como responsável pela dificuldade de obtenção do “título de cidadão” pelo usuário diagnosticado com doença mental, uma vez que a noção de cidadania

presente na cultura nacional está subordinada à presença de uma identidade social política, estar integrante na sociedade com seus direitos civis, políticos e sociais garantidos. Nesse contexto, se o usuário com sofrimento mental não trabalha, não produz, não possui renda, não possui papel social na sociedade, não é considerado cidadão¹⁰.

Com a Rede de Atenção Psicossocial inserida, os cuidados em saúde mental evoluíram na tentativa de abordagens de cuidado centrado na pessoa, visando conter diretrizes que observem os determinantes sociais, o respeito aos direitos humanos, a garantia da autonomia e da liberdade das pessoas, o combate a estigmas e preconceitos, a diversificação das estratégias de cuidado, o desenvolvimento de atividades no território que favoreça a inclusão social, a promoção de autonomia, o exercício da cidadania, a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob uma lógica interdisciplinar⁹. Entretanto, observa-se ainda um domínio do modelo biomédico, centrado no diagnóstico médico e na negatização dos sintomas¹¹.

Introduzir o debate contemporâneo sobre o *recovery* é também refazer as reflexões acerca do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, seus avanços, impasses e desafios. Ressalta-se que não basta apenas desconstruir muros institucionais e, sim, possibilitar a garantia de direitos e a promoção da cidadania ao sujeito que sofre.

Espera-se, portanto, que esta pesquisa possa contribuir para endossar e fortalecer essas discussões, no âmbito das políticas públicas, no sentido de instigar novos direcionamentos para sua implementação e gestão. Por se tratar de um tema pouco abrangente na literatura brasileira, pretende-se contribuir para a difusão da temática e de seus resultados no meio acadêmico-profissional e na sociedade.

O presente estudo teve como objetivo conhecer e compreender as trajetórias de vida de pessoas com sofrimento mental em processo de *recovery* e identificar as modalidades de experiências que são reconhecidas por eles como formas de restabelecimento da vida.

Método

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa e utilização de entrevistas narrativas como guia norteador do campo, considerando-a como investigação social.

A entrevista narrativa é uma técnica de comunicação que permite aprofundar as investigações de história de vida e do contexto sócio-histórico do sujeito, o qual é conduzido a uma reflexão que ressignifica suas experiências passadas¹². Para o início da entrevista, foi solicitado aos participantes que contassem suas histórias de vida com as experiências que julgassem relevantes. Buscou-se, neste estudo, seguir os critérios consolidados para relatar pesquisas qualitativas (*Consolidated criteria for reporting qualitative research-COREQ*)¹³.

A população alvo desse estudo foram pessoas com sofrimento mental, independentemente do diagnóstico médico da doença mental, que estivessem em processo de *recovery* e que fossem atendidas em algum ponto da RAPS do Município de Montes Claros/ MG. Foram incluídos doze participantes; pessoas com idade superior a dezoito anos que desejaram ser entrevistados, com sofrimento mental em processo de *recovery* indicados por algum profissional da RAPS: Consultório na Rua, Estratégia Saúde da Família, Serviço Residencial Terapêutico, Serviço hospitalar de referência na modalidade ambulatorial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Centro de Atenção Psicossocial para Transtornos Mentais. Em relação aos diagnósticos médicos relatados pelo próprio usuário ou referidos pelos profissionais da RAPS, foram citados: esquizofrenia, depressão, abuso de substâncias lícitas e abuso de substâncias ilícitas.

A produção de dados foi realizada pelas próprias autoras que são doutoras e/ou alunas de Pós-graduação entre o período de novembro/2016 a maio/2019 em locais previamente definidos com os entrevistados. Algumas entrevistas ocorreram nos domicílios dos entrevistados e outras nos serviços de saúde, conforme a vontade dos participantes. As pesquisadoras foram apresentadas aos entrevistados por profissionais de saúde que os acompanhavam.

O critério utilizado para o término da pesquisa de campo foi o de saturação de dados, conforme demonstrado no Quadro 1, quando se percebe, na entrevista 08, a ausência de novos objetos discursivos, conforme proposta de Fontonella et al¹⁴ ao apresentar uma tabela com técnica de tratamento de dados, permitindo aos leitores identificarem o momento em que ocorre a saturação teórica. Os objetos discursivos tenderam a se concentrar nas primeiras entrevistas, observando uma diminuição no

aparecimento de novos objetos discursivos correspondendo à saturação teórica, ou seja, o adensamento teórico possível, baseado nos dados empíricos disponíveis para análise e interpretação dos pesquisadores, dispensando, assim, a realização de novas entrevistas que, supostamente, acrescentariam poucos elementos para discussão¹⁴.

A presença dos objetos discursivos Formas de Restabelecimento da Vida e Acesso a políticas públicas sociais na análise das doze entrevistas, conforme evidencia a última coluna “Total de Recorrência” do Quadro 1, certifica a indicação de todos os participantes da pesquisa por profissionais da RAPS e a presença do processo *recovery* instaurado nos mesmos.

Quadro 1. Evidência da saturação e recorrência dos objetos discursivos, a partir da análise das entrevistas, Montes Claros, MG, 2019

| Objetos Discursivos | Entrevistado (E) | | | | | | | | | | | | Total de Recorrência |
|--|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| Família | X | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | 12 |
| Acesso a políticas públicas sociais | X | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | 12 |
| Formas de restabelecimento da vida | X | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | 12 |
| Planos para o futuro | X | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | 12 |
| Encontro com a religião | X | x | x | x | x | | x | x | x | x | x | x | 11 |
| Rompimento de vínculos | X | x | x | x | x | | x | x | x | x | | x | 10 |
| Errância | X | x | x | x | x | | x | x | x | | x | | 09 |
| Encontro com o álcool | X | x | x | x | x | | x | x | x | | | | 08 |
| Rompimento de vínculo afetivo | X | x | x | x | | | | x | | | x | x | 07 |
| Vivências na infância | | | X | | | x | | x | x | | | x | 05 |
| Encontro com as drogas | | | X | | x | | x | x | x | | | | 05 |
| Condição de morador de rua | | | X | | | | x | x | x | | | | 04 |
| Um bom encontro com pessoas e movimentos sociais | | | X | | x | | x | x | | | | | 04 |
| Entrada na criminalidade | | | X | | x | | | x | | | | | 03 |
| Abuso sexual | | | X | | | x | x | | | | | | 03 |
| Entrada na prostituição | | | | | | | X | | | | | | 01 |
| Total de novos objetos discursivos | 9 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -- |

Legenda: (X) Novo objeto discursivo (x) Objeto discursivo recorrente

Para garantir o sigilo e o anonimato dos entrevistados, estes foram identificados segundo a ordem de entrevistas (ex.: E1, E2, E3, etc.) e, para fins de fidedignidade às falas, as entrevistas foram gravadas em áudio e submetidas à

transcrição literal após consentimento dos participantes. Em uma entrevista, houve necessidade de remarcar novo encontro para se compreender mais da história informada pelo participante. A duração das entrevistas variou entre dez minutos a uma hora. Por mais que a prática em pesquisa qualitativa tem indicado o tempo mínimo de vinte minutos para uma entrevista, o tempo pode sofrer variação em razão do universo da investigação¹⁵. Algumas entrevistas apresentaram um tempo reduzido pela dificuldade de elaboração de discursos do participante.

Os dados produzidos no campo foram submetidos à Análise de Discurso na perspectiva de Orlandi¹⁶, que busca compreender o sentido da linguagem e, a partir dela, ressignificar sua noção ideológica.

Realizou-se uma leitura aprofundada na superfície linguística, também conhecida como *corpus* bruto, na qual obteve-se a impressão da realidade do pensamento que transformou o dado empírico de um discurso concreto em um objeto discursivo. Essa primeira passagem é o começo da compreensão de um objeto simbólico na produção de sentidos, ou seja, é o início da análise do funcionamento dos discursos¹⁶.

O processo discursivo perpassa entre a formação discursiva e a formação ideológica. Aquela diz da formulação do discurso, daquilo que está sendo dito naquele momento, determina o que pode e o que deve ser dito, a partir de um local social historicamente determinado. Esta, por sua vez, trata da constituição do sentido, da interpretação do dito e do não dito, do que está implícito no discurso ou no silêncio, mas que representa a visão ideológica do sujeito¹⁶. Esse delineamento está expresso no Quadro 2, no tópico Resultados.

A trajetória de vida é uma modalidade da história oral que permite uma leitura do social, com foco inicial no indivíduo e, posteriormente, ao ser categorizado, uma análise de forma coletiva e histórica sobre uma realidade viva¹⁷⁻¹⁸. Após a Análise de Discurso de cada narrativa pessoal, foi possível agrupar discursos que formaram objetos discursivos delineando as trajetórias de vida de pessoas com sofrimento mental que se encontravam em processo de *recovery*.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, sob o Parecer nº1.792.195/ 2016 – CAAE nº 60789316.0.0000.5146 e respeitou os preceitos éticos para pesquisas com seres humanos, contidos nas Resoluções nº 466/2012 e nº510/2016 do Conselho Nacional

de Saúde. Todos os entrevistados participaram de maneira voluntária e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Participaram desta pesquisa 12 adultos - 4 mulheres e 8 homens - com idades entre 21 a 58 anos e nível de escolaridade variando entre sem escolaridade a ensino superior incompleto. Em relação à atuação profissional, dois eram aposentados, dois estudantes, três encontravam-se desempregados e cinco exerciam as seguintes atividades econômicas¹⁹ de forma autônoma: fabricação de artefatos de madeira, comércio ambulante de picolé, atividade de cuidados de beleza - manicure, auxiliar na construção de edifícios e fabricação de alimentos e pratos prontos - salgados.

As trajetórias de vida de pessoas com sofrimento mental no processo de *recovery* foram retratadas na Figura 1, separadas em cinco categorias com cores diferentes e discutidas no tópico Discussão.

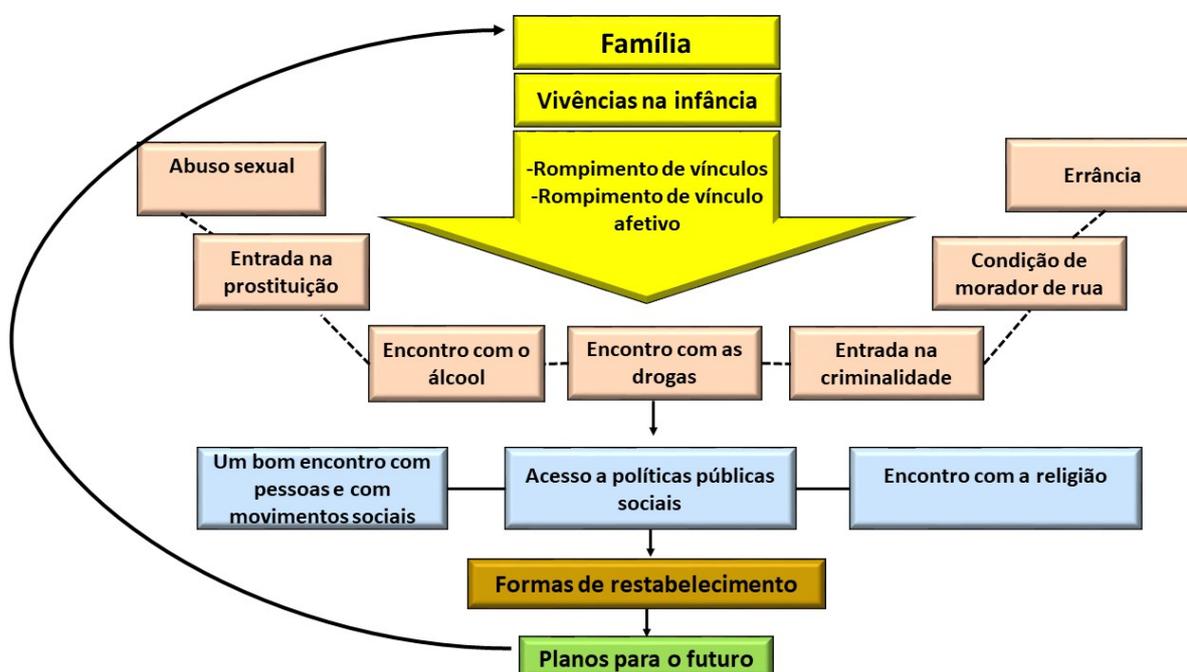


Figura 1. Trajetórias de vida de pessoas com sofrimento mental no processo de *recovery*. Elaborado pelos autores.

