

# Pessoas com sofrimento mental em *recovery*: trajetórias de vida

People experiencing mental suffering in process of recovery: life trajectories (abstract: p. 18)

Personas con sufrimiento mental en *recovery*: Trayectorias de vida (resumen: p. 18)

**Fabrine Costa Marques<sup>(a)</sup>**

<fabrinecmarques@gmail.com 

**Mayara Karoline Silva Lacerda<sup>(b)</sup>**

<mkslacerda@hotmail.com> 

**Juliana Pereira Alves<sup>(c)</sup>**

<julianapereira006@gmail.com> 

**Aparecida Rosângela Silveira<sup>(d)</sup>**

<silveira.rosangela@uol.com.br> 

**Cristina Andrade Sampaio<sup>(e)</sup>**

<crisrina.sampaio@unimontes.br> 

<sup>(a, e)</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Avenida Cula Mangabeira, 562, Santo Expedito. Montes Claros, MG, Brasil. 39401-002.

<sup>(b, c)</sup> Programa de Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde, Unimontes. Montes Claros, MG, Brasil.

<sup>(d)</sup> Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unimontes. Montes Claros, MG, Brasil.

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 elas como formas desse processo. Utilizou-se, como percurso metodológico, a pesquisa qualitativa com base em 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, com a entrada na criminalidade, na prostituição, marcados pela situação de rua e pela errância. Percebe-se que as modalidades de *recovery* utilizadas pelos participantes, por meio do acesso às políticas públicas, do apoio da sociedade civil simultaneamente ao conforto espiritual, podem auxiliar na construção e na manutenção de uma vida mais saudável.

**Palavras-chave:** *Recovery*. Saúde mental. Narrativa pessoal. Pesquisa qualitativa.



## Introdução

O processo de *recovery* em Saúde Mental é contínuo, individual, definido pela própria pessoa que experimenta as dificuldades do sofrimento mental sem apoiar a remissão completa de sintomas ou a cura da doença, mas a autonomia do sujeito<sup>1,2</sup>.

Relacionam-se no processo as seguintes modalidades: conectividade (relacionamentos, grupos de apoio, apoio entre pares, inserção comunitária); esperança e otimismo sobre o futuro (motivação para mudar, 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, sofrimento e mudanças negativas na vida); e empoderamento (controle sobre a própria vida, capacitação para resolução de problemas, responsabilidade pessoal)<sup>1,3,4</sup>.

O movimento *recovery* surgiu na década de 1970 nos países anglo-saxões com influência dos movimentos sociais de direitos humanos e civis, em especial da mobilização a favor da desinstitucionalização psiquiátrica, da defesa dos direitos de pessoas com deficiências e dos usuários dos serviços de Saúde Mental. Esse movimento tem como característica principal incentivar a luta pela autonomia e pelo empoderamento das pessoas com sofrimento mental, bem como estimular estratégias que envolvam abordagens do *recovery* nos serviços de saúde. Percebe-se que há uma tendência internacional em apropriar-se desse novo paradigma para a formulação das políticas de Saúde Mental<sup>5,6</sup>.

A experiência brasileira quanto ao *recovery* é, ainda, incipiente, apresentando-se “como uma inovação e radicalização das práticas existentes rumo à conquista da cidadania e da autonomia do usuário”<sup>7</sup>(p. 27). Implementar essas práticas é executar totalmente as diretrizes presentes na política que institui a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no país<sup>8</sup> e romper com os padrões de cuidado em Saúde Mental hegemônicos, voltados para o modelo biomédico<sup>9</sup>.

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

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

O presente estudo objetivou conhecer e compreender as trajetórias de vida de pessoas com sofrimento mental em processo de *recovery* e identificar as modalidades de experiências reconhecidas por elas como formas desse processo.



