

Universidade de Brasília (UnB)
Faculdade de Ceilândia (FCE)
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde (PGCTS)

Karine Wlasenko Nicolau

**GRUPALIDADE COMO DISPOSITIVO TECNOLÓGICO EM SAÚDE MENTAL:
DISCURSOS E REPRESENTAÇÕES EM ANÁLISE**

Brasília/DF
2018

KARINE WLASENKO NICOLAU

**GRUPALIDADE COMO DISPOSITIVO TECNOLÓGICO EM SAÚDE MENTAL:
DISCURSOS E REPRESENTAÇÕES EM ANÁLISE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em
Ciências e Tecnologias em Saúde da
Universidade de Brasília (UnB)/Faculdade de Ceilândia (FCE)
como requisito parcial para obtenção do título de doutora em
Ciências e Tecnologias em Saúde

Área de concentração: Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde

Linha de pesquisa: Estratégias Interdisciplinares em
Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Patrícia Maria Fonseca Escalda
Coorientadora: Prof. Dra. Paula Giovana Furlan

Brasília/DF
2018

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

WN639g Wlasenko Nicolau, Karine
GRUPALIDADE COMO DISPOSITIVO TECNOLÓGICO EM SAÚDE MENTAL:
DISCURSOS E REPRESENTAÇÕES EM ANÁLISE / Karine Wlasenko
Nicolau; orientador Patrícia Maria Fonseca Escalda; co
orientador Paula Giovana Furlan. -- Brasília, 2018.
124 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Ciências e Tecnologias em
Saúde) -- Universidade de Brasília, 2018.

1. Saúde Mental. 2. Intervenção em Saúde. 3. Grupalidade.
4. Centros de Atenção Psicossocial. 5. Reforma Psiquiátrica
brasileira. I. Fonseca Escalda, Patrícia Maria, orient. II.
Furlan, Paula Giovana, co-orient. III. Título.

KARINE WLASENKO NICOLAU

**GRUPALIDADE COMO DISPOSITIVO TECNOLÓGICO EM SAÚDE MENTAL:
DISCURSOS E REPRESENTAÇÕES EM ANÁLISE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em
Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília (UnB)/
Faculdade de Ceilândia (FCE), na área de concentração:
Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde e
linha de pesquisa: Estratégias Interdisciplinares em
Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde

Banca Examinadora

Dra. Silvana Schwerz Funguetto (presidente)
Universidade de Brasília (UnB)

Dra. Patrícia Maria Fonseca Escalda
Universidade de Brasília (UnB)

Dra. Clelia Maria de Sousa Ferreira Parreira
Universidade de Brasília (UnB)

Dra. Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluschke
Pontifícia Universidade Católica de Brasília (PUC)

Dr. Vagner dos Santos (suplente)
Universidade de Brasília (UnB)

Brasília, 28 de fevereiro de 2018

Faltando a familiaridade, falta a amizade
(Provérbio português).

Para Anna Stepaniuk Wlasenko (*in memoriam*)

AGRADECIMENTOS

À prof.a Dra. **Patrícia Maria Fonseca Escalda**, orientadora e companheira de viagens acadêmicas, por todo o apoio recebido e pela aposta na interação interdisciplinar que possibilitou a chegada até esse momento.

À prof.a Dra. **Paula Giovana Furlan**, coorientadora, pelo auxílio mesmo em meio às mudanças pessoais e acadêmicas que a vida de ambas trouxe para compor o caminho.

À banca de qualificação, composta pelas Prof.as Dra. **Silvana Schwerz Funghetto**, Dra. **Sílvia Maria Ferreira Guimarães** e Dra. **Clarissa Cardoso dos Santos C. Paz**, pelas ponderações em caráter interdisciplinar.

À banca examinadora, composta pelas Prof.as Dra. **Silvana Schwerz Funghetto**, Dra. **Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira**, Dra. **Julia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluschke** e pelo Prof. Dr. **Vagner dos Santos**, por aceitarem o desafio de participar e contribuir para o fortalecimento da interdisciplinaridade em Saúde.

À prof.a Dra. **Fátima Alves**, da Universidade Aberta do Porto, em Portugal, pela apresentação das chamadas “racionalidades leigas” em Saúde Mental, muito próximas das representações sociais como concebidas neste trabalho. A parceria iniciada no curso do doutoramento continua a gerar frutos nas investigações desenvolvidas no *Centre for Functional Ecology (CFE) – Science for People & the Planet* do Departamento de Ciências da Vida da Faculdade de Ciência e Tecnologia (FCT) da Universidade de Coimbra (UC), contribuindo para a internacionalização de pesquisas interdisciplinares.

Ao meu amado esposo **Charles**, pelo incentivo e pela presença constantes.

Aos meus filhos **Thiago** e **Eduardo**, pela tolerância com as (quase) inevitáveis ausências que o exercício acadêmico impõe.

Às **equipes de saúde e usuários(as) dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do DF**, pela abertura ao convívio e por participarem trazendo vida e sentido à pesquisa, literalmente!...

Aos alun@s da pós-graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília, especialmente **Jeane Kelly S. Santos**, **Diogo S. Lemos**, **Danylo Vilaça**, **Ruth Sacco**, **Gabriela Lustosa**, **Lidia Ester L. da Silva** e **Amanda Menezes**, pelo companheirismo e valiosas trocas acadêmicas e afetivas em nossos seminários e encontros.

Que suas dádivas retornem redobradas nos circuitos da vida, muito obrigada!

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1. Contextualizando a pesquisa	11
1.2. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no contexto da Reforma Psiquiátrica ...	16
1.3. Grupalidade: afinal, de que se trata?	19
1.4. Justificativa e contribuições do estudo	22
1.5. Síntese da pesquisa	23
2. DESENVOLVIMENTO	24
2.1. ARTIGO 1 - <i>Representações sociais em Saúde Mental: o conhecimento que anima a lei, os discursos e a prática</i>	24
2.2. ARTIGO 2 - <i>Método do Discurso do Sujeito Coletivo e usabilidade dos softwares Qualiquantisoft e DSCsoft na pesquisa qualiquantitativa em saúde</i>	33
2.3. ARTIGO 3 – <i>Análise de Discurso na pesquisa qualitativa em saúde: construção de unidades tópicas e não tópicas</i>	49
2.4. ARTIGO 4 - <i>Grupalidade como dispositivo tecnológico em Saúde Mental: representações em análise</i>	56
3. RESULTADOS E OBSERVAÇÕES ADICIONAIS	59
3.1. Em relação aos grupos	59
3.2. Em relação aos profissionais de saúde	60
3.3. Em relação aos(às) usuários(as)	62
3.3.1. Entrevistas individuais	62
3.3.2. Observações nos grupos	63
3.4. Em relação ao processo de pesquisa	64
4. DISCUSSÃO GERAL	64
4.1. Rumo à grupalidade fractal?	69
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS	73
ANEXO A: Normas de publicação	79
ANEXO B: Classificação Qualis Capes	106
ANEXO C: Pareceres de aprovação dos CEP FS/UnB e FEPECS.....	107
ANEXO D: Termos de Consentimento Livre e Esclarecido	117
ANEXO E: Termos de Concordância SES-DF	121

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Síntese da pesquisa

Tabela 1 - Profissionais coordenadores(as) de grupo nos CAPS-DF

Tabela 2 - Participantes dos GDs coordenadores(as) de grupos nos CAPS-DF

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Análise de Discurso
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DISAM	Diretoria de Saúde Mental
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
GD	Grupo de Discussão
MS	Ministério da Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
RPb	Reforma Psiquiátrica brasileira
RS	Representações Sociais
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais

NICOLAU, K. W. **Grupalidade como dispositivo tecnológico em Saúde Mental: discursos e representações em análise**. 2018. 124f. Tese de Doutorado (Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, Brasília, 2018.

RESUMO

Grupalidade refere-se ao **dispositivo tecnológico** que orienta a utilização das diversas **técnicas grupais**, especialmente a partir do século XX. Ao direcionar ações, comporta elementos dos quais as representações sociais fazem parte. No contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, a grupalidade apresenta-se central e não se restringe ao manejo **técnico** dos grupos. A tese reúne quatro artigos e a discussão geral dos mesmos, com conteúdos que se fundamentam na premissa comum de que as transformações pretendidas pela Reforma Psiquiátrica em curso exigem a participação de seus agentes e a inclusão de elaborações cotidianas de representações e de sentidos relativos às práticas desenvolvidas. O conjunto de artigos **objetivou refletir a respeito da grupalidade nos serviços substitutivos de Saúde Mental** denominados Centros de Atenção Psicossocial, com base em discursos e representações de profissionais de saúde e usuários(as). O primeiro artigo reporta-se à importância dos estudos de representações sociais na Saúde Mental. Baseado em revisão de literatura, considerou as aproximações com o cotidiano de profissionais e usuários(as). O segundo artigo enfatiza a usabilidade de programas como o *Qualiquantisoft* e o *DSCsoft* na produção do Discurso do Sujeito Coletivo em pesquisas quali quantitativas em saúde. O terceiro artigo sinaliza a importância da Análise de Discurso na ampliação do contexto de pesquisa, para além dos dados produzidos. O quarto artigo relata a pesquisa de campo realizada nos quatro CAPS do Distrito Federal para pessoas em sofrimento psíquico grave e persistente. O **percurso metodológico** envolveu **questionários, observação participante, grupos de discussão** com profissionais de saúde e **entrevistas** com usuários(as). Pesquisa de abordagem qualitativa e tipo descritivo-exploratório, ocorrida entre fevereiro de 2016 a junho de 2017. Processamento das informações: elaboração de Discursos do Sujeito Coletivo com o auxílio do programa *Qualiquantisoft*, fundamentado na Teoria das Representações Sociais. Baseando-se em aportes teóricos da Psicologia Social e da Saúde Coletiva no âmbito da Reforma Psiquiátrica, a análise dos resultados sugeriu sentidos nos quais o imperativo da socialização se destaca como meta a ser alcançada pelos grupos; e, paradoxalmente, para representações que identificaram o grupo como “não-lugar” a ser desessencializado pela convivência e pela participação democrática. Verificou-se ancoragens iniciais de uma grupalidade fractal, orientada pelos desvios das trajetórias vivas, ainda não objetivada nos discursos, porém atuante na expansão e na renovação das ações em Saúde Mental. Defende-se o estatuto tecnológico da grupalidade, considerando sua relação com o caráter produzido e subjetivo da realidade social no cuidado em Saúde Mental.

Palavras-chave: Saúde Mental, Serviços de Saúde Mental, Pesquisa Qualitativa, Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde.

NICOLAU, K. W. **Grupalidade como dispositivo tecnológico em Saúde Mental: discursos e representações em análise**. 2018. 124f. Tese de Doutorado (Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, Brasília, 2018.

ABSTRACT

Groupality refers to technological device that guides the use of various group techniques, especially from the twentieth century. When directing actions, it includes elements as social representations. In the context of the Brazilian Psychiatric Reform, groupality presents itself as a central theme and is not restricted to the technical management of groups. The thesis brings together four articles whose contents are based on the common premise that the transformations intended by the ongoing Psychiatric Reform require the participation of its agents and the inclusion of daily constructions of representations and meanings related to the practices developed. The first article refers to the importance of studies of social representations in Mental Health. Based on a literature review, it considered approximations with the daily life of professionals and users. The second article emphasizes the usability of programs such as Qualiquantisoft and DSCsoft in the production of Discourses of the Collective Subject in qualitative health research. The third article indicates importance of Discourse Analysis in broadening research context, in addition to data produced. The fourth article reports results of field research carried out in four Psychosocial Care Centers (CAPS) of the Federal District (DF) for people in severe and persistent psychic suffering, aiming to reflect on the grouping in these substitutive services of Mental Health. The methodological course involved questionnaires, participant observation, discussion groups with health professionals and interviews with users. The research, with a qualitative approach and descriptive-exploratory type, occurred between February 2016 and June 2017. The information processing took place through elaboration of Discourses of the Collective Subject with the aid of the program Qualiquantisoft, based on the Theory of Social Representations. Based on theoretical contributions of Social Psychology and Colective Health in scope of Psychiatric Reform, the analysis of results points to directions in which the imperative of socialization stands out as a goal to be achieved by the groups; and, paradoxically, to representations that identify group as a "non-place" to be de-emphasized by coexistence and democratic participation. There were initial anchorages of a fractal group, oriented by the deviations of the living trajectories, not yet consolidated in discourses, but active in the expansion and renewal of actions in Mental Health. Technological status of the groupality is defended by relation with produced and subjective character of the social reality in Mental Health care.

Key words: Mental Health, Mental Health Services, Qualitative Research, Health Knowledge, Attitudes and Practices.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contextualizando a pesquisa

O trabalho que será apresentado traz consigo as marcas da trajetória profissional como psicóloga iniciada no final da década de 1990 na área clínica e posteriormente nas áreas hospitalar, social comunitária, na gestão pública e na docência universitária na Saúde Coletiva em duas instituições públicas federais.

Ao concluir a formação clínica envolvida profissionalmente com a Psicologia do Corpo de inspiração reichiana e com a Terapia Relacional Sistêmica, nos anos 2000, estavam lançadas as bases para uma atuação profissional que extrapolava o tratamento psicológico individual, tanto por incluir a via corporal quanto por ampliar o entendimento do funcionamento psíquico para além do intrapsíquico como fonte para o equacionamento das interrogações e inquietações humanas.

A visão sistêmica permitiu que a reciprocidade das relações fosse considerada fundante ao longo de toda a vida e não mera opção volitiva. A aproximação com as práticas grupais acenava timidamente como uma possibilidade efetiva de atuação profissional, sem, contudo, apresentar a importância que adquiriu ao longo dos anos seguintes.

Na sequência, no âmbito hospitalar, a perspectiva clínica permaneceu, orientando a organização de grupos como espaços de trocas baseadas na identificação e/ou semelhança de psicopatologias, incluindo programas de tratamento, alguns coordenados diretamente pelo Ministério da Saúde, como para o controle e prevenção do tabagismo; outros para patologias em maior evidência dentre os pacientes da unidade de Saúde Mental, como dor crônica/fibromialgia. Tais grupos atendiam basicamente à necessidade de abordar pacientes em maior quantidade e buscar alternativas ao atendimento clínico individual, sem maiores desdobramentos, contudo, por ocorrerem especificamente **em grupo**.

Somente após experiências em 2006 com grupos de apoio para pessoas com HIV/AIDS, em Moçambique, África, o interesse por grupos realmente se intensificou como estratégia de intervenção em saúde.

A especialização em Saúde Coletiva abriu as portas para o campo das políticas públicas de saúde. O olhar para tais políticas se intensificou no mestrado, o qual associou o tema dos direitos sociais com a dívida nas redes de apoio social. O período trouxe concomitantemente vivências profissionais de Psicologia Social Comunitária em uma região da periferia urbana do centro-oeste brasileiro. O interesse pelos grupos agora havia sido

problematizado pelo prisma das redes, fluidas e ao mesmo tempo repletas de códigos que poderiam restringir seu alcance.

A experiência profissional posterior como coordenadora municipal de Saúde Mental permitiu visualizar mais intensamente a necessidade de ações para além da clínica individual. As intervenções em Saúde, balizadas por políticas públicas, se fizeram mais presentes. Algo que passava despercebido, de certo modo, nas ações clínicas psicológicas individualizadas, ainda que no contexto hospitalar ou ambulatorial de saúde pública. Em acréscimo, pude constatar a proeminência e centralidade das atividades coletivas em Saúde Mental.

Nessa direção, deve-se destacar a participação crescente de psicólogas(os) no contexto das políticas públicas como, por exemplo, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)¹, que atualmente soma mais de 6.800 profissionais, somados a outras categorias de nível superior que totalizam mais de 23.000 profissionais em atividade nos CAPS do país², junto a desafios de várias ordens, incluindo a clínica em espaços comunitários e a chamada clínica antimanicomial, em *settings* terapêuticos notadamente diversos da clínica ambulatorial tradicional³.

A afiliação ao campo da Psicologia Social sob a perspectiva construcionista possibilitou conceber a produção de subjetividades em processos coletivos, ainda que singulares.

O ingresso no doutorado em Ciências e Tecnologias em Saúde, em 2014, permitiu investigar intervenções interdisciplinares em grupo nos CAPS do Distrito Federal (DF) para pessoas em sofrimento psíquico grave e persistente. Inicialmente designando como **grupalidade** esse conjunto de ações, buscava reconhecer quais representações e sentidos orientavam profissionais e usuários(as) em práticas coletivas nesses serviços substitutivos de Saúde Mental, resultantes do movimento sociopolítico da Reforma Psiquiátrica (RP) iniciada no país no final da década de 1970 e formalizada pela Lei 10.16/2001, conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb)⁴.

Convém ressaltar que componho uma geração de profissionais cuja formação básica ocorreu em período anterior à formalização da referida RPb. Aproximei-me da proposta de reorientação da assistência em Saúde Mental para o modelo aberto e de base comunitária em serviço e não no âmbito acadêmico de graduação. Isso parece ter resultado em uma postura mais crítica, por um lado; mas também esperançosa, por outro lado, considerando as mudanças que trouxe para a organização dos serviços e para o entendimento da própria Saúde Mental no país.

O envolvimento com a formação acadêmica como docente evidenciou a necessidade de pesquisas e estudos relacionados à RPB, considerada em curso, a fim de ampliar concepções sobre a desinstitucionalização proposta. Entende-se que tal processo se estenda para além das ações e das práticas desenvolvidas em si, da mera desospitalização e inclua a superação dos chamados “manicômios mentais”, para utilizar a expressão de Pelbart⁵ ao se referir ao confinamento carcerário da desrazão pela racionalidade moderna tecnicista e supostamente objetiva que passa a dominar o cenário cultural no Ocidente a partir do século XVII.

Na pesquisa desenvolvida no DF, a intenção voltou-se para uma visão mais regionalizada, considerando que os CAPS se encontram subordinados à Diretoria de Saúde Mental (DISAM), o que pressupõe parâmetros comuns para a rede de serviços, nas quais se incluem a educação permanente em serviço, a contratação e alocação de profissionais, além do incentivo e direcionamento para atividades preferenciais a serem desenvolvidas, como as que ocorrem em grupo.

O projeto de pesquisa foi iniciado sob a concepção de que **grupalidade** seria basicamente a reunião de grupos, inseridos no conjunto das chamadas “tecnologias leves” ou, quando exigissem conhecimentos mais especializados, das “tecnologias leve-duras”, conforme descrito por Merhy⁶. Para o médico sanitário, as relações sociais e os vínculos estabelecidos seriam aspectos fundamentais, a “matéria-prima” destas tecnologias, para as quais a centralidade atual refletiria, por um lado, a fase de reestruturação produtiva do capitalismo contemporâneo e a necessidade um domínio biopolítico e não mais disciplinar; e, por outro lado, a possibilidade de reinvenção das práticas em saúde por meio da autonomia e de maior participação dos envolvidos no “trabalho vivo em ato” representado pela Saúde.

Contudo, o tema desdobrou-se no decorrer da pesquisa devido à lacuna identificada em relação ao próprio termo “grupalidade”, frequentemente igualado aos grupos, no reforço ao mito de que haveriam técnicas que, devidamente compreendidas e utilizadas, trariam os resultados desejados.

A necessidade de um novo estatuto para a grupalidade envolveu algo semelhante ao que se verifica com o termo “integralidade”, didaticamente descrito por Ruben Araújo de Mattos^{7, 8} como um princípio que poderia comportar sentidos diversos, dentre os quais descrever um atributo desejável em relação às práticas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Poderia a grupalidade, então, apresentar-se como uma das bandeiras do movimento antimanicomial, uma espécie de imagem-objetivo do que se desejaria para as ações em Saúde Mental?

Lanceti⁹ afirmou que todas as reformas psiquiátricas se basearam em intensa atividade coletiva e em dispositivos grupais. O autor também reafirmou a importância de coletivos democráticos e terapêuticos para a iatrogenia e para a segregação relacionadas ao sofrimento psíquico.

Contudo, o que se compreende por “democrático” e “terapêutico” mostra-se polifônico (algo que pode abarcar várias ideias, diferente de poliléxico, que comporta vários significados).

O projeto de pesquisa desenvolvido intencionou ampliar a compreensão da diversidade de ideias em torno da grupalidade nas equipes de saúde selecionadas. Tais “ideias” foram concebidas sob a noção de *ancoragens* e *objetivações*, termos cunhados pela Teoria das Representações Sociais (TRS)¹⁰ para designar mecanismos compartilhados coletivamente que intencionam compreender aquilo com o que se quer familiarizar e/ou explicar. Não de modo definitivo ou imutável, mas como parte dos processos de mudança.

Assim, acredita-se que não é possível modificar o que não se reconhece ou não se identifica como existente; ou então aquilo para o qual não há elaboração de sentidos correlatos. Tais representações e sentidos são produzidos e reproduzidos em determinado contexto histórico, o qual constitui condição indispensável para que esses elementos possam compor um certo discurso de saber, nos termos de Foucault¹¹. Trata-se de enunciados contextualizados, não-lineares; e tampouco universalizantes.

Procurou-se abordar, portanto, sentidos e representações elaborados coletivamente e que orientam ações na vida cotidiana. Buscou-se por meio do processo de pesquisa mediar o reconhecimento e a elaboração, inclusive pelos(as) próprios(as) pesquisados(as), de seus referenciais de análise. Uma pequena “pausa” na cotidianidade em direção ao reconhecimento da ultrageneralização do que se faz, na expressão de Heller¹².

Adotando-se as palavras de Bezerra Jr¹³, pode-se afirmar que se realizou o projeto de pesquisa em torno de discussões interiores ao campo da Reforma Psiquiátrica, na esfera da clínica, considerada uma das dimensões do plano assistencial.

Concorda-se com o autor, psiquiatra e sanitarista brasileiro, quanto à importância de se avançar na elaboração de dispositivos teóricos e formas de ação que retenham o horizonte fundamental da clínica (identificado como sendo a ampliação da capacidade normativa psíquica, existencial e social do sujeito, ou, a capacidade reativa diante dos inevitáveis obstáculos da vida humana) e que ao mesmo tempo alarguem o alcance da rede assistencial. As considerações, datadas do final da primeira década dos anos 2000, permanecem atuais.

Em relação ao referido “horizonte fundamental da clínica”, deve-se lembrar as palavras de Campos, Onocko-Campos e Del Barrio^{14:2803} sobre o “inclinarse”, do qual deriva

o termo grego para clinicar, implicando em uma posição transversal “entre a frieza do saber acumulado e o calor da relação humana em curso”.

Quanto à “capacidade normativa psíquica, existencial e social” mencionada por Bezerra Jr.¹³ como componentes da clínica antimanicomial, convém registrar o fato de que se refere à noção elaborada pelo médico e filósofo francês Georges Canguilhem¹⁵ (especialista em epistemologia e história da Ciência) na década de 40 do século XX acerca do processo cotidiano capaz de inventar novas normas para si mesmo sempre que as injunções e intempéries da vida (como os sintomas de uma doença, por exemplo) assim o exigirem.

Ser “normal”, sob essa perspectiva, portanto, nada tem a ver com o comum ou à média, mas com a capacidade criativa para construir novas formas de existência face às incertezas e ao caos que eventualmente surgirão em algum momento da vida.

Mesmo que a referida concepção possa ser considerada controversa sob determinados aspectos, como em relação aos determinantes socioeconômicos, históricos, culturais e mesmo pessoais que promoveriam ou impossibilitariam, de algum modo, a capacidade criativa para “andar a vida”, como sugeriu o próprio Canguilhem, ainda assim permite um deslocamento fundamental na relação com o transtorno mental ou com o sofrimento psíquico baseado naquele que sofre e não na nosografia psiquiátrica, a qual, repetidas vezes, tem muito pouco a informar sobre os sentidos estabelecidos pelo sujeito em seu processo biopsicossocial de adoecimento.