Conforme simbolizado na Figura 1, o estudo das narrativas permitiu compreender a trajetória de vida dos participantes envolvidos e reconhecer que a

inserção na família, a presença de laços afetivos saudáveis na fase infanto-juvenil, simultaneamente ao conforto espiritual, ao acesso às políticas públicas da assistência social e saúde incentivando as ferramentas do *recovery*, podem auxiliar na construção de uma vida adulta mais saudável.

Experiências reconhecidas pelos participantes como formas de restabelecimento da vida foram: ter uma habitação, ter um trabalho, ter uma rede de apoio familiar e de amigos, exercer uma religiosidade, estabelecer rotinas diárias, ter *insight* presente, ter autocuidado, ter uma parceria afetiva e ter acesso aos serviços de saúde e assistência social.

O Quadro 2 apresenta os objetos discursivos, ordenados de acordo com o aparecimento dos mesmos, com a interpretação dos discursos sob a perspectiva de Orlandi¹⁶, na tentativa de representar a formação discursiva e a formação ideológica dos sujeitos envolvidos neste estudo.

Quadro 2. Matriz da Análise de Discurso, Montes Claros, MG, 2019.

| | Objeto Discursivo | Processo Discursivo | |
|--|--|--|--|
| | | Formação Discursiva | Formação Ideológica |
| Superfície linguística/ Superfície discursiva/ <i>corpus</i> bruto | Família | Família como proteção, rede de afetos, cuidados e privações. | Família, espaço de vivências e incompatibilidades (discordâncias). Família nuclear patriarcal. Entre ideais (vida em família) e precariedades. |
| | Vivências na infância | Presenciar conflitos, agressões e violências. | Repercussão na saúde mental e no cotidiano da vida adulta. |
| | Rompimento de vínculos | Vivência de perdas, agressões, violências e abandono familiar. | Sentir-se abandonado e o abandonar. Encontro com a solidão. |
| | Rompimento de vínculo afetivo | Separação conjugal. | Rompimento do apoio emocional. |
| | Abuso sexual | Sofrer violências de gênero. | Vulnerabilidade de gênero. |
| | Entrada na prostituição | Não ter dinheiro. Prostituição. | A venda do corpo como forma para manter o vício. |
| | Encontro com o álcool | Viver em função do álcool. Bebida como forma de esquecer os problemas. | Não enfrentamento dos problemas. O álcool como resposta de ausência dos laços sociais. |
| | Encontro com as drogas “A vida (des)graçada” | Novas experiências nos laços sociais. Capturas. | Vida desregrada. |
| | Entrada na criminalidade | Vivendo perigosamente. Transgressões, violação de normas. | Submissão a novas regras. |
| | Condição de morador de rua | Humilhação. Vivência de privações. | Solidão e desejo de mudança das condições de vida. Discriminação e exclusão. |
| Errância | Vida marginal, fora dos padrões sociais. | O não lugar. Sofrimento, tentativas de vínculos e reestruturação social. | |

| | | |
|--|---|--|
| Um bom encontro com pessoas e movimentos sociais | Uma mão se estende. Solidariedade. | Eventos contingentes e a condicionalidade. |
| Acesso a políticas públicas sociais (saúde e assistência social) | Relações de respeito. Cuidados recebidos, relações de confiança restabelecidas. | Retomada do estatuto de dignidade. Retomada da cidadania. |
| Encontro com a religião | Discurso religioso na busca de saídas para os impasses da vida. | Religião como via de mudança. |
| Formas de restabelecimento da vida | O reconhecimento social pela via da vida regrada, inserção nas normas vigentes. | Reinserção na sociedade. |
| Planos para o Futuro | Afastamento do álcool, drogas, vida em família e em sociedade. | Modelo de vida idealizado: família. Inclusão no modelo social vigente. |

Fonte: Elaborado pelos autores.

Após a Análise de Discurso representada pela Figura 1 com a recorrência de alguns objetos discursivos e pelo Quadro 2, percebe-se que, independentemente do diagnóstico da doença mental preestabelecido, pessoas com sofrimento mental em processo de *recovery* podem apresentar elementos em comum em suas trajetórias de vida.

Os objetos discursivos permitiram a formação de cinco categorias - “As experiências iniciais de vida nas narrativas”, “Os desencontros da vida”, “Iniciando o processo de *recovery*”, “Formas de restabelecimento da vida” e “Planejando o futuro” que serão discutidas a seguir.

Discussão

Ao encontrar elementos em comum das trajetórias de vida de pessoas com sofrimento mental em processo de *recovery*, o estudo ratifica os resultados de uma Revisão Sistemática e Síntese Narrativa de Llewellyn-Beardsley et al²⁰, em que não foi encontrada diferença entre narrativas de recuperação de um psicótico e de outros indivíduos com outros tipos de transtornos mentais, já que as características e significados da recuperação assemelham-se.

Os objetos discursivos que marcaram as trajetórias de vida dos usuários com sofrimento mental em *recovery* foram agrupados em cinco grandes categorias para nortear este estudo. A primeira categoria, “As experiências iniciais de vida nas narrativas”, trata do período em que as vivências da infância e o convívio com os familiares foram mencionados. A segunda categoria, “Os desencontros da vida”,

refere-se aos objetos discursivos que remetem às vivências negativas dos entrevistados. Na terceira categoria, “Iniciando o processo de *recovery*”, são apontados objetos discursivos que versam sobre situações que favoreceram a entrada desses usuários no processo de *recovery*. A categoria “Formas de restabelecimento da vida” evidencia as formas de *recovery* apresentadas pelos sujeitos no objeto discursivo de mesma denominação. Para finalizar as categorias, “Planejando o futuro” revela-nos o objeto discursivo que aborda questões referentes ao planejamento de vida futura elaborado pelos usuários.

As experiências iniciais de vida nas narrativas

Essa categoria, representada pela cor amarela na Figura 1, diz sobre os marcos iniciais das narrativas pessoais e é contemplada pelos seguintes objetos discursivos: Família, Vivências na infância, Rompimento de vínculos e Rompimento de vínculo afetivo.

Todos os entrevistados demonstraram buscar na família o apoio para o enfrentamento de seus problemas, conforme a recorrência do objeto discursivo ‘Família’, evidenciado no Quadro 1. As narrativas evidenciam uma rede de afetos, cuidado, proteção e privação, como pode ser verificado no texto a seguir:

“E se for pegar esses 22 anos que eu uso (drogas), eu já tive umas 8 vezes recaídas. Só que essa última vez, eu tive o apoio da família, que eu acho muito importante. E é o que está me ajudando hoje.[...].”(E5)

A formação ideológica permite compreender que o objeto discursivo Família, mesmo com suas precariedades e tensionamentos, representa um espaço de vivências que norteiam o crescimento e desenvolvimento de cada indivíduo.

Embora possua conflitos entre seus entes, a busca pela manutenção e formação da família é constante. Assim como em outros estudos, o apoio familiar desde a infância é considerado fundamental²¹⁻²².

“Eu tinha de tudo para ter uma vida normal, né: tinha meu pai, minha mãe. Aí minha mãe foi embora. Aí a responsabilidade ficou toda para mim. Aí acho que aquilo foi chegando um tempo, foi pesando, foi pesando demais, eu engravidei[...] e cuidando dos meus irmãos, e meu pai, é, bebia demais, então aquilo virou uma bola, assim, na minha cabeça, que eu não estava aguentando segurar a responsabilidade.” (E7)

O analista extrai da fala acima um discurso ideológico arraigado no contexto sociocultural com evidência de um modelo vigente de família nuclear patriarcal que limita as funções maternas aos cuidados domésticos, da prole e da manutenção da família e identifica no pai o provedor, divergindo da atual tendência que evidencia a importância de uma efetiva participação paterna na criação dos filhos, a fim de se obter um melhor desenvolvimento infantil²³, e de outras formas de padrões estruturais da família, como por exemplo, em que a mulher assume outros valores e papéis sociais, exigindo do núcleo familiar, a produção de uma nova ressignificação²⁴.

Os objetos discursivos Vivências na infância e Rompimento de vínculos são caracterizados por narrativas com formações discursivas repletas de conflitos familiares, vivências de agressões, perdas e abandonos, como na fala dos entrevistados E5 e E9:

“[...]mamãe já é falecida há 20 anos, [...]mas para mim, emocionalmente, foi uma perda muito forte! Eu não consegui lidar com esse sentimento não, não trabalhei ele.” (E5)

“[...] eu fui doada. Eu tinha 04 anos de idade. [...] Meu pai e minha mãe morreram. Meus irmãos, diziam que era para tomar conta de mim, e uma me abandonou [...] Ela me deixou lá e foi embora, sumiu.”(E9)

A interpretação que surge em sua materialidade linguística e histórica para a Análise de Discurso é a de que os sujeitos passaram por vivências de muito sofrimento, possuíam laços familiares frágeis que culminaram em sentimentos de abandono e solidão. As vivências na infância presentes neste estudo são fatores de repercussão na saúde mental e no cotidiano da vida adulta, corroborando estudos recentes que têm relacionado o estresse precoce, a negligência social, física e afetiva na infância com transtornos no adulto²⁵⁻²⁶.

Para a psicanálise e a teoria social, analisadas sob a perspectiva de Silveira e Stralen²⁶, há um reconhecimento da importância do laço social na constituição do sujeito e nas formas de interação da vida social. A experiência de desamparo inicial, como condição fundante, a importância da interação entre a criança e cuidador e a inserção em uma comunidade linguística destacam o papel da família na constituição do sujeito.

Outro objeto discursivo que emergiu das narrativas foi o Rompimento do vínculo afetivo presente nas falas seguintes:

“Ah, moça! Não estou boa não, porque meu marido morreu. Sete meses fizeram.”(E1)

“Jogava bola, estudava direitinho. Tudo desencadeou também, além disso que eu te falei de uma desilusão amorosa, gostava demais da menina e ela terminou comigo. Acabei tendo uma recaída.” (E11)

A formação discursiva, ou seja, o que está explícito nas falas dos sujeitos acima, é caracterizada por separações conjugais ocasionadas ou pelo afastamento ou pelo falecimento do cônjuge. Entretanto, o que é desvelado pela formação ideológica é a importância que o parceiro afetivo tem para o equilíbrio emocional dos sujeitos.

Os desencontros da vida

A segunda categoria representada pela cor rosa na Figura 1 apresenta momentos negativos relatados pelos entrevistados. Os sentimentos expressos na primeira categoria ocasionaram a segunda categoria e deram origem aos seguintes objetos discursivos: Abuso sexual, Entrada na prostituição, Encontro com o álcool, Encontro com as drogas, Entrada na criminalidade, Condição de morador de rua e Errância.

Apareceram em poucas entrevistas, conforme o total de recorrência do Quadro 1, menções à violência sexual sofrida por pessoas do sexo feminino, vivenciada pelo entrevistado ou por algum ente de sua família, que mereceram destaques, surgindo, então, o objeto discursivo Abuso sexual.

“Ah, minha mãe? O cara estuprou ela e matou ela no (bairro), em lote vago[...]. Ah, meu pai? Ele bebia demais! Discutia demais com ela. Eu era pequeno, ficava vendo aquilo! (E3)

“[...]Jeu sofri abuso sexual na infância, sofri muito bullying na escola também. Eu acho que essas dificuldades, elas implicam muito na saúde mental da pessoa e também no cotidiano em geral, implica muito.”(E6)

O real sentido produzido nos trechos que fazem alusão aos abusos sexuais, como afirma Orlandi¹⁶, tem a ver com o que foi dito ali e em outros lugares, e o que não foi dito, mas que está às margens do dizer¹⁶, ou seja, que a vulnerabilidade do

sexo feminino é desproporcional à masculina em relação à violência sexual conforme percentual maior de vítimas mulheres encontrado em outros estudos²⁷⁻²⁸.