## Método

Trata-se de pesquisa qualitativa com utilização da entrevista narrativa<sup>9</sup>. Aos profissionais da Raps<sup>8</sup> – Consultório na Rua, Estratégia Saúde da Família (ESF), Serviço Residencial Terapêutico, serviço hospitalar de referência na modalidade ambulatorial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD) e Centro de Atenção Psicossocial (Caps) para transtornos mentais –, que participaram de oficinas e capacitações sobre o *recovery*, foi solicitado que indicassem pessoas com sofrimento mental grave apresentando: autoconhecimento da doença, manifestação de planejamento de vida futura, envolvimento com a sociedade, planejamento em exercer alguma atividade laboral, desenvolvimento de relações interpessoais, transformação do senso de si próprio, e que não estivessem, necessariamente, em remissão completa de sintomas ou em tratamento medicamentoso, características do processo de *recovery* para que fosse um critério para início de contato com os usuários.

Foram incluídos, independentemente do diagnóstico médico da doença mental, 12 participantes com sofrimento mental grave, com idade superior a 18 anos, que desejaram ser entrevistados e que entenderam estar em processo de *recovery*.

Em relação aos diagnósticos médicos relatados pelos participantes ou referidos pelos profissionais da Raps, foram citados: esquizofrenia, depressão, abuso de substâncias lícitas e ilícitas.

Para o início da entrevista, foi solicitado aos participantes que contassem suas histórias de vida com as experiências que julgassem relevantes.

As entrevistas foram realizadas e interpretadas pelas autoras do estudo. Ocorreram nos domicílios dos entrevistados ou nos serviços de saúde, conforme desejo dos participantes, entre novembro/2016 e maio/2019.

O término da pesquisa de campo ocorreu quando se percebeu um adensamento teórico e a ausência de novos objetos discursivos, correspondendo à saturação teórica<sup>10</sup>.

As entrevistas, com duração média de quarenta minutos, foram gravadas em áudio, submetidas à transcrição literal<sup>11</sup> e identificadas segundo a ordem (ex.: E1, E2).

Os dados produzidos no campo foram submetidos à Análise de Discurso na perspectiva de Orlandi<sup>12</sup>, que busca compreender o sentido da linguagem e, por meio dela, ressignificar sua noção ideológica.

Realizou-se uma leitura aprofundada no *corpus* bruto, na qual se obteve a impressão da realidade do pensamento que transformou o dado empírico de um discurso concreto em um objeto discursivo<sup>12</sup>.

O processo discursivo perpassa entre a formação discursiva e a formação ideológica. A discursiva se refere à formulação do discurso, daquilo que está sendo dito naquele momento, por um local social historicamente determinado. A ideológica, 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<sup>12</sup>.

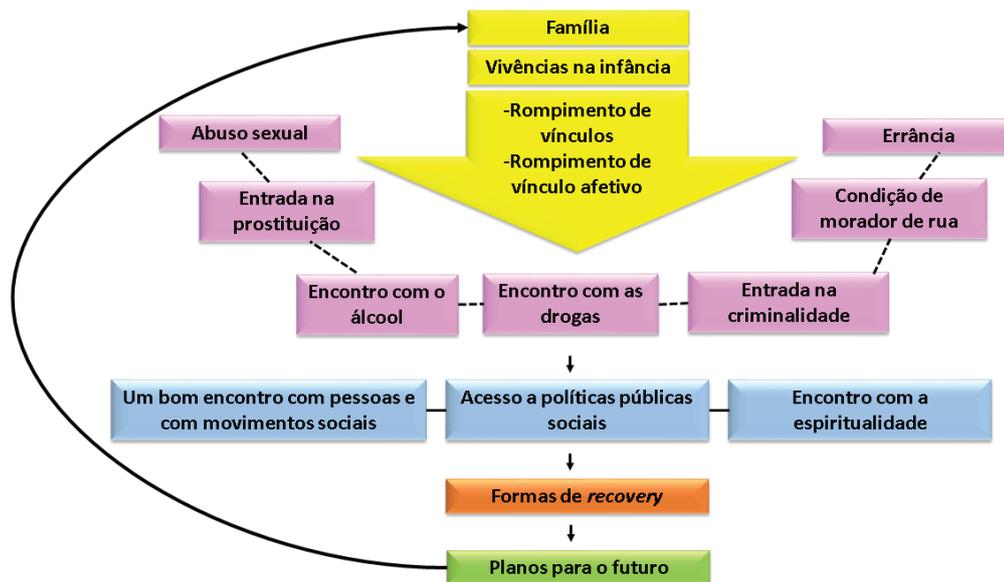
A trajetória de vida é uma modalidade da história oral que permite uma leitura do social, com foco inicial no indivíduo e, posteriormente, no ser categorizado, uma análise de forma coletiva e histórica sobre uma realidade viva<sup>13,14</sup>.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, parecer n. 1.792.195/ 2016, respeitando as Resoluções n. 466/2012 e n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os entrevistados participaram de maneira voluntária e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