Uma clínica antimanicomial necessita resgatar esse aspecto normativo do atendimento em Saúde Mental em suas práticas caso esteja verdadeiramente comprometida com a emancipação de pessoas em sofrimento psíquico, distanciando-se da “ortopedia do cérebro”, como metaforiza Bezerra Jr.^{13:27}

Em acréscimo, deve-se destacar as representações sociais estabelecidas entre profissionais de saúde, para os quais não se poderia conceber uma atuação profissional baseada exclusivamente no conhecimento técnico ou reificado, na expressão de Moscovici¹⁰.

Nessa direção, a centralidade das atividades coletivas na clínica antimanicomial exige refletir sobre o que se entende, polifonicamente, por **grupalidade** na perspectiva e no conhecimento elaborado e compartilhado por profissionais e usuários(as) que a vivenciam no cotidiano, onde a história de fato ocorre, “a essência da substância social”, para citar Heller¹².

Convém explicitar que, de acordo com o referencial teórico adotado, conforme elaborado por Moscovici¹⁰ e seus desdobramentos contemporâneos^{16,17}, trata-se de uma construção de saberes sociais, produto e processo de interpretação do mundo e de orientação para a comunicação, para ações e comportamentos.

Baseando-se nas elaborações a respeito do cotidiano e da cotidianidade empreendida por Agnes Heller¹², deve-se pontuar que o cotidiano, de acordo com a filósofa húngara, exige respostas imediatas para a ação, mostra-se essencialmente pragmático, porém não está desvinculado das relações dinâmicas e mais amplas.

A TRS permite que os conhecimentos compartilhados coletivamente não sejam considerados sob uma lógica exclusivamente analítica e racionalista, pois concebe as aparentes contradições e as ideias conflitivas nos discursos como soluções imediatas encontradas face à necessidade de se agir no cotidiano em relação a algo, seja reconhecendo-o, seja classificando-o, de modo estratégico.

1.2. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no contexto da Reforma Psiquiátrica

Em uma conjuntura de redemocratização nacional, a Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb), movimento sociopolítico no âmbito da Saúde Pública⁴ com início em fins da década de 1970, inverteu e redirecionou os gastos para a implantação de equipamentos substitutivos¹⁸, representados principalmente pelos estabelecimentos denominados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): serviços comunitários de uma determinada área de abrangência, abertos e estratégicos do Sistema Único de Saúde (SUS), que se destacam como referência para o tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses e neuroses graves “cuja severidade ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida”^{1:13}.

De acordo com Carvalho e Amarante¹⁹, apesar de seu estatuto epistemológico pouco definido, o conceito de doença mental constitui um eixo de pensamento que se tornou hegemônico a partir do final do século XVIII, quando se pode falar efetivamente de um processo de patologização da loucura. Com base nesse eixo estruturador de práticas em relação à loucura no âmbito do saber médico-psiquiátrico, o que caracterizaria, enfim, um transtorno mental grave e persistente, para o qual os CAPS são dirigidos?

Ainda que a definição sobre o que configuraria um transtorno mental grave e persistente não se apresente consensual, para breves esclarecimentos, serão referenciadas algumas concepções, como a médico-psiquiátrica, adotada por Ruggeri et al.²⁰, segundo a qual o reconhecimento de um transtorno grave deve se basear em três critérios, a saber: um diagnóstico de **psicose não-orgânica** ou **transtorno de personalidade**; duração envolvendo **doença prolongada** e **tratamento em longo prazo**; e operacionalizada como um histórico de **dois anos ou mais de doença mental ou tratamento**.

Sob a perspectiva psicopatológica, Dalgarrondo²¹ destaca que as chamadas síndromes psicóticas, sendo a esquizofrenia sua forma principal, são caracterizadas por sintomas típicos, como alucinações e delírios, pensamento desorganizado, comportamento nitidamente bizarro, embotamento afetivo, empobrecimento da linguagem e do pensamento, negligência no autocuidado, lentificação ou agitação psicomotora e retração social, entre outros, os quais dificultariam a realização de atividades básicas de manutenção da vida cotidiana.

O autor também pontua que os profissionais de orientação psicodinâmica, ou seja, aqueles que consideram a atuação de forças psicológicas sobre o comportamento humano e a interação entre motivações conscientes e inconscientes, geralmente enfatizam a perda de contato com a realidade como dimensão central das psicoses²¹.

No entanto, convém lembrar que nos chamados transtornos delirantes, os sintomas paranoides (com conteúdo persecutório) seriam igualmente comuns em se tratando de quadros psicóticos, mas permitiriam relativa preservação da personalidade, apesar dos delírios (ideias ou pensamentos que não corresponderiam à realidade comum compartilhada²¹).

Problematizando as relações psicose/loucura, o filósofo e psicanalista britânico Darian Leader²² questiona a definição de psicose como equivalente ao não enquadramento às normas sociais vigentes e o conseqüente tratamento, cuja tarefa principal seria conduzir a pessoa novamente “à realidade”.

Para Leader²², reconhecer que existe algo denominado psicose não significa que seja necessário acatar o discurso da “saúde” e da “doença mental”. Segundo o psicanalista, ser psicótico não significa expressar um desencadear efetivo da psicose, com base em uma detonação repentina, visível para o sujeito e para as pessoas à sua volta. Leader²² menciona psicoses discretas que podem se adaptar razoavelmente bem às normas sociais, sem nunca explodir em uma sintomatologia espetacular, tampouco chegar a um colapso ou a uma crise.

Historicamente, as concepções médico-psiquiátricas se apresentaram dominantes para a organização de serviços e para o delineamento de políticas públicas em Saúde Mental, identificando quais seriam os(as) pacientes/usuários(as) elegíveis para determinados tratamentos/acompanhamentos, incluindo procedimentos e medicações.

Contudo, não se pode ignorar a necessidade de problematizar tais classificações no âmbito da vida cotidiana e nas singularidades por meio das quais tais sintomas se expressam. Evitar reducionismos significa, assim, incentivar intervenções mais efetivas em Saúde Mental.

A internação figurou historicamente como uma forma institucionalizada criada no século XVII para lidar com a chamada loucura¹⁹, associada desde então à ociosidade, à incapacidade de integração social, à desrazão, à pobreza e à periculosidade⁴.

Após a passagem do médico francês Philippe Pinel pelo serviço de alienados do Hospital Bicêtre, em Paris, em fins do século XVIII, passa-se a internar os indivíduos considerados doentes mentais para tratamento moral, com base no trabalho e no isolamento²³.

No século XX assiste-se ao surgimento de movimentos de reforma psiquiátrica em diversos países, como Estados Unidos, Itália, França, Inglaterra, os quais questionaram o encarceramento e o isolamento das pessoas acometidas por doenças mentais, além hegemonia médico-psiquiátrica em relação ao tratamento⁴. Os maus tratos, comumente encontrados nos estabelecimentos manicomiais, denominados por Goffman²⁴ de “instituições totais”, ratificaram, além da estigmatização e da perda progressiva de identidade, a violência presente nesses espaços.

No Brasil, a Lei 10.216, promulgada em 2001, resultado de um projeto de lei consideravelmente modificado e que tramitou por 12 anos até sua sanção, formalizou a reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental e permitiu a implementação de serviços comunitários e/ou substitutivos à internação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)²⁵, como os CAPS.

Além dos CAPS, para os quais uma parcela significativa de recursos tem sido direcionada²⁶, deve-se destacar ao longo das duas últimas décadas os Consultórios na Rua, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento, os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais e nos CAPS III) e a regulamentação de estratégias de desinstitucionalização como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e o Programa De Volta Para Casa (PVC). Verifica-se mais recentemente o incentivo governamental para ações no âmbito da Atenção Básica²⁷, articulados à Estratégia Saúde da Família (ESF)²⁸.

Apesar da expansão de iniciativas, os CAPS mantiveram relativa centralidade como ordenadores da chamada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)^{29,30} e elementos estratégicos de atenção psicossocial^{1,31}.

De acordo com o Ministério da Saúde, o número de CAPS cresceu 832,88% entre 2001 (295 unidades) e fins de 2016 (2.457 unidades)³¹, o que ratifica sua importância na RAPS, ainda que se trate de uma Saúde Mental “subfinanciada dentro de um sistema subfinanciado”^{32:5}.

A curva do financiamento público da Saúde Mental brasileira, a partir de 2006, inverteu o modelo hospitalocêntrico, com predomínio da atenção comunitária³³. Contudo,

permanece a insuficiência no atual financiamento (em torno de R\$ 1,3 bilhão)³¹, considerando as dimensões continentais do país e uma população estimada de mais de 208 milhões³⁴.

Com base no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), registrou-se em 2015³³ 23.713 profissionais de nível superior em atividade nos CAPS. As categorias profissionais que se destacam são psicólogas(os): 6.853; enfermeiras(os): 4.460; psiquiatras: 3.481; assistentes sociais: 3.432 e terapeutas ocupacionais: 2.317.

As expressões da RPb mostraram-se diversificadas no território nacional e o Distrito Federal (DF), onde o estudo que será apresentado foi realizado, encontra-se em significativa desvantagem, como apontou Zgiet³⁵ ao destacar incongruências entre a proposta local e a lei federal. Informações atualizadas reafirmam essa situação de desvantagem, por exemplo, em relação à cobertura de CAPS por 100.000 habitantes, da ordem de 0,46, ficando à frente apenas dos Estados do Acre (0,44) e do Amazonas (0,39)³¹.

Estudo recente conduzido por Macedo et al.³⁶ sobre a regionalização da Saúde Mental no país ratifica esse panorama e informa que, das 438 Regiões de Saúde/Comissão Intergestores Regional (CIR), conforme definidas pelo Decreto 7.508/2011³⁷, as que predominam no centro-oeste brasileiro são aquelas que envolvem médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços.

A Portaria n.3088/2011³⁰ que instituiu a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em seu artigo 7º, definiu os CAPS como pontos de atenção psicossocial especializada e, em seu parágrafo 2º, destacou que as atividades nos CAPS serão realizadas prioritariamente em **espaços coletivos**, de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e demais redes intersetoriais. O que deve remeter a atenção aos aspectos que envolvem a grupalidade nesses serviços substitutivos.

1.3. Grupalidade: afinal, de que se trata?

O glossário de termos da humanização no SUS disponibilizadas pelo Ministério da Saúde³⁸, relaciona **grupalidade** à experiência que não pode ser reduzida a um conjunto de indivíduos, nem a uma unidade imutável. Refere-se a uma multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares etc.) em agenciamento e transformação que compõem **redes de conexão** na qual o processo de produção de saúde e de subjetividade se realiza.

No entanto, considerando o fato de que grupalidade estabelece conexões humanas, algumas pontuações são necessárias. Tal como se verifica no estudo de redes sociais³⁹, a grupalidade não se deixa capturar pela lógica binária e racionalista, exigindo uma visão complexa e multifacetada. Caleidoscópica, caso se queira metaforizá-la.

Trata-se, portanto, de referenciar a grupalidade como processo e como estrutura. Como processo, a grupalidade permite a conexão de pessoas em sua diversidade; como estrutura, materializa-se nas atividades em grupo e com estas pode estabelecer relações de fuga, como indicou recentemente Dedomenico⁴⁰, para o qual a grupalidade apresenta grandeza $G > 1$ e se expande por contágio.

Em acréscimo, o psiquiatra destaca que a grupalidade pode reforçar significações e sentidos já determinados num plano representativo, quando capturada; ou favorecer a expressão de uma polivocidade e polissemia nas palavras e gestos descolados de uma pessoalidade ao fugir das determinações configuradas pelos grupos.

Mesmo quando considerada uma qualidade inalienável do ser humano, como sugeriu Bion⁴¹, a grupalidade não deve ser tomada como identificável por um caráter único ou ideal, pois se refere ao modo como as subjetividades se expressam no trabalho com coletivos e não sua definição e/ou caracterização.

César⁴² apresenta o ideário de uma grupalidade “fora **no** grupo”, cuja ênfase recai na paradoxal experiência de um plano processual que envolveria formas e identidades (os grupos como expressão objetiva da grupalidade) e as inevitáveis mudanças e movimentos relacionados à impermanência dos processos grupais (“as relações de fuga” citadas por Dedomenico⁴⁰).

A autora volta-se para a construção de uma clínica com grupos, na qual inclui a grupalidade como dimensão coletiva, impessoal e codependente, na qual todo ser humano sempre estaria inserido e se constituiria como sujeito.

De acordo com essa perspectiva, da qual também se compartilha, grupo e grupalidade coexistem em movimentos históricos de transformações não predefinidas ou idealizadas, mas resultados de um “vir a ser”. Para César⁴² os grupos seriam então apenas “dobras nas águas da grupalidade”, descrita como o indelével da experiência grupal, atuando como um plano de produção do real, nem sempre reconhecido.

No entanto, acredita-se que isso não ocorre de forma independente ou desprovida de direção. Entende-se que a grupalidade, não suprimível da experiência com grupos, não ocorre no vazio, mas em meio a códigos de funcionamento estabelecidos em redes de conexão.

Compreende-se que esses códigos, dentre outras possibilidades, apresentam-se como representações sociais (RS).

Em acréscimo, deve-se considerar que os grupos, como expressões de grupalidade, ocorrem em processos cotidianos. A cotidianidade, conforme elaborado por Heller¹², envolve conhecimentos limitados a aspectos relativos da realidade, concebidos como “suficientes” para se agir. Tal afirmação remete diretamente às RS como conhecimento produzido e compartilhado no e para o cotidiano¹⁶.

Nas redes de conexão humanas cotidianas, como as profissionais, age-se, em considerável medida, com respaldo nas RS, as quais geram conhecimentos reconhecidos na esfera imediata de ação como orientadores; e nos quais se confia sem a necessidade de maiores elaborações. Para Heller¹², as decisões cotidianas seriam inviabilizadas, caso elaborações mais aprofundadas conceitualmente fossem um critério indispensável para a ação.

O fato de se tomar a grupalidade também como dispositivo significa concebê-la para além de uma condição humana, como afirmou Bion⁴¹, situando a preocupação e o interesse em dela se ocupar em determinado período histórico, tal como ocorre com o aprisionamento, com a infância, com a sexualidade¹¹, entre outros dispositivos.

Conforme destacou Foucault¹¹, os dispositivos atendem a determinadas urgências históricas. No caso da grupalidade, essa urgência se consolida na esfera tecnológica no século XX, especialmente no pós-Segunda Guerra, para atender a demandas crescentes em Saúde e em um contexto histórico de mudanças acentuadas em relação ao controle biopolítico passível de ser exercido pelas chamadas tecnologias relacionais ou leves, para relembrar Merhy⁶.

Os dispositivos, para Foucault¹¹, moldam a produção de subjetividades em processos sociais. Deve-se entender por subjetividade algo que se constitui com o mundo material e social, por meio da atividade humana, conforme elaborado por González Rey⁴³.

Não se refere a nenhum subjetivismo ou individualismo descolado das relações sociais, não só como influência e entorno/contexto, mas como condição mesma para que possa se constituir.

O estudo desenvolvido procurou identificar representações sociais da grupalidade entre profissionais de Saúde Mental e usuários(as). Tais representações se referem a uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, especialmente pela linguagem (embora não de forma exclusiva), apoiada em uma visão prática que concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social, com base nas vivências cotidianas¹⁶.

Nessa direção, as representações sociais podem ser compreendidas como produções subjetivas sociais. González-Rey⁴³ destaca que toda a atividade humana apresenta um momento subjetivo que não pode ser ignorado. Seguiu-se um raciocínio que coaduna com o autor na articulação que realiza entre representações sociais e subjetividade como produção complexa, que não se restringe ao simbólico, abrangendo a afetividade, os processos cognitivos e emocionais e a cultura. Envolve tanto sentidos subjetivos (a forma como a realidade se torna subjetiva baseada em experiência(s) vividas) quanto configurações subjetivas (caráter singular baseado em sentidos subjetivos).

1.4. Justificativa e contribuições do estudo

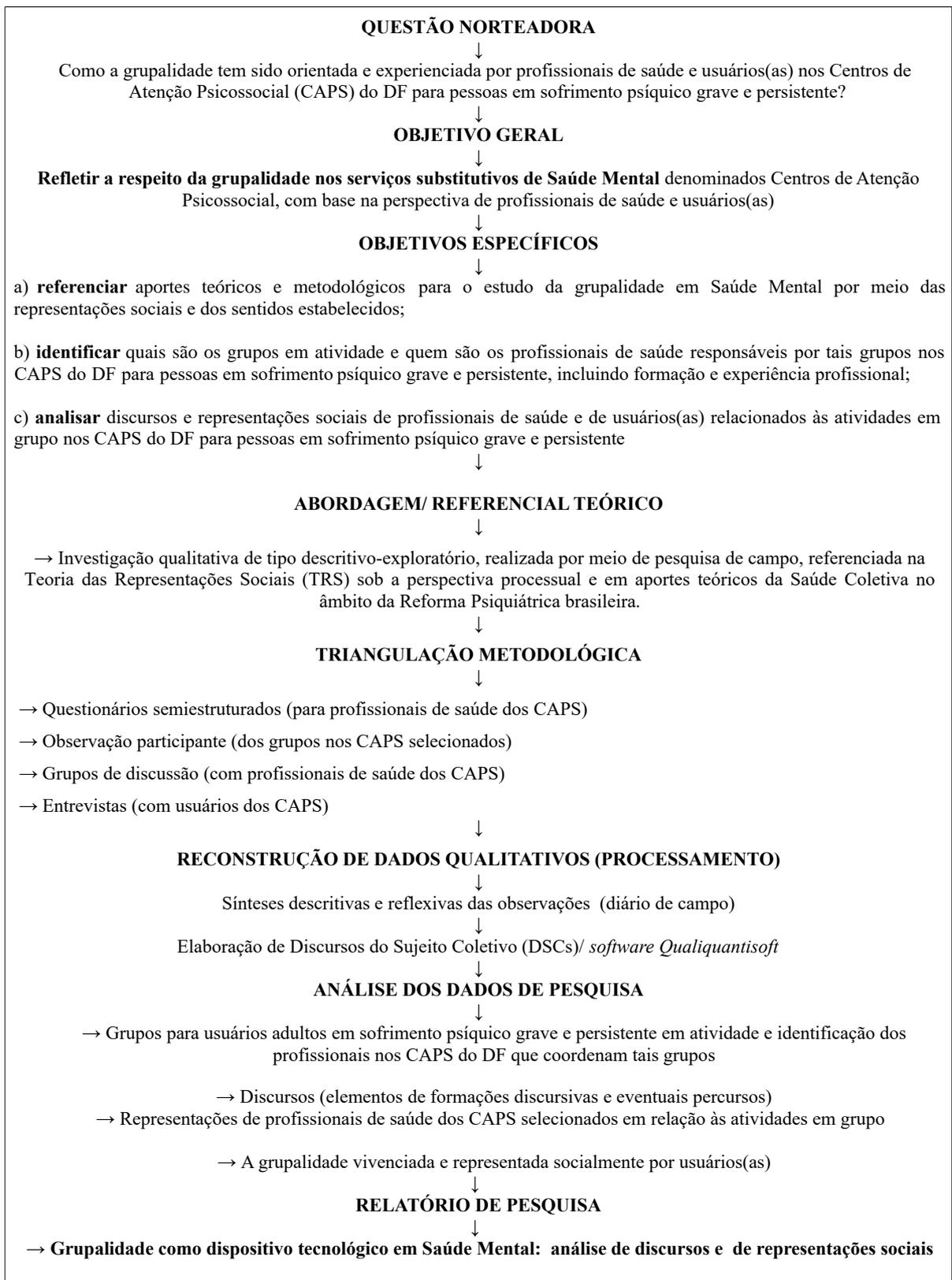
O estudo envolveu a área da Saúde Mental no âmbito da Saúde Coletiva e discutiu aspectos da Reforma Psiquiátrica brasileira em curso na intenção de tornar visível a grupalidade como dispositivo tecnológico que norteia em considerável medida as ações da clínica antimanicomial, especialmente após a promulgação da Lei 10.216/2001, com a consequente criação de serviços substitutivos à internação hospitalar, como os CAPS.

Verifica-se contemporaneamente um cenário de consolidação institucional e no qual as práticas profissionais voltadas ao paradigma psicossocial permanecem polarizadas em relação ao paradigma biomédico e hospitalocêntrico, reforçando a necessidade de maiores debates nesse campo de saber e de práticas.

Por meio de uma configuração regionalizada, a investigação desenvolvida intencionou estimular futuras pesquisas abordando o tema, considerando-se o caráter descritivo-exploratório segundo o qual sua abordagem qualitativa foi delineada.

1.5. Síntese da pesquisa

Quadro 1 – Síntese da pesquisa



2. DESENVOLVIMENTO

ARTIGO 1 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM SAÚDE MENTAL: O CONHECIMENTO QUE ANIMA A LEI, OS DISCURSOS E A PRÁTICA¹

(Artigo publicado no *Livro de Atas do 1. Congresso da Associação Internacional de Ciências Sociais e Humanas em Língua Portuguesa* ocorrido em Lisboa, Portugal, em 2015).

1 As páginas seguintes estão formatadas conforme as normas da publicação original e correspondem ao intervalo das páginas 25-32.

Representações sociais em saúde mental: o conhecimento que anima a lei, os discursos e a prática

Karine Wlasenko Nicolau¹

RESUMO As representações sociais compõem um campo do conhecimento humano fundamentado no senso comum e nas relações pessoais cotidianas estabelecidas face a face com os objetivos de possibilitar o reconhecimento de determinado objeto, estabelecer uma linguagem compartilhada e orientar condutas. No cuidado em Saúde Mental, tais representações produzem e reproduzem sentidos construídos socialmente e moldam o agir em saúde, nem sempre congruente com a letra e a lei. A contribuição de pesquisas e de práticas em Saúde Mental que envolvam representações sociais reside na articulação de interfaces que, a par de se apresentarem em sistemas com lógicas diferenciadas, como as leis e as boas práticas, por um lado; e por outro, o cotidiano profissional, dirigem-se aos mesmos desafios impostos pelo trabalho na área, como, por exemplo, a superação da exclusão naturalizada para o tratamento e a associação da loucura à desrazão e à periculosidade. Nessa direção, possibilitar a expressão e o reconhecimento dos sentidos sociais no campo formativo e prático da Saúde Mental pode se apresentar como caminho para o fomento das transformações tão almejadas pelas Reformas Psiquiátricas e Sanitárias em diversos países, incluindo o Brasil.

Palavras-chave: Cuidado em Saúde, Reforma Psiquiátrica, Representações Sociais, Saúde Mental.

1. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: O SENTIDO DA VIDA COTIDIANA

O aporte teórico das chamadas representações sociais, iniciado pelo psicólogo social romeno naturalizado francês Serge Moscovici na década de 1960, propõe seu entendimento como construções esquemáticas que procuram se aproximar de um determinado objeto, facilitando a comunicação entre os diversos grupos sociais e orientando suas condutas. Apresentam-se como verdadeiras teorias do senso comum que identificam coletivos e trazem o senso de pertencimento aos indivíduos que os compõem.

Para Moscovici (2010), a teoria das representações sociais constitui-se uma opção descritiva dos fenômenos sociais no reconhecimento de um saber diverso da ciência e da ideologia. As representações sociais seriam como uma “rede” de ideias, metáforas e imagens sociais mais fluidas do que as teorias, porém não menos legítimas e tampouco secundárias.

De acordo com o psicólogo romeno, as representações sociais não seriam conteúdos de pensamento generalizáveis, pois se referem a processos cognitivos e afetivos inacabados de apreensão do mundo, com diferentes funções cognitivas e sociais (Moscovici, 2010). Sob outro aspecto, as representações sociais permitem “produzir e reproduzir o mundo” com base em determinadas categorias descritivas, explicativas e valorativas compartilhadas coletivamente, independentemente das vontades individuais; porém, abarcando-as. Moscovici (2010) afirma que por meio do conhecimento cotidiano representado socialmente os sujeitos veiculam sentidos e com isso expressam uma visão de mundo lógica, coerente e sensível. Desse modo, as representações sociais conferem nova forma ao conhecimento científico, por exemplo; ou então reelaboram de forma prática o que se convencionou socialmente como regra ou dever.