No discurso de E7, a seguir, percebe-se a ideologia machista dos homens que a procuravam para fazer programa. Para eles, uma mulher prostituta, já que não se enquadra nas regras de conduta para uma mulher perante a sociedade, não deve ser respeitada, e seu corpo deve estar disponível para qualquer tipo de uso²⁹. O objeto discursivo Entrada na prostituição é compreendido aqui como estratégia para comercializar o único bem que restou, seu próprio corpo, para a manutenção do vício.

“[...] Eram muitos dias, eu era humilhada assim, pelos caras que vinham para fazer programa, queriam pagar pouco e aí acabava que a abstinência da droga era tão forte que a gente fazia por, por, por apenas pouca coisa para poder usar droga. Já fui estuprada, sabe? Já me bateram, e não foi só um, dois não, foram vários. E era tudo homem!” (E7)

O objeto discursivo Encontro com o álcool permite ao analista do discurso trabalhar nos limites da interpretação, conforme Orlandi¹⁶. Ele não se coloca fora da história, do simbólico ou da ideologia, ele se posiciona de maneira deslocada, permitindo-lhe contemplar o processo de produção de sentidos do sujeito em suas condições¹⁶, tratando o álcool não apenas como forma de esquecer os problemas e de proteger-se em relação aos problemas da vida, mas também, mesmo em sua negação, como resposta à fragilização e ou ausência de laços sociais, como mostra o seguinte discurso:

“O contato com a bebida eu já tinha, como eu falei. Desde os dezenove anos, sempre trabalhei, mas sempre bebia. Mas não que deixasse assim, de ficar, como a ponto que cheguei. De não querer fazer mais nada, de evitar as pessoas inclusive. [...] Que me fez ficar assim? É, eu acho que não tem um motivo específico não. Assim: Uma coisa que mais, que mais me doeu, foi eu sair de casa. Por causa dos filhos, eu, eu, eu era não! Eu sou muito ligado a eles! Até hoje, a gente combina muito!” (E1)

Em contrapartida, o objeto discursivo Encontro com as drogas revelou um espaço de novas experiências nos laços sociais com capturas desses sujeitos para o viver perigosamente, dando espaço ao objeto discursivo Entrada na criminalidade. Apreende-se, do conjunto discursivo a seguir, que a formação ideológica de uma vida desregrada com violação de normas e submissão às novas regras sociais do

tráfico não difere do que já é encontrado na literatura sobre a dependência do álcool e das drogas, a exclusão social, o estigma, o preconceito, somados ao pouco acesso às políticas públicas sociais correlacionando ao crime³⁰⁻³¹.

“[...]conheci traficantes. Escondi muitas armas lá dentro de minha casa. Drogas, entendeu?” (E3)

“[...]tem uma porta de entrada para esse negócio aí! Porque eu nunca saí de casa para comprar droga, eu sempre bebi antes! [...] Em uma dessas saídas, eu estava na avenida sentado e um amigo meu, amigo entre aspas, não é? Eu já estava percebendo toda movimentação, ele falou: - eu tenho um negócio aqui! E foi eu usar que voltou tudo de novo. Voltou tudo!” (E5)

“Mas eu fui criado na favela! Conheci a bandidagem. Eu comecei a usar drogas, então eu comecei a roubar para eu usar droga. Eu comecei a conhecer o que que era um revólver, traficar.” (E8)

Visando compreender as questões que norteiam a realidade das pessoas em situação de rua, uma revisão sistemática identificou que o uso abusivo de álcool e outras drogas, o rompimento e o conflito familiar, o desemprego e as ameaças de milícias e traficantes, foram considerados motivos para viver na rua. Tais questões socioeconômicas e os prejuízos mentais decorrentes foram considerados justificativas para a permanência da situação de rua³².

O objeto discursivo Condição de morador de rua é apontado como uma vivência de privações e humilhações. Dificuldades para a sobrevivência, como: falta de alimento, frio, violência, degradação física e mental, uso de drogas e álcool, entre outros, foram identificadas nas narrativas, ratificando os achados na literatura³². Se, por um lado, a noção ideológica, resumida no Quadro 2, a partir das considerações da linguagem extraídas dessa situação social, diz de um predomínio da discriminação socioeconômica e da exclusão social, por outro constitui um local para a formulação de estratégias para o enfrentamento e superação dos problemas, e um espaço de transformação humana por meio da construção de novos laços afetivos. A fala a seguir expressa essa realidade:

“Morei na rua muito tempo. Ah, fui humilhado! As pessoas davam um copo de água com medo. [...] Andava sujo [...]estava morando até em lote vago, na lona, não dormia embrulhado. Comecei a pegar várias pneumonias. [...]Um dia comecei a falar com Deus: Me tira dessa vida! Isso não é vida! [...] Me chamaram um dia e me perguntaram se eu queria melhorar de vida. Eu falei: É o que eu mais quero! É melhorar de vida moço! [...] Vê o que vocês fazem para mim” (E3)

Outro objeto discursivo que surgiu na análise das narrativas é a Errância. A errância é entendida “como um movimento sem destino fixo, relacionado ao nomadismo, ao errante que se põe a vagar sem rumo pelas estradas da vida, seja por motivos econômicos, seja pela marginalidade social” (p. 453). Possui uma vertente positiva pela possibilidade de errar para construir algo novo³³.

Sob a ótica da Análise de Discurso, a formação discursiva evidenciada por uma vida marginal, fora dos padrões sociais, desvela uma formação ideológica de um não lugar, um tempo de sofrimento, de tentativas de vínculos e de reestruturação social direcionando o sujeito para o processo de *recovery*, como na narrativa a seguir:

“Vamos mudar de vida? Vamos parar de usar drogas, vamos viajar e tal, conhecer pessoas novas, coisa nova e na hora que nós voltarmos, nós vamos estar renovados! [...] Pegar carona no trem. Esse era nosso pensamento, e ir até onde ele fosse levar. Na hora que ele parasse, lá nós descíamos, pedíamos uma carona e continuava andando.”(E7)

Iniciando o processo de *recovery*

A terceira categoria, na cor azul da Figura 1, trata dos encontros positivos que os sujeitos relataram em suas trajetórias de vida e que, de alguma forma, contribuíram para a entrada no processo de *recovery*. São representados pelos objetos discursivos: Um bom encontro com pessoas e movimentos sociais, Acesso às políticas públicas sociais (saúde e assistência social) e Encontro com a religião.

Ao falar da experiência de viver na rua, entrevistados mencionam auxílios sociais marcados pela imprevisibilidade e pelo acaso, evidenciando também a presença de solidariedade humana que dá espaço ao objeto discursivo Um bom encontro com pessoas e com movimentos sociais. São pessoas civis comuns, com qualidades altruístas ou Organizações não Governamentais (ONGs) que estendem a mão para pessoas com alguma necessidade, conforme o relato abaixo, fornecendo algum auxílio que promove mudanças.

“[...] todo momento Deus colocou a pessoa certa na minha vida! Para nos ajudar. Porque toda cidade que nós chegávamos, tinha uma pessoa boa, tinha uma pessoa que nos acolhia, tinha gente que queria nos colocar dentro de casa, mas não

colocava, não é? Porque não confiava, não é? Mas que fazia comida boa e dava para nós. Que pagava passagem de ônibus para nós.” (E7)

A presença dos eventos contingentes e a condicionalidade citados como formação ideológica no Quadro 2 são conceitos filosóficos para explicar as atitudes das pessoas como “um evento que faz cessar, interrompe bruscamente, um estado anterior, mas que, em conformidade com o real” (p. 129), pode-se apenas constatar com o efeito³⁴, são marcas de encontros entre o sujeito com ele mesmo e com o outro social, promovendo efeitos que permitem novos momentos na vida²⁶.

Nota-se, no discurso a seguir, que o Acesso às Políticas Públicas de Saúde e da Assistência Social foram e continuam sendo essenciais no processo do restabelecimento da vida.

“É aí que entra o Consultório na Rua, cuidar da saúde. Foi onde eu estava destruída. Vieram muitos auxílios para mim, mas nenhum da família. Nenhum da minha família. Pessoal arrumando emprego, arrumando hospital [...] Do Assistente Social, já ganhei roupa, carinho[...]. (E9)

Pelo menos um dos dispositivos da RAPS e alguns da Assistência Social foram acessados e lembrados pelos entrevistados, ora por cuidados recebidos, ora por relações de respeito e de confiança. As lembranças mencionadas refletem a retomada do estatuto da dignidade e da cidadania do sujeito e remete-nos à teoria do reconhecimento, que é entendida pelo fornecimento de condições sociais para auxiliar na condução de atitudes positivas e na construção de um sujeito autônomo, capaz de se posicionar individual e coletivamente²⁶.

Estarem inseridos nas políticas de saúde mental e assistência social foram elementos importantes para o restabelecimento da vida dos entrevistados, conforme expresso na narrativa a seguir:

“[...] e quando eu me apresentei no CAPS, um psicólogo acolheu-me. Convidou-me para participar da permanência. [...] e eu gostei de ficar no CAPS. [...] e foi a melhor coisa que me aconteceu [...] Porque através disso, eu conheci muitas pessoas. [...] a própria convivência com o pessoal também que faz tratamento, [...] você vai conversando e associando o seu problema com os deles e vai tirando novas experiências. Com aquilo, você acaba se fortalecendo” (E1)

Conforme demonstrado no “Total de Recorrência” do Quadro 1, uma explicação possível para a maioria dos participantes da atual pesquisa perpassarem pelo objeto discursivo Encontro com a religião é a de que, além de proporcionar um alento para a vida, as entidades religiosas não tratam os indivíduos portadores de algum transtorno mental como pessoas diferentes. A vivência religiosa é apontada como ferramenta para o enfrentamento das dificuldades diárias³⁵, e sua repercussão ideológica é caracterizar a religião como via de mudança. Em conformidade, a fala de E11:

“[...]Tem dia que eu passo tão bem, graças a Deus! Eu vou na igreja, peço Deus força para me abençoar, para eu vencer as batalhas e as dificuldades da vida. [...]Se for da vontade de Deus tomar remédio para vida toda, vai ser! Não?” (E11)

A religiosidade, expressa neste estudo, comunica com a concepção de espiritualidade que é componente importante e um dos pressupostos do *recovery* que é ter uma vida significativa¹⁻³.

Formas de restabelecimento da vida

A cor marrom, na Figura 1, é a representação das modalidades de experiências que são reconhecidas pelos participantes deste estudo, como formas de *recovery*.

Embora o serviço da RAPS brasileira ofereça cuidados baseados em algumas abordagens para o *recovery*, como o projeto terapêutico singular, os grupos de apoio e o apoio entre pares, há um predomínio da cultura em sobrevalorizar o diagnóstico e sintoma da doença mental¹¹.

As estratégias utilizadas pela RAPS apresentam-se insuficientes uma vez que, para uma inserção positiva na vida social, são necessárias intervenções envolvendo reabilitação psicossocial, integração comunitária e autossuficiência, como: projetos de moradia, capacitação para o trabalho, oportunidades reais de socialização, programas de emprego e renda e a incorporação do trabalhador suporte de par como profissional na rede de atenção à saúde mental³⁶.

No entanto, mesmo havendo carência de políticas sociais, foi possível perceber, neste estudo, a presença de modalidades de experiências de *recovery*,

compatíveis com as encontradas na literatura internacional, como: ter uma habitação, ter um trabalho, exercer a religiosidade, ter uma rede de apoio de familiares e amigos, serviços de saúde e da assistência social e ter o *insigth* presente^{5,21}, conforme identificado nos discursos a seguir:

“[...] nessa trajetória minha de 22 anos, eu falo que, quando eu parei de negar o problema com as drogas e comecei a aceitar que sou dependente, o tratamento começou a fazer efeito [...]. (E5)

“[...]Tomo os remédios direitinho, durmo bem, alimento bem [...] É igual uma pessoa que tem diabetes, pressão alta, toma remédio para vida toda.”(E11)

As formações discursivas de inserção nas normas vigentes, do reconhecimento social pela vida regrada, dão espaço à formação ideológica representada pelo processo de *recovery* que é a reinserção na sociedade de cada sujeito por meio do reconhecimento de sua via de mudança, como cita E1:

“[...]Jeu até fiz as provas agora [...]eu matriculei-me [...]pelo CESEC [...] Estou tentando isso aí também, eliminar esse ensino médio, porque o fundamental hoje não vale nada, não é?[...]” (E1)

Alguns entrevistados, conforme seguinte conjunto discursivo, mencionaram recursos oferecidos pelos serviços de saúde mental que remetem às políticas sociais internacionais existentes de programas de saúde mental voltados para o restabelecimento da vida com êxito e que utilizam abordagens com apoio ao trabalho, à educação, com planejamento da assistência centrada na pessoa, inserindo seus familiares, e no envolvimento ativo com pessoas que já tiveram experiências do *recovery* para a garantia da responsabilização e autonomia no tratamento^{37,21}.