Participaram quatro mulheres e oito homens, com idades entre 21 e 58 anos e nível de escolaridade variando de sem escolaridade a ensino superior incompleto. Em relação à atuação profissional, dois eram aposentados, dois estudantes, três encontravam-se desempregados e cinco exerciam atividade econômica de forma autônoma.

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



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

Fonte: Elaborado pelas autoras.

O estudo das narrativas permitiu compreender a trajetória de vida dos participantes e reconhecer que a inserção na família, a presença de laços afetivos saudáveis na fase infantojuvenil, simultaneamente ao conforto espiritual, ao acesso às políticas públicas de assistência social e saúde incentivando as ferramentas do *recovery*, podem auxiliar na construção de uma vida adulta mais saudável.

Foram identificadas experiências reconhecidas como formas de *recovery* pelos participantes e concatenadas pelas pesquisadoras: perceber-se em processo de *recovery*, estabelecer rotinas diárias, exteriorizar espiritualidade e ter *insight* presente, autocuidado, moradia, trabalho/renda, parceria afetiva, rede de apoio familiar e de amigos, acesso aos serviços de saúde e assistência social.

O Quadro 1 apresenta os objetos discursivos com a interpretação dos discursos sob a perspectiva de Orlandi<sup>12</sup>.

**Quadro 1.** Matriz da análise de discurso

	Objeto discursivo	Processo discursivo	
		Formação discursiva	Formação ideológica
Superfície linguística/superfície discursiva/corpus bruto	Família	Família como proteção, rede de afetos, cuidados e privações.	Família, espaço de vivências e incompatibilidades (discordâncias). Família nuclear patriarcal. Entre ideais 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 de manter o vício.
	Encontro com o álcool	Viver em função do álcool. Bebida como forma de esquecer os problemas.	Não enfrentamento dos problemas. 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	Relações de respeito. Cuidados recebidos, relações de confiança restabelecidas.	Retomada do estatuto de dignidade. Retomada da cidadania.
	Encontro com a espiritualidade	Discurso espiritual na busca de saídas para os impasses da vida.	Espiritualidade como via de mudança.
	Formas de recovery	O reconhecimento social pela via da vida regrada, inserção nas normas vigentes.	Reinserção na sociedade.
Planos para o futuro	Afastamento do álcool e de drogas, vida em família e em sociedade.	Modelo de vida idealizado: família. Inclusão no modelo social vigente.	

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Após a análise de discurso representada pela Figura 1 e pelo Quadro 1, 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.

## Discussão

Ao encontrar elementos comuns nas 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 al.*<sup>15</sup>, 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 os significados do *recovery* se assemelham.

Os objetos discursivos foram agrupados em cinco categorias: 1) 'As experiências iniciais de vida nas narrativas' trata das vivências da infância e o convívio com familiares; 2) 'Os desencontros da vida' remete às vivências negativas; 3) 'Iniciando o processo de *recovery*' versa sobre situações que favoreceram a entrada desses usuários no processo de *recovery*; 4) 'Formas de *recovery*' evidencia as diferentes experiências de *recovery* por eles apontadas; 5) 'Planejando o futuro' aborda o planejamento de vida futura.

### 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 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, sendo recorrente o objeto discursivo 'família'. 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, representa um espaço de vivências que norteiam o crescimento e o desenvolvimento de cada indivíduo.