Segundo Jodelet (2001), as representações sociais compõem um forma de conhecimento elaborado e partilhado

¹ Psicóloga social. Mestra em Política Social, especialista em Saúde Coletiva (Educação e Saúde) e atualmente doutoranda da Universidade de Brasília em Ciências e Tecnologias em Saúde, na área de Saúde Mental. Estudos complementares em Psicologia do Corpo e Terapia Relacional Sistêmica. Atuou como fellowship no Hospital Militar de Maputo, Moçambique, África. Experiência profissional nas áreas clínica, hospitalar, comunitária, institucional, na gestão pública e na docência universitária. Autora do livro: Redes de Apoio Social e Política de Saúde: dádiva e direitos em debate (2014). Universidade de Brasília (UnB)/ Brasil wlasenko@unb.br

socialmente com um objetivo prático e que contribui para a construção de uma realidade comum a um determinado conjunto ou grupo social. De acordo com Jovchelovitch (2008), as representações sociais são construções humanas que ocorrem no desenvolvimento da dinâmica afetiva das relações com o outro e que dependem de contextos sociais, políticos e históricos. Por esse motivo, nunca captam a realidade em sua totalidade, sendo necessário sempre distinguir os objetos de suas representações.

Para Spink (1993), as representações sociais manifestam o senso comum como conhecimento legítimo e impulsionador das transformações sociais. A expressão “práticas discursivas”, na acepção de Spink e Medrado (2013), traduz de certo modo o aspecto pragmático e dinâmico das representações sociais, que constroem e reconstroem a realidade ao longo dos tempos (longo, vivido e curto), em contextos sócio-históricos definidos. Segundo os autores, as práticas discursivas podem ser definidas como “linguagem em ação, ou seja, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas” (Spink & Medrado, 2013, p. 26).

Pode-se apontar o cotidiano como o *locus* privilegiado de estudo das representações sociais e das práticas discursivas, intrinsecamente relacionadas. Autores como Norbert Elias (década de 1930), Michel Foucault (década de 1970), Agnes Heller (década de 1970), Michel de Certeau (década de 1980) e Pierre Bourdieu (década de 1980), entre outros, contribuíram para a valorização dos estudos sobre o cotidiano. Elias (1994) descreve a inevitabilidade das relações sociais no que denominou “a sociedade dos indivíduos”, uma rede de relações na qual cotidianamente são forjados papéis e lugares independentes das escolhas individuais e que não se transformam pela simples vontade individual. Foucault (2008) atribui importância às práticas discursivas e às possíveis mudanças vinculadas, não como um *continuum* inevitável, mas como um processo onde podem ou não ocorrer transformações históricas e culturais. Heller (2004) adota o princípio de que é no cotidiano que tais transformações se tornam possíveis, quando se retorna a ele de outra forma por meio do trabalho criativo, da arte e da ciência, em movimentos dialéticos no contexto histórico que as acompanham. Certeau (1998) descreve o caráter estratégico e tático das ações cotidianas e o poder deste último para a transformação ou subversão das formalidades impostas socialmente. Bourdieu (1996) introduz o conceito de *habitus* como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações, uma forma de subjetividade socializada que se manifesta no cotidiano das relações sociais. Ainda que não se possa negar as particularidades e motivações que configuram a obra de cada um dos pensadores mencionados, todos de alguma forma tomam as relações humanas no cotidiano como a fonte que estrutura e sustenta a vida social, a raiz da vida humana.

Convém destacar que a categoria cotidianidade não se refere a um grupo social específico, pois se refere à mobilização humana regular em qualquer espaço para construção e reconstrução da vida social. Deve-se acrescentar igualmente que uma representação social em si ou sua circulação não revela qual seria sua função para aqueles que dela se utilizam. São as práticas discursivas cotidianas os agentes fundamentais para se detectar a inserção em determinada realidade histórica, referendadas por representações sociais mais ou menos fluidas e dinâmicas.

Wachelke (2005) ratifica o ideário segundo o qual as representações sociais se apresentam como uma forma de conhecimento que tem como função nos familiarizar com o novo, o estranho. No entanto, verifica-se a existência de conteúdos provenientes de antigas representações para o que se apresenta como “novidade” e que trouxe consigo a necessidade, portanto, de “novas” representações sociais. O conhecimento produzido por representações cotidianas será socialmente compartilhado, como ocorre em todos os campos do conhecimento, os quais, por sua própria natureza, são sempre sociais (Jodelet, 2001; Jovchelovitch, 2008; Moscovici, 2010). Isso reafirma o caráter coletivo das representações sociais e do conhecimento humano, de um modo geral.

Contudo, decorridas mais de cinco décadas de estudos e debates no campo das representações sociais, ainda se encontra presente a dificuldade de compreensão entre pesquisadores sobre a relação dinâmica e dialética entre ação individual e estrutura social que constitui o núcleo da teoria das representações sociais (Voelklein & Howarth, 2005). Neste aspecto, em especial, há que se recordar o filósofo grego Cornelius Castoriadis, para o qual individualidade e sociabilidade jamais se constituem isoladamente. A tão desejada liberdade, por exemplo, só pode ser simbolizada e se manifestar concretamente em um mundo social, de onde provém as raízes da própria representação do que seria essa liberdade (Castoriadis, 2007). O fundamento epistemológico que aqui se adota não considera, portanto, as representações sociais a soma de representações individuais, pois

se trata de um processo de retroalimentação conjunta. O mundo se apresenta como é representado pelos seres humanos; e é representado como se apresenta para os coletivos.

2. AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA SAÚDE MENTAL

O cuidado em saúde, sob a ótica das representações sociais, revela-se como resultado do imbricamento entre as normas e condutas formais e as representações coletivas sobre o processo saúde-doença, seja na área profissional ou não. Manifesta-se por meio de práticas discursivas que poderão manter ou modificar as características e a qualidade do cuidado em saúde. Por esse motivo, há que se considerar a premente necessidade de articulação entre os campos humanos do conhecimento e suas metodologias formais e informais por meio de processos dialógicos que não excluam saberes constituídos nas interações cotidianas dos serviços de saúde, as quais poderão se utilizar da invisibilidade tática (Certeau, 1980) para fazer frente ao distanciamento participativo das leis e das “boas práticas”.

Nessa direção, destaca-se a importância do estudo das representações sociais na Saúde Mental, especialmente entre estudantes e trabalhadores da área, na tentativa de conferir maior visibilidade à complexidade deste campo de saberes demarcado historicamente pela sanção (Castel, 1991), pela repressão (ainda que disfarçada contemporaneamente pela medicalização e pelo controle médico) e por representações que relacionam a loucura à perda da razão e, portanto, ao perigo e ao descontrole, dos quais decorre a necessidade de isolamento e de exclusão social (Amarante, 2007).

Contudo, não se pode ignorar a tentativa histórica ocorrida nas últimas cinco décadas de se ter um outro olhar para a loucura superando, dentre outros aspectos, a alteridade que acompanha frequentemente suas representações. Segundo a acepção adotada por Wachelke (2005), na alteridade a loucura é tomada como um objeto marcado pela insegurança e pela ambiguidade, representado como algo distante do seu interlocutor. Um outro modo de se conceber o processo de adoecimento no campo da Saúde Mental pode ocorrer também pelo estranhamento em relação aos tratamentos excludentes naturalizados ao longo da história. Esta última demarcação histórica, traduzida pelos movimentos reformistas ocorridos a partir da década de 1960, em particular o francês e o italiano, metaforiza o sentido chkllovskiano para a produção artística, que seria o de desfamiliarizar o que é identificado como comum e “natural” (Chklovski, 1999); nesse caso, a exclusão naturalizada para o tratamento da loucura.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, inspirada principalmente no modelo antimanicomial italiano, ilustra essa tentativa de desfamiliarização ao propor mudanças estratégicas do atendimento asilar para um modelo aberto e de base comunitária às pessoas que convivem com transtornos mentais.

No entanto, essas mudanças não ocorrem sem que os sujeitos envolvidos no processo produzam e reproduzam dinâmica e coletivamente representações sociais a respeito, a matéria viva que anima os discursos, as leis e as práticas cotidianas em Saúde Mental.

A diferença substancial entre estudos sobre percepções e opiniões e os que envolvem as representações sociais está no reconhecimento do caráter social e compartilhado do conhecimento com base em uma construção coletiva, para a qual o contexto socioeconômico e cultural se mostra inalienável. Em outras palavras, as representações sociais expressam uma construção do conhecimento que não é a soma de conteúdos individuais nem algo imposto como representação coletiva, no sentido durkheimiano. Na área da saúde, por exemplo, isso significa dizer que as representações sobre saúde e o processo de adoecimento são influenciados, entre outros fatores, pela produção acadêmica, pelas reelaborações de docentes e discentes e pelo compartilhamento entre profissionais resultante da prática cotidiana, além de todo o contexto socioeconômico e histórico-cultural que permeia a produção e circulação do conhecimento científico disponível. As representações sociais sobre o processo de adoecimento moldam os cuidados em saúde. Ignorar essa dimensão essencial da atuação profissional significa subtrair a base sob a qual as práticas em saúde se estabelecem no cotidiano dos serviços. Segundo Semmer, McGrath e Beerh (2005), o estudo das representações sociais nas equipes de trabalho é um campo a ser desenvolvido na área de Saúde do Trabalhador e pode melhorar a compreensão dos processos subjacentes à emergência de estados incoerentes com as normas e leis estabelecidas para a atuação na Saúde.

Para tanto, os autores destacam que o nível de análise mais adequado para a estudo das representações laborais seria o intergrupar, considerando que tais representações se apresentam, por natureza, como sociais. Convém lembrar, contudo, que compreender esses processos não significa estabelecer caminhos para a cooptação de trabalhadores, mas reconhecê-los como sujeitos responsáveis pela efetiva mudança de atendimento. Na Saúde Mental, isso significa permitir que os trabalhadores reconheçam as necessidades de mudança e inovação por si próprios, estabelecendo prioridades e critérios para suas intervenções.

Para Henderson e Fuller (2011), as políticas de saúde criam um quadro discursivo para a compreensão das questões sociais através da produção dos problemas de certo modo, excluindo representações alternativas da questão e limitando as possibilidades de intervenção; a análise do discurso sobre a política de saúde australiana para pessoas com transtornos mentais, por exemplo, revela que a introdução de cuidados integrados teve pouco impacto sobre o acesso aos serviços, baseado no ideário neoliberal de escolha informada do consumidor, representada pela responsabilização do “consumidor” por sua saúde, como se esta fosse uma escolha pessoal. Os usuários do sistema de saúde não tiveram maior e melhor acesso aos serviços porque estes estavam disponibilizados formalmente. Algo escapou na formulação e planejamento da proposta e comprometeu o resultado esperado. Do mesmo modo, não será o incremento de leis, decretos, portarias e afins a garantia de mudanças no atendimento em Saúde Mental, pois a complexidade deste processo não se encerra nos discursos formais e deve incluir as práticas discursivas cotidianas a fim que tenha vida e movimento.

Leão e Barros (2008) apontam a importância do estudo das representações sociais das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como categoria de análise da concepção das práticas em Saúde Mental. Pesquisas realizadas no Estado de São Paulo, Brasil, sugerem que os profissionais da área revelam representações sociais de práticas em Saúde Mental atreladas ao modelo tradicional, com a valorização da instituição psiquiátrica como um lugar seguro, embora isto esteja distante da proposta de desinstitucionalização que organiza a Saúde Mental brasileira na atualidade.

Para Wachelke (2005), as representações sociais apresentariam como uma de suas características básicas, além de aproximar os sujeitos do que é novo e/ou estranho, serem dinâmicas e passíveis de mudança. No entanto, conforme aponta o autor, estudos sobre a representação social da loucura e da doença mental têm apontado com frequência para a dimensão da alteridade (*otherness*), da diferença e uma espécie de “falha estrutural” na representação social da loucura, o que poderia ser explicado pelo conflito entre a tradição cultural e a ciência, que ainda não domina com segurança a loucura. Esse problema estrutural de instabilidade na representação social da loucura dificultaria sua *ancoragem* (uma forma de categorização cujo objetivo seria mapear determinado objeto a fim de torná-lo inteligível). A hipótese do “vácuo representacional” defendida por Wachelke (2005) aponta uma falha dos processos geradores e modificadores das representações sociais devido à ausência de âncoras e cobertura total entre representação e objeto. De acordo com essa perspectiva, parece se estabelecer uma relação entre menor clareza representacional e possibilidades reduzidas de transformações.

Convém recordar as modificações na representação social da loucura a partir da modernidade, considerando que os períodos históricos da antiguidade e medieval identificavam-na com base em uma acepção mágico-religiosa, sem muitas variações representacionais. À loucura era reservado o terreno do divino, do exótico, daquilo que não configurava o mundo terreno. Na contemporaneidade, a introdução da Ciência como campo de conhecimento traz consigo importantes modificações na concepção da loucura, antropomorfizando-a, porém, sem afastá-la do fantástico e do excêntrico. Basta lembrar os famosos “*shows* dos lunáticos” no século XVIII do *Bethlem Royal Hospital*, em Londres, considerado o mais antigo hospital psiquiátrico do mundo no qual, mesmo sob o estatuto de “pacientes”, as pessoas com transtornos mentais participavam de verdadeiros “*shows* de horrores” (Andrews *et al.*, 1997).

Há um campo profícuo a se pesquisar sobre a influência deste “vácuo representacional” e suas possibilidades de transformação no trabalho em Saúde Mental. Qual são os limites que as representações sociais da loucura impõem atualmente para as novas formas de cuidado dos transtornos mentais? Como impulsionar efetivamente a transformação destas representações?

Para Voelklein e Howarth (2005), a teoria das representações sociais pode ser refinada ao incluir em seu aporte teórico questões que envolvam o universo consensual (o mundo em que se vive de fato) e o reificado (o mundo dos conceitos), ambos inter-relacionados; a influência da argumentação, do conflito, da ideologia e das relações

de poder no processo de representação social. Compreende-se que este refinamento está de acordo com as inovadoras propostas de Spink, Medrado e Mélo (2014), os quais consideram também a própria trajetória de pesquisa uma possibilidade de transformações e reconstruções, superando a dicotomia saber acadêmico/ saber prático-profissional.

Zeeman e Simons (2011), ao pesquisarem profissionais do sul da Inglaterra, localizaram três discursos predominantes em Saúde Mental: biomédico, psicológico e centrado na pessoa. Observaram igualmente que discursos mais estabilizados ao longo do tempo são menos passíveis de mudança, como o modelo biomédico. No entanto, sugerem que os discursos existentes na atualidade são desafiados e alterados pela introdução de novas práticas, conforme frisado ao longo deste trabalho. Indicam também que prioridades organizacionais, sociais e políticas moldam as práticas profissionais, mais do que listas de boas práticas ou traços e comportamentos individuais desejáveis.

Morant (2006), ao pesquisar profissionais da Caledônia, território francês anexado à Oceania, verificou conceitos e representações sobre adoecimento em saúde mental mais em termos sociais do que em termos médicos; no entanto, a incerteza caracteriza muitos aspectos de suas representações, o que se associa a práticas de trabalho ecléticas, combinando múltiplas estratégias derivadas de diversas tradições teóricas.

Um aspecto crucial a ser desenvolvido nas pesquisas envolvendo representações sociais é a aproximação com a comunidade pesquisada e as próprias representações sociais dos pesquisadores. Howarth, Foster e Dorrer (2004) pontuam que projetos de investigação mais participativos tendem a ser mais aceitos pela comunidade e capazes de desenvolver parcerias com a comunidade acadêmica. Para as pesquisadoras inglesas, a falha em reconhecer e incorporar o potencial transformador das perspectivas da comunidade sobre a saúde na teoria das representações sociais pode ser visto como a legitimação do *status quo* em nome da “ciência desinteressada”. A inclusão de questões relativas ao propósito e valor desta temática para as comunidades pesquisadas traz a necessidade urgente de debate e se apresenta como um desafio e um convite para os pesquisadores de representações sociais.

Tavani, Piermattéo, Collange e Lo Monaco (2014) destacam dois conjuntos de métodos para o estudo das representações sociais, sob o enfoque sociodinâmico e estrutural: os que recolhem o conteúdo e os que exploram a natureza deste conteúdo. Descrevem técnicas de associação, como o método de evocação livre, que consiste em dizer o que vem à mente quando se pensa sobre determinado objeto; e o método hierárquico de evocação, para o qual se solicita de 3 a 5 itens que refletirão prioridades em relação a determinado objeto. O que os autores denominam análise prototípica definirá o núcleo representativo, os elementos centrais, no que se aproximam das análises propostas por Bardin (1995). Os autores também consideram que, para ser relevante, a tarefa de evocação livre deve apresentar uma população entre 50 e 60 sujeitos, poderá utilizar a escala Likert para a avaliação da positividade/negatividade atribuída ao termo/frase pelo próprio sujeito, perito de sua própria produção; relembram a possibilidade de se utilizar análises fatoriais, incluindo análise de correspondência; e, para explorar a natureza dos elementos, recomendam recorrer à técnica do interrogatório, que identificará quais são os elementos não negociáveis para a representação do objeto, o que permitirá o tratamento estatístico de Kolmogorov-Smirnov a partir de 36 participantes. Concorde-se parcialmente com essa proposta, desde que respeitados os objetivos do estudo. Porém, não se pode ignorar a amplitude de possibilidades presentes nas análises qualitativas, para as quais quantidades delimitadas apenas têm sentido se contribuírem com novas e relevantes informações. Neste sentido, deve-se destacar as considerações de Spink e Lima (2013) sobre a cientificidade da pesquisa qualitativa, para a qual o rigor científico seria traduzido pela explicitação dos passos metodológicos e epistemológicos, mais do que pelos instrumentos dos quais se serve.

Para finalizar a defesa que aqui se procurou fazer sobre a importância do estudo das representações sociais no campo da Saúde Mental, cabe incluir as conclusões das pesquisas empreendidas por Aveling e Jovchelovitch (2014) segundo as quais a parceria não deve ser considerada uma ferramenta para a intervenção, mas como parte desta e definidora de sucesso. As autoras pontuam que representações de si e do outro no campo social definem perspectivas, identidades e interesse. Isso significa dizer que o modo como os próprios pesquisadores são representados e como representam o grupo pesquisado influenciam diretamente o processo e os resultados de pesquisa. Sob este aspecto, as pesquisadoras observam que a reificação ou, a transformação de uma ideia ou de uma relação social em uma coisa ou objeto procura deslocar o outro para preservar suas

próprias representações, o que não favorece mudanças e transformações. Já o consensualismo implicaria reconhecimento das representações alternativas e identidades. Nestes, os estilos de comunicação implantados moldariam a natureza e os resultados dos encontros de saberes e qualificariam seus participantes para uma base comum em meio à diversidade de linguagens e códigos. Mesmo em contextos constrangedores, encontros transformadores podem ser sustentados, desde que se reconheçam as necessidades de ambos os parceiros.

Neste caso, o consensualismo abraçaria o conflito como necessário e essencial ao diálogo e reconheceria que há uma contradição fundamental entre a obrigação de demonstrar que as pessoas estão precisando de assistência ou que há problemas a serem solucionados e o objetivo de maximizar o reconhecimento por essas mesmas pessoas como participantes capazes em seu próprio desenvolvimento. Para as pesquisas com profissionais especialistas, isso significa que teriam suas representações acolhidas e respeitadas, ainda que se considere a relevância e a urgência de mudanças e inovações no trabalho em Saúde Mental.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se o isolamento e o enclausuramento foram práticas que traduziram as representações em Saúde Mental ao longo da história contemporânea, os movimentos de reforma do século XX trouxeram como princípio norteador a liberdade no seio da comunidade.

Possibilitar a reflexão acadêmica e profissional para a reconstrução das representações sociais cotidianas da loucura na atualidade surge como um dos maiores desafios para a consolidação de práticas que se pretendem inovadoras e voltadas para a inclusão da diferença para além da psiquiatria biologicista, dos discursos ideológicos e das leis em Saúde Mental.

Nessa direção, o estudo das representações sociais de profissionais atuantes no campo da Saúde Mental pode despontar como caminho humanizador da própria pesquisa científica.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. (2007), *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz.
- ANDREWS, J., BRIGGS, A., PORTER, R., TUCKER, P., WADDINGTON, K. (1997), *The History of Bethlem*, London & New York: Routledge.
- AVELING, E.L., JOVCHELOVITCH, S. (2014), “Partnerships as knowledge encounters: a psychosocial theory of partnerships for health and community development”. *Journal of Health Psychology*, 19(1), pp. 34-45.
- BARDIN, L. (1995), *Análise de Conteúdo*, tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro, Lisboa, Portugal: Edições 70.
- BOURDIEU, P. (1996), *Razões Práticas: sobre a teoria da ação*, tradução de Mariza Corrêa, Campinas, São Paulo: Papirus.
- CASTEL, R. (1991), *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*, tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque, Rio de Janeiro: Edições Graal.
- CERTEAU, M. (1998), *A invenção do cotidiano: artes de fazer* (1), 3.ed., Petrópolis, RJ: Vozes.
- CHKLOVSKI, V. (1999), A arte como processo, em: TZVETAN, T., *Teoria da Literatura I: Textos dos Formalistas Russos*, Edições 70: Lisboa.

- ELIAS, N. (1994), *A Sociedade dos Indivíduos*, tradução de Vera Ribeiro e revisão técnica e notas de Renato Janine Ribeiro, Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- FOUCAULT, M. (2008), *A Arqueologia do Saber*, tradução de Luiz Felipe Baeta Neves, 7.ed., 3.reimp., Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- HELLER, A. (2004), *O Cotidiano e a História*, tradução de Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder, São Paulo: Paz e Terra.
- HENDERSON, J., FULLER, J. (2011), “‘Problematising’ Australian policy representations in responses to the physical health of people with mental health disorders”. *Australian Journal of Social Issues*, 46(2), pp.183-203.
- HOWARTH, C., FOSTER, J., DORRER, N. (2004), “Exploring the Potential of the Theory of Social Representations in Community-Based Health Research—and Vice Versa?” *Journal of Health Psychology*, 9(2), pp. 229-243.
- JODELET, D. (2001), “Representações sociais: um domínio em expansão”. Em: Jodelet, D. (org.), *As Representações Sociais*, Rio de Janeiro: Editora da UERJ, pp. 17-44.
- JOVCHELOVITCH, S. (2008), *Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura*, Petrópolis, RJ: Vozes.
- LEÃO, A., BARROS, S. (2008), “As Representações Sociais dos Profissionais de Saúde Mental acerca do Modelo de Atenção e as Possibilidades de Inclusão Social”. *Saúde e Sociedade*, 17(1), pp. 95-106.
- MORANT, N. (2006), “Social representations and professional knowledge: the representation of mental illness among mental health practitioners”. *British Journal of Social Psychology*, 45(4), pp. 817-838.
- MOSCOVICI, S. (2010), *Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social*, tradução de Pedrinho A. Guareschi, 7. ed., Petrópolis: Vozes.
- SEMMER, N.K., McGRATH, J.E., BEERH, T.A. (2005), “Conceptual Issues in Research on Stress and Health”, C.L. Cooper (ed.), *Handbook of stress medicine and health*, CRC Press, London, pp. 1-43.
- SPINK, M.J.P., LIMA, H. (2013), “Rigor e Visibilidade: A explicitação dos passos de interpretação” (Capítulo IV). Em: SPINK, M.J., *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas*, Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, pp. 71-99.
- SPINK, M.J.P., MEDRADO, B. (2013), “Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas” (Capítulo II). Em: SPINK, M.J. (org.), *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*, Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, pp. 22-41.
- SPINK, M.J., MEDRADO, B., MÉLLO, R.P. (2014), “Vinte e Cinco Anos nos Rastros, Trilhas e Riscos de Produções Acadêmicas Situadas”. Em: SPINK, M.J., BRIGAGÃO, J., NASCIMENTO, V., CORDEIRO, M. (orgs.), *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*, Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, pp. 13-30.

TAVANI, J.L., PIERMATTÉO, A., COLLANGE, J., LO MONACO, G. (2014), “Pour une prise en compte des représentations sociales dans l'étude de la santé au travail: des pistes pour la prévention”. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 75(5), pp. 478-491.