“Essa convivência com o pessoal lá também, com os outros que fazem o tratamento, muitos deles me procuram para conversar. Porque assim, porque eu nunca cheguei lá com recaída nem nada. Então eles me procuram para conversar, e tal, uns perguntam até o que devem fazer. O que deve fazer é: -Procurar sua referência e contar tudo o que você falou aqui! [...]. Eu só posso te ajudar no que eu penso, que para mim funciona.” (E1)

“Agora você está me vendo recuperando, porque eu estou tendo conversas, participo de reuniões, eu saio, venho, participo de reuniões com R. (paciente em processo de recovery) [...] eu fico aqui fazendo esse tratamento médico, tomando esse remédio, participo das oficinas, das oficinas dos artesanatos que tem, fico

conversando com o pessoal, com R., as reuniões de manhã eu participo. Sempre fazendo alguma coisa para ocupar a mente, não ficar parado” (E4)

Nas narrativas, também foi possível perceber que cada sujeito apresenta uma maneira contínua e singular de inserir-se no processo de *recovery*. Nas situações em que o estabelecimento de uma rotina, como escovar os dentes e tomar banho todos os dias e almoçar no mesmo horário, é considerado uma dificuldade, o ato de anotar essas rotinas foi evidenciado como experiência de *recovery* para se alcançar disciplina nas outras atividades de vida diária, como no discurso a seguir:

“Eu tinha muita dificuldade em seguir rotina, sabe? Mas era literalmente todos os tipos de rotina. Todos os tipos de rotina, e tipo, tomar banho todos os dias, é uma rotina, escovar os dentes todos os dias é uma rotina! Almoçar no mesmo horário é uma rotina, almoçar todos os dias também. E eu tinha muita dificuldade porque eu nunca tinha conseguido fazer isso, não é? E a primeira coisa que eu tinha decidido, não é? Que eu precisaria mudar, foi assim, uma coisa muito simples, foi: acordar, lavar o rosto, escovar os dentes, antes de dormir, escovar os dentes e tomar banho, assim. Todos os dias e que eu conseguisse anotar isso. E eu fui fazendo isso, não só para conseguir fazer, mas para conseguir ter uma disciplina em outras coisas[...]” (E6)

Formas mais elaboradas, como *“aluguei uma casinha [...] hoje vendo picolé [...] estou estudando agora” (E3)*, também foram mencionadas.

O conceito empoderamento, no modelo de restabelecimento da vida, sustenta que valores e preferências individuais para tratamentos específicos ou outras formas de apoio devem ser primordiais, uma vez que o melhor julgamento do restabelecimento é da pessoa que vive aquela experiência. Embora não haja total domínio dos sintomas da doença, o reconhecimento e promoção de habilidades, interesses e sonhos devem ser incentivados para auxiliar no controle de suas próprias vidas^{2,7}. Essa situação encontra-se expressa nas seguintes falas:

“[...] lá em casa, eu voltei a cozinhar [...] eu faço o café, lavo minha roupa[...]” (E2)

“Lá era o Lava-Jato, nós começamos a lavar carro e compramos o material todo, mangueira, roupa e tal. Aí nós começamos a nos vestir, não é? Porque nós não tínhamos roupa nem nada. Aí começamos a ganhar um dinheiro. Comprávamos roupa, comprávamos sandália, eu arrumava meu cabelo, fazia minha unha, aí eu comecei a viver de novo! Entendeu? Porque eu não estava vivendo! Fiquei três anos sem escovar cabelo, sem escovar os dentes, minha filha!!! Você não tem noção, não sei como meus dentes não caíram! Sem escovar dente, sem tomar banho direito,

sem dormir direito, sem comer direito, aí comecei a entrar na rotina caseira de novo!
(E7)

O autocuidado restabelecido, a manutenção do tratamento psicológico e ou medicamentoso e grupos de apoio foram experiências citadas pelos discursos dos sujeitos presentes nessa categoria, certificando a presença dos conceitos do *recovery*, senso de identidade e conectividade. Essas experiências são fundamentais para gerar estabilidade e segurança aos participantes para prosseguirem em suas trajetórias⁵.

Planejando o futuro

A última categoria das trajetórias de vida da Figura 1, na cor verde, diz sobre o planejamento do futuro dos participantes do estudo.

A obtenção de um emprego, a construção da casa própria, a qualificação para o trabalho, a expansão do negócio próprio, a formação de uma família ou fortalecimento dos laços familiares e o afastamento das drogas e do álcool compuseram as formações discursivas do objeto discursivo Planos para o futuro, conforme os seguintes relatos:

“[...] no momento eu só quero arrumar um emprego e continuar minha vida, participar, tentar fortalecer essa associação aí e participar dos movimentos que tiverem em prol da saúde mental[...]” (E1)

“Meus planos são continuar estudando [...] tenho vontade de casar, ter filhos.” (E3)

“É arrumar um serviço de vigilante, trabalhar de carteira assinada, não é? Comprar um lote, construir minha casa ou barracão e morar, não é? Ir visitar, ir lá ver minhas filhas, quase eu não vou lá.” (E4)

Esse objeto discursivo representa a esperança e otimismo para o futuro, um dos conceitos do processo de *recovery*, que é caracterizado pela motivação para a mudança, pela presença de sonhos e aspirações¹.

Para a organização da vida social, as instituições são muito importantes. Elas possuem a função de propagar valores, normas, condutas e permitir a socialização do indivíduo. A família é considerada uma instituição, assim como a igreja e o Estado. No “que pesa o encargo de socializar o indivíduo dentro dos padrões socioculturais vigentes”²⁴ (p. 470), cabe à instituição social família essa função. Ela também é apontada como extremamente significativa para a formação do sujeito²⁴.

A Análise de Discurso realizada, em sua formação ideológica, revelou que o modelo de vida almejado pelos entrevistados é o modelo Família, evidenciando que o desejo da inclusão no modelo sociocultural vigente está presente nos planejamentos futuros.

Limitações do estudo

Houve dificuldade de identificação de participantes que estariam no processo de *recovery* pela reduzida quantidade de indicações de possíveis entrevistados pelos profissionais da RAPS. Nesse quesito, o distanciamento dos serviços em relação aos processos de *recovery* pode ter contribuído para tal fato.

Considerações Finais

O estudo possibilitou compreender as trajetórias de vida de pessoas com sofrimento mental em processo de *recovery*, desveladas pelas vivências na infância, junto com as relações conflituosas na família, as quais foram apontadas como responsáveis pelos rompimentos dos vínculos familiares e afetivos. Em suas narrativas, esses rompimentos indicaram o encontro com as drogas, com o álcool, a entrada na criminalidade, na prostituição, perpassando pela condição de morador de rua e também, pela errância.

Também permitiu identificar as experiências reconhecidas pelos participantes como forma de restabelecimento da vida: a retomada dos aspectos afetivos, religiosos, socioeconômicos, do autocuidado, de valores éticos, morais e o planejamento para o futuro. Esses aspectos estão em consonância com as principais modalidades do *recovery*: conectividade, otimismo para o futuro, identidade positiva, significado na vida, empoderamento e dificuldades.

Foi possível perceber que, independentemente do diagnóstico da doença mental preestabelecido, usuários dos serviços de saúde mental podem apresentar elementos em comum em suas trajetórias, como ficou evidenciado na recorrência de alguns objetos discursivos.

O estudo das narrativas permitiu uma compreensão ampliada das trajetórias de vida e formas de seu restabelecimento, o que é importante para os profissionais de saúde na prática de suas atividades, uma vez que, a par de tal compreensão, podem estimular de maneira mais adequada os usuários com sofrimento mental ao processo de *recovery*. No entanto, percebe-se a necessidade de pesquisas futuras incentivando as ferramentas para o *recovery*, como o suporte entre pares e o suporte para o trabalho, a fim de auxiliarem na formulação de políticas públicas para a implementação desse modelo nos atendimentos em saúde mental.

Referências

- 1- Leamy M, Bird V, Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*. 2011; 199:445-452.
- 2- Slade M, Longden E. Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*. 2015; 15(285):1-14.
- 3- Carras MC, Kalbarczyk A, Wells K, Banks J, Kowert R, Gillespie C, et al. Connection, meaning, and distraction: A qualitative study of video game play and mental health recovery in veterans treated for mental and/or behavioral health problems. *Social science & medicine (1982)*. 2018; 216:124-132.
- 4- Silva TR, Berberian AA, Gadelha A, Villares CC, Martini LC, Bressan RA. Validação da Recovery Assessment Scale (RAS) no Brasil para avaliar a capacidade de superação das pessoas com esquizofrenia. *J Bras Psiquiatr*. 2017; 66(1):1-8.
- 5- Hancock N, Smith-Merry J, Jessup G, Wayland S, Kokany A. Understanding the ups and downs of living well: the voices of people experiencing early mental health recovery. *BMC Psychiatry*. 2018; 18(1):1-10.
- 6- Stuart SR, Tansey L, Quayle E. What we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *Journal of Mental Health*. 2016; 26(3):291-304.
- 7- Jacob KS. Recovery Model of Mental Illness: A Complementary Approach to Psychiatric Care. *Indian J Psychol Med*. 2015; 37(2):117-119.
- 8- Silveira AR, Almeida APS, Souza CL, Prates TEC, Rabelo MO, Sampaio CA, et al. Recovery e experiência brasileira na atenção psicossocial: diálogos e aproximações. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2017; 9(21):17-30.
- 9- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental ou transtorno

mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

10- Costa MIS, Lotta GS. De “doentes mentais” a “cidadão”: Análise história da construção das categorias políticas na saúde mental no Brasil. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2019 Nov [citado 2020 Jun 03]. Disponível em:
<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/de-doentes-mentais-a-cidadaos-analise-historica-da-construcao-das-categorias-politicas-na-saude-mental-no-brasil/17422?id=17422>

11- Costa, MN. Recovery como estratégia para avançar a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Cad. Brasileiros de Saúde Mental. 2017; 7(21):1-16.

12- Muylaert CJ, Sarubbi JV, Gallo PR, Neto Modesto LR, Reis AOA. Narrative interviews: an important resource in qualitative research. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2014; 48(2):184-189.

13- Tong A, Sainsbury P, Criag J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32 item checklist for interviews and focus groups. International J Qual Health Care. 2007; 19(6):349-57.

14- Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(2):388-394.

15- Duarte R. Pesquisa Qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. Cadernos de Pesquisa. 2002; 115:139-154.

16- Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. 8a ed. Campinas: Pontes; 2009. 100 p.

17- Gonçalves RC, Lisboa TK. Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. Revista Katálysis. 2007; 10:83-92.

18- Faleiros VP. Estratégias em Serviço Social. São Paulo: Cortez; 2001.

19- Rio de Janeiro (Estado). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Classificação Nacional de Atividades Econômicas. Rio de Janeiro: IBGE; 2007.

20- Llewellyn-Beardsley J, Rennick-Egglestone S, Callard F, Crawford P, Farkas M, Hui A, et al. Characteristics of mental health recovery narratives: Systematic review and narrative synthesis. PLoS ONE. 2019; 14(3):1-30.

21- Biringer E, Davidson L, Sundfør B, Ruud T, Borg M. Service users' expectations of treatment and support at the Community Mental Health Centre in their recovery. Scandinavian journal of caring sciences. 2017; 31(3):505-513.