Embora possua conflitos entre seus entes, a busca pela manutenção e pela formação da família é constante. Assim como em outros estudos, o apoio familiar desde a infância é considerado fundamental<sup>16,17</sup>.

Eu tinha de tudo para ter uma vida normal, tinha meu pai, minha mãe. Aí minha mãe foi embora e a responsabilidade ficou comigo. Foi pesando demais, eu engravidei [...] cuidando dos meus irmãos, meu pai bebia demais e eu não estava aguentando segurar a responsabilidade. (E7)

Extrai-se 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 e da prole, identificando 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 infantil<sup>18</sup>, e de outras formas de padrões estruturais da família em que, por exemplo, a mulher assume outros valores e papéis sociais, exigindo do núcleo familiar a produção de uma nova ressignificação<sup>19</sup>.

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 nas seguintes falas:

Mamãe já é falecida há 20 anos, foi uma perda muito forte! (E5)

Eu fui doada. Eu tinha 4 anos. Meus irmãos diziam que iam tomar conta de mim, e uma me abandonou. (E9)

Percebe-se que os sujeitos passaram por vivências de sofrimento e possuíam laços familiares frágeis que culminaram em sentimentos de abandono e solidão. Essas vivências na infância são fatores de repercussão na Saúde Mental e no cotidiano da vida adulta, corroborando estudos que relacionam o estresse precoce, a negligência social, física e afetiva na infância com transtornos no adulto<sup>20,21</sup>.

Para a psicanálise e a teoria social, analisadas sob a perspectiva de Silveira e Stralen<sup>21</sup>, 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 criança e cuidador e a inserção em uma comunidade linguística destacam o papel da família na constituição do sujeito.

O objeto discursivo ‘rompimento do vínculo afetivo’ é caracterizado por formações discursivas de separações conjugais ocasionadas pelo afastamento ou pelo falecimento do cônjuge. Entretanto, é desvelada, ideologicamente, a importância que o parceiro afetivo tem para o equilíbrio emocional dos sujeitos.

Jogava bola, estudava direitinho. Tudo desencadeou também após desilusão amorosa que me fez ter uma recaída. (E11)

## Os desencontros da vida

A categoria com cor rosa na Figura 1 representa momentos negativos relatados pelos entrevistados. Os sentimentos na primeira categoria ocasionaram a segunda 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 menções à violência sexual sofrida por pessoas do sexo feminino que mereceram destaque, vivenciada pelo entrevistado ou por algum ente de sua família, surgindo, então, o objeto discursivo ‘abuso sexual’.

Minha mãe? O cara estuprou ela e matou. (E3)

Eu sofri abuso sexual na infância, sofri muito *bullying* na escola também. Eu acho que essas dificuldades implicam muito a Saúde Mental da pessoa e também no cotidiano em geral. (E6)

O real sentido produzido nos trechos que fazem alusão aos abusos sexuais, como afirma Orlandi<sup>12</sup>, 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 dizer<sup>12</sup>, 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 estudos<sup>22,23</sup>.

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.

Eu era humilhada 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 pouca coisa para poder usar droga. Já fui estuprada, já me bateram, 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 Orlandi<sup>12</sup>. 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 condições<sup>12</sup>, 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 à ausência de laços sociais, como mostra o seguinte discurso:

Desde os dezenove anos, sempre trabalhei, mas bebia. Eu acho que não tem um motivo específico. Uma coisa que mais me doeu, foi eu sair de casa! (E1)

Em contrapartida, o objeto discursivo ‘encontro com as drogas’ revelou novas experiências nos laços sociais com capturas para o viver perigosamente, dando espaço ao objeto discursivo ‘entrada na criminalidade’. A formação ideológica de uma vida desregada, 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 sobre o crime<sup>24,25</sup>.

Conheci traficantes. Escondi muitas armas lá dentro de minha casa, drogas. (E3)

Mas eu fui criado na favela! Conheci a bandidagem, comecei usar drogas e roubar para eu usar droga; a 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 rua<sup>26</sup>.