VOELKLEIN, C., HOWARTH, C. (2005), “A Review of Controversies about Social Representations Theory: a British Debate”. *Culture & Psychology*, 11(4), pp. 431-454.

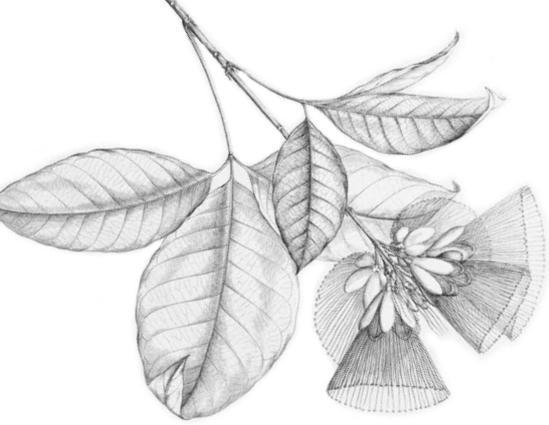
WACHELKE, J.F.R. (2005), “O vácuo no contexto das representações sociais: uma hipótese explicativa para a representação social da loucura”. *Estudos de Psicologia*, 10(2), pp. 313-320.

ZEEMAN, L., SIMONS, L. (2011), “An analysis of discourses shaping mental health practitioners”. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, pp. 712-720.

**ARTIGO 2 – MÉTODO DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO E USABILIDADE
DOS SOFTWARES QUALIQUANTISOFT E DSCSOFT NA PESQUISA
QUALIQUANTITATIVA EM SAÚDE²**

(Artigo publicado na Revista *Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science*, em 2015)

² As páginas seguintes estão formatadas conforme as normas da publicação original e correspondem ao intervalo das páginas 34-48.



Método do Discurso do Sujeito Coletivo e Usabilidade dos Softwares Qualiquantisoft e DSCsoft na Pesquisa Qualiquantitativa em Saúde

Karine Wlasenko Nicolau ¹
Patrícia Maria Fonseca Escalda ²
Paula Giovana Furlan ³

RESUMO:

O artigo discorre sobre o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e destaca aspectos de usabilidade dos softwares Qualiquantisoft e DSCsoft na pesquisa qualiquantitativa em Saúde, baseando-se em estudos-piloto e identificando possíveis benefícios e limitações. Quanto ao DSCsoft, trata-se de uma versão aprimorada do software Qualiquantisoft. Ilustrativamente, são apresentados estudos no contexto nacional que utilizaram a produção de DSC na pesquisa em saúde. Há ênfase no papel do próprio pesquisador no processo de construção do DSC e na importância da clareza conceitual em relação aos aportes teóricos para sua elaboração. São consideradas associações com contribuições teóricas como a Análise do Discurso (AD). O artigo aborda técnicas utilizadas com maior frequência para apoiar a produção de DSC nas pesquisas em Saúde e realiza breves distinções entre grupos focais e grupos de discussão.

Palavras chave: Pesquisa Qualitativa; Pesquisa Qualiquantitativa; Aplicações de Programas de Computador; Grupos Focais; Entrevistas Coletivas.

¹ Mestre em Política Social pela Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT. Brasil. wlasenko@unb.br

² Doutora em Ciência Animal pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Docente na Universidade de Brasília - UnB. Brasil. escalda@unb.br

³ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Docente na Universidade de Brasília - UnB. Brasil. paulafurlan@unb.br

Karine Wlasenko Nicolau; Patrícia Maria Fonseca Escalda; Paula Giovana Furlan

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) refere-se a um instrumento de pesquisa e também a um método para abordagens quali quantitativas desenvolvido no final da década de 1990 no Brasil, na Universidade de São Paulo (USP), pelo casal Lefèvre. Deve-se entender por discurso um agenciamento coerente de conteúdos e de argumentos (Lefèvre & Lefèvre 2012).

Diferentes modos de pensar e de perceber determinadas situações, objetos, procedimentos, relações etc. são traduzidos por diferentes tipos de discursos, denominados por Lefèvre e Lefèvre (2012) de DSCs, os quais reúnem depoimentos de sentido semelhante, porém identificados em sua singularidade. DSCs são elaborados com base nas diferentes expressões-chave dos discursos individuais, as quais, reunidas sob a égide de determinadas ideias centrais, representam categorias de análise coletivas identificadas pelo pesquisador.

Pesquisas de opinião, de representação social ou, de modo mais abrangente, de atribuição social de sentido que apresentem como base depoimentos ou outros materiais como matérias de revistas, jornais etc. podem ser associadas aos softwares Quali quantisoft, QLQT Online e, mais recentemente, ao DSCsoft.

Ambos estão relacionados à elaboração de DSCs e representam um significativo incremento de qualidade em pesquisa, permitindo que os resultados sejam generalizados em escala coletiva, com um depoimento sob a forma de discurso(s)-síntese (Lefèvre & Lefèvre 2012).

Enquanto o software QLQT Online se destina à coleta de dados, facilitando principalmente pesquisas qualitativas à distância por meio do preenchimento de questionário ou formulário eletrônico, os softwares Quali quantisoft e DSCsoft processam dados de natureza qualitativa que estejam organizados sob a forma de discurso, depoimentos ou textos, de qualquer natureza (Lefèvre & Lefèvre 2012).

O recente lançamento do DSCsoft, uma versão aprimorada do Quali quantisoft, introduziu modificações que facilitaram ainda mais sua utilização e, conseqüentemente, sua usabilidade para a pesquisa quali quantitativa, principalmente em relação ao cruzamento de características e seleção de sub-grupos (DSCsoft 2015).

O presente artigo avalia a usabilidade dos softwares Quali quantisoft e DSCsoft na pesquisa em Saúde baseando-se em referências nacionais que produziram DSCs e em estudos-piloto com os softwares Quali quantisoft e DSCsoft inseridos em projeto de doutoramento realizados no decorrer dos anos de 2014 e 2015.

Karine Wlasenko Nicolau; Patrícia Maria Fonseca Escalda; Paula Giovana Furlan

Como dados, foram utilizados textos diversos e conteúdo de pesquisa já concluída, devidamente formalizada sob o ponto de vista ético e metodológico (Nicolau 2014). Convém destacar que o foco dos estudos-piloto, nesse caso, esteve circunscrito à utilização de uma ferramenta metodológica; mais especificamente, a produção do DSC via software.

Conforme apontado por Yin (2015), o estudo-piloto configura uma estratégia metodológica que pode aprimorar o planejamento para a futura coleta de dados, tanto em relação ao conteúdo quanto aos procedimentos que serão realizados.

No caso em questão, avaliar parâmetros de usabilidade do software Qualiquantisoft tornava-se imprescindível para utilizá-lo de forma eficiente e eficaz. Embora recente, o lançamento posterior do DSCsoft apresentou-se como oportunidade privilegiada para a avaliação de usabilidade de ambos.

O artigo intenciona contribuir com informações a respeito da utilização de softwares em pesquisas quali quantitativas e qualitativas, tanto no âmbito da Saúde quanto em outras esferas do conhecimento científico, incrementando o debate contemporâneo quanto as suas possibilidades e limitações.

1. ENFOQUE QUALIQUANTITATIVO E O DSC

Segundo Lefèvre et al. (2002) e Lefèvre e Lefèvre (2012), o enfoque quali quantitativo de produção do DSC expressa dimensões distintas de um mesmo fenômeno por meio do pensamento de coletividades ou pelo resgate das diferenças e semelhanças traduzidas por categorias de pensamento coletivo, abordados sob uma perspectiva dialética que valoriza o múltiplo, o complexo, o diferente e, com a mesma importância, o semelhante, o uno, o simples.

A dimensão sintagmática ou de interdependência que estrutura o DSC pode se referir tanto à reunião e à articulação de diferentes conteúdos discursivos quanto à relação dos diferentes discursos com a realidade socioeconômica e a diversidade das formações culturais.

A fundamentação teórico-metodológica que sustenta a produção do DSC relaciona-se diretamente com a Teoria das Representações Sociais, iniciada por Serge Moscovici na década de 1960 (2011) e seus desdobramentos (Jodelet 2001; Guareschi & Jovchelovitch 2010; Spink & Medrado 2013).

O universo teórico das Representações Sociais (RS) sugere que as mesmas se desenvolvem nas relações sociais e ao mesmo tempo são mediadoras das relações dos sujeitos com o mundo. Objetivam o que precisa ser conhecido e compartilhado para fazer sentido.

Karine Wlasenko Nicolau; Patrícia Maria Fonseca Escalda; Paula Giovana Furlan

No entanto, os objetos representados pelos sujeitos são constantemente recriados (Guareschi & Jovchelovitch 2010), em intensidades variáveis de tempo e com base nas práticas cotidianas (Spink & Medrado 2013).

De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2014) as histórias coletivas trazem consigo códigos coletivos narrativos socialmente compartilhados. Nessa direção, segundo os autores, o diferencial do DSC está na proposta de elaboração de uma narrativa na qual se possa traduzir de modo formalmente organizado como as RS são “metabolizadas” socialmente.

Contudo, importa frisar que não é sempre que uma opinião ou um depoimento traduz uma RS, pois estas são construídas e difundidas por meio da interação pública em práticas cotidianas (Wachelke & Camargo 2007). Em outras palavras, a existência das RS está diretamente acompanhada pela correspondência de práticas realizadas num grupo reflexivo que as utiliza como orientadora de condutas e de atuação.

A singularidade humana, sob a perspectiva das RS, não se encontra assegurada pelo isolamento de opiniões ou de ideias, mas pelo convívio ou, como destacou Castoriadis (2007), por uma individualidade que somente se expressa em sociedade. “[...] desde o momento em que a palavra, mesmo não pronunciada, abre uma primeira brecha, o mundo e os outros infiltram-se por todos os lados [...]” (Castoriadis 2007: 128).

O filósofo grego cita como exemplo o desejo de liberdade, comumente associado à esfera individual, mas que só pode ser elaborado socialmente, por meio de referências construídas nas trocas coletivas a respeito do que constituiria e representaria a almejada liberdade. “A existência humana é uma existência de muitos”, diz Castoriadis (2007: 130).

Ainda que os argumentos de Cornelius Castoriadis não apresentem especificidade em relação às RS, mas na radical concepção de imaginário social, amplo e instituinte, suas contribuições permitem vislumbrar a dimensão imanente das RS e reforçam o ideário de um sujeito que não é uma abstração filosófica, mas um sujeito inevitavelmente envolvido pelo mundo e pelos outros.

No campo da Saúde, o aporte teórico das RS tem permitido aos pesquisadores a identificação de fatores intersubjetivos e socioculturais envolvidos no processo saúde-doença, associando-os à realidade que os influencia e que é por eles influenciada. Tarefa relevante e complexa.

2. A PRODUÇÃO DO DSC

2.1. EXPRESSÕES-CHAVE (ECHS), IDEIAS CENTRAIS (ICS) E ANCORAGENS (AC)

O DSC é produzido com base em *expressões-chave* (ECHs), relacionadas diretamente ao conteúdo, localizadas em trechos do discurso e destacadas após o recorte de falas significativas, o que permite então a identificação de *ideias centrais* (ICs), que se constituem de palavras ou expressões linguísticas que revelam o sentido presente nos depoimentos de modo objetivo e sintético (Lefèvre et al. 2002).

Algumas vezes, a abundância de material sugere que se está diante de várias ideias. No entanto, um discurso extenso pode apenas detalhar ou exemplificar uma mesma ideia (Lefèvre & Lefèvre 2012).

As *ancoragens* (AC), nem sempre verificadas nos discursos, manifestam linguisticamente teorias, ideologias ou crenças na condição de afirmações genéricas e definidoras de uma determinada situação (Lefèvre et al. 2002).

Para a análise que produzirá o DSC, deve-se realizar a seleção das *expressões-chave* presentes nos depoimentos e a identificação das *ideias centrais* e das *ancoragens*, quando localizadas. O pesquisador estabelecerá então categorias que irão se referir a amplos agrupamentos de *ideias centrais*.

Embora essa etapa exija um olhar mais apurado e conhecimentos consolidados do aporte teórico-conceitual para a produção do DSC, o software permite que o próprio pesquisador avalie a qualidade do discurso produzido, aperfeiçoando o recorte dos textos e corrigindo assim desvios e inadequações. Não de modo automático, mas como um processo que vai se tornando mais claro pela prática recorrente e por sucessivas aproximações.

A etapa final de produção do DSC é a elaboração de síntese redigida na primeira pessoa do singular com base em expressões-chave e que apresenta ideias centrais ou ancoragens semelhantes (Lefèvre & Lefèvre 2012; Lefèvre et al. 2002), previamente categorizadas pelo pesquisador com o auxílio do software Qualiquantisoft ou DSCsoft.

2.2. FUNÇÃO DOS SOFTWARES QUALIQUANTISOFT E DSCSOFT E A ASSOCIAÇÃO COM A ANÁLISE DO DISCURSO PARA A PRODUÇÃO DO DSC

O software Qualiquantisoft permite o processamento de dados para a análise de recortes discursivos através da criação de um banco de dados que filtra os discursos em estratos e os compara (Lefèvre & Lefèvre 2012). Cada resposta do sujeito pesquisado, por pergunta ou tópico, resultará em

Karine Wlasenko Nicolau; Patrícia Maria Fonseca Escalda; Paula Giovana Furlan

uma ficha distinta das demais na qual constarão seus dados. Essa ficha será analisada pelo pesquisador e se apresentará como uma etapa crucial de organização dos dados para a produção do DSC.

O pesquisador permanece sendo uma figura indispensável. A qualidade de produção de DSCs está diretamente relacionada ao nível de conhecimento dos conceitos utilizados na análise de RS e outras formas de análise em pesquisa qualitativa, as quais podem ser associadas, introduzindo novos vetores interpretativos.

Concorda-se, como exemplo, com a associação de produção do DSC com a Análise de Discurso (AD), disciplina cujos instrumentos metodológicos destacam o sentido e não apenas o conteúdo dos discursos produzidos, por compreender que a linguagem não é um meio neutro de descrever o mundo e materializa os efeitos de sentido dos discursos (Caregnato & Mutti 2006).

Embora a AD comporte diferentes abordagens, seus métodos de análise têm em comum a premissa de que o sentido não pode ser traduzido, mas somente produzido, por isso necessita ser interpretado contextualmente, tanto sob o aspecto histórico quanto social e ideológico (Maingueneau 2015). Há que se considerar, portanto, a posição discursiva daquele que utiliza a linguagem, mediadora das relações sociais (Pêucheux 2015).

Na AD, a ênfase recai sobre o modo como os discursos são produzidos, envolvendo o contexto interdiscursivo, que fundamenta o discurso com base na chamada memória discursiva ou, aquilo que já foi dito, esquecido e incorporado de modo não consciente; e intradiscursivo, que se refere à produção do discurso em determinadas condições e momento (Orlandi 2009).

No processo de análise discursiva, deve-se considerar também a inclusão do contexto intertextual, o qual relaciona os discursos entre si e possibilita um mapeamento dinâmico das formações discursivas ou, regionalizações do discurso em configurações específicas, não homogêneas, permeadas pela contradição e por fronteiras mais ou menos fluidas, reconfigurando-se continuamente em suas relações (Foucault 2012).

De acordo com Orlandi (2009), a AD baseia-se em uma teoria materialista do discurso, uma teoria não subjetivista da subjetividade que propõe trabalhar o efeito de evidência dos sujeitos e também a dos sentidos com base na linguagem.

Nessa direção, associar a produção do DSC e sua fundamentação nas RS com a AD mostra-se promissora e merece destaque, pois permite a compreensão das RS para além dos sentidos produzidos, orientando-as dinamicamente pelos contextos sociais em que se apresentam e pelas chamadas

Karine Wlasenko Nicolau; Patrícia Maria Fonseca Escalda; Paula Giovana Furlan

formações discursivas, matrizes de sentido atreladas às dinâmicas de poder e saber em determinado momento histórico (Foucault 2012).

Contudo, convém lembrar que a própria interpretação não está livre de determinações, pois ela mesma se encontra balizada pelas formações discursivas, na acepção foucaultiana do termo (Foucault 2012). Sob um olhar contemporâneo, as formações discursivas não se apresentariam delimitadas *a priori*, mas se configurariam ao longo do próprio processo de pesquisa (Courtine 2009; Pêucheux 2015).

O reconhecimento textual e das RS produzidas nos discursos, somadas à produção de DSCs poderiam ser consideradas etapas iniciais da AD. A utilização de softwares como o Qualiquantisoft e o DSCsoft permite a ampliação quantitativa do *corpus* de pesquisa e pode desempenhar um importante papel ao organizar e refinar o material de pesquisa, embora se compreenda que o processo de análise não deve se restringir a este aspecto somente.

Segundo Wachelke e Camargo (2007), para determinados pesquisadores o campo de estudos das RS estaria mais próximo de um paradigma em pesquisa social do que de uma teoria. Em acréscimo, os autores destacam a necessidade de pesquisas que comportem diferentes níveis de expressão das RS, como suas relações intergrupais, entre indivíduos e grupos, centrais e periféricas etc.

Isso significa reafirmar que as RS constituem expressões de mundo, tanto na qualidade de produto, dinâmico e relacional; quanto na qualidade de processo, transformador das relações sociais.

3. O DSC E A PESQUISA EM SAÚDE

Na Saúde, a relação dialética entre qualidade e quantidade torna-se fundamental, pois possibilita a integração de aspectos relacionados à produção de saúde que jamais se excluem, como as questões coletivas e singulares, as estruturas macro e micropolíticas, entre outras, aparentemente distintas, porém intrinsecamente relacionadas. O DSC permite que se contemple essa relação dialética na pesquisa em Saúde ao organizar os dados com a abrangência que os coletivos requerem, associados à singularidade expressa pelos depoimentos de cada sujeito (Lefèvre & Lefèvre 2012).

3.1. ESTUDOS BRASILEIROS NA SAÚDE E A ELABORAÇÃO DE DSCS

A compreensão de crenças, valores, motivações ou, de um modo geral, os princípios que fundamentam as representações de um determinado grupo, população ou comunidade com base no DSC foram destacadas por estudos em âmbito nacional apresentando delineamentos diversos.

Karine Wlasenko Nicolau; Patrícia Maria Fonseca Escalda; Paula Giovana Furlan

Os estudos apresentados a seguir sugerem a amplitude de possibilidades temáticas, ao mesmo tempo em que convergem para a centralidade do elemento humano na produção do conhecimento compartilhado e que orienta condutas e práticas cotidianas.

Enquanto alguns pesquisadores se voltaram para o papel das ancoragens na saúde pública (Lefèvre et al. 2002), outros identificaram dificuldades na adesão ao tratamento de pessoas que conviviam com HIV/AIDS, priorizando as ideias centrais dos depoimentos (Filho et al. 2012). Investigando a formação profissional em Saúde, pesquisadores produziram DSCs servindo-se de instrumentos variados, como entrevistas individuais livres, questionários e grupos focais sob a mesma orientação metodológica, constatando a demanda por uma maior qualificação e disponibilidade de tempo relacionado à preceptoria de território (Pagani & Andrade 2012).

Sob a égide da promoção da saúde, foram produzidos DSCs que reposicionaram o próprio processo de pesquisa em Saúde como uma possibilidade de fortalecimento democrático em função do compartilhamento de informações e de saberes; no caso, sobre o significado da participação social em um comitê gestor de ações públicas na esfera ambiental (Lopes & Ximenes 2011).

O tema da violência doméstica também foi objeto de análise com base em DSCs que colaboraram para a elaboração de ações educativas em saúde (Signori & Madureira 2007). A representação das vivências de puérperas-adolescentes em relação aos cuidados com o recém-nascido colaborou para a desmistificação da ideia de que adolescentes não estariam aptas a realizar adequadamente tais cuidados por contarem com o apoio familiar (Bergamaschi & Praça 2008).

Considerando a possibilidade de dupla representação na produção de DSCs (qualitativa e quantitativa), verificou-se a opção por uma apresentação percentual de dados baseados em entrevistas semiestruturadas com pacientes em um hospital universitário diagnosticados com glaucoma, na intenção de avaliar a adesão ao tratamento por meio de fatores qualificados pelos próprios pacientes (Silva et al. 2010), um relevante diferencial da pesquisa qualiquantitativa (Lefèvre & Lefèvre 2012).

Os estudos que não apresentaram como objetivo a construção de categorias de análise pelos próprios pesquisados adotaram invariavelmente a premissa de valorização das percepções, das representações e de posicionamentos sobre temas mais evidentes ou consolidados, no intuito de avaliarem em maior profundidade aspectos relacionados, por exemplo, ao desenvolvimento de programas e de ações em Saúde (Almeida & Tanaka 2009).

No entanto, verificou-se a necessidade de inclusão de um aspecto ausente ou minimizado nos estudos apresentados: a relação macro e micropolítica de organização dos serviços de saúde, para além

Karine Wlasenko Nicolau; Patrícia Maria Fonseca Escalda; Paula Giovana Furlan

da descrição dos processos de trabalho instalados, o que pode ser traduzido por uma maior elucidação dos contextos em que as práticas cotidianas de saúde emergem, são (re) produzidas e poderão ser transformadas, além das interações intragrupais, fundamentais no campo da Atenção Primária à Saúde e demais espaços de Saúde Coletiva, como a Saúde Mental.

Desse modo, a associação com perspectivas ampliadas de análise, como a AD, já referida anteriormente, pode enriquecer consideravelmente a trajetória de pesquisa, conferindo espaço inclusive ao que não se associou de início ao objeto de estudo.

4. USABILIDADE E POSSÍVEIS LIMITAÇÕES DO QUALIQUANTISOFT E DSCSOFT

O conceito de usabilidade refere-se ao grau de facilidade com o qual o usuário consegue interagir com determinada interface e refere-se à qualidade de uso de um programa e suas aplicações (Preece et al. 1993) e depende do ajuste entre as características de sua interface com as características de seus usuários (Cybis et al. 2015).

Isso significa considerar na avaliação de usabilidade o fato de que é relativamente recente a inclusão de tecnologias digitais para pesquisas quali e quali-quantitativa. Softwares como o Qualiquantisoft e DSCsoft, entre outros, ainda são pouco explorados em pesquisas e objeto de muitas controvérsias no que se refere a sua utilização em abordagens qualitativas, como se de alguma forma descaracterizassem ou então reduzissem as possibilidades de análise.

No entanto, defende-se aqui a ideia de que são instrumentos fundamentais quando se pretende avançar na organização e na ampliação do *corpus* de pesquisas quali e quali-quantitativas.

Outro aspecto importante a se destacar e que está de acordo com Cybis et al. (2015) aponta para a ideia de que interfaces idênticas podem gerar interações satisfatórias para usuários experientes e experiências negativas para usuários iniciantes. Em outras palavras, a relação de usabilidade com softwares depende da familiaridade adquirida por meio do uso e da prática, o que requer tempo e disponibilidade.

A escolha do software deve estar relacionada de modo coerente aos objetivos da pesquisa e principalmente às características pessoais do usuário. Quando esse aspecto é minimizado, corre-se o risco de abandonar instrumentos que, embora sejam tecnicamente adequados, não correspondem às reais necessidades daquele que pesquisa.

Karine Wlasenko Nicolau; Patrícia Maria Fonseca Escalda; Paula Giovana Furlan

No caso em questão, a familiaridade com os softwares Qualiquantisoft e DSCsoft produziu uma interação satisfatória com suas interfaces, inclusive por permitir a identificação de aspectos referentes à qualidade das ideias centrais e das categorias de análise.

O aprimoramento representado pelo DSCsoft não comprometeu a usabilidade do Qualiquantisoft. Como resultado, verificou-se um alto grau de usabilidade em ambos, principalmente na transposição e visualização de dados, ainda mais facilitada no DSCsoft, o que os diferencia de outros programas disponíveis para a pesquisa qualitativa, como por exemplo, o software Nvivo, descrito didaticamente por Lage (2011).