- 22- Reinaldo MAS, Pereira MO, Tavares MLO, Henriques BD. Pais e seus filhos em sofrimento mental, enfrentamento, compreensão e medo do futuro. *Ciênc. saúde colet.* 2018; 23(7):2363-2371.
- 23-Borsa JC, Nunes MLT. Aspectos psicossociais da parentalidade: O papel dos homens e mulheres na família nuclear. *Psicol. Argum.* 2011; 29(64):31-39.
- 24- Ramos DM, Nascimento VG. A família como instituição moderna. *Fractal, Ver. Psicol.* 2008; 20(2):461-472.
- 25- Martins-Monteverde CMS, Padovan T, Juruena MF. Transtornos relacionados a traumas e a estressores. *Medicina (Ribeirão Preto, Online).* 2017;50(Supl.1):37-50.
- 26-Silveira AR, Stralen CJ. Sujeito e política no debate contemporâneo. *Psicologia em Revista.* 2017; 23(3):939-951.
- 27- Gaspar RSP, Lopes UM. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. *Cad. de Saúde Pública.* 2018; 34(11):1-10.
- 28- Fontes LFC, Conceição OC, Machado S. Violência sexual na adolescência, perfil da vítima e impactos sobre a saúde mental. *Ciênc. saúde colet.* 2017; 22(9):2929-2928.
- 29-Sousa RF. Rape Culture – the implicit practice of the incitement of sexual violence against women. *Rev. Estud. Fem.* 2017; 25(1):9-29.
- 30-Claro HG, Oliveira MAF, Titus JC, Fernandes IFAL, Pinho PH, Tarifa RR. Uso de drogas, saúde mental e problemas relacionados ao crime e à violência: estudo transversal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015. 23(6):1173-1180.
- 31- Toledo L, Góngora A, Francisco IPM. À margem: uso de crack, desvio, criminalização e exclusão social – uma revisão narrativa. *Ciênc. saúde colet.* 2017; 22(1):31-42.
- 32- Sicari AA, Zanella AV. Pessoas em situação de rua no Brasil: Revisão Sistemática. *Psicol. cienc. prof.* 2018; 38(4):662-679.
- 33- Soares AC, Bastos A. A errância: para além de um sintoma patológico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental.* 2016; 19(3):452-464.
- 34- Almeida-Filho N, Coutinho D. Causalidade, Contingência, Complexidade: o Futuro do Conceito de Risco. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.* 2007; 17(1):95-137.
- 35- Reinaldo MAS, Santos RLF. Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Saúde Debate.* 2016; 40(110):162-171.
- 36- Vasconcelos EM. As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e recovery (recuperação, restabelecimento) em saúde mental I: Uma apresentação

histórica e conceitual para o leitor brasileiro. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2017; 9(21):31-47.

37- Onocko-Campos RT, Costa M, Pereira MB, Ricci EC, Enes GST, Janeth L, et al. Recovery, citizenship, and psychosocial rehabilitation: A dialog between Brazilian and American mental health care approaches. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 2017; 20(3):311-326.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou compreender as trajetórias de vida de pessoas com sofrimento mental em processo de *recovery* desveladas pelas vivências na infância e pelas relações conflituosas que foram apontadas como responsáveis pelos rompimentos dos vínculos familiares e afetivos. Em suas narrativas, esses rompimentos indicaram o encontro com as drogas, com o álcool, a entrada na criminalidade, na prostituição, perpassando pela condição de morador de rua e também, pela errância.

Também permitiu identificar as experiências reconhecidas pelos participantes como forma de restabelecimento da vida: a retomada dos aspectos afetivos, religiosos, socioeconômicos, do autocuidado, de valores éticos, morais e o planejamento para o futuro. Esses aspectos estão em consonância com as principais modalidades do *recovery*: conectividade, otimismo para o futuro, identidade positiva, significado na vida, empoderamento e dificuldades.

Foi possível perceber que, independentemente do diagnóstico da doença mental preestabelecido, usuários dos serviços de saúde mental podem apresentar elementos em comum em suas trajetórias, como ficou evidenciado na recorrência de alguns objetos discursivos.

O estudo das narrativas permitiu uma compreensão ampliada das trajetórias de vida e formas de restabelecimento, o que é importante para os profissionais de saúde na prática de suas atividades, uma vez que, a par de tal compreensão, podem estimular de maneira mais adequada os usuários com sofrimento mental ao processo de *recovery*. No entanto, percebe-se a necessidade de pesquisas futuras com a utilização de mais ferramentas para o *recovery*, como o suporte entre pares e o suporte para o trabalho, a fim de auxiliarem na formulação de políticas públicas para a implementação desse modelo nos atendimentos em saúde mental.

6.1 Limitações do estudo

A pesquisa de campo levou um tempo maior para ser finalizada pela reduzida quantidade de indicações de possíveis entrevistados pelos profissionais da rede de Atenção Psicossocial. A limitação em relação às indicações pode ser reflexo da escassez de serviços voltados para o *recovery* e dificuldade de identificação de participantes que estariam no processo de restabelecimento da via.

REFERÊNCIAS

1. ALVAREZ, A. P. E.; VIEIRA, A. C. D.; ALMEIDA, F. A. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 04, p. 1809-4481, 2019.
2. AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, 2018.
3. ANTHONY, W. A. Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health. **Psychosocial Rehabilitation Journal**, Boston, v. 16, n. 4, p. 521-538, 1993.
4. BACCARI, I. O. P.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.; STEFANELLO, S. Recovery: revisão sistemática de um conceito. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 125-136, 2015.
5. BELLAMY, C. D. H.; FLANAGAN, E.; COSTA, M.; O'CONNELL B, M.; TAN LE, T.; GUY, K; *et al.* Barriers and facilitators of healthcare for people with mental illness: why integrated patient centered healthcare is necessary. **Issues in mental health nursing**, v. 37, n. 6, p. 421-428, 2016.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 08 mai. 2020.
7. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental [Internet]. Brasília: (DF): Ministério da Saúde, 2013. [citado 2020 Mar 14]. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
8. CARRAS, M. C.; KALBARCZYK, A.; WELLS, K.; BANKS, J., KOWERT, R.; GILLESPIE, C.; *et al.* Connection, meaning, and distraction: A qualitative study of video game play and mental health recovery in veterans treated for mental and/or behavioral health problems. **Social science & medicine (1982)**, Boston, v. 216, p. 124-132, 2018.
9. COSTA, M. N. Recovery como estratégia para avançar a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Santa Catarina, v. 9, n. 21, p. 01-16, 2017.

10. DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 115, p. 139-154, 2002.
11. DUBAR, C. Trajetórias sociais e formas identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 62, p. 13-30, 1998.
12. FALEIROS, V. P. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo: Cortez; 2001.
13. FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S.; LOURENCO, M. S. G. Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 4, p. 904-914, 2018.
14. FONTANELLA, B. J. B.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.; MELO, D. G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, 2011.
15. GONÇALVES, R. C.; LISBOA, T. K. Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. **Revista Katálisis**, Santa Catarina, v. 10, p. 83-92, 2007.
16. GRIGOLO, T. M.; ALVIM, S.; CHASSOT, C. S.; SILVA, V. V. S. Plano pessoal de ação para bem-estar e *recovery*: Experimentando o “WRAP” no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.9, n.21, p.300-320, 2017.
17. HANCOCK, N.; SMITH-MERRY, J.; JESSUP, G.; WAYLAND, S.; KOKANY, A. Understanding the ups and downs of living well: the voices of people experiencing early mental health recovery. **BMC Psychiatry**, v. 18, n.1, p. 01-10, 2018.
18. HOUAISS, A. **Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009.
19. JACOB, K. S. Recovery Model of Mental Illness: A Complementary Approach to Psychiatric Care. **Indian J Psychol Med**, Filadélfia, v. 37, n. 2, p. 117-119, 2015.
20. JORGE-MONTEIRO, F.; MATIAS, J. Atitudes Face ao Recovery na Doença Mental em Utilizadores e Profissionais de uma Organização Comunitária: Uma Ajuda na Planificação de Intervenções Efetivas? **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 01, n. 35, p. 111-125, 2007.
21. JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M.W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 11.ed. Petrópolis: Vozes, 2013. p.90-113
22. LEAMY, M.; BIRD, V.; BOUTILLIER, C.; WILLIAMS, J.; SLADE, M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative

- synthesis. **The British Journal of Psychiatry**, Reino Unido, v. 199, n. 6, p. 445-452, 2011.
23. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
24. MUYLAERT, C. J.; SARUBBI, J. V.; GALLO, P. R.; MODESTO NETO, L. R.; REIS, A. O. A. Narrative interviews: an important resource in qualitative research. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 184-189, 2014.
25. NASCIDO, C. Gênero, trajetória de vida e biografia: desafios metodológicos e resultados empíricos. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 5, p. 240-265, 2001.
26. NASCIMENTO, N. S.; NOGUEIRA, A.; PRESOTTO, C. R. A.; ENES, G.S.T.; BILBAO, E. V.; *et al.* Grupo de Trabalho *Recovery*: Um olhar para si. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 9, n. 21, p. 271-281, 2017.
27. OLIVEIRA, W. F. *Recovery*: O desvelar da práxis e a construção de propostas para aplicação no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 9, n. 21, p. 321-330, 2017.
28. ONOCKO-CAMPOS, R. T.; PASSOS, E.; PALOMBINI, A. L.; SANTOS, D. V. D.; STEFANELLO, S.; GONÇALVES, L. L. M.; *et al.* A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, 2013.
29. ONOCKO-CAMPOS, R. T.; COSTA, M.; PEREIRA, M. B.; RICCI, E. C.; ENES, G. S. T.; JANETH, L. *et al.* *Recovery*, citizenship, and psychosocial rehabilitation: A dialog between Brazilian and American mental health care approaches. **American Journal of Psychiatric Rehabilitation**, Reino Unido, v. 20, n. 3, p. 311-326, 2017.
30. ONOCKO-CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. F. Narrativas: Apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In: ONOCKO-CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (Org.). **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narrativa**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 321-328.
31. ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 8. ed. Campinas: Pontes, 2009.
32. REIS, G. G.; NAKATA, L. E. Modelo Transteórico de Mudança: Contribuições para o coaching de executivos. **Rev. bras. orientac. Prof**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 61-72, 2010.
33. SLADE, M.; LONGDEN, E. Empirical evidence about recovery and mental health. **BMC Psychiatry**, v. 15, n. 285, p. 1-14, 2015.

34. STUART, S. R.; TANSEY, L.; QUAYLE, E. What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. **Journal of Mental Health**, v. 26, n. 3, p. 291-304, 2016.
35. SILVA, T. R.; BERBERIAN, A.A.; GADELHA, A.; VILLARES, C.C.; MARTINI, L.C.; BRESSAN, R.A. Validação da Recovery Assessment Scale (RAS) no Brasil para avaliar a capacidade de superação das pessoas com esquizofrenia. **J Bras Psiquiatr.**, v. 66, n.1, p. 1-8, 2017.
36. SILVEIRA, A. R.; ALMEIDA, A. P. S.; SOUZA, C. L.; PRATES, T. E. C.; RABELO, M. O.; SAMPAIO, C. A.; *et al.* Recovery e experiência brasileira na atenção psicossocial: diálogos e aproximações. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Santa Catarina, v. 9, n. 21, p. 17-30, 2017.
37. TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRIAG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32 item checklist for interviews and focus groups. **International J Qual Health Care**, Austrália, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.
38. VASCONCELOS, E. M. As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e *recovery* (recuperação, restabelecimento) em saúde mental I: Uma apresentação histórica e conceitual para o leitor brasileiro. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.9, n.21, p. 31-47, 2017.
39. VASCONCELOS, E. M. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2825-2835, 2013.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Restabelecimento da vida: a experiência do *recovery* para o cuidado aos usuários da saúde mental

Instituição/Empresa onde será realizada a pesquisa: Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros/MG – Rede de Atenção Psicossocial de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Pesquisador Responsável: Aparecida Rosangela Silveira, Rua Serra da Mantiqueira, 302, Morada da Serra, CEP 39401585, Montes Claros - MG, telefone 38 3229-8502.