O objeto discursivo ‘condição de morador de rua’ é apontado como 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 narrados, ratificando os achados na literatura<sup>26</sup>. Se, por um lado, a noção ideológica, resumida no Quadro 1, por meio das considerações da linguagem mostra um predomínio da discriminação socioeconômica e da exclusão social; por outro, constitui um local para a formulação de estratégias para o enfrentamento e a superação dos problemas, e um espaço de transformação humana na construção de novos laços afetivos.

Morei na rua muito tempo. 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! Me chamaram um dia e me perguntaram se eu queria melhorar de vida. Eu falei: É o que eu mais quero! (E3)

Outro objeto discursivo que surgiu na análise das narrativas é a ‘errância’ 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”<sup>27</sup> (p. 453). Possui uma vertente positiva pela possibilidade de errar para construir algo novo.

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. (E7)

## Iniciando o processo de *recovery*

A categoria na cor azul da Figura 1 trata dos encontros positivos que os sujeitos relataram, os quais, 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 espiritualidade.

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 ajudam pessoas com alguma necessidade, 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, porque não confiava. Mas fazia comida boa e dava para nós, pagava passagem de ônibus. (E7)

A presença dos eventos contingentes e a condicionalidade, citados como formação ideológica no Quadro 1, são conceitos filosóficos para explicar as marcas de encontros entre o sujeito com ele mesmo e com o outro social, promovendo efeitos que permitem novos momentos na vida<sup>21</sup>.

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 *recovery*.

Aí que entra o Consultório na Rua, cuidar da saúde. Foi onde eu estava destruída. Vieram muitos auxílios para mim, mas 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 nos remete 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 coletivamente<sup>21</sup>.

Estarem inseridos nas políticas de Saúde Mental e assistência social foi elemento importante para o processo de *recovery* dos entrevistados:

Quando eu me apresentei no Caps [Centro de Atenção Psicossocial] um psicólogo me acolheu. Convidou-me para participar da permanência. Eu gostei de ficar no Caps. Foi a melhor coisa que me aconteceu! Porque através disso eu conheci muitas pessoas. A própria convivência com o pessoal 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)

Uma explicação possível para a maioria dos participantes da atual pesquisa perpassar pelo objeto discursivo ‘encontro com a espiritualidade’ mostra que ele é um alento para a vida. A vivência espiritual é apontada como ferramenta para o enfrentamento das dificuldades diárias<sup>28</sup>, e sua repercussão ideológica é ser caracterizada como via de mudança. A espiritualidade é componente importante e um dos pressupostos do *recovery* que é ter uma vida significativa<sup>1,2</sup>.

Tem dia que eu passo tão bem, graças a Deus! Eu vou na igreja, peço a 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! (E11)

## Formas de *recovery*

A cor marrom, na Figura 1, representa as modalidades de experiências que são reconhecidas pelos participantes e concatenadas pelas pesquisadoras como formas de *recovery*.

O sistema de assistência e suporte orientado para o *recovery* do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA) apoia as dimensões: saúde (superação ou gerenciamento da doença ou sintomas com estímulo às escolhas para o bem-estar físico e emocional); casa (ter um lugar estável e seguro para morar); propósito (realizar atividades significativas, ter independência, renda e recursos para participar da sociedade); comunidade (ter esperança, redes sociais e de apoio)<sup>29</sup>.

Dimensões estimuladas pela SAMHSA<sup>29</sup> foram frequentemente identificadas. Cada sujeito apresenta uma maneira contínua e singular de autoperceber-se no processo de *recovery*.

Eu voltei a cozinhar; eu faço o café, lavo minha roupa. (E2)

Aluguei uma casinha; hoje vendo picolé; estou estudando agora. (E3)

A rotina de escovar os dentes, tomar banho diariamente e almoçar no mesmo horário é considerada uma dificuldade, e o ato de anotar essas rotinas foi evidenciado como experiência de *recovery* para se alcançar disciplina nas outras atividades da vida diária, como no discurso a seguir:

Eu tinha muita dificuldade em seguir rotina. Tomar banho, escovar os dentes todos os dias, almoçar no mesmo horário, é uma rotina. Eu nunca tinha conseguido fazer isso e a primeira coisa que eu tinha decidido 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)