A proposta de produção do DSC tem por objetivo apresentar soluções para problemas com as quais os pesquisadores se deparam ao realizar pesquisas de opinião ou de representação social por meio de um conjunto integrado de instrumentos de pesquisa associado organicamente às dimensões qualitativa e quantitativa inerentes a qualquer representação social, na qualidade de sistemas de crenças diferentemente compartilhadas por sujeitos que convivem em determinadas formações socioeconômicas e culturais (Lefèvre & Lefèvre 2012).

Na área da Saúde, conforme já explicitado, essa relação dialética entre singularidade e coletivos possibilita um olhar integrado aos diversos fatores envolvidos no processo saúde-doença.

O DSC torna possível quantificar depoimentos semelhantes sem descaracterizar sua qualidade imanente de discurso em pesquisas com grande quantidade de sujeitos com posicionamentos diversos. No caso de grupos pequenos, devem ser justificados pela limitação da situação específica na qual se encontram e da qual seriam todos signatários (Lefèvre & Lefèvre 2012).

Os softwares Qualiquantisoft e DSCsoft tornam mais ágeis tarefas mecânicas da pesquisa e principalmente organizam o trabalho de análise qualitativa realizada pelo pesquisador. Pela facilidade com a qual se pode transpor e organizar o conteúdo do material pesquisado verifica-se que a maior limitação na utilização dos softwares reside precisamente naquilo que lhes é externo: a clareza do pesquisador em relação ao que irá caracterizar como relevante e o que irá conceituar como expressões-chave, ideias centrais e ancoragens, o que pode comprometer significativamente a produção do DSC.

A prolixidade que muitas vezes invade análises no campo da pesquisa social apresenta-se como um empecilho para a produção de DSCs que tenham como fundamento epistemológico a transformação das relações e das práticas em saúde. Há que se identificar, portanto, a centralidade dos problemas delineados pelo discurso do sujeito que é coletivo, mas que expressa singularmente (porém não individualmente) suas percepções.

5. TÉCNICAS DE PESQUISA PARA A PRODUÇÃO DO DSC

Verifica-se relativa flexibilidade na utilização de técnicas que podem auxiliar a produção de DSCs. No entanto, algumas se destacam como recursos mais reconhecidos na área da Saúde.

5.1. ENTREVISTAS INDIVIDUAIS

As entrevistas individuais permitem mapear a percepção de vida e de mundo dos respondentes, fornecendo dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os sujeitos e sua situação (Gaskell 2003). Tais entrevistas objetivam uma visão aprofundada das crenças, atitudes, valores, motivações e são uma das técnicas mais utilizadas na pesquisa em Saúde.

Recurso privilegiado para a produção do DSC, em geral é organizada de forma semiestruturada. As entrevistas abertas também poderão ser relevantes para a qualificação de fatores relacionados ao que se pretende investigar. Ambas foram utilizadas nos estudos-piloto e encorajaram as pesquisadoras a pensar em seu formato coletivo, considerando suas potencialidades.

5.2. ENTREVISTAS COLETIVAS, GRUPOS FOCAIS E GRUPOS DE DISCUSSÃO

Lefèvre e Lefèvre (2012) advertem para o aumento da complexidade de registro e de transposição de informações em entrevistas coletivas, geralmente apresentadas sobre a forma de grupos focais (porém não exclusivamente), para as quais deverão ser dedicados cuidados adicionais, principalmente em relação aos emissores dos depoimentos ou relatos.

Essa precaução estende-se igualmente aos chamados grupos de discussão, que não devem ser considerados entrevistas coletivas, como os grupos focais, pois não apresentam como premissa a centralidade no entrevistador, mas no debate entre os participantes, com o mínimo de interferência possível.

Sob esse aspecto, há que se fazer uma distinção entre grupos focais e grupos de discussão, muitas vezes equivocadamente iguallados.

Grupos focais referem-se a um debate aberto e acessível a todos os participantes, representando uma esfera pública ideal, no sentido habermasiano; os assuntos em questão são de interesse comum; as diferenças de posição social entre os participantes não são levadas em consideração; o debate segue uma linha racional de condução, baseada em perguntas pré-definidas e qualificadas pelo pesquisador, o qual se mantém como figura central na condução da entrevista (Gaskell 2003).

Grupos de discussão representam um instrumento por meio do qual o pesquisador estabelece uma trajetória de reconstrução dos diferentes meios sociais e do *habitus* coletivo do grupo pesquisado,

Karine Wlasenko Nicolau; Patrícia Maria Fonseca Escalda; Paula Giovana Furlan

ou seja, aquilo que se estrutura nos meios sociais e que é estruturante das ações e representações de aptidões sociais incorporadas, mas que são passíveis de modificação. Apresenta como objetivo principal a análise dos chamados epifenômenos sociais ou, aqueles que têm como fonte outros fenômenos sociais a eles relacionados (Weller 2006).

Os grupos de discussão são organizados com sujeitos que possuem traços sociais comuns, como faixa etária e meio social, por exemplo. Para tanto, o domínio dos aspectos metodológicos não se mostra suficiente. Devem ser incluídos o conhecimento prévio e a aproximação com o meio pesquisado (Weller 2006).

O material produzido pelo grupo de discussão pode se articular teórica e metodologicamente à AD, mencionada anteriormente, inserindo-se de modo coerente na construção do dispositivo analítico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção de DSCs com o auxílio dos softwares Qualiquantisoft e DSCsoft, em geral pouco explicitada no universo acadêmico brasileiro, implica reavaliação de posturas epistemológicas e retificação de conceitos equivocados a respeito das figuras de análise (expressões-chave, ideias centrais e ancoragens) por aproximações práticas e sucessivas com a organização e a transposição de dados.

Ainda que os softwares realizem procedimentos que seriam praticamente inviáveis sem o seu auxílio, a qualificação permanente do pesquisador ou grupo de pesquisadores permanece como questão crucial neste processo.

A distinção entre as diferentes técnicas de pesquisa disponíveis também se mostra indispensável à produção de DSCs com bases epistemológicas mais transparentes, conferindo à pesquisa qualitativa e qualiquantitativa uma função transformadora e não apenas descritiva dos fenômenos sociais.

Contudo, em relação a esse aspecto, dois pontos devem ser considerados: a) a questão de pesquisa deve sobrepor-se à técnica, o que significa afirmar que o aparato técnico serve à problematização realizada no processo de pesquisa e não o inverso; b) a transformação social não corresponde, na acepção adotada, a um ideal abstrato a ser alcançado por determinações previamente estabelecidas na modificação de uma suposta ordem social. Isso significa conceber processos de transformação social nos quais a própria intencionalidade se manifesta em consequência de múltiplas determinações e para as quais, conseqüentemente, qualquer delimitação prévia demarcaria uma contradição entre termos.

Karine Wlasenko Nicolau; Patrícia Maria Fonseca Escalda; Paula Giovana Furlan

A trajetória realizada por intermédio dos estudos-piloto sugere que a produção do DSC associada aos softwares Qualiquantisoft e DSCsoft não impede a elaboração de um dispositivo analítico que envolva a compreensão de forças contraditórias e a complexidade dos discursos sociais.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem o apoio da Universidade de Brasília (UnB) e a bolsa de doutoramento concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

REFERÊNCIAS

Almeida CAL, Tanaka OU 2009. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev Saúde Pública* 43(1): 98-104.

Bergamaschi SFF, Praça NS 2008. Vivência da Puérpera-adolescente no cuidado do recém-nascido, no domicílio. *Rev Esc Enferm* 42(3): 454-460.

Caregnato RCA, Mutti R 2006. Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo. *Texto Contexto Enferm* 15(4): 679-684.

Castoriadis C 2007. *A Instituição Imaginária da Sociedade*, tradução de Guy Reynaud, 6 ed., Paz e Terra, SP, 418 pp.

Courtine JJ 2009. *Análise do discurso político: o discurso comunista endereçado aos cristãos*, EDUFSCAR, São Carlos, SP, 250 pp.

Cybis W, Betiol AH, Faust R 2015. *Ergonomia e usabilidade: conhecimentos, métodos e aplicações*, 3 ed. atualizada e ampliada, Novatec, SP, 496 pp.

DSCsoft 2015. Disponível em: <http://www.tolteca.com.br/dscSoft.aspx>

Filho MPS, Luna IT, Silva KL, Pinheiro PNC 2012. Pacientes vivendo com HIV/AIDS e coinfeção tuberculose: dificuldades associadas à adesão ou ao abandono do tratamento. *Rev Gaúcha Enferm* 33(2): 139-145.

Foucault M 2012. *A arqueologia do saber*, tradução de Luiz Felipe Baeta Neves, 8 ed., Forense Universitária, RJ, 244 pp.

Gaskell G 2003. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer MW, Gaskell G (edit.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*, 2 ed., Tradução de Pedrinho A. Guareschi, Vozes, Petrópolis, RJ, p. 64-89.

Guareschi PA, Jovchelovitch S (orgs.) 2010. *Textos em representações sociais*, 11 ed., Vozes, Petrópolis, RJ, 328 pp.

Jodelet D 2001. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D (org.), *As Representações Sociais*, Eduerj, RJ, p. 17-44.

Karine Wlasenko Nicolau; Patrícia Maria Fonseca Escalda; Paula Giovana Furlan

Lage MC 2011. Utilização do software NVivo em pesquisa qualitativa: uma experiência em EaD. *Educ. Tem Dig* 12(n.esp.): 198-226.

Lefevre AMC, Lefevre F, Cardoso MRL, Mazza MMPR 2002. Assistência Pública à saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. *Saúde Soc* 11 (2): 35-47.

Lefevre F, Lefevre AM 2012. *Pesquisa de Representação Social: um enfoque quali quantitativo*, 2 ed., Liber Livro, Brasília, 224 pp.

Lefèvre F, Lefèvre AMC 2014. Discurso do Sujeito Coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. *Texto Contexto Enferm* 23(2): 502-507.

Lopes MSV, Ximenes LB 2011. Enfermagem e saúde ambiental: possibilidades de atuação para a promoção da saúde. *Rev Bras Enferm* 64(1): 72-77.

Maingueneau D. *Discurso e Análise do Discurso*, tradução de Sírio Possenti, Parábola, SP, 189 pp.

Moscovici S 2011. *Representações Sociais: investigações em psicologia social*, tradução de Pedrinho A. Guareschi, 9 ed., Vozes, Petrópolis, RJ, 408 pp.

Nicolau KW 2014. *Redes de Apoio Social e Política de Saúde: dádiva e direitos em debate*, Novas Edições Acadêmicas, Saarbrücken, Deutschland, 266 pp.

Orlandi EP 2009. *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*, 8 ed., Pontes, Campinas, SP, 100 pp.

Pagani R, Andrade LOM 2012. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE. *Saúde Soc* 21(supl.1): 94-106.

Pêcheux M 2015. *O Discurso: estrutura ou acontecimento*, tradução de Eni Puccinelli Orlandi, 7 ed., Pontes, Campinas, SP, 66 pp.

Preece J, Benyon D, Davies G, Keller L 1993. *A Guide to Usability: human factors in computing*, Longman Group United Kingdom, UK, 144 pp.

Signori M, Madureira VSF 2007. A violência contra a mulher na perspectiva de policiais militares: espaço para a promoção da saúde. *Acta Sci Health Sci* 29(1): 7-18.

Silva LR, Paula JS, Rocha EM, Rodrigues MLV 2010. Fatores relacionados à fidelidade no tratamento do glaucoma: opiniões de pacientes de um hospital universitário. *Arq Bras Oftalmol* 73(2): 116-119.

Spink MJP, Medrado B 2013. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise de práticas discursivas. In: Spink MJ (org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*, Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, RJ, p. 22-41.

Wachelke JFR, Camargo BV 2007. Representações sociais, representações individuais e comportamento. *R Interam Psicol* 41(3): 379-390.

Weller W 2006. Grupos de discussão na pesquisa com adolescentes e jovens: aportes teórico-metodológicos e análise de uma experiência com o método. *Educação e Pesquisa* 32(2): 241-260.

Karine Wlasenko Nicolau; Patrícia Maria Fonseca Escalda; Paula Giovana Furlan

Yin RK 2015. *Estudo de caso: planejamento e métodos*, tradução de Ana Trorell, 5 ed., Bookman, RS, 290 pp.

Discourse of the Collective Subject Method and Usability of Qualiquantisoft and DSCsoft Software in Qualiquantitative Health Research

ABSTRACT

The article discusses about Discourse of the Collective Subject method and highlights usability aspects of Qualiquantisoft and DSCsoft software in Qualiquantitative research in Health, based on pilot studies and identifies potential benefits and limitations. DSCsoft is an enhanced version of Qualiquantisoft software. There are a lot of national studies that used the production of DSC in health research. It emphasizes on the role of the researcher in the DSC building process and the importance of conceptual clarity on theoretical contributions for your elaboration. Associations are considered with theoretical contributions as Discourse Analysis. The article discusses techniques frequently used to support the production of DSC on health researches and conducts brief distinctions among focus groups and discussion groups. About the social transformation, we believe that is not a predetermined process, but it is results of multiple factors and subjects.

Keywords: Qualitative Research; Qualiquantitative Research; Computer Software Applications; Focus Groups; Group Interviews.

Data Submissão: 11/11/2015
Data Aceite: 12/12/2015

**ARTIGO 3 – ANÁLISE DE DISCURSO NA PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE:
CONSTRUÇÃO DE UNIDADES TÓPICAS E NÃO TÓPICAS³**

(Artigo publicado nas *Atas do 5. Congresso Ibero-americano em Investigação Qualitativa*, ocorrido na cidade do Porto, Portugal, em 2016)

³ As páginas seguintes estão formatadas conforme as normas da publicação original e correspondem ao intervalo das páginas 50-55.

Análise de Discurso na pesquisa qualitativa em Saúde: construção de unidades tópicas e não tópicas

Karine Wlasenko Nicolau¹, Patrícia Maria Fonseca Escalda¹, Paula Giovana Furlan¹

¹ Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ceilândia (FCE), Brasil
wlasenko@unb.br; escalda@unb.br; paulafurlan@unb.br

Resumo. O artigo apresenta a Análise de Discurso (AD) na pesquisa qualitativa em Saúde como possibilidade no campo dos Estudos do Discurso e como saber heterogêneo sustentado por bases interdisciplinares, correntes teóricas que atendem a determinados interesses de estudo e a um setor da vida social ou um tema mobilizador. Resultados iniciais de pesquisa realizada em serviços de Saúde Mental ratificaram a necessidade de delimitação prévia e processual do *corpus* de pesquisa. Quanto à perspectiva analítica na AD, compreende-se que deve comportar lugares institucionais identificáveis em um território de saber e de práticas específico, aliado a um cenário sócio-histórico e aos discursos produzidos coletivamente. Recorreu-se à organização metodológica dos dados obtidos em *unidades tópicas* e *unidades não tópicas* conforme proposto por Dominique Maingueneau, com ênfase nos conceitos de formação discursiva e de percurso, objetivando explorar relações dinâmicas e imprevistas, dispersões e circulações presentes no *corpus* em análise.

Palavras-chave: Análise do Discurso, pesquisa qualitativa, serviços de Saúde Mental.

Discourse Analysis in qualitative health research: formulating topic and non-topics units

Abstract. The article presents Discourse Analysis (AD) in qualitative health research as a possibility in the field of Discourse Studies and as heterogeneous knowledge supported by interdisciplinary bases, theoretical lines that meet certain study of interest and a sector of social life or mobilizing theme. Initial results obtained in ongoing research in mental health services have ratified the need for prior and procedural delimitation of the research corpus. As for the analytical perspective in AD, it is understood that must include institutional places identified in a territory of knowledge and specific practices, combined with a socio-historical setting and the speeches produced in collective spaces. It used the methodological organization of data in topical units and not topical units as proposed by Dominique Maingueneau, with emphasis on the concepts of discursive formation and course to explore dynamics and unexpected relationships, dispersions and circulations in corpus analysis.

Keywords: Discourse Analysis, qualitative research, Mental Health services.

1 Introdução

Dize-me qual é teu corpus, eu te direi qual é tua problemática
(Charaudeau, 2011).

De acordo com Maingueneau (2015), Estudos do Discurso refere-se a um campo de pesquisa essencialmente transdisciplinar que perpassa o conjunto das ciências humanas e sociais e das humanidades, posicionando-se contra a tendência de divisão do saber em domínios cada vez mais especializados e vinculando-se às problemáticas do discurso. Não se confunde com o campo mais restrito da Análise de Discurso (AD), cujo «interesse específico é relacionar a estruturação dos textos aos lugares sociais que os tornam possíveis e que eles tornam possíveis» (Maingueneau, 2015, p. 47). *Discurso*, sob essa perspectiva, não se reduz ao recurso linguístico e tampouco é algo absorvido completamente por realidades sociais ou psicológicas (Maingueneau, 2015). Trata-se de «um

percurso de significância que se acha inscrito num texto e que depende de suas condições de produção e dos locutores que o produzem e o interpretam» (Charaudeau, 2011, p. 6).

Relembrando Foucault (2012[1969]), o *discurso* pode ser compreendido como um conjunto de modos que comunicam um conteúdo seja qual for a linguagem adotada. Sem qualquer intenção radical de relativismo, pode-se afirmar que a capacidade dos discursos para ordenar a realidade parece superar seu conteúdo. Assim, um discurso dominante deteria o poder, em considerável medida, de *produzir verdades* em dado momento histórico.

Maingueneau (2015) afirma que a AD não pode estudar textos se estes não forem convertidos em um *corpus*, que se refere a materiais diversos que os analistas do discurso considerariam necessários para responder a determinada questão em função dos objetivos e meios dos quais o pesquisador dispõe. Isso incluiria suas escolhas metodológicas, as quais, por sua vez, estabeleceriam os objetos de estudo, que não estariam deste modo em uma suposta *realidade social total* para serem *coletados*, mas seriam construídos no próprio processo de delimitação da pesquisa.

Ainda que lugares institucionais e posicionamentos ideológicos interessem aos analistas do discurso (Maingueneau, 2007, 2015), pode-se afirmar que a AD não está dispensada de categorizações. Nessa direção, seriam delimitadas primeiramente as chamadas *unidades tópicas* (Maingueneau, 2008, 2015), por meio de gêneros textuais e de registros.

As denominadas *unidades não tópicas* surgiriam em um segundo momento, definidas posteriormente às *unidades tópicas* pelos pesquisadores e subdivididas em *formações discursivas* e *percursos*, de acordo com a organização proposta por Maingueneau (2015). Aos objetivos deste relato interessam especialmente as *unidades não tópicas*, considerando os desafios de sua delimitação para o *corpus* de pesquisa.

Os resultados apresentados ao longo deste trabalho referem-se ao aspecto qualitativo de pesquisa descritivo-exploratória com foco na grupalidade para adultos com transtornos graves e persistentes em realização nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Distrito Federal, região centro-oeste do Brasil.

O conteúdo de tais resultados contempla parcialmente um dos objetivos específicos do projeto de pesquisa relacionado ao mapeamento de representações dos cuidados em Saúde Mental e das práticas discursivas envolvendo profissionais de saúde e usuários.

O delineamento metodológico prevê a observação direta de intervenções, questionários semiestruturados para profissionais de saúde e formulários para usuários; e grupos de discussão com os profissionais. O processamento dos dados inclui a utilização de softwares de auxílio à pesquisa qualitativa, como o *Qualiquantisoft* e o *DSCsoft*.

Para a elaboração da AD que orienta o projeto, será enfatizada a construção de unidades tópicas e não tópicas como passo decisivo para uma análise ampliada, porém não definitiva, do conteúdo produzido no processo de pesquisa, de feições regionalizadas, mas que não se restringem à sua descrição.

Em breve revisão sistemática ilustrativa relativa à utilização da AD em Saúde Mental consultou-se a base dados Medline por meio do PubMed utilizando-se os termos *mental health* e *discourse analysis*, os filtros de disponibilidade *free full text* e período de publicação dos últimos cinco anos. A busca resultou em vinte e nove artigos, dos quais foram excluídos aqueles cujo delineamento metodológico não se relacionava diretamente a serviços de Saúde Mental e/ou então não adotavam a AD como referencial norteador de análise.

Apenas seis artigos se aproximaram do delineamento metodológico proposto para a AD como apresentado neste trabalho. A diversidade de arranjos parece ser constitutiva da AD, mesmo quando se adota a premissa comum de que o processo de análise de discursos extrapola os recursos linguísticos e os contextos de análise restritivos, sejam materiais, psicológicos ou sociais. A análise

conjunta dos dados pela equipe de pesquisadores despontou como traço distintivo da maioria dos trabalhos selecionados.

Não foram incluídos artigos cujo referencial metodológico estivesse fundamentado na Análise Crítica do Discurso (ACD), embora se reconheça sua relevância e contribuição para o debate no campo transdisciplinar dos Estudos do Discurso.

Utilizando o ideário foucaultiano de discurso e uma perspectiva linguística socioconstrucionista, Johnson, Oliffe, Kelly, Galdas e Ogradniczuk (2012) elaboraram a AD procurando captar os enquadres discursivos por meio de linhas de análise que identificaram percepções de reprodução ou de resistência ao senso comum em relação a questões de gênero e de ajuda profissional em homens diagnosticados clinicamente com depressão. Gómez et al. (2012) organizaram grupos de discussão e entrevistas em profundidade com pacientes diagnosticados com depressão para então realizarem uma análise sociológica dos discursos, que poderia ser considerada uma das vertentes da AD. Marques, Toledo e Garcia (2012) utilizam categorizações temáticas para uma AD com base em referenciais psicanalíticos. Andersen e Svensson (2012) elaboraram a AD identificando discursos homogêneos e padrões dominantes relacionados à luta pela vida e às recomendações realizadas por serviços de Saúde Mental via web. Na proposta de Salles e Barros (2013) a AD foi elaborada agrupando-se fragmentos de temas aos quais os discursos se referiam e após o estabelecimento inicial de categorias empíricas inerentes aos mesmos com base em entrevistas semiestruturadas, associando o processo analítico à teoria do cotidiano de Agnes Heller. O artigo de Prior (2012), de inspiração foucaultiana, embora não detalhe precisamente os passos metodológicos para a elaboração da AD, traz elementos que se assemelham à construção de unidades tópicas e não tópicas, nestas últimas especialmente em relação às formações discursivas, estabelecendo linhas temáticas de análise.

A breve revisão realizada parece indicar a heterogeneidade dos caminhos possíveis para a AD e sua dependência intrínseca aos objetivos que norteiam os estudos em Saúde, sem qualquer prejuízo para a validade dos resultados, a priori. Nessa direção, a contribuição que ora se propõe repousa em uma dessas possibilidades. Espera-se que incentive arranjos singulares e com a clareza metodológica necessária para serem compreendidos, compartilhados e redefinidos, quando for o caso.

1.1 Informações éticas sobre a pesquisa

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Saúde (FS) da Universidade de Brasília (UnB); e pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) no segundo semestre de 2015 sob os pareceres n.º 1.181.837 e n.º 1.226.429, respectivamente.

1.2 Delimitação das *unidades tópicas* da pesquisa

Os gêneros e registros da pesquisa em questão, na qualidade de *unidades tópicas*, foram delimitados da seguinte forma: pela Saúde Mental brasileira (esfera de atividade), pelo discurso dos profissionais de saúde e usuários dos serviços de Saúde Mental representados pelos CAPS (lugar de atividade) e pelo discurso relativo à Reforma Psiquiátrica (posicionamento no campo discursivo: centro, periferia, fronteira), tomando-se como base o tema *grupalidade*. A delimitação tópica inicial, que pode incluir dados quantitativos, torna-se essencial para a operacionalização da AD sob o aspecto qualitativo.

Referenciando-se em Charaudeau (2011), trata-se de um *corpus* organizado em torno de uma problemática representacional e interpretativa, cuja função seria identificar de forma emblemática sistemas de valores. Contudo, convém destacar que não se pretende desvendá-los com base em

significações ocultas ou ausentes, mas por meio da aproximação com a rede de relações estabelecida no cotidiano, de configuração histórico-social. Os sujeitos foram considerados capazes de responder e participar da rede interdiscursiva e, portanto, responsáveis pelos discursos que adotam, embora nem sempre estivessem conscientes disso.