PESQUISA APROVADA ATRAVÉS DO PARECER Nº 1.792.195.**Atenção:**

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a explicação sobre os procedimentos propostos. Este estudo não causará nenhum dano à saúde das pessoas e poderá contribuir para a melhoria das suas condições de vida e das ações e cuidados de pessoas em sofrimento psíquico na Rede de Atenção Psicossocial de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1-Objetivos: analisar as possibilidades de experiências de pessoas em sofrimento psíquico que conduzam ao restabelecimento de suas vidas, no município de Montes Claros, MG; Compreender a noção de *recovery* na conjuntura da Reforma Psiquiátrica Brasileira; Identificar quais os princípios e modalidades de experiências que são reconhecidas como formas de restabelecimento da vida de pessoas em sofrimento psíquico; Analisar o papel dos serviços da saúde mental para a potencialização da autonomia e empoderamento dos usuários; Contribuir para a disseminação de novas estratégias de inclusão do usuário da saúde mental na vida comunitária.

2- Metodologia/procedimentos: pretende-se realizar uma pesquisa qualitativa de cunho descritivo, onde utilizará para instrumento de coleta de dados, o grupo focal e a observação participantes. Este estudo terá como sujeitos os moradores da cidade de Montes Claros, MG, e a coleta de dados ocorrerá na residência terapêutica em data e horário pré-agendado de acordo com a disponibilidade do serviço. Para a análise dos dados coletados, será realizada a análise de conteúdo, tendo como referencial a Fenomenologia.

3- Justificativa: a proposta do *Recovery* possibilita ao sujeito em sofrimento psíquico a possibilidade de retomada de sua vida, a garantia dos seus direitos e a promoção da sua cidadania. Espera-se, portanto, que a pesquisa possa contribuir para endossar e fortalecer essas discussões, no âmbito das políticas públicas no sentido de provocar novos direcionamentos para a implantação e gestão das mesmas. Por se tratar de um tema ainda pouco abrangente na literatura brasileira, a presente pesquisa vem contribuir para a difusão da temática e dos seus resultados no meio acadêmico e profissional e junto a usuários e familiares.

4- Benefícios: através dos dados obtidos serão divulgadas novas metodologias de abordagem de sujeitos em sofrimento mental que buscam ampliar suas perspectivas de vida.

5- Desconfortos e riscos: de acordo com a resolução 466/ 2012 toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos. Neste caso, os pesquisadores se comprometem a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente a mesma, não previsto nesse neste termo de consentimento. Nesta pesquisa, o risco previsto para a instituição cedente, relaciona-se ao fato dos pesquisadores realizarem a coleta de dados no serviço e para minimizá-los será solicitado que um funcionário do setor acompanhe os pesquisadores durante o processo de levantamento de dados além do agendamento prévio da data e horário.

6- Danos: não há danos à integridade física, psíquica e social dos participantes decorrentes da participação neste estudo.

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: não há.

8- Confidencialidade das informações: será mantido sigilo, inclusive dos nomes dos participantes e nos sistemas de registro da pesquisa.

9- Compensação/indenização: a participação é voluntária, não haverá nenhuma remuneração.

10- Outras informações pertinentes: a presente pesquisa poderá ser divulgada/publicada em outras fontes científicas, obedecendo aos critérios estabelecidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa e de acordo com a resolução 466/ 2012.

11- Consentimento: Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando o consentimento para a realização desta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

| | | |
|------------------------------|-------------------------------|----------------|
| _____ | _____ | ____/____/____ |
| Nome do/da participante | Assinatura do/da participante | Data |
| _____ | _____ | ____/____/____ |
| Nome da testemunha | Assinatura da testemunha | Data |
| _____ | _____ | ____/____/____ |
| Aparecida Rosângela Silveira | Assinatura | Data |

ANEXO

ANEXO A –Lista de verificação de 32 itens dos critérios consolidados para relatar estudos qualitativos (*Consolidated criteria for reporting qualitative research - COREQ*)

| Topic | Item No. | Guide Questions/Description | Reported on Page No. |
|--|----------|--|----------------------|
| Domain 1: Research team and reflexivity | | | |
| <i>Personal characteristics</i> | | | |
| Interviewer/facilitator | 1 | Which author/s conducted the interview or focus group? | p.33 |
| Credentials | 2 | What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD | p.33 |
| Occupation | 3 | What was their occupation at the time of the study? | p.33 |
| Gender | 4 | Was the researcher male or female? | p.33 |
| Experience and training | 5 | What experience or training did the researcher have? | p.33 |
| <i>Relationship with participants</i> | | | |
| Relationship established | 6 | Was a relationship established prior to study commencement? | p.33 |
| Participant knowledge of the interviewer | 7 | What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research | p.33 |
| Interviewer characteristics | 8 | What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic | p.33 |
| Domain 2: Study design | | | |
| <i>Theoretical framework</i> | | | |
| Methodological orientation and Theory | 9 | What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis | p.32-35 |
| <i>Participant selection</i> | | | |
| Sampling | 10 | How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball | p.33 |
| Method of approach | 11 | How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email | p.33 |
| Sample size | 12 | How many participants were in the study? | p.33 |
| Non-participation | 13 | How many people refused to participate or dropped out? Reasons? | ---- |
| <i>Setting</i> | | | |
| Setting of data collection | 14 | Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace | p.33 |
| Presence of nonparticipants | 15 | Was anyone else present besides the participants and researchers? | --- |
| Description of sample | 16 | What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date | p.33 |
| <i>Data collection</i> | | | |
| Interview guide | 17 | Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested? | p.33 |

| | | | |
|--|----|--|---------|
| Repeat interviews | 18 | Were repeat inter views carried out? If yes, how many? | p.34 |
| Audio/visual recording | 19 | Did the research use audio or visual recording to collect the data? | p.34 |
| Field notes | 20 | Were field notes made during and/or after the inter view or focus group? | ---- |
| Duration | 21 | What was the duration of the inter views or focus group? | p.34-35 |
| Data saturation | 22 | Was data saturation discussed? | p.33-34 |
| Transcripts returned | 23 | Were transcripts returned to participants for comment and/or correction? | ---- |
| Domain 3: analysis and findings | | | |
| <i>Data analysis</i> | | | |
| Number of data coders | 24 | How many data coders coded the data? | p.37-38 |
| Description of the coding tree | 25 | Did authors provide a description of the coding tree? | p.37-38 |
| Derivation of themes | 26 | Were themes identified in advance or derived from the data? | p.35 |
| Software | 27 | What software, if applicable, was used to manage the data? | ---- |
| Participant checking | 28 | Did participants provide feedback on the findings? | ---- |
| <i>Reporting</i> | | | |
| Quotations presented | 29 | Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number | p.39 |
| Data and findings consistent | 30 | Was there consistency between the data presented and the findings? | p.32-36 |
| Clarity of major themes | 31 | Were major themes clearly presented in the findings? | p.50 |
| Clarity of minor themes | 32 | Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes? | p.41 |

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Restabelecimento da Vida: A experiência do Recovery para o cuidado aos usuários da Saúde Mental.

Pesquisador: Claudio Luis de Souza Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60789316.0.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.792.195

Apresentação do Projeto:

O projeto destaca que o conceito de recovery vai além da cura de sintomas como foco para o tratamento do sofrimento mental, está fundamentado no reestabelecimento da esperança, da recuperação da vida devido às perdas com a doença e a busca por novos sentidos. Neste cenário, o projeto pretende analisar as possibilidades de experiências de pessoas em sofrimento psíquico que conduzam ao restabelecimento de suas vidas, no município de Montes Claros, MG. Será desenvolvido um estudo qualitativo de natureza descritiva, baseando-se na premissa de que os conhecimentos dos indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores. O estudo terá como sujeitos os moradores do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) da cidade de Montes Claros, MG, que atenderem aos seguintes critérios de inclusão. Primeiro, ser usuário assistido pelo serviço. Segundo, ter condições de responder a entrevista. Terceiro, aceitar participar da pesquisa. Será utilizado como instrumento para a coleta de dados, o grupo focal e a observação participante.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as possibilidades de experiências de pessoas em sofrimento psíquico que conduzam ao restabelecimento de suas vidas, no município de Montes Claros, MG.

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 1.792.195

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa pode abordar situações sensíveis dos sujeitos da pesquisa e por consequência causar danos à saúde do mesmo. Por outro lado, os resultados obtidos podem ajudar no aperfeiçoamento de métodos para o tratamento de sujeitos em sofrimento mental que buscam ampliar suas perspectivas de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo pode propiciar novas abordagens de pessoas em sofrimento mental que pode contribuir para o restabelecimento do usuário, levando em conta a promoção de novas alternativas de vida e de invenções nas formas de lidar com a vivência do sofrimento psíquico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória atendem todas as exigências do CEP.

Recomendações:

Apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existe pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--|--|------------------------|------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_798927.pdf | 06/10/2016 22:13:22 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoRecovery.docx | 06/10/2016 22:12:12 | Claudio Luis de Souza Santos | Aceito |
| Outros | TermoConcordancia.pdf | 06/10/2016 22:11:19 | Claudio Luis de Souza Santos | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de | TermoConsentimento.pdf | 06/10/2016 22:08:54 | Claudio Luis de Souza Santos | Aceito |

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Prof. Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia CEP: 39.401-089
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 1.792.195

| | | | | |
|----------------|------------------------|------------------------|---------------------------------|--------|
| Ausência | TermoConsentimento.pdf | 06/10/2016 22:08:54 | Claudio Luis de Souza Santos | Aceito |
| Folha de Rosto | FolhaRosto.pdf | 06/10/2016 22:06:42 | Claudio Luis de Souza Santos | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MONTES CLAROS, 26 de Outubro de 2016

Assinado por:

Ana Augusta Maciel de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

ANEXO C – Normas de submissão de artigos na Revista Interface.

30/01/2020

Submissão – Interface

Rigor Acadêmico, Qualidade e Segurança








A REVISTA

CORPO EDITORIAL

EDIÇÕES

SEÇÕES

SUBMISSÃO

BLOG

CONTATO

Interface > Submissão

Submissão

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é uma publicação interdisciplinar, exclusivamente eletrônica, em acesso aberto, trimestral, editada pela Universidade Estadual Paulista – Unesp, (Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu. Tem como missão publicar artigos e outros materiais relevantes sobre a Educação e Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Artes e as Ciências Sociais e Humanas, que contribuem para o avanço do conhecimento nessas áreas.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação integra a coleção de periódicos indexados na base SciELO e adota o sistema *ScholarOne Manuscripts* para submissão e avaliação de manuscritos (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>). Prioriza abordagens críticas e inovadoras e a pesquisa qualitativa e não cobra taxas para submissão e acesso aos artigos. Publica apenas textos inéditos e originais, sob a forma de artigos de demanda livre, analíticos e/ou ensaísticos, revisão de temas atuais, resenhas críticas, relatos de experiência, debates, entrevistas; e veicula cartas e notas sobre eventos e

Submissão
Online

- ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL
- SEÇÕES DA REVISTA
- FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS
- SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS
- AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS I PUBLICAÇÃO DOS ORIGINAIS APROVADOS
- PROCESSAMENTO DE MANUSCRITOS EM ACESSO ABERTO
- NORMAS VANCOUVER
- OUTRAS OBSERVAÇÕES



assuntos de interesse. Também publica temas relevantes e/ou emergentes, desenvolvidos por autores convidados, especialistas no assunto. Não são aceitas traduções de textos publicados em outro idioma.

Os manuscritos submetidos passam por um processo de avaliação de mérito científico **por pares**, utilizando critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou pareceristas *ad hoc*, pesquisadores da área do escopo do trabalho submetido, de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

Interface segue os princípios da ética na publicação científica contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE) – <http://publicationethics.org> e utiliza o sistema *Turnitin* para identificação de plágio, licenciado pela Unesp.

Todo o conteúdo de Interface, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo CC-BY. Mais detalhes, consultar:

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

A submissão de manuscritos é feita apenas *online*, pelo sistema *ScholarOne*

Manuscripts. (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>)

Recomenda-se a leitura atenta das Instruções antes dos autores submeterem seus manuscritos à Interface, uma vez que a submissão está condicionada ao atendimento às normas adotadas pelo periódico. O não atendimento dessas normas poderá acarretar a rejeição da submissão na análise inicial.