O conceito empoderamento, no *recovery*, sustenta que valores e preferências individuais para tratamentos específicos ou outras formas de apoio devem ser primordiais, uma vez que o melhor julgamento é o da pessoa que vive aquela experiência. Embora não haja total domínio dos sintomas da doença, o reconhecimento e a promoção de habilidades, interesses e sonhos devem ser incentivados para auxiliar no controle de suas próprias vidas<sup>2,3</sup>, assim como na seguinte fala:

*Nós começamos a lavar carro e compramos o material todo, mangueira, roupa. Começamos a nos vestir. Porque nós não tínhamos roupa nem nada. Começamos a ganhar um dinheiro. Comprávamos roupa, comprávamos sandália, eu arrumava meu cabelo, fazia minha unha, comecei a viver de novo. Porque eu não estava vivendo! Fiquei três anos sem escovar cabelo, sem escovar os dentes, aí comecei a entrar na rotina caseira de novo.* (E7)

O autocuidado, a autonomia e os grupos de apoio presentes nos discursos certificam a presença das modalidades do *recovery*, senso de identidade e conectividade<sup>1</sup>. Essas experiências são fundamentais para gerar estabilidade e segurança aos participantes a fim de prosseguirem em suas trajetórias<sup>1,4,30</sup>.

A Raps utiliza a abordagem da reabilitação psicossocial, que prioriza a lógica da redução de danos, e o Projeto Terapêutico Singular definido como cuidado compartilhado que visa a atenção integral ao paciente, sendo elaborado “a partir de uma primeira análise do profissional sobre múltiplas dimensões do sujeito”<sup>31</sup> (p. 33), mas que contemple uma discussão com o usuário e sua família.

Há uma cultura em sobrevalorizar o diagnóstico e o sintoma da doença mental voltada para um modelo paternalista tradicional, centrado no médico que prescreve, um paciente que obedece, uma equipe multiprofissional sem independência e um sistema que carece de estratégias – Gestão Autônoma da Medicação (GAM), projetos de moradia, capacitação para o trabalho, oportunidades reais de socialização, programas de emprego e renda e incorporação do trabalhador suporte de par como profissional na rede de Atenção à Saúde Mental – <sup>5,6,8,32</sup> que estimulem a autonomia do sujeito, a integração comunitária e a autossuficiência como nas políticas públicas de Saúde Mental internacionais que adotam os conceitos do *recovery*.



No entanto, mesmo havendo carência de tais políticas, foi possível perceber, neste estudo, a presença de modalidades de experiências de *recovery* compatíveis com as encontradas na literatura internacional, como: autoperceber-se em processo de *recovery*, ter autonomia, ter uma moradia, ter um trabalho, exteriorizar espiritualidade, ter uma rede de apoio de familiares e amigos, ter serviços de saúde e da assistência social e ter o *insight* presente<sup>16,30</sup>, conforme identificado nos discursos a seguir:

E foi passando o tempo no Caps, saiu a vaga na comunidade. A família achava que o que resolveria o problema era a comunidade. Eles não queriam que eu ficasse no Caps. Coloquei para eles a minha decisão. Mas a família não concordava. Eu decidi que não iria. (E1)

[...] nessa trajetória minha de 22 anos, 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 a vida toda. (E11)

As formações discursivas de inserção nas normas vigentes, reconhecimento social pela vida regrada, valorização do controle e supervisão do tratamento, em especial do medicamentoso, evidenciam a presença do modelo biomédico na formação dos profissionais<sup>7</sup> que indicaram os participantes do estudo e 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.

Alguns entrevistados mencionaram recursos oferecidos pelos serviços de Saúde Mental que remetem às políticas sociais internacionais existentes de programas de Saúde Mental voltados para o *recovery* 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 da autonomia no tratamento<sup>5,6,16</sup>.