2 Unidades não tópicas: formações discursivas e percursos

As *unidades não tópicas*, representadas pelas *formações discursivas* e pelos *percursos*, foram referenciadas em um *lugar social*, compreendido como um determinado posicionamento em um campo discursivo (Maingueneau, 2015). Tais unidades foram estabelecidas com base na observação direta de práticas discursivas e nas falas e discussões dos profissionais de saúde e de usuários a respeito do tema central (grupalidade), com foco nos cuidados em Saúde Mental. Sem a pretensão de homogeneizar discursos, considerou-se a existência de locutores coletivos, o que poderia refletir a imersão coletiva em sistemas de valores e de ideologias (no sentido referencial e não como *ilusão* ou *engano*).

2.1 Formações discursivas

Ainda que não se tenha como objetivo exaurir a noção de *formação discursiva*, cujas raízes remontam à década de 1970 e remetem os analistas do discurso aos filósofos franceses Michel Foucault e Michel Pêcheux, essa emblemática referência na AD será concebida como um construto de relações até então invisibilizadas com base em critérios definidos pelo pesquisador.

Para Maingueneau (2015), trata-se de uma *unidade não tópica* que poderia ser associada ao termo *mentalidade*, permitindo agrupar enunciados e estabelecer relações imprevistas na superfície dos discursos em estudo. No entanto, o analista francês adverte sobre a necessidade de separar problemáticas restritivas. Em outras palavras, ratifica-se a importância do delineamento claro em relação ao que se problematizou a fim de que se o objeto de estudo se torne administrável.

2.2 Percursos

Maingueneau (2008, 2015) destaca que, se as formações discursivas, na qualidade de *unidades não tópicas*, apresentam como objetivo reunir textos de gêneros diversos ao redor de um ou mais focos, ainda que modo dinâmico e não totalizante, os chamados *percursos* trazem a missão de agrupar materiais heterogêneos com base em um *significante*, não para que se realize uma análise temática, mas para oferecer a «medida de uma dispersão» (Maingueneau, 2015, p. 95).

Segundo Furlanetto (2015, p. 598), «percursos remetem a redes de unidades variáveis (lexicais, proposicionais, fragmentos textuais do interdiscurso) que o pesquisador usa para estabelecer trajetos inesperados». Na atualidade, tal intento se encontra facilitado pelo auxílio de programas informatizados, conforme referido em trabalhos anteriores (Nicolau, Escalda & Furlan, 2015a, 2015b), os quais permitem aos pesquisadores trabalharem com *corpora* muito mais amplos e representam considerável avanço na pesquisa qualitativa, resultado de um processo em curso há mais de três décadas.

Quanto à elaboração de um *percurso*, Maingueneau (2015) aponta o uso de *fórmulas* sobre as quais pode incidir um *significante*, recorrendo à redefinição proposta por Krieg-Planque (2010), embora afirme sua utilização pela AD há tempos. A fórmula *por uma sociedade sem manicômios*, slogan lançado no II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental na cidade de Bauru, São Paulo, em 1987,

conforme informado por Santo, Soares e Amarante (2016) e em torno do qual uma diversidade considerável de posicionamentos se manifesta na atualidade, despontou como apropriada. Não se tratava de um tema isolado ou pré-estabelecido, mas de algo que poderia favorecer o reconhecimento do insuspeitado e do contraditório, como por exemplo: que lógicas atuantes nos serviços de Saúde Mental subvertem a lógica antimanicomial na atualidade? Se for considerado que o slogan não é contestado contemporaneamente mesmo por grupos contrários ao modo como se manifestou o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, a fórmula torna-se ainda mais relevante.

3 Síntese preliminar da AD relativa aos cuidados em Saúde Mental

Os resultados sugerem *formações discursivas* que identificam *cuidados em Saúde Mental* produzidos em espaços físicos abertos como uma condição favorável e a individualidade como valor. O aspecto comunitário do tratamento voltou-se para o eventual apoio psicológico resultante da convivência entre os usuários na própria unidade de saúde e nas atividades em grupo, nas quais se destacou a habilidade de acolhimento, desde a escuta atenta, ainda quando flutuante; até a intervenção verbal por meio de conselhos, muitas vezes de caráter religioso. A autonomia não despontou como objetivo pessoal e quando manifesto referia-se, mormente, à possibilidade de trabalho, igualado à identidade pessoal, ao ganho material, à subsistência e a uma *vida normal*.

Quanto aos *percursos*, a fórmula *por uma sociedade sem manicômios* apresentou restrições invisíveis de superação da lógica manicomial, valorizando a ausência de internação, porém sem qualquer questionamento à dependência dos serviços substitutivos, destacados como condição *sine qua non* de sobrevivência em uma *sociedade que não tolera loucos*. O tratamento medicamentoso apresentou centralidade, porém incluindo a paradoxal expectativa de cura ou estabilidade em relação às crises e o conseqüente abandono a esse tipo de terapêutica. Verificou-se adesão às atividades comunitárias desenvolvidas na unidade e um acolhimento singular dos usuários pela equipe de saúde.

4 Considerações finais

A síntese preliminar apresentada não se restringiu às verbalizações dos pesquisados e incluiu a observação da rede de relações estabelecidas no cotidiano dos serviços, considerando a base aberta e comunitária dos CAPS. Os cuidados em Saúde Mental identificados para compor o presente relato perpassaram o conjunto de *unidades tópicas e não tópicas*. No que tange a estas últimas, destaca-se o considerável desafio de operacionalizar conteúdos configurados ao longo do processo, delimitando-os em sua vastidão e dispersão a fim de viabilizar análises de discurso inteligíveis e situadas sócio-historicamente.

Agradecimentos. À CAPES pela bolsa de doutoramento e à UnB pelo apoio à participação (DPP- UnB/Finatec).

Referências

Andersen, A. J. W., & Svensson, T. (2012). Reaching out to people struggling with their lives: a discourse analysis of answers from internet-based services in Norway and Sweden. *Psychology Research and Behavior Management*, 5, 113-21.

- Charaudeau, P. (2011). Diz-me qual é teu corpus, eu te direi qual é tua problemática. *Diadorim*, 10, 01-23.
- Foucault, M. (2012). *A arqueologia do saber* (8ª ed.). São Paulo, SP: Forense Universitária.
- Furlanetto, M. M. (2015). Formação Discursiva, autoria, filiações e metáfora. *Fórum Linguístico*, 12(1), 595-610.
- Gómez, C. C., Balsategui, A. R., Gordon, J. P., De La Hera, A. B., Atxutegi, E. Z., & Metcalfe, I. M. (2012). Perspectivas de los pacientes diagnosticados de depresión y atendidos por médicos de familia y psiquiatras. *Atención Primaria*, 44(10), 595-602.
- Johnson J. L., Oliffe J. L., Kelly M. T., Galdas P., & Ogrodniczuk J. S. (2012). Men's discourses of help-seeking in the context of depression. *Sociology of Health & Illness*, 34(3), 345-361.
- Krieg-Planque, A. (2010). *A Noção de Fórmula em Análise do Discurso: quadro teórico e metodológico*. São Paulo, SP: Parábola Editorial.
- Mangueneau, D. (2007). A Análise do Discurso e suas fronteiras. *Matraga*, 14(20), 13-37.
- Mangueneau, D. (2008). *Cenas da enunciação*. São Paulo, SP: Parábola Editorial.
- Mangueneau, D. (2015). *Discurso e análise do discurso*. São Paulo, SP: Parábola Editorial.
- Marques, N. A., Toledo, V. P., & Garcia, A. P. R. F. (2012). Meaning of psychosis by the subject and its effects on clinical nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 116-120.
- Nicolau, K.W., Escalda, P.M.F., & Furlan, P.G. (2015a). Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): usabilidade do software Qualiquantisoft na pesquisa em Saúde. In *Atas do 4.º Congresso Ibero-americano em Investigação Qualitativa e do 6.º Simpósio Internacional de Educação e Comunicação: Investigação Qualitativa na Saúde, vol.I* (p. 243-246). Oliveira de Azeméis, Portugal: Ludomedia.
- Nicolau, K.W., Escalda, P.M.F., & Furlan, P.G. (2015b). Método do Discurso do Sujeito Coletivo e usabilidade dos softwares Qualiquantisoft e DSCsoft na pesquisa quali quantitativa em Saúde. *Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science*, 4(3), 87-101.
- Prior, S. (2012). Overcoming stigma: how young people position themselves as counselling service users. *Sociology of Health & Illness*, 34, 697-713.
- Salles, M. M., & Barros, S. (2013). Social inclusion of individuals with mental health problems: building social networks in everyday life. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2129-2138.
- Santo, W. E., Araujo, I. S., & Amarante, P. (2016). Communication and mental health: a discursive analysis of posters of the National Anti-Asylum Campaign Movement in Brazil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Epub January 26.

**ARTIGO 4 – GRUPALIDADE COMO DISPOSITIVO TECNOLÓGICO EM SAÚDE
MENTAL: REPRESENTAÇÕES EM ANÁLISE⁴**

(Manuscrito submetido à Revista *Ciência & Saúde Coletiva*, em janeiro de 2018)

4 As páginas seguintes mantiveram o formato da submissão original e correspondem ao intervalo das páginas 57-58. Reservou-se o conteúdo a fim de assegurar a originalidade da publicação.

Ciência & Saúde Coletiva**GRUPALIDADE COMO DISPOSITIVO TECNOLÓGICO EM
SAÚDE MENTAL: REPRESENTAÇÕES EM ANÁLISE
GROUPALITY AS A TECHNOLOGICAL DEVICE IN MENTAL
HEALTH: REPRESENTATIONS IN ANALYSIS**

Journal:	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>
Manuscript ID	CSC-2018-0195
Manuscript Type:	Free Theme Article
Keywords:	Saúde Mental, Serviços de Saúde Mental, Pesquisa Qualitativa, Conhecimentos, Atitude e Prática em Saúde

SCHOLARONE™
Manuscripts

Pre-View Only

GRUPALIDADE COMO DISPOSITIVO TECNOLÓGICO EM SAÚDE MENTAL: REPRESENTAÇÕES EM ANÁLISE

GROUPALITY AS A TECHNOLOGICAL DEVICE IN MENTAL HEALTH:
REPRESENTATIONS IN ANALYSIS

(deleted for blind review)

RESUMO

O artigo publiciza investigação realizada em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com foco na grupalidade, a qual engloba, mas não se restringe às técnicas grupais. Objetivo: analisar enunciados da grupalidade nos CAPS do DF para pessoas em sofrimento psíquico grave e persistente, destacando representações sociais de profissionais. Referencial teórico: Teoria das Representações Sociais no âmbito da Psicologia Social Sociológica, associada à noção foucaultiana de dispositivo. Método: abordagem qualitativa, de tipo descritivo-exploratória. Instrumentos: questionários semiestruturados, observação participante e grupos de discussão, entre fevereiro de 2016 e junho de 2017. Processamento: elaboração de Discursos do Sujeito Coletivo por meio do *software Qualiquantisoft*. Os resultados indicaram sentidos nos quais o imperativo da socialização se destaca como meta a ser alcançada pelos grupos; e, paradoxalmente, para representações que identificam o grupo como “não-lugar” a ser desessencializado pela convivência e participação democrática. Verificou-se ancoragens iniciais de uma grupalidade fractal, orientada pelos desvios das trajetórias vivas, ainda não objetivada nos discursos, mas que atua expandindo e renovando ações em Saúde Mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Pesquisa Qualitativa; Conhecimentos, Atitude e Prática em Saúde.

ABSTRACT

The article aims to publicize research in Psychosocial Care Centers (CAPS), with focus on groupality, which include and don't limite to group techniques. Objective: analyze statements of the groupality in CAPS of the DF for people in severe and persistent psychic suffering, with emphasis on health professionals representations. Theoretical reference: Theory of Social Representations in Sociological Social Psychology scope and associate with Foucault notion of device. Method: qualitative approach, descriptive-exploratory. Instruments: semi-structured questionnaires, participant observation and discussion groups, between February 2016 and June 2017. Processing: Discourse of the Collective Subject elaboration through Qualiquantisoft software. The obtained results to suggest socialization imperative as a goal to be achieved by the groups, at the same time representations which identify the group as "non-place" to be de-emphasized by the coexistence and democratic participation. The initial anchor from the fractal groupality was verified, that orientate the misleading of the living trajectories, not yet objectify in professionals discourses, but that works expanding and renewing Mental Health actions.

Keywords: Mental Health; Mental Health Services; Qualitative Research; Health Knowledge, Attitudes, Practice.

3. RESULTADOS E OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

Os resultados e observações relatados a seguir são aqueles que não foram contemplados nos artigos, mas que se entende serem relevantes para a reflexão proposta a respeito da grupalidade nos CAPS do DF.

Quanto aos artigos, cabe pontuar a submissão integral ao método *double blind review* a fim de que fossem publicados somente após o parecer de revisores da comissão científica do evento ou do periódico.

Registraram-se informações adicionais sobre a configuração dos grupos em atividade nos CAPS e sobre o conhecimento **elaborado coletivamente no cotidiano** pelos entrevistados, ou seja, referem-se ao que se identificou como compartilhado socialmente, sem a intenção de se ater às singularidades ou às opiniões de cada participante, estas últimas consideradas pouco estáveis para Moscovici¹⁰, o qual não permitiu denominá-las representações sociais.

3.1. Em relação aos grupos

Observou-se que **os grupos não se organizavam**, de modo geral, em função de **diagnósticos psiquiátricos** ou por **faixa etária**, mas por interesses e afinidades dos usuários(as) em relação aos mesmos.

A quantidade de usuários(as) atendidos(as) em grupo nos CAPS variou entre 150 e 350 por semana.

As atividades em grupo apresentaram-se como **estratégia central para a vinculação com os serviços**, sendo que os principais objetivos dos grupos, conforme registrado nos questionários pelos profissionais, voltaram-se para a **socialização** (relacionada à convivência entre pares e ao desenvolvimento de habilidades consideradas necessárias à participação na vida social) e para o **empoderamento** (compreendido em sua relação com comportamentos autônomos, considerados possíveis e desejáveis).

Não se verificou a usual distinção entre as denominações “oficinas” e “grupos”; porém, foram mencionadas diferenças entre **“grupos de atividade”** (especialmente relacionados à Terapia Ocupacional) e **“grupos de fala”**, estes últimos de caráter psicoterapêutico, conduzido de modo predominante por psicólogos(as).

As atividades **físicas/corporais; artísticas/expressivas; psicoterapêuticas** (com centralidade na fala), configuraram as principais tipologias dos grupos.

Na coordenação dos grupos verificou-se profissionais de **Psicologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem, Serviço Social e Técnicos de Enfermagem**. Não foram registrados psiquiatras na condução dos grupos.

Os **grupos nos CAPS não atendiam diretamente eventuais crises psíquicas** e/ou não estavam organizados/preparados para isso (os próprios **usuários(as) não esperavam esse atendimento** dos grupos).

As **fundamentações metodológicas** para o trabalho em grupo concentravam-se na Terapia Comunitária e na orientação psicodinâmica de base freudiana (nos grupos psicoterapêuticos centralizados na fala).

Os grupos, de modo geral, não foram considerados por profissionais e usuários(as) unidades isoladas em si, mas **oportunidades de encontros entre os(as) participantes**.

Identificou-se a premissa comum de que os grupos buscariam **assegurar direitos sociais** e o **resgate da cidadania** (com foco nas informações compartilhadas sobre o tema), em contextos de **vulnerabilidade social** (reconhecido por profissionais e usuários(as) como fruto da **estigmatização** e dos **preconceitos** associados ao transtorno mental, com suas nefastas consequências para a vida social).

3.2. Em relação aos profissionais de saúde

Os(as) profissionais pesquisados(as), sem exceção, mantinham o vínculo profissional com o CAPS como estatutários(as) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

Os(as) profissionais que coordenavam grupos nos quatro CAPS pesquisados totalizavam **49 profissionais**, como segue na tabela 1 abaixo:

Tabela 1- Profissionais coordenadores(as) de grupo nos CAPS-DF

CAPS	coordenadores(as) de grupos
CAPS Comunidade	08
CAPS Autonomia	09
CAPS Socialização	12
CAPS Convivência	20
TOTAL	49

Fonte: elaborado pela pesquisadora

Dos **26** profissionais que **responderam aos questionários (53,06%** do total), todos apresentavam **experiência com grupos em Saúde Mental**, entre **3 e 10 anos** e situavam-se na **faixa etária** compreendida entre **28 e 66 anos**.

Entre esses **profissionais**, prevaleceu o **interesse acadêmico-profissional em ampliar conhecimentos e experiências** na própria **área de Saúde Mental**, destacando-se: **manejo de crise**, formação em **Terapia Comunitária** e associação com **atividades acadêmicas**.

Nos **grupos de discussão (GDs)**, a participação foi ampliada para **42 profissionais**, a saber: psicólogos(as): **15(35,7%)**; técnicos(as) de enfermagem: **10(23,8%)**; enfermeiros(as): **9(21,42%)**; terapeutas ocupacionais: **4(9,5%)**; psiquiatras: **2(4,7%)**; assistentes sociais: **2(4,7%)**. No entanto, dentre esses profissionais, sete não coordenavam grupos, porém se mostraram interessados em participar das discussões como trabalhadores do CAPS.

Totalizou-se nos GDs, portanto, **35 profissionais** que trabalhavam diretamente com grupos, o que correspondeu a **71,42%** dos 49 profissionais que coordenavam grupos nos quatro CAPS selecionados.

A proporção de participação nos GDs, por categoria profissional, considerando exclusivamente coordenadores de grupos, foi a seguinte:

Tabela 2- Participantes dos GDs coordenadores(as) de grupos nos CAPS-DF

Categoria profissional	N. profissionais/ porcentagem de participação
Psicólogos(as)	15 (42,85%)
Enfermeiros(as)	09 (25,71%)
Técnicos(as) em enfermagem	05 (14,28%)
Terapeutas ocupacionais	04 (11,42%)
Assistentes Sociais	02 (5,71%)
TOTAL	35 (100%)

Fonte: elaborado pela pesquisadora

Os GDs permitiram ampliar a informação sobre a formação específica para o trabalho em grupo. Dentre os 35 profissionais que participaram dos GDs e que coordenavam grupos, **sete** relataram **formação específica**, correspondendo a **20% do total**.

Dos **sete** profissionais que apresentavam **formação específica para o trabalho com grupos**, **cinco** apresentavam formação em **Psicologia** e **duas** em **Terapia Ocupacional**.

Dos **cinco psicólogos(as)** com formação específica para o trabalho com grupos, **três** eram em **Terapia Comunitária**, nos moldes propostos pelo médico psiquiatra brasileiro

Adalberto Barreto; **um** em **Gestalt-terapia** voltada para grupos e **uma** em **Análise Institucional** com abordagem de grupos baseada em **Pichón Rivière**, psiquiatra e psicanalista argentino.

Em relação aos **dois terapeutas ocupacionais** com formação específica para o trabalho com grupos, **uma** apresentava formação em **Terapia Comunitária**, nos moldes descritos anteriormente; e a outra em **atividades de reabilitação física e psicossocial**.

Apenas os quatro profissionais com formação em Terapia Comunitária adotavam passos metodológicos previamente estabelecidos; os três demais relataram seguir os movimentos grupais em função das especificidades do trabalho em Saúde Mental.

Não foram obtidas informações precisas sobre os outros 14 profissionais, coordenadores de grupos, que não participaram dos GDs.

Verificou-se preocupação dos profissionais com o fato de que muitos usuários(as) estão nos grupos há tempos – a **necessidade de “alta”**, repetidas vezes, foi referenciada para reafirmar o CAPS como um lugar de passagem.

Prevaleceram noções de **(re)inserção e resgate do convívio social**.

Os(as) coordenadores(as) relatam que muitas vezes foram identificados(as) pelos(as) usuários(as) como professores(as) e as atividades em grupo como um processo educacional.

Verificou-se o **reconhecimento** e a **valorização do uso de medicamentos** para o tratamento dos sintomas.

A **obrigatoriedade da participação nos grupos** foi **considerada negativa** pelos profissionais.

Os(as) **estagiários(as)**, **extensionistas** e **voluntários(as)**, quando inseridos nas atividades em grupo, foram identificados como **fundamentais** e **agentes imprescindíveis de sustentação e de permanência dos grupos**.

3.3. Em relação aos usuários(as)

3.3.1. Entrevistas individuais

Individualmente, foram entrevistadas sete usuárias, na faixa etária entre 26 e 55 anos. Destacaram a necessidade de reconhecimento pelo coordenador(a) do grupo e a segurança que resultava da participação. Segundo as entrevistadas, participar do grupo poderia mantê-las mais distante de eventuais crises.

Verificou-se a ancoragem **“o grupo é um porto seguro”** nas entrevistas, sob formas diversas, associada a ideias centrais relacionadas. Ambas foram agrupadas em um único DSC.

De acordo com as entrevistadas, o fato de estar em grupo gerava o acolhimento de angústias e de fragilidades, amparava e encorajava os participantes. O DSC seguinte ilustra essa percepção coletiva:

DSC usuárias: o grupo é um porto seguro, nosso ponto de apoio. É o lugar onde podemos conhecer gente nova, fazer amizades e compartilhar experiências. É onde a gente pede ajuda quando precisa. Às vezes estamos perdidas como numa tempestade, mas o grupo ajuda a passar. Sinto falta dos encontros, eles estabilizam e a gente se acostuma com eles. As informações repassadas me deixam mais tranquila. Fico mais calma e feliz quando venho para o grupo.

Os relatos enfatizaram sobremaneira as histórias singulares pelas quais o adoecimento se expressou.

Algumas usuárias destacaram, com alguma hesitação, o fato de que as atividades em grupo nem sempre correspondiam aos seus anseios pessoais e por vezes pareciam **“infantilizar”** e/ou **restringir possibilidades e habilidades criativas**.

Dirigiu-se um **ideário majoritariamente positivo em relação aos grupos**, especialmente em relação aos(as) coordenadores(as), dos quais se esperava atenção e respostas para suas inquietações, não substituíveis pelos estagiários(as) e/ou extensionistas.

Registrou-se relatos nos quais a **vinculação negativa com o coordenador(a) inviabilizou a permanência** em determinado grupo, substituída pela participação em outro.

O **uso de medicamentos** para o tratamento dos sintomas foi considerado **fundamental** pelas usuárias para estarem em grupo no CAPS e em outros grupos sociais para além dele.

O **atendimento individualizado** foi considerado **ideal**, em sua maioria; o acompanhamento em **grupo** foi considerado **alternativo**.

As usuárias destacaram os benefícios da participação em grupo quando os **vínculos afetivos** estavam presentes (especialmente com os coordenadores(as)).

3.3.2. Observações nos grupos

Nos grupos observados (trabalhos manuais, Terapia Comunitária, psicoterapêutico, artístico/expressivo, gênero e convivência), as relações entre os(as) participantes estiveram baseadas de modo predominante na **identificação com o sofrimento psíquico** e no **apoio pontual** ofertado/recebido no próprio grupo; quando o apoio ocorria em espaços que não

eram o CAPS, os(as) usuários(as) relataram estabelecer relações orientadas pela **solidariedade**, entendida como o compromisso pelo qual as pessoas se obrigam a colaborar umas às outras em situação semelhante.

Os(as) usuários(as) manifestaram expectativa de **cura** em relação ao **adoecimento mental**, identificado como **situação passageira e acidental**, muitas vezes.

Destacou-se a **centralidade da medicação** para o tratamento dos sintomas e para poder participar do grupo. Paradoxalmente, por vezes, os usuários(as) relatavam que as prescrições medicamentosas eram alteradas voluntariamente por eles em função da dificuldade de acesso ou do entendimento segundo o qual a medicação não seria mais necessária.

3.4. Em relação ao processo de pesquisa

As gerências dos CAPS mantiveram ativa participação junto às equipes e apresentaram-se como facilitadoras do processo de pesquisa, permeado constantemente por ajustes de cronograma e negociação para a maior participação possível dos profissionais.