SEÇÕES DA REVISTA

Editorial – texto temático de responsabilidade dos editores ou de pesquisadores convidados (até duas mil palavras).

Dossiê – conjunto de textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Artigos – textos analíticos resultantes de pesquisas originais teóricas ou empíricas referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Revisão – textos de revisão da literatura sobre temas consagrados pertinentes ao escopo da revista (até seis mil palavras).

Debates – conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos

APOIOS



30/01/2020

Submissão – Interface

debatedores: até mil e quinhentas palavras; réplica: até mil e quinhentas palavras).

Espaço Aberto – textos embasados teoricamente que descrevam e analisem criticamente experiências relevantes para o escopo da revista (até cinco mil palavras).

Entrevistas – depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

Resenhas – textos de análise crítica de publicações lançadas no Brasil ou exterior nos últimos dois anos, expondo novos conhecimentos além do simples resumo da publicação, sob a forma de livros, filmes ou outras produções recentes e relevantes para os temas do escopo da revista (até três mil palavras).

Criação – textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

Notas breves – notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores e obituários com análise da obra e contribuição científica do homenageado (até duas mil palavras).

Cartas ao Editor – comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota

- **Na contagem de palavras do texto incluem-se referências, quadros e tabelas e excluem-se título, resumo e palavras-chave.**

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

Formato e Estrutura

1 Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista.

Todos os originais submetidos à publicação, **sem exceção**, devem ter autoria com a afiliação completa (Instituição, cidade, estado e país) e ID do ORCID, título próprio diferente do título da seção, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol), citações e referências bibliográficas. Devem conter, também, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas, com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao Editor.

Notas

. O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas título nos três idiomas e tema do Debate.



. As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nos três idiomas.

. As resenhas devem apresentar, na primeira página do texto, título alusivo ao tema da obra resenhada, elaborada pelo autor da resenha. O título da obra resenhada, em seu idioma original, também deve estar indicado na primeira página do texto, abaixo da imagem da obra resenhada.

2 As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

– Excluir do texto todas as informações que identificam a autoria do trabalho, em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**. Os dados dos autores são informados **apenas** em campo específico do formulário de submissão.

– Em documentos do *Microsoft Office*, remover a identificação do autor das Propriedades do Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.

– Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do *Adobe Acrobat*.

– Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de autoria também são incluídas em campo específico do formulário de submissão.

Nota

. Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, **todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto.**

3 O número máximo de autores do manuscrito está limitado a **cinco**. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A **autoria** implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação e deve estar baseada na contribuição efetiva dos autores no que se refere a: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do seu conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. Todas as três condições precisam ser atendidas e podem ser indicadas por meio da seguinte afirmação: **Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.**

Nota

. O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a **três**.

4 A página inicial do manuscrito (**Documento principal**) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.



Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações.

4.1 Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

Notas

. Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.

. Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas vinte palavras.

4.2 Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras). Deve-se evitar a estrutura do resumo em tópicos (Objetivos, Metodologia, Resultados, Conclusões).

Notas

. Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.

. Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

4.3 Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

5 Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses.

Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. **E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.**

6 Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informação sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme a Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se informar **apenas** o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. **Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.**

7 Manuscritos com ilustrações devem incluir seus respectivos créditos ou legendas e, **em caso de imagens de pessoas, deve-se incluir também a autorização para o uso dessas imagens pela revista.**

8 Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho 16 x 20 cm, com legenda e fonte Arial 9. Tabelas e gráficos podem ser produzidos em *Word* ou *Excel*. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (*Photoshop* ou *Corel Draw*). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados do texto original (Documento principal), **com seus respectivos créditos ou legendas e numeração**. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.



Nota

. No caso de textos submetidos para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

9 Interface adota as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos. Detalhes sobre essas normas e outras observações referentes ao formato dos manuscritos encontram-se no final destas Instruções.

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

1 O processo de submissão é feito apenas *on-line*, no sistema *ScholarOne Manuscripts*. Para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Para isso é preciso acessar o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e seguir as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, basta clicar em “**Autor**” e iniciar o processo de submissão.

Nota

. No cadastro de todos os autores, é necessário que as palavras-chave referentes às suas áreas de atuação estejam preenchidas. Para editar o cadastro é necessário que cada autor realize *login* no sistema com seu nome de usuário e senha, entre no Menu, no item “**Editar Conta**”, localizado no canto superior direito da tela e insira as áreas de atuação no passo 3. As áreas de atuação estão descritas no sistema como **Áreas de expertise**.

2 Interface – Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos e originais, submetidos somente a este periódico, serão encaminhados para avaliação. Os autores devem declarar essas condições em campo específico do formulário de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea a outro periódico, o manuscrito será desconsiderado. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento está disponível para *upload* no sistema.

3 Os dados dos autores, informados em campo específico do formulário de submissão, incluem:

– Autor principal: **vínculo institucional** (apenas um, completo e por extenso), na seguinte ordem: Departamento, Unidade, Universidade. Endereço institucional completo para correspondência (logradouro, número, bairro, cidade, estado, país e CEP). Telefones (fixo e celular) e apenas **um e-mail** (preferencialmente institucional). ID do ORCID.

– Coautores: **vínculo institucional** (apenas um, completo e por extenso), na seguinte ordem: Departamento, Unidade, Universidade, cidade, estado, país. E-mail institucional. ID do ORCID.

Notas

. Os dados de **todos os autores** devem incluir, **obrigatoriamente**, o **ID do ORCID** (os links para criação ou associação do ID do ORCID existente encontram-se disponíveis no sistema *ScholarOne*, na Etapa 3 da submissão). No ORCID devem constar **pelo menos** a instituição a que o autor pertence e a sua função.

. Não havendo vínculo institucional, informar a formação profissional.

. Em caso do autor ser aluno de graduação ou de pós-graduação, deve-se informar:

Graduando do curso de ...Pós-graduando do curso..., indicando, entre parênteses, se é Mestrado, Doutorado ou Pós-Doutorado.

. Titulação, cargo e função dos autores **não devem ser informados**.

. Sempre que o autor usar nome composto em referências e citações, esse dado também deve ser informado.

Exemplo: autor Fabio Porto Foresti; em referências e citações indica-se **Porto-Foresti, Fabio**.

4 Em caso de texto que inclua ilustrações, essas são inseridas com seus respectivos créditos ou legendas como documentos suplementares ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

Nota

. Em caso de imagens de pessoas, os autores devem providenciar uma autorização para uso dessas imagens pela revista, que também será inserida como documento suplementar ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

5 O título (até vinte palavras), o resumo (até 140 palavras) e as palavras-chave (de três a cinco), **na língua original do manuscrito** e as ilustrações são inseridos em campo específico do formulário de submissão.

6 Ao fazer a submissão, em **Página de Rosto**, o autor deverá redigir uma carta explicitando se o texto é inédito e original, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse (qualquer compromisso por parte dos autores com as fontes de financiamento ou qualquer tipo de vínculo ou rivalidade que possa ser entendido como **conflito de interesses** deve ser explicitado) e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, indicando o número do processo e a instituição. Caso o manuscrito **não envolva** pesquisa com seres humanos, também é preciso declarar isso em **Página de Rosto**, justificando a não aprovação por Comitê de Ética.

Da mesma forma, se entre os autores há alunos de graduação, é preciso declarar isso neste campo do formulário.

Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas



não preenchem os critérios de autoria, também são incluídas neste campo do formulário.

Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, em **Página de Rosto**, as responsabilidades individuais de cada um na preparação do manuscrito, incluindo os seguintes critérios de autoria: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. **Todas as três condições precisam ser atendidas e podem ser indicadas por meio da seguinte afirmação: Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.**

7 No caso de submissão de **Resenha**, em **Página de Rosto** o autor deve incluir todas as informações sobre a obra resenhada, no padrão das referências usadas em Interface (Vancouver), a saber:

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n): página inicial e final. Deve incluir, ainda, a imagem da capa da obra resenhada, como documento suplementar ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

8 No item **Contribuição à Literatura** o autor deverá responder à seguinte pergunta:

O que seu texto acrescenta em relação ao já publicado na literatura nacional e internacional?

Nota

. Nesta breve descrição é necessário inserir a especificidade dos resultados de pesquisa, da revisão ou da experiência no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, ressaltando o caráter inédito do trabalho e o seu diálogo com a literatura internacional; manuscritos que focalizem questões de interesse apenas local e apresentem abordagens essencialmente descritivas do problema não são prioridade da revista e devem ser evitados.

9 O autor pode indicar um avaliador (do país ou exterior) que possa atuar no julgamento de seu trabalho, **desde que não pertença à mesma instituição do (s) autor (es) do manuscrito**. Se houver necessidade, também deve informar sobre pesquisadores com os quais possa haver conflitos de interesse com seu artigo.

AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS E PUBLICAÇÃO DOS ORIGINAIS APROVADOS

Interface adota a política editorial estrita de **avaliação de mérito científico por pares, realizada em duas etapas: pré-avaliação e revisão por pares.**



Pré-avaliação: todo manuscrito submetido à Interface passa por uma triagem inicial para verificar se está dentro da área de abrangência da revista, se atende às normas editoriais e para identificar pendências na submissão e documentação, incluindo identificação de plágio e auto-plágio, só confirmando a submissão se cumprir todas as normas da revista e quando todos os documentos solicitados estiverem inseridos no sistema. A análise da triagem inicial é concluída pelos editores e editores associados e só seguem para a revisão por pares os textos que:

- atendam aos requisitos mínimos de um artigo científico e ao escopo da revista;
- dialoguem com a literatura internacional em torno do tema do artigo;
- apresentem relevância e originalidade temática e de resultados e adequação da abordagem teórico-metodológica.

Revisão por pares: o texto cuja submissão for confirmada segue para revisão *por pares* (duplo-cego), no mínimo por dois avaliadores, que seguem critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou pareceristas *ad hoc*, pesquisadores da área do escopo do trabalho de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa.

O material será devolvido ao autor caso os revisores sugiram **pequenas mudanças e/ou correções**. Neste caso, caberá uma nova rodada de avaliação do manuscrito revisado.

Notas

. Em caso de divergência de pareceres, o texto é encaminhado a um novo relator, para arbitragem.

. A decisão final sobre o mérito científico do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Edição de artigo aprovado: uma vez aprovado, os autores recebem uma correspondência com orientações específicas sobre o envio da versão final do texto, para dar início ao processo de edição para publicação e marcação dos originais. Essas orientações incluem:

- atualização dos dados completos do (s) autor (es), confirmando o vínculo institucional ou a formação profissional, **e o ID do ORCID**, como já indicado **no item 3 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS**;
- revisão final do texto, incluindo título, palavras-chave, citações e referências, e dos resumos (português, inglês e espanhol), por profissionais especializados indicando, com outra cor de fonte, as correções efetuadas nesta última versão;
- em caso de artigo com dois ou mais autores, inserção, nesta versão final do texto, **antes das Referências**, do item **Contribuições dos autores**, especificando as responsabilidades individuais de cada um na produção do



manuscrito, como está explicitamente indicado **no item 6 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS;**

– em caso de agradecimentos a pessoas ou instituições, inseri-los também, na versão final do texto, antes das **Referências**, no item **Agradecimentos**.

O processo de edição do artigo aprovado inclui a normalização, diagramação e revisão do material pela equipe técnica de Interface e a aprovação final da versão em PDF pelos autores.

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista do Corpo Editorial da revista.

Notas

. Caso tenham interesse de publicar seu artigo na língua inglesa, os autores devem manifestar o interesse e contatar imediatamente a Secretaria da revista para informações sobre prazos, custos, contato com profissionais credenciados etc. Essas despesas serão assumidas totalmente pelos autores. As duas versões (português e inglês) serão publicadas na SciELO Brasil.

. Interface passou a adotar a publicação contínua de seus artigos, **publicados em um único volume ao ano**, de forma ininterrupta, de acordo com orientação da SciELO. No Sumário eletrônico da revista, na SciELO e em seu site, apenas a seção a que o artigo foi submetido será indicada.