Essa convivência com os outros que fazem o tratamento. Muitos deles me procuram para conversar, porque eu nunca cheguei lá com recaída nem nada. (E1)

Agora você está me vendo recuperando, porque eu estou tendo conversas, participo de reuniões, eu saio, eu fico aqui fazendo esse tratamento médico, tomando esse remédio, participo das oficinas. (E4)

## Planejando o futuro

Na cor verde, a última categoria da Figura 1 mostra 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 o fortalecimento dos laços familiares e o afastamento das drogas e do álcool são elementos que vão ao encontro das dimensões estimuladas pelo SAMHSA<sup>29</sup> e que 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. (E1)

Meus planos são continuar estudando. Tenho vontade de casar, ter filhos. (E3)

Arrumar um serviço de vigilante, trabalhar de carteira assinada. Comprar um lote, construir minha casa ou barracão e morar. Ir lá ver minhas filhas. (E4)

Esse objeto discursivo representa a esperança e o otimismo para o futuro, um dos conceitos do processo de *recovery*, que é caracterizado pela motivação para a mudança, pela presença de sonhos e aspirações<sup>1,4</sup>.

Para a organização da vida social, as instituições são muito importantes e 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”<sup>19</sup> (p. 470), cabe à instituição social família essa função. Ela também é apontada como extremamente significativa para a formação do sujeito<sup>19</sup>.

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

Ressalta-se a carência de instrumentos validados antes do início desta pesquisa para avaliar a capacidade de *recovery* dos usuários com qualquer tipo de doença mental.

## 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.

Ainda permitiu identificar as experiências reconhecidas pelos participantes em consonância com as principais modalidades do *recovery*: conectividade, otimismo para o futuro, identidade positiva, significado na vida, empoderamento e dificuldades.

O estudo traz contribuições para políticas públicas brasileiras em Saúde Mental, estimulando a adoção dos conceitos do *recovery*, assim como estão inseridos nas políticas públicas internacionais, evidenciando a necessidade de intervenções que estimulem a integração comunitária e a autossuficiência como: capacitações para o trabalho, programas de emprego e renda, incorporação do suporte de par na Raps e o estímulo ao usuário para realizar seu próprio plano para o *recovery*. Contudo, tal perspectiva de contribuições poderá sofrer retrocessos diante do atual cenário brasileiro de recrudescimento de políticas voltadas para a autonomia dos sujeitos.

### Contribuição dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

### Agradecimento

Aos participantes do estudo pela disponibilidade e contribuição.

### Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



#### Editora

Rosana Teresa Onocko Campos

#### Editor associado

Deivisson Vianna Dantas dos Santos

#### Submetido em

12/07/20

#### Aprovado em

04/11/21

## 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. *Br J Psychiatry*. 2011; 199(6):445-52.
2. Slade M, Longden E. Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*. 2015; 15(285):1-14.
3. Stuart SR, Tansey L, Quayle E. What we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *J Ment Health*. 2016; 26(3):291-304.
4. 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.
5. 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. *Cad Bras Saude Ment*. 2017; 9(21):31-47.
6. Costa MN. Recovery como estratégia para avançar a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cad Bras Saude Ment*. 2017; 7(21):1-16.
7. Silveira AR, Almeida APS, Souza CL, Prates TEC, Rabelo MO, Sampaio CA, et al. Recovery e experiência brasileira na atenção psicossocial: diálogos e aproximações. *Cad Bras Saude Ment*. 2017; 9(21):17-30.
8. Brasil. Ministério da Saúde. 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). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
9. Muylaert CJ, Sarubbi JV, Gallo PR, Modesto Neto LR, Reis AOA. Narrative interviews: an important resource in qualitative research. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(2):184-9.
10. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(2):388-94.
11. Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cad Pesqui*. 2002; 115:139-54.
12. Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. 8a ed. Campinas: Pontes; 2009.
13. Gonçalves RC, Lisboa TK. Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. *Rev Katálysis*. 2007; 10:83-92.
14. Faleiros VP. Estratégias em serviço social. São Paulo: Cortez; 2001.
15. 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.
16. Biringer E, Davidson L, Sundfor B, Ruud T, Borg M. Service users' expectations of treatment and support at the Community Mental Health Centre in their recovery. *Scand J Caring Sci*. 2017; 31(3):505-13.
17. Reinaldo MAS, Pereira MO, Tavares MLO, Henriques BD. Pais e seus filhos em sofrimento mental, enfrentamento, compreensão e medo do futuro. *Cienc Saude Colet*. 2018; 23(7):2363-71.