Os(as) usuários(as) não expressaram verbal ou não-verbalmente desconfortos pela participação de uma pesquisadora não vinculada ao CAPS. A expressão predominante foi de curiosidade e alguns(as) usuários(as) pareciam nutrir a expectativa de atendimento psicológico individual em razão dessa participação.

Os(as) coordenadores(as) informaram que os(as) usuários(as) acostumaram-se à presença de pessoas externas ao CAPS no cotidiano dos grupos.

Nas observações realizadas, alguns usuários(as) manifestaram sinais não-verbais de incômodo em relação aos depoimentos mais longos e prolixos de alguns participantes (saídas reiteradas do grupo, indiferença, inquietação).

Nos “grupos de fala” e nos “grupos de atividade” que permitiam maior verbalização dos(as) participantes, registrou-se frequentemente o incentivo de coordenadores(as) para a manifestação dos(as) mesmos(as) em relação às questões trazidas para o grupo, o que muitas vezes não ocorria de modo espontâneo.

4. DISCUSSÃO GERAL

Os artigos apresentados resultaram de um processo gradativo de familiarização com o objeto de estudo (grupalidade em Saúde Mental) iniciado pela aproximação com o referencial

teórico, seguindo em direção aos aspectos metodológicos e culminando na apresentação dos principais resultados produzidos, com destaque para a possibilidade de se pensar em uma abordagem fractal da grupalidade, fruto dos questionamentos e da problematização em relação ao dispositivo pelas equipes, registrados nos recorrentes “improvisos planejados” e na convivência como libertação dos grupos formalmente constituídos.

O primeiro artigo apresentado: *Representações sociais em Saúde Mental: o conhecimento que anima a lei, os discursos e a prática*⁴⁴ fundou-se na premissa de que não se pode ignorar como as leis e as “boas práticas” são reapropriadas pelos profissionais de saúde no contexto das práticas cotidianas.

Isso significou dizer que as representações sociais dos profissionais de saúde, na qualidade de conhecimento elaborado coletivamente^{16,17} para responder às questões insurgentes no campo do atendimento em Saúde Mental, moldam esse agir de modo frequentemente invisibilizado pela cotidianidade, pragmática e ultrageneralista¹².

Deve-se destacar, em acréscimo, as considerações no artigo de que a pesquisa científica, de modo geral, mas especialmente a de caráter qualitativo, pode se apresentar como um caminho profícuo para que os envolvidos (incluindo pesquisadores(ras) e profissionais) possam refletir a respeito das representações ultrageneralistas que a prática profissional cotidiana impõe.

Em relação ao segundo artigo: *Método do Discurso do Sujeito Coletivo e Usabilidade dos softwares Qualiquantisoft e DSCsoft na pesquisa qualitativa em Saúde*⁴⁵, convém ressaltar as questões e controvérsias que ainda envolvem a pesquisa qualitativa em Saúde com o auxílio de programas digitais. Acredita-se que os(as) pesquisadores(ras) permanecem centrais no processo, identificando conteúdos e categorias de interesse, atreladas aos objetivos do estudo.

Na pesquisa realizada, como exemplo, o uso do *software Qualiquantisoft* foi flexibilizado ao estabelecer Discursos do Sujeito Coletivo (DSCs) para as quatro equipes de Saúde Mental pesquisadas, sem a intenção de individualizar os DSCs por CAPS, embora isso tenha sido realizado inicialmente.

Empreendeu-se esforços extras para as releituras dos dados produzidos, até o ponto de se aproximarem ao máximo do que se entendeu que caracterizariam representações sociais nos CAPS. O motivo para tal agrupamento referiu-se à associação, na pesquisa, com o processo vinculado à RPb no DF e considerando que todos os pesquisados compunham o quadro de servidores da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), não estando fixamente lotados nas unidades.

No terceiro artigo: *Análise de Discurso na pesquisa qualitativa em Saúde: construção de unidades tópicas e não tópicas*⁴⁶, mais do que nortear o processo de análise por uma determinada corrente de Análise de Discurso (AD), a intenção voltou-se para situar os dados produzidos em um *corpus* de pesquisa inteligível e com resultados viáveis para a apresentação.

Quanto ao “percurso”, que pode ser traduzido como um coeficiente qualitativo de dispersão de dados e de informações produzidas⁴⁷, a identificação da fórmula: *por uma sociedade sem manicômios* abriu uma instigante possibilidade de pesquisas futuras, nas quais se poderia investigar como essa fórmula vem sendo reelaborada por usuários(as) de serviços substitutivos em Saúde Mental, em vários pontos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

No que se referiu aos profissionais, a fórmula *por uma sociedade sem manicômios* foi associada à imagem-objetivo para a Reforma Psiquiátrica, mas cujos passos, porém, a estrutura atual ainda não permite percorrer de modo efetivo, seja pelo reduzido número de estabelecimentos substitutivos à internação, seja pela fragilidade da RAPS no DF.

Para os usuários(as), a fórmula associou-se às difíceis situações vividas quando internados(as) em estabelecimentos de caráter asilar, junto às péssimas condições estruturais do estabelecimento de referência no DF.

No quarto artigo, *Grupalidade como dispositivo tecnológico em Saúde Mental: representações em análise*⁴⁸, o foco residiu na síntese de resultados que sugerem premissas tosquellianas nas abordagens grupais e na apresentação inicial do que se objetivou como grupalidade fractal, concepção que será desenvolvida adiante, em seção própria.

Quanto aos resultados adicionais, as considerações relacionadas à grupalidade ramificam-se em diversas direções discursivas. Compondo uma dessas direções estão o **empoderamento** promovido pela participação nos grupos, (identificado como o desenvolvimento de autonomia), aliado à **socialização** (a qual foi associada à convivência entre pares). Sob esse aspecto, a dimensão coletiva da grupalidade ainda parece estar encapsulada, de certo modo, a um ideário do que se espera dos(as) usuários(as) e do que estes(as) também parecem esperar de si como medidas de sucesso.

Quanto ao uso de medicamentos, associados por usuários(as) e profissionais, em sua maioria (porém por estes últimos não de modo unânime), à possibilidade de participação no grupo sem o incômodo dos sintomas, cabe destacar a recente contribuição de Freitas e Amarante⁴⁹ sobre o fenômeno da medicalização na vida moderna após a Segunda Guerra, quando muitos avanços na área médica e no trato de doenças foram configurando, de modo paralelo, um meio de controle social estabelecido pelo papel de doente.

Os pesquisadores destacam abordagens grupais contemporâneas sem a centralidade da medicação e que têm surtido efeitos positivos, como o *Open Dialogue Approach*, surgido na Finlândia e que se expandiu para outros países, procurando estabelecer uma intensa rede de apoio nos momentos de crise, com um mínimo de medicação associada.

Barros e Serpa Jr⁵¹ registraram instigantes resultados por meio de um estudo de trocas de experiências em ambiente virtual baseado nos chamados grupos de *Ouvidores de Vozes*, surgidos na Holanda no final da década de 1980 e organizados atualmente pela rede internacional *Intervoice*, na qual o Brasil já está inserido. Como fundamentação para o estudo realizado, destacaram que a medicação antipsicótica poderia ter utilidade para algumas pessoas, porém não eliminaria os sintomas para muitas delas e não permitiria processar emocionalmente a construção de significado e de sentido relacionados.

Diante de outras possibilidades, conferir à medicação o estatuto de ordenador da vida social e conseqüentemente da grupalidade, desponta como um reducionismo do qual urge escapar.

O atendimento à crise, referenciado como de interesse pelos(as) profissionais, insere-se de modo produtivo nessa seara, possibilitando sua associação às experiências de grupalidade, no momento ainda distantes da prática. Compreende-se que tal distanciamento resulta da confluência de situações, tanto estruturais (como a inexistência de atendimento 24h na maioria dos CAPS do DF), quanto pela percepção de despreparo dos profissionais para manejá-la em ambientes organizados coletivamente.

A recorrente preocupação com a “alta” de usuários(as) em participação nos grupos pelos profissionais remete, por um lado, ao próprio processo de trabalho e sua demanda crescente, em um cenário de escassez de estabelecimentos especializados e de profissionais disponíveis.

Por outro lado, incita ao questionamento de uma referência essencialmente biomédica, para a qual pouco se tem a responder sob o ponto de vista psicossocial. Considerando que os termos não são neutros e que as participações em grupo não teriam como finalidade a cura ou o reajustamento (ou teriam?), qual o sentido de se falar em “alta”? Não seriam os desdobramentos da participação social o horizonte para o qual apontaria a inserção nos grupos do CAPS?

As respostas para tais questionamentos se mostram complexas por envolverem diversos fatores, para os quais se teria reduzido controle, às vezes. Como exemplo, pode-se apontar as próprias raízes biomédicas de cura e de (re)ajustamento às normas que fundamentaram historicamente o atendimento em Saúde Mental^{4,9}.

No entanto, somente poderão ser transpostas em conjunto, em apostas progressivas na participação daquele que sofre. E não seria o sofrimento, muitas vezes, também uma leitura prévia?

A referência de algumas entrevistadas à “infantilização” e à restrição de possibilidades e habilidades criativas, mais do que uma crítica negativa às atividades ofertadas, parece sinalizar para um modo de se posicionar profissionalmente que responde pela condução do cuidado, mas que permanece unilateral, contudo. Sob essa perspectiva, destaca-se Foucault⁵² e o cuidado de si como atividade prática e não apenas como elaboração intelectual.

À medida que se reconhece aquilo que o “outro” não proporciona, espera-se que esse “outro” responda por aquilo que é preciso desenvolver em um processo pessoal de cuidado.

Quanto aos(as) usuários(as), especificamente, convém lembrar para a ancoragem “porto seguro” as considerações de Castel⁵³, segundo o qual a socialização seria o que restaria ao indivíduo privatizado pelas sociedades contemporâneas e seus coletivos enfraquecidos.

O atendimento em grupo como alternativo à espera do atendimento individual segue o mesmo corolário, apenas modifica a ordem dos fatores, com foco no descrédito, de certo modo, relacionado às associações coletivas, as quais, porém, são passíveis de resgate pela própria condição relacional humana. Ou, como destacou o sociólogo alemão Norbert Elias⁵⁴, sociedades de indivíduos e suas redes de relações humanas, sempre presentes.

Não se trata de minimizar os possíveis efeitos benéficos provenientes desse “porto seguro”, mas de reposicioná-lo como algo que deve extrapolar as relações e os laços estabelecidos nos CAPS em direção à dimensão social mais ampla, definida pelas desigualdades sociais e por expressões culturais e modos de subjetivação individualizantes.

Tal como se verifica em relação à Reforma Sanitária brasileira, trata-se de um projeto societário de mudanças multidimensionais, conforme destacado por Amarante⁴.

A expectativa de cura e a identificação do adoecimento mental como acidental e passageiro encontra como aliados para a reflexão as elaborações de Goffman²⁴ relativas à busca pela preservação identitária em situações que envolvem estigmatização; e o estudo de Alves⁵⁵, realizado ao norte de Portugal, cujos resultados iluminam o universo consensual, para utilizar a expressão de Moscovici¹⁰; e descrevem como “a doença mental nem sempre é doença” para o olhar leigo, sendo reservada para os casos considerados “graves” por meio de descrições refinadas e restritivas.

Com base em outro ponto de vista, relacionado aos anteriormente citados, encontra-se os apontamentos de Leader²² sobre os casos nos quais os sintomas vivenciados não se enquadravam permanentemente nas descrições nosológicas psiquiátricas. Em outras palavras,

os sintomas considerados pelo saber médico-psiquiátrico como “graves e persistentes”, em determinados casos, não permaneciam ao longo do tempo atendendo as condições estabelecidas para sua “gravidade” e tampouco eram reconhecidos pelos usuários(as) como atuantes no decorrer do processo de acompanhamento.

Não se pretende com isso desprezar possíveis contribuições médico-psiquiátricas para o alívio dos sofrimentos humanos. No entanto, devido à centralidade dos discursos estabelecidos com base na medicação e na abordagem tecnicista (na qual a grupalidade muitas vezes também se encontra submetida), o debate se faz premente.

4.1. Rumo à grupalidade fractal?

Brevemente esboçada no último artigo apresentado, “grupalidade fractal” refere-se a uma possível **objetivação**, conforme explicitado por Moscovici^{10,56}. Em outras palavras, refere-se a um mecanismo de representação imagética que vincula novos conhecimentos elaborados coletivamente, tornando-os identificáveis por autorreferenciamento (Ex.: Deus-pai).

Os fractais são figuras da geometria não-Euclidiana cujas raízes conceituais remontam à tentativa de se medir objetos e trajetórias fracionados, para os quais a geometria Euclidiana clássica, plana e espacial, não encontra respostas⁵⁷.

O termo foi cunhado em 1975 por Benoit Mandelbrot⁵⁸, matemático francês nascido na Polônia, embora se tenha registro de estudos anteriores relacionados ao tema. Apesar da exploração do termo estar alicerçada em referenciais da Física Moderna, datada do início do século XX e voltando-se para situações nas quais o paradoxo, a relatividade e a incerteza eram centrais⁵⁷, acredita-se que suas expressões possam também referenciar imagetivamente situações complexas no campo da Saúde Mental, como as que se orientam para a grupalidade.

A noção de “grupalidade fractal” consolidou-se como resultado do estudo realizado nos CAPS do DF, apresentado ao longo desse trabalho. Baseou-se em representações dos profissionais em relação à grupalidade.

De acordo com os referidos profissionais, as atividades em grupo ocorreriam, em considerável medida, baseadas em “improvisos planejados”. Em acréscimo, a convivência em espaços abertos nos CAPS apresentou-se como uma das expressões de grupalidade, despontando como alternativa ao engessamento das prescrições grupais.

“Grupalidade fractal” designa, assim, uma abordagem de atendimento guiada pelo reconhecimento de trajetórias vivas. Pensar a grupalidade em Saúde Mental a partir da fractalidade significa reconhecer atentamente as redes de conexão estabelecidas.

De acordo com o filósofo francês Henri Bergson (1859-1941)⁵⁹, o reconhecimento atento de possibilidades refere-se ao processo segundo o qual a atenção realizaria um trabalho elementar de reconstrução. Para Bergson⁶⁰, a memória é processual e criativa, não está “guardada” em algum local específico do cérebro para ser utilizada.

Pode-se afirmar que a “grupalidade fractal” é aquela que concorre para uma vivência na qual se procura reduzir a mecanicidade, própria das atividades cotidianas, conforme descreveu Heller¹², dirigindo-se esforços conscientes para as relações estabelecidas em ato.

Convém destacar que os movimentos fractais ocorrem de modo paradoxal, pois mantêm uma certa matriz que se desdobra e permite desvios provenientes dos contextos nos quais surgem. Trata-se de uma abordagem do grupal para a qual os desvios não são considerados falhas a serem corrigidas por meio das técnicas corretas.

A formação de nuvens, por exemplo, traduzem movimentos fractais, assim como as linhas costeiras marítimas, as cadeias de montanhas, os galhos de uma árvore, o romanesco, entre outros representantes na natureza, como os próprios neurônios e o sistema circulatório humano.

A noção de “grupalidade fractal” insere-se como uma das condições possíveis para o atendimento e acompanhamento em Saúde Mental, no contexto da chamada clínica antimanicomial. Raciocinar com base na “grupalidade fractal” significa associar a dimensão coletiva aos movimentos surgidos no cotidiano, como estes se apresentarem; porém, sem desconsiderar as representações que orientariam os processos construtivos da memória.

Nessa direção, Bergson^{59,60} estabelece relações entre percepção e memória, informando que esta vai paulatinamente reagindo de modo automático e também particularizando objetos. Partir-se-ia de uma semelhança sentida ou vivida, automaticamente desempenhada, para uma semelhança inteligentemente percebida ou pensada⁶⁰.

Bergson⁵⁹ não concebe percepção e memória, pela qual se entende que as representações sociais atuam, como realidades fixas. Para o filósofo, a memória realizaria atividades essencialmente criadoras, no intervalo entre o plano do sonho (a utopia ativa da Reforma Psiquiátrica brasileira?) e o plano de ação (a grupalidade em Saúde Mental).

Eis o desafio de (re)existência que se impõe no atual momento histórico de massiva serialização de subjetividades e de seu correlato, a crescente tecnização de procedimentos voltados para a saúde humana.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fim de concluir o relato de pesquisa registrado ao longo deste trabalho, serão retomados brevemente os aspectos considerados mais relevantes da investigação empreendida; e sugestões para pesquisas futuras.

Sendo assim, convém relembrar que o projeto de pesquisa apresentou como objetivo geral refletir sobre a grupalidade em serviços substitutivos, no caso em questão, nos chamados CAPS, considerados pontos estratégicos de atenção especializada na RAPS e nos quais as atividades coletivas/em grupo são centrais desde a sua implantação no país, a qual remonta à década de 1990.

Constatando que não seria possível reduzir a grupalidade a uma única conceituação, optou-se por uma visão mais abrangente e polifônica. Não se tratava de diluir a noção de grupalidade, mas de se aproximar de expressões diversificadas e de seu intrínseco caráter processual e produtor de subjetividade.

Desse modo, compreendeu-se a grupalidade como condição humana inalienável. Contudo, na qualidade de experiência histórica e situada, considerou-se que a grupalidade, dentre outros efeitos, estabelece redes de conexão que atuam por meio de códigos identificados como representações sociais, articulados à produção de subjetividade.

Sob outro aspecto, como dispositivo, pode-se afirmar que a grupalidade em Saúde Mental consolidou-se paulatinamente após meados do século XX, especialmente no pós-Segunda Guerra, sendo considerada uma resposta à demanda excessiva na área. A partir de então, o interesse por suas feições técnicas predominou, junto à tendência em igualar técnica com tecnologia, para o que se defende a necessidade de maior clareza, pois as intervenções em Saúde Mental exigem mais do que protocolos, manuais e prescrições, ainda que estes possam ser úteis aos processos de trabalho instalados.

Buscou-se auxílio em referenciais teóricos e metodológicos que favorecessem a aproximação com as complexas questões suscitadas pelo tema da grupalidade, porém de modo a delimitá-las, a fim de que pudessem ser estudadas e analisadas de modo inteligível.

No intuito de atender a essa necessidade, à Teoria das Representações Sociais associou-se o Método do Discurso do Sujeito Coletivo e o grau satisfatório de usabilidade do software Qualiquantisoft. Aportes da Análise de Discurso de inspiração francesa, especialmente pela interlocução com Dominique Maingueneau, possibilitaram organizar o *corpus* de pesquisa e a problemática central trazida grupalidade identificada nos CAPS, a saber, sua naturalização e a conseqüente invisibilidade reflexiva em meio à centralidade de

suas práticas, cujo incentivo e fomento institucional não podem ser ignorados no âmbito da chamada clínica antimanicomial.

Conforme apresentado nos artigos, os principais resultados voltaram-se para sentidos da grupalidade envolvendo a criação de espaços protegidos para a socialização/reinserção social. Entre profissionais, sobressaíram representações sociais de grupalidade que destacaram a centralidade das atividades coletivas e a relevância dos grupos nos CAPS, de modo geral.

Usuários(as) associaram ao “porto seguro” da grupalidade a valorização de atendimentos individualizados e singularizados, reunindo de modo aparentemente contraditório disponibilidade de cuidados com reduzidos envolvimento, participação na organização e mesmo um olhar crítico dirigido a tais cuidados. Urge enfatizar que tal crítica não está baseada em conhecimentos técnicos ou formalizados, mas na percepção e no exercício do cuidado de si, cotidianamente.

Em outra direção, representações entre profissionais do “não-grupo”, da convivência e dos “improvisos planejados” permitiram antever transformações em curso em direção ao que se denominou “grupalidade fractal”, ou seja, uma atuação profissional pautada na qualidade de presença, nas motivações e decisões dos(as) usuários(as).

Convém destacar, contudo, que essas representações ainda permanecem ancoradas, em considerável medida, como desvios a serem reorientados por técnicas e/ou protocolos. Diante dessa situação, propõe-se o incentivo à grupalidade fractal, identificada nos atendimentos em grupo, apoiada em processos reflexivos já consolidados nas equipes, de modo peculiar. A autogestão de processos de trabalhos nos CAPS, resultante de prementes necessidades cotidianas, passa a se constituir gradativamente como relevante diferencial dessas equipes de atendimento público em Saúde Mental.

As dificuldades do estudo envolveram o distanciamento acadêmico na elaboração do projeto de pesquisa, atenuado, em parte, pela triangulação metodológica adotada, de cariz aberto e participativo. Reforça-se a importância de que projetos futuros sejam elaborados em parceria e considerando contribuições de seus participantes.

Acredita-se que o tema da grupalidade possa se desdobrar futuramente em pesquisas: que ampliem a percepção da grupalidade fractal presente na atuação em Saúde Mental; que permitam identificar representações sociais do caráter essencialmente público do atendimento em Saúde Mental, notadamente em grupo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Fundação Oswaldo Cruz, Fundação Calouste Gulbenkian. Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. In: Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Fundação Calouste Gulbenkian, Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS); 2015.
3. Pande MNR, Amarante P. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Cienc Saude Colet* [periódico na internet] . 2011 [acesso 2015 14 mar]; 16(4): 2067-2076. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a06.pdf>
4. Amarante P. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2.ed. 6 reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
5. Pelbart PP. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: Lancetti A, direção. *SaúdeLoucura 2*. São Paulo: Hucitec; 1991.
6. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 4.ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
7. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saude Pub* [periódico na internet]. 2004 [acesso 16 abr 2015]; 20(5): 1411-1416. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>
8. Mattos RA. Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2009. p. 43-68.

9. Lanceti A. Clínica grupal com psicóticos: a grupalidade que os especialistas não entendem. In: Lancetti A, direção. *SaúdeLoucura 4. Grupos e Coletivos*. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 155-171.
10. Moscovici S. *Representações sociais: investigações em Psicologia Social*. 7.ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2010.
11. Foucault M. *A Arqueologia do saber*. 8.ed. São Paulo: Forense Universitária; 2012.
12. Heller A. *O cotidiano e a história*. 8.ed. São Paulo: Paz e Terra; 2008.
13. Bezerra Jr BB. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis Rev Saude Colet* [periódico na internet]. 2007 [acesso 20 out 2016]; 17(2): 243-250. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>
14. Campos GWS, Onocko-Campos RT, Del Barrio LR. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. *Cienc Saude Colet* [periódico na internet]. 2013 [acesso 2015 set 15]; 18(10): 2797-2805. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a02.pdf>
15. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 7.ed. São Paulo: Forense Universitária; 2011.
16. Jodelet D. *Loucuras e Representações Sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2005.
17. Jodelet D. *Representações sociais e mundos de vida*. Curitiba, PR: PUCPRESS; 2017.
18. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados 12*, ano 10, nº 12. [informativo eletrônico]. 2015 Out. Brasília: Ministério da Saúde. [acesso 2016 mar 10]. Disponível em http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf
19. Carvalho AMT, Amarante P. Forças, diferença e loucura: pensando para além do princípio da clínica. In: Amarante P, coordenador. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. 3. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
20. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British Journal of Psychiatry* 2000; 177(2):149-155.