PROCESSAMENTO DE MANUSCRITOS EM ACESSO ABERTO

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é um periódico de acesso aberto, *on-line* e digital. O movimento internacional de acesso aberto busca garantir o acesso universal a um bem que deve ser de toda a humanidade: o conhecimento. Os custos de produção dos periódicos neste modelo de acesso aberto, ao não serem financiados pelos leitores, requerem um financiamento público.

Durante 19 anos Interface foi mantida quase exclusivamente com recursos públicos. Como atualmente a captação deste recurso cobre parcialmente seus custos, a revista passou a adotar taxa de publicação de manuscritos aprovados, para assegurar sua periodicidade, regularidade, qualidade e o acesso aberto aos artigos publicados.

Taxa de publicação

Os procedimentos para o pagamento desta taxa serão informados pela secretaria da revista após a aprovação do artigo, quando tem início o processo de preparação dos originais para publicação. Esta taxa será cobrada apenas para artigos aprovados para as seções **Dossiê, Artigos, Revisão e Espaço Aberto**.

1 Para manuscritos com até 5000 palavras: **R\$ 800,00**

2 Para manuscritos com mais de 5000 palavras: **R\$ 900,00**



A taxa deverá ser paga mediante um depósito em conta bancária cujos dados encontram-se a seguir:

Fundação Editora da Unesp
CNPJ 54.069.380/0001-40

Banco do Brasil
Agência 1897-X
Conta Corrente 4652-3

No valor **não está incluído** o custo com a tradução do artigo para o inglês, caso haja interesse. Este custo é responsabilidade dos autores do artigo em publicação.

O valor da taxa pode variar em função de maior ou menor captação de recursos públicos.

NORMAS VANCOUVER

citações e referências

CITAÇÕES NO TEXTO

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos. Não devem ser inseridas no modo automático, nem como referência cruzada.

Exemplo:

Segundo Teixeira¹

De acordo com Schraiber²...

Casos específicos de citação

1 Referência de mais de dois autores: inserida no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2 Citação literal: deve ser inserida no parágrafo, entre aspas (aspas duplas), e acompanhada da página da citação entre parênteses, com a pontuação no final.

Exemplo:

Partindo dessa relação, podemos afirmar que a natureza do trabalho educativo corresponde ao “[...] ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens”² (p. 13).

Notas

– No caso da citação vir com aspas no texto original, substituí-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:

“Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM”¹ (p. 47).

– No fim de uma citação o sinal de pontuação ficará dentro das aspas se a frase começa e termina com aspas.



Exemplo:

“Estamos, pois, num contexto em que, como dizia Gramsci, trata-se de uma luta entre o novo que quer nascer e o velho que não quer sair de cena.”⁹ (p. 149)

– Quando a frase não está completa dentro das aspas, a pontuação deve ficar fora das aspas.

Exemplo:

Na visão do CFM, “nunca houve agressão tão violenta contra a categoria e contra a assistência oferecida à população” (p. 3).

3 Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com recuo de 4cm à esquerda, espaço simples, tipo de fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas e acompanhada da página da citação entre parênteses (após a pontuação da citação).

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver.² (p. 42)

Nota**Fragmento de citação no texto**

– utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

REFERÊNCIAS (Transcrito e adaptado de Pizzani L, Silva RC, fev 2014; Jeorgina GR, 2008)

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

<http://www.icmje.org>.

Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no *Index Medicus*: <http://www.nlm.nih.gov>.

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo.

A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:

Dar um espaço após ponto.

Dar um espaço após ponto e vírgula.

Dar um espaço após dois pontos.

Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

EXEMPLOS:**LIVRO**

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição).

Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.



Exemplo:

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Sem indicação do número de páginas.

Notas

– **Autor é uma entidade:** SÃO PAULO (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Manjuba (ancharella lepidentostole) no rio Ribeira de Iguape. São Paulo: Ibama; 1990.

– **Séries e coleções:** Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

CAPÍTULO DE LIVRO

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

Exemplos:

– Autor do livro igual ao autor do capítulo:

Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

– Autor do livro diferente do autor do capítulo:

Cyrino EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu– Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO EM PERIÓDICO

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número/suplemento); página inicial-final do artigo.

Exemplos:

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

DISSERTAÇÃO E TESE

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.



Exemplos:

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

Exemplo:

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [citado 30 Out 2013]. Disponível em: www.google.com.br

* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de citação (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

DOCUMENTO LEGAL

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

Exemplos:

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

* Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT - 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

RESENHA

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

ARTIGO EM JORNAL

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).



Exemplo:

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

CARTA AO EDITOR

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano; v(n.):página inicial-final.

Exemplo:

Bagrachevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1143-4.

ENTREVISTA PUBLICADA

– Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

Exemplo:

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

– Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

Exemplo:

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

DOCUMENTO ELETRÔNICO

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de citação com a expressão “citado”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”

– **Com paginação:** Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [citado 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

– **Sem paginação:** Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota

– Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o DOI junto; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados

em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

OUTRAS OBSERVAÇÕES**TÍTULOS E SUBTÍTULOS**

1 Título do manuscrito – em negrito, com a primeira letra em caixa alta

2 Títulos de seção (Introdução, Metodologia, Resultados, Considerações finais...) – em negrito, apenas com a primeira letra em caixa alta

3 Quando houver subdivisão na seção assinalar da seguinte forma **[subtítulo]**,

4 Caso esta subdivisão ainda tenha outra subdivisão: assinalar **[sub-subtítulo]** e assim sucessivamente.

Nota

– Excluir números e marcadores automáticos antes dos títulos e subtítulos.

Exemplo: 1 Introdução, 2 Metodologia... **Fica apenas** Introdução, Metodologia...

PALAVRAS-CHAVE

Apenas a primeira letra em caixa alta, o resto em caixa baixa. Ponto final entre as palavras-chave.

NOTAS DE RODAPÉ

1 Nota de rodapé vinculada ao título do texto deve ser identificada com asterisco (*), ao final do título.

2 Informações dos autores devem ser indicadas como nota de rodapé, iniciando por ^(a), indicadas entre parênteses.

Nota

– Essas notas devem ser curtas, devido ao espaço restrito da página de rosto do artigo.

3 No corpo do texto as notas de rodapé devem seguir a sequência iniciada na página de rosto (se o texto tiver dois autores, por exemplo, a primeira nota de rodapé do texto deve ser ^(c)).

Nota

– Notas de rodapé devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

DESTAQUE DE PALAVRAS OU TRECHOS NO TEXTO

Devem estar entre aspas (aspas duplas).

Interface **não** utiliza negrito ou itálico para destaque.

Itálico é usado apenas para grafia de palavras estrangeiras.

Os destaques entre aspas devem ser sucintos, usados somente quando necessário.

USO DE CAIXA ALTA OU CAIXA BAIXA (baseado em:

FRITSCHER, Carlos Cezar et al. Manual de urgências médicas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002, p. 468.)

Emprega-se caixa alta:

1 No início de período ou citação.

2 Nos nomes dos corpos celestes: Saturno, Sol, Marte, Via Láctea.



3 Nos nomes dos pontos cardeais e dos colaterais quando indicam as grandes regiões do Brasil do mundo: Sul, Nordeste.

Nota

– Quando designam direções ou quando se empregam como adjetivo, escrevem-se com **caixa baixa**: o nordeste do Rio Grande do Norte.

4 Na palavra **estado**, quando personificada ou individualizada: o Estado (Brasil).

5 Nos pronomes de tratamento e nas suas abreviaturas: Vossa Excelência, Senhor, Dona.

6 Em siglas:

. se pronunciável pelas letras (UFGRS, UFF, OMS): tudo em caixa alta;

. se pronunciável como palavra (Unesp, Unicef...): só a primeira letra em caixa alta.

Exceções: ONU, UEL, USP.

Nota

– Ao usar sigla, primeiro escreve-se por extenso e depois a sigla, entre parênteses.

7 Na primeira letra de palavras que indicam datas oficiais e nomes de fatos ou épocas históricas, de festas religiosas, de atos solenes e de grandes empreendimentos públicos ou institucionais: Sete de Setembro, Idade Média, Festa do Divino, Dia de Natal.

8 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de disciplinas de um currículo, de uma área de estudo ou exame: História da Educação, Psicologia, Avaliação, Exame da Ordem.

9 Na primeira letra de palavras que indicam áreas do conhecimento, instituições e religiões: Saúde Coletiva, Epidemiologia, Medicina, Enfermagem, Educação, História, Ciências Sociais, Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Cristianismo.

10 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de leis, decretos, atos ou diplomas oficiais: Lei dos Direitos Autorais nº 9.609.

11 Na primeira letra de todos os elementos de um nome próprio composto, unidos por hífen: Pró-Reitoria de Graduação, Pós-Graduação em Finanças.

12 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de eventos (cursos, palestras, conferências, simpósios, feiras, festas, exposições, etc.): Simpósio Internacional de Epilepsia; Jornada Paulista de Radiologia, Congresso Brasileiro de Solos.

13 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de diversos setores de uma administração ou instituição: Reitoria, Pró-Reitoria de Extensão Universitária, Assessoria Jurídica, Conselho Departamental, Departamento de Jornalismo, Centro de Pastoral Universitária.

14 Na primeira letra de palavras que indicam acidentes geográficos e sua denominação: Rio das Antas, Serra do Mar,



30/01/2020

Submissão – Interface

Golfo Pérsico, Cabo da Boa Esperança, Oceano Atlântico.

15 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de logradouros públicos: Avenida Faria Lima, Rua Madalena, Parque Trianon, Praça Michelângelo.

Emprega-se caixa baixa:

1 Na designação de profissões e ocupantes de cargo: presidente, ministro, senador, secretário, papa, diretor, coordenador, advogado, professor, reitor.

2 Em casos como os seguintes: era espacial, era nuclear, era pré-industrial, etc.

USO DE NUMERAIS

Escrever por extenso:

- de zero a dez;
- dezenas e centenas “cheias”: dez pacientes; vinte carros; trezentas pessoas; oitenta alunos, seiscientos internos...
- quantidade aproximada: Eram cerca de quatrocentos alunos.
- unidades de ordem elevada: A grande São Paulo possui cerca de vinte milhões de habitantes.

Escrever em algarismos numéricos:

- a partir do número 11;
- quando seguidos de unidades padronizadas: 10cm; 6l; 600m

USO DE CARDINAIS

Escrever por extenso:

- de zero a dez.

Interface

Comunicação, Saúde,
Educação

Avenida Professor Mário
Rubens Guimarães
Montenegro s/n
Departamento de Saúde
Pública
Botucatu – SP – Brasil
CEP/ZIP CODE: 18618-
687

Fone/Fax: +55 (14)
3880 1927

Email: revista.interface@gmail.com

Horário de
atendimento:
das 8h às 12h; das 13h
às 17h

Newsletter

Email *

Assinar!

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – Interface: Comunicação, Saúde,
Educação © Desenvolvido por ESTER CMA



ANEXO D – Autorização de Publicação das Dissertações na Internet – O domínio público da Capes já impõe esta premissa para todos os programas de pós-graduação recomendados pela Agência.

AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO DAS DISSERTAÇÕES NA INTERNET

Na qualidade de autora da obra intelectual abaixo identificada, aqui denominada simplesmente OBRA, autorizo o Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde a reproduzi-la e publicá-la podendo a OBRA ser acessada através rede mundial de computadores (WWW – Internet), sendo permitida exclusivamente a consulta bem como a reprodução, a título gratuito, de um exemplar da OBRA para uso próprio de quem a consulta para fins acadêmicos e científicos.

Natureza da OBRA

(x) Dissertação de Mestrado () Tese de Doutorado

Título da OBRA: Pessoas com sofrimento mental em *recovery*: Trajetórias de vida.

AUTOR(A):

Nome completo: Fabrine Costa Marques

Endereço completo: Rua Vinte, nº56, São Judas Prolongamento – Montes Claros/MG

Telefone: (38) 99200-7833

Identidade: MG-14.092.046

CPF: 086.929.826-79

A autorização de publicação aqui concedida não tem limitação de tempo, podendo a OBRA ser publicada nas condições acima mencionadas até o momento em que, na qualidade de AUTORA, solicite expressamente a sua retirada da rede mundial de computadores (WWW – Internet).

Montes Claros, ____ de _____ de _____.

Assinatura do AUTOR(A)