18. Borsa JC, Nunes MLT. Aspectos psicossociais da parentalidade: o papel dos homens e mulheres na família nuclear. *Psicol Argum.* 2011; 29(64):31-9.
19. Ramos DM, Nascimento VG. A família como instituição moderna. *Fractal Rev Psicol.* 2008; 20(2):461-72.
20. Martins-Monteverde CMS, Padovan T, Juruena MF. Transtornos relacionados a traumas e a estressores. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2017; 50 Supl 1:37-50.
21. Silveira AR, Stralen CJ. Sujeito e política no debate contemporâneo. *Psicol Rev.* 2017; 23(3):939-51.
22. Gaspar RSP, Lopes UM. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. *Cad Saude Publica.* 2018; 34(11):1-10.
23. Fontes LFC, Conceição OC, Machado S. Violência sexual na adolescência, perfil da vítima e impactos sobre a saúde mental. *Cienc Saude Colet.* 2017; 22(9):2919-28.
24. 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 Lat Am Enfermagem.* 2015; 23(6):1173-80.
25. Toledo L, Góngora A, Francisco IPM. À margem: uso de crack, desvio, criminalização e exclusão social – uma revisão narrativa. *Cienc Saude Colet.* 2017; 22(1):31-42.
26. Sicari AA, Zanella AV. Pessoas em situação de rua no Brasil: revisão sistemática. *Psicol Cienc Prof.* 2018; 38(4):662-79.
27. Soares AC, Bastos A. A errância: para além de um sintoma patológico. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2016; 19(3):452-64.
28. Reinaldo MAS, Santos RLF. Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Saude Debate.* 2016; 40(110):162-71.
29. U. S. Department of Health & Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Recovery and Recovery Support: recovery-oriented care and recovery support systems help people with mental and substance use disorders manage their conditions successfully [Internet]. Rockville: SAMHSA; 2020 [citado 16 Out 2021]. Disponível em: <https://www.samhsa.gov/find-help/recovery>
30. 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.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
32. 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. *Am J Psychiatr Rehabil.* 2017; 20(3):311-26.



The aim of this study was to understand the life trajectories of people experiencing mental suffering in process of recovery and identify which experiences they recognize as forms of this process. We conducted a qualitative study based on narratives interpreted using discourse analysis. The analysis of the trajectories showed that childhood experiences, combined with family conflict, were highlighted as being responsible for breaking family and affective ties, leading to drug and alcohol use, crime, prostitution, homelessness and wandering. The findings show that the modes of recovery used by the participants, through access to public policies, support from civil society organizations and spiritual comfort, can help build and maintain a healthier life.

**Keywords:** Recovery. Mental health. Personal narrative. Qualitative research.

---

El objetivo fue conocer y comprender las trayectorias de vida de personas con sufrimiento mental en proceso de *recovery* e identificar cuáles son las experiencias reconocidas por ellas como formas de ese proceso. Se utilizó como recorrido metodológico la investigación cualitativa, a partir de narrativas interpretadas por medio del análisis de discurso. El análisis de las trayectorias permitió reconocer que las vivencias en la infancia, junto con las relaciones conflictivas en la familia, se señalaron como responsables por las rupturas de los vínculos familiares y afectivos que favorecieron el encuentro con las drogas, con el alcohol, la entrada en la criminalidad y en la prostitución, sellados por la situación de vivir en la calle y por la condición de errante. Se percibe que las modalidades de *recovery* utilizadas por los participantes, por medio del acceso a las políticas públicas, apoyo de la sociedad civil simultáneamente al confort espiritual, pueden auxiliar en la construcción y mantenimiento de una vida más saludable.

**Palabras clave:** Recovery. Salud mental. Narrativa personal. Investigación cualitativa.