21. Dalgalarondo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2.ed. São Paulo: Artmed; 2008.
22. Leader D. *O que é loucura? Delírio e sanidade na vida cotidiana* [ePub].Rio de Janeiro: Zahar; 2013.
23. Pinel P. *Tratado médico-filosófico: sobre a alienação mental ou a mania*. Porto Alegre, RS: UFRGS; 2007.
24. Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. 8.ed. São Paulo: Perspectiva; 2015.
25. Brasil. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. DOU 9/4/2001. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão da SAS – Exercício de 2016*. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [informativo eletrônico]. [acesso 2017 set 20]. Disponível em <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/26/Relatorio-de-Gestao-da-SAS-23-06-2017.pdf>
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cadernos de Atenção Básica, n.34*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
28. Paulon S, Neves R, Dimenstein M, Nardi H, Bravo O, Galvão VABM, Severo AKS, Figueró R. A saúde mental no contexto da Estratégia da Saúde da Família no Brasil. *Psicología para América Latina* [periódico na internet]. 2013 [acesso 2016 abr 30]; 25:24-42. Disponível em pepsic.bvsalud.org/pdf/psilat/n25/a03.pdf
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada por incorreção no original em 21 de maio de 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU 21/5/2013. Seção 1. p. 38-40. Disponível em http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_3088_Rede_de_Atencao_Psicossocial.pdf
30. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

31. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados 12*, ano 10, nº 12. [informativo eletrônico]. 2015 Out. Brasília: Ministério da Saúde. [acessado 2016 mar 10]. Disponível em http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf
32. Trapé TL, Onocko-Campos R. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Rev Saude Publica* [periódico na internet]. 2017 Mar [acesso 2017 mai 23]; 51:19. Disponível em http://www.scielo.org/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006059.pdf
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015*. Ministério da Saúde: Brasília; 2016 [acesso 27 ago 2017]. Disponível em <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>
34. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativa da população. [acesso 2017 out 30]. Disponível em www.ibge.gov.br
35. Zgiet J. Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental – a quem interessa mudar? *Saude debate* 2013; 37(97): 313-323.
36. Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde Soc* 2017; 26(1): 155-170.
37. Brasil. Decreto n.7508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº-8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. DOU 29/06/2011. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento-base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
39. Nicolau KW. *Redes de apoio social e política de saúde: dádiva e direitos em debate*. Saarbrücken, Deustchland: NEA; 2014.

40. Dedomenico AM. “Eu sou Palooza!”. In: Wechsler MPF, Monteiro RF, organizadoras. *Psicodrama público na contemporaneidade: cenários brasileiros e mundiais*. São Paulo: Ágora; 2016.
41. Bion WR. *Experiências com grupos*. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago; 2003.
42. Cesar JM. *Processos grupais e o plano impessoal: a grupalidade fora no grupo* [dissertação]. Niterói, RJ: UFF; 2008.
43. González-Rey F. *O social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito*. [e-Pub]. 3.ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2017.
44. Nicolau KW. Representações em saúde mental: o conhecimento que anima a lei, os discursos e a prática. In: XII CONLAB, 2015, Lisboa. Livro de Atas do 1.º Congresso da Associação Internacional de Ciências Sociais e Humanas em Língua Portuguesa 2015. Lisboa: AICSHLP, 2015; 1: 10564-10571. Disponível em <http://stk83.leading.pt/pt/conteudo/noticias-pt/livro-de-atas-do-congresso.html>
45. Nicolau KW, Escalda PMF, Furlan PG. Método do Discurso do Sujeito Coletivo e Usabilidade dos softwares Qualiquantisoft e DSCsoft na pesquisa quali-quantitativa em Saúde. *Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environment Science* [periódico na internet]. 2015 [acesso 2016 mar 26]; 4(3): 87-101. Disponível em <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/fronteiras/article/view/1413/1294>
46. Nicolau KW, Escalda PMF, Furlan PG. Análise de Discurso na pesquisa qualitativa em Saúde: construção de unidades tópicas e não tópicas. In: 5.º Congresso Ibero-americano em Investigação Qualitativa (5.º CIAIQ), 2016, Porto, Portugal. Atas CIAIQ 2016- Investigação Qualitativa em Saúde. Oliveira de Azeméis: Ludomedia; 2016. 2: 307-312. Disponível em <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/766/753>
47. Krieg-Planque A. *A noção de “fórmula” em Análise do Discurso: quadro teórico e metodológico*. São Paulo: Parábola; 2010.
48. Nicolau KW, Escalda PMF, Furlan PG. Grupalidade como dispositivo tecnológico em saúde mental: representações em análise [manuscrito submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva, não publicado] 2018.
49. Freitas F, Amarante P. *Medicalização em Psiquiatria*. 2.ed.rev. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.

50. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis* [periódico na internet]. 2011 [acesso 2017 set 20]; 3(3): 192-204. Disponível em http://www.do-ge.ch/uploads/1/3/9/9/13993272/seikkula_j_2011_the_comprehensive_open-dialogue_approach_in_western_lapland_ii_long-term_stability_of_acute_psychosis_outcomes_in_advanced_community_care.pdf
51. Barros Oc, Serpa Jr OD. Ouvir vozes: um estudo sobre a troca de experiências em ambiente virtual. *Interface* [periódico na internet]. 2014 [acessado 2016 set 24]; 18(50): 557-569. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n50/1807-5762-icse-1807-576220130680.pdf>
52. Foucault M. *História da sexualidade III*. Lisboa, Portugal: Relógio D'água; 1994.
53. Castel R. *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1987.
54. Elias N. *A Sociedade dos Indivíduos*. Rio de Janeiro: Zahar; 1994.
55. Alves F. *A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental*. Porto, Portugal: Afrontamento; 2011.
56. Jovchelovitch S. *Representações sociais e esfera pública: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2000.
57. Mandelbrot B. *La Geometría Fractal de la Naturaleza*. Barcelona, Espanha: Tusquets; 1997.
58. Mandelbrot BB. *Objectos Fractais*. Lisboa, Portugal: Gradiva; 1998.
59. Bergson H. *Materia y Memoria*. 1.ed. 3.reimp. Buenos Aires: Cactus; 2013.
60. Marques ST. Memória e criação em Bergson: sobre o fenômeno da atenção e os planos de consciência. *Trans/Form/Ação* [periódico na internet]. 2017 [acessado 2017 out 30]; 40(2):71-88.

ANEXO A

Normas para Autores de Actas

São bem-vindos os participantes que queiram submeter textos para publicação nos Anais Electrónicos do CONLAB 2015.

O texto deve ser submetido em documento Word até 15 de Dezembro de 2014, para o endereço:

programacientifico@conlab2015.com

Os textos só serão publicados nos Anais do Conlab mediante o pagamento da inscrição (no máximo até 7 de Janeiro de 2015)

Só serão aceites os textos que sigam rigorosamente as normas estabelecidas.

Língua: português

Formatação: Times New Roman; tamanho 12, espaço 1/5

Resumo: até 300 palavras

Palavras-chave: até 6

Dimensão: 4000 a 9000 palavras (referências e notas incluídas)

Identificação: Título (até 20 palavras)

Nome(s): nome, afiliação, email e GT em que se insere

Biografia(até 100 palavras)

Títulos: Negrito (numeração árabe)

Alinhamento: Justificado

Notas: rodapé, tamanho 10, ordenadas por numeração árabe, preferencialmente reservado à citação de fontes.

Tabelas e figuras: ordenadas por numeração árabe. Incluir título ou legenda e sempre fonte.

Siglas e acrónimos: na primeira ocorrência, pôr a designação completa ex. Países de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), no singular, sem pontos, excepto quando for inicial de nome próprio e na versão portuguesa corrente (ex. EUA e não USA).

Sistema de citações e referências a autores no texto: autor-data, como segue: ex. (...) de acordo com Bonifácio (2007), «A monarquia já estava republicanizada»; ou indicando a(s) página(s) ex. «A monarquia já estava republicanizada» (Bonifácio, 2007: 32); ou (Bonifácio, 2007a) quando referentes a mais de um título do mesmo autor no mesmo ano; e (Bonifácio et al. 2002) para obras colectivas. Citações com mais de três linhas, usar avanço de parágrafo e redução para espaçamento simples entre linhas, transcrevendo sem aspas, enquanto as citações no texto devem vir entre aspas baixas («...») e dentro destas, meias aspas («...’...’...»).

A bibliografia deverá conter apenas as obras referidas ou citadas no texto, por ordem alfabética. Quando um autor foi citado por uma obra de autoria exclusiva e também por obras com outros autores, sendo ele o autor principal, primeiro dê as referências das obras de autoria única; depois, as de autoria múltipla. Utilizar o “&” sempre que a obra tem mais do que um autor. Usar p. ou pp. para indicação de páginas nos artigos de publicações periódicas, mas não usar os prefixos vol. e nº especialmente em revistas, mas apenas em enciclopédias ou capítulos de livros.

As **normas de referenciação** são as seguintes:

- **Livros:** PINTO, J. M. (2007), *Indagação Científica, Aprendizagens Escolares e Reflexividade Social*, Porto: Afrontamento.
- **Colectâneas:** PROSSER, J. (ed.) (2000), *Image-Based Research - A Sourcebook for Qualitative Researchers*, Londres: Routledge and Falmer Press.
- **Artigos em colectâneas:** EISENSTADT, S. N. (2005), "Axial civilizations and the Axial Age reconsidered". In J. P. Arnason, S. N. Eisenstadt, B. Wittrock (eds.), *Axial Civilizations and World History*, Leiden: Brill, pp. 531-564.
- **Artigos em revistas:** PARR, J. B. (2004), "The polycentric urban region: a closer inspection". *Regional Studies*, 38 (3), pp. 231-240.
- **Publicações online:** COFFEY, A., HOLBROOK, B., ATKINSON, P. (1996), "Qualitative data analysis: technologies and representations". *Sociological Research Online*, 1(1), Disponível em <http://www.socresonline.org.uk/socresonline/1/1/4.html>, [consultado em 31-1-2006].
- **Teses:** FIDALGO, J. M. (2006), *O Lugar da Ética e da Auto-Regulação na Identidade Profissional dos Jornalistas*. Tese de doutoramento, Braga: Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho.
- **Clássicos:** ESPINOSA, B. (1988 [1670]), *Tratado Teológico-Político* (trad. D. P. Aurélio), Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.



Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- **FRONTEIRAS** publica trabalhos originais em Espanhol, Português ou Inglês em formato de Artigos; Notas Técnicas, Pedagógicas ou Científicas; Resenhas; e Entrevistas.

- **ARTIGOS:**

Textos originais resultantes de pesquisa avançada ou reflexão teórica.

Mínimo de 5000 e máximo de 10.000 palavras, incluindo notas de rodapé.

Título em Espanhol e Inglês ou Português e Inglês

Resumo em Espanhol e Inglês ou Português e Inglês, máximo de 150 palavras.

3-4 palavras-chave em Espanhol e Inglês ou Português e Inglês

- **NOTAS TÉCNICAS, PEDAGÓGICAS OU CIENTÍFICAS:**

Comunicações sobre experiências de ensino em Ciências Sociais, Tecnológicas, Ambientais ou da Saúde.

Máximo de 2.000 palavras, incluindo notas de rodapé.

Título em Espanhol e Inglês ou Português e Inglês

Resumo em Espanhol e Inglês ou Português e Inglês, máximo de 150 palavras

3-4 palavras-chave em Espanhol e Inglês ou Português e Inglês

- **RESENHAS:**

Enfoque em livros publicados nos últimos três anos

Máximo de 1.000 palavras.

- **ENTREVISTAS:**

Efetuada pelos Editores e Conselho Editorial

- **REFERÊNCIAS:** Todas as referências devem ser precisas e apenas citações que aparecem no texto devem ser referenciadas. Trabalho não publicado não deve ser citado a não ser que já tenha sido aceito para publicação. Neste caso, deve ser referido como "in press". Resultados não publicados devem ser citados como "unpublished observations". As referências devem ser colocadas no final do manuscrito, em ordem alfabética de acordo com o sobrenome do primeiro autor.

- **TÍTULOS DAS REVISTAS:** Devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus.

Consult: <http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng>

- **CITAÇÕES NO TEXTO:**

- No caso de um único autor:

Pereira (1991) ou (Pereira 1991)

- No caso de dois autores:

(Pereira & Silva 1992) ou Pereira and Silva (1992)

- No caso em que mais de dois autores são citados, apenas o primeiro deve ser mencionado:

Pereira et al. (1993) ou (Pereira et al. 1993).

- **PARA LISTAR REFERÊNCIAS NO FINAL DO ARTIGO USAR OS SEGUINTE ESTILOS:**

- a) Artigo de periódico:

Baptista L, Pfeifer R, da Silva EC, Arbilla G 2011. Kinetics and thermodynamics of limonene ozonolysis. J Phys Chem A 115(40):10911-10919.

b) Livros e teses:

Cruz AL 1996. Biodiversidade e Conservação Vol. XI, Edgard Blucher, Rio de Janeiro, 343 pp.

Mello-Silva CC 2005. Controle alternativo e alterações fisiológicas em *Biomphalaria glabrata* (Say, 1818), hospedeiro intermediário de *Schistosoma mansoni* Sambom, 1907 pela ação do látex de *Euphorbia splendens* var. *hislopii* N.E.B (Euphorbiaceae), PhD Thesis, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 85 pp.

c) Capítulo em livro:

Cruz OG 1911. The prophylaxis of malaria in central and southern Brasil. In R Ross, The Prevention of Malaria, John Murray, London, p. 390-398.

d) Artigo da Internet:

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 3 p.]. Available from:

<http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

e) Monografia na Internet:

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from:

<http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

f) Homepage/Web site:

Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

g) Parte de uma homepage/Web site:

American Medical Association [homepage on the Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002 [updated 2001 Aug 23; cited 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [about 2 screens]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>

• **BASE DE DADOS NA INTERNET:**

a) Base de dados aberta:

Who's Certified [database on the Internet]. Evanston (IL): The American Board of Medical Specialists. c2000 - [cited 2001 Mar 8]. Available from: <http://www.abms.org/newsearch.asp>

b) Base de dados fechada:

Jablonski S. Online Multiple Congenital Anomaly/Mental Retardation (MCA/MR) Syndromes [database on the Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). c1999 [updated 2001 Nov 20; cited 2002 Aug 12]. Available from: http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome_title.html

c) Parte de uma base de dados:

MeSH Browser [database on the Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2002 - [cited 2003 Jun 10]. Meta-analysis; unique ID: D015201; [about 3 p.]. Available from:

<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> Files updated weekly. Updated June 15, 2005

Diretrizes para Autores

A Revista Fronteiras publica artigos de autores com titulação mínima de mestre. Artigos de alunos de mestrado serão avaliados desde que em co-autoria com o orientador.

Os artigos para o processo editorial deverá ser submetido por meio do link <http://revistas.unievangelica.edu.br/index.php/fronteiras/index>. Neste caso, os autores devem registrar-se antes de iniciar o processo. Caso os autores desejem, podem, também, estar encaminhando o artigo para o e-mail fronteiras.unievangelica@gmail.com. **O envio por e-mail não elimina a necessidade de envio do artigo através do sistema Open Journal.**

Os editores podem decidir sobre a pertinência em abrir o processo editorial para o artigo proposto, fundamentando-se nos seguintes critérios: vínculo com a identidade e a missão da revista, apresentando originalidade, clareza do argumento central, conclusões baseadas em investigações sistemáticas e adequação nas normas de submissão de artigos.

O processo editorial pode levar entre 3 e 6 meses. A avaliação dos trabalhos submetidos é feita às cegas por pelo menos dois avaliadores ad hoc voluntários, em formulário próprio que avalia os aspectos formais, éticos e de conteúdo do trabalho avaliado. O processo editorial se dá por e-mail (anexo), com troca de informações entre os editores e os pares (avaliadores ou autores).

Os artigos selecionados para o processo editorial serão enviados para dois revisores. O processo de avaliação será anônimo e o Comitê Editorial procede a seleção final da publicação.

Todos os manuscritos devem ser enviados em Word. Em uma página da rosto deve apresentar-se o título do artigo, nome do autor, a instituição a que pertence, e-mail, endereço completo, agência de fomento. Para garantir que o manuscrito seja anônimo para os revisores, o autor deve:

- 1) Omitir o seu nome e filiação na página 2 e seguintes, cabeçalhos e rodapés.
- 2) Remover as referências a apresentações de documentos anteriores em conferências ou seminários.

Imagens: arquivo jpg/300 dpi (apresentar, se necessário, a autorização de uso das imagens)

Declaração de Direito Autoral

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento.

A partir da publicação realizada na revista os autores possuem copyright e direitos de publicação de seus artigos sem restrições.

A Revista Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science segue os preceitos legais da licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). 

Política de Privacidade

Declaração de ética da publicação e publicação imperícia:

Guia ético para publicação no periódico

1. Obrigações dos autores

1.1. Normas dos relatórios

Autores de relatórios originais devem apresentar uma avaliação precisa do trabalho demonstrado, bem como uma discussão objetiva da sua significância. Dados subjacentes devem ser representados apuradamente no trabalho. O trabalho deve conter detalhes e referências suficientes para permitir outros a replicar a sua obra.

Declarações fraudulentas e a conscientização imprecisa do mesmo constitui um comportamento antiético e inaceitável.

Artigos de revisões e publicações profissionais devem sempre ser precisos e objetivos, e trabalhos e opiniões editoriais devem claramente ser identificados com tal.

1.2. Acesso e retenção de dados

Autores podem ser solicitados a providenciar dados crus em conexão com um trabalho para revisões editoriais, devem estar preparados a providenciar o acesso público destes dados, se viável, e devem independente da instância estar preparados a reter tais dados por um período adequado depois de sua publicação.

1.3. Originalidade e plágio

Os autores devem assegurar que tenham escrito obras totalmente originais, e se os autores usarem o

trabalho e/ou palavras de outra pessoa, que o mesmo seja citado devidamente. O plágio toma várias formas, alguns destes sendo, quando um autor pega o trabalho de outro como seu, ao copiar ou parafrasear partes substanciais de um trabalho feito por outro (sem atribuição), ou até mesmo a reivindicação dos resultados de uma pesquisa feita por outros. Plágio em todas as suas formas constitui um comportamento de publicação antiético, sendo inaceitável.

1.4. Publicações múltiplas, redundantes e simultâneas

Em geral um autor não deve publicar manuscritos que descrevem essencialmente a mesma pesquisa em mais de um periódico ou publicação primária. Apresentação do mesmo manuscrito para mais de um periódico simultaneamente constitui um comportamento de publicações antiético, sendo inaceitável. Em geral um autor não deverá apresentar para considerações um trabalho publicado anteriormente em outro periódico. A publicação de alguns tipos de artigos (ex. diretrizes clínicas, traduções) em mais de um periódico é justificável, desde que certas condições sejam atendidas. Os autores e editores dos periódicos interessados devem concordar na publicação secundária que deve refletir os mesmos dados e interpretações do documento primário. A referência primária deve ser citada na publicação secundária.

1.5. Reconhecimento das fontes

O devido reconhecimento do trabalho feito por outro deve sempre ser dado. Autores devem citar publicações que foram influentes na determinação da natureza do trabalho relatado. Informações obtidas particularmente, tais como em conversas, correspondências, ou discussões com terceiros, não devem ser usadas ou relatadas sem explícita permissão escrita da fonte. Informações obtidas no decurso de serviços confidenciais, tais como manuscritos referidos ou aplicações para bolsas, não deverão ser utilizadas sem explícita permissão escrita do autor do trabalho envolvido nestes serviços.

1.6. Autoria do trabalho

A autoria deve ser limitada àqueles que tenham feito contribuições significativas à concepção, estruturação, execução, ou interpretação do estudo relatado. Todos aqueles que tenham feito uma contribuição significativa devem ser listados como coautores. Nos lugares que contenham participantes em certo aspecto substantivos do projeto de pesquisa, os mesmos devem ter reconhecimento ou serem listados como contribuintes. O autor correspondente deve assegurar que todos os coautores apropriados e não os coautores inapropriados sejam incluídos no trabalho, e que todos os coautores tenham visto e aprovado a versão final do trabalho e concordem em sua apresentação para publicação.

1.7. Perigos e cobaias humanas ou animais

Se o trabalho envolver produtos químicos, procedimentos ou equipamentos que demonstrem qualquer risco inerente em seu uso, o autor deve identificar isso claramente em seu manuscrito. Se o trabalho envolver o uso de cobaias humanas ou animais, o autor deve assegurar que o manuscrito contenha uma declaração de que todos os procedimentos foram realizados de acordo com leis atuais e orientações institucionais e que há aprovação do(s) comitê(s) institucional(s) apropriado(s). Os autores devem incluir uma declaração no seu manuscrito informando que houve consentimento para experimentos com cobaias humanas. Os direitos humanos de privacidade devem sempre ser observados.

1.8. Divulgação e conflitos de interesse

Todos os autores devem divulgar em seu manuscrito qualquer conflito de interesse seja financeiro ou outro conflito de interesse relevante que poderia ser entendido como influência nos resultados de interpretação do manuscrito. Todas as fontes de suporte financeiro ao projeto devem ser divulgadas. Exemplos de possíveis conflitos de interesses que deveriam ser divulgados podem incluir vínculo empregatício, consultoria, propriedade de ações, honorários, depoimentos pagos de especialistas, aplicações / registros de patente, e bolsas ou outros financiamentos. Possíveis conflitos de interesses devem ser divulgados o mais cedo possível.

1.9. Erros básicos em trabalhos publicados

Quando o autor descobre um erro significativo ou impreciso no seu trabalho publicado, é o dever do autor notificar imediatamente o editor ou a editora do periódico, e cooperar com o editor para

retratar ou corrigir o trabalho. Se o editor ou a editora descobrir por terceiros que um trabalho publicado contém erros significativos, é obrigação do autor imediatamente retratar ou corrigir o trabalho ou providenciar evidência para o editor sobre a exatidão no trabalho original.

2. Obrigações do Conselho Editorial

(Essas orientações são baseadas em políticas existentes da Elsevier e Orientações das Melhores Práticas para Editores de Periódicos da COPE).

2.1. Decisões de Publicações

O editor de um periódico de revisão por pares é responsável pela decisão de quais artigos apresentados ao periódico serão publicadas. A validação do trabalho em questão e a sua importância para pesquisadores e leitores deve sempre ser o que impulsiona tais decisões. O editor pode ser guiado pelas políticas do conselho editorial do periódico e limitado pelos requisitos legais vigentes em matéria de difamação, violação de direitos autorais e plágio. O editor pode conferir com outros editores e revisores na tomada dessa decisão.

2.2. Jogo Limpo

Um editor deve avaliar manuscritos por seu conteúdo intelectual sem distinção de sua raça, gênero, orientação sexual, crenças religiosas, origens étnicas, cidadania, ou filosofia política dos autores.

2.3. Confidencialidade

O editor ou qualquer outra pessoa da equipe editorial não devem divulgar quaisquer informações sobre um manuscrito apresentado, a não ser para o correspondente autor, revisores, colaboradores potenciais, outros conselheiros editoriais, e a editora, conforme o caso.

2.4. Divulgação e conflitos de interesse

A divulgação de materiais não publicados em um manuscrito submetido não deve ser utilizada pelo editor em sua própria pesquisa sem a autorização expressa por escrito do autor. Informações privilegiadas ou ideias obtidas por revisões de pares devem ser mantidas confidenciais e não utilizadas para proveito pessoal. Os editores devem recusar-se (ou seja, deve perguntar a um coeditor, editor adjunto ou outro membro do conselho editorial para analisar e ponderar) a considerar manuscritos dos quais eles tenham conflitos de interesse, sendo estes resultantes de concorrência, colaboração, ou outros relacionamentos ou ligações com qualquer um dos autores, empresas, ou (eventualmente) as instituições ligados aos trabalhos. Os editores devem exigir que todos os contribuintes divulguem interesses conflitantes relevantes e que publiquem correções se os interesses conflitantes forem revelados após a publicação. Se necessário, devem ser tomadas outras medidas adequadas, tais como a publicação de uma retratação ou nota de interesse.

2.5. Envolvimento e cooperação em investigações

Um editor deve tomar medidas de responsabilidade razoáveis, quando reclamações a respeito de conduta ética forem apresentadas com relação a um manuscrito ou trabalho publicado, em conjunto com a editora (ou sociedade). Tais medidas geralmente incluirão contatar o autor do manuscrito ou trabalho passando-lhe as devidas considerações com relação às reclamações feitas, mas também poderão incluir futuras comunicações com as instituições e corpo de pesquisa relevantes, e se as reclamações forem comprovadas, a publicação de uma correção, retratação, nota de interesse, ou outra nota, caso seja relevante. Todo ato relatado sobre uma conduta antiética nas publicações deverá ser analisado, mesmo se for descoberto depois de vários anos de publicação.

3. Deveres dos revisores

(Essas orientações são baseadas em políticas existentes da Elsevier e Orientações das Melhores Práticas para Editores de Periódicos da COPE).

3.1. Contribuições para decisões editoriais

A revisão por pares auxilia o editor ao tomar as decisões editoriais, e o editorial através da comunicação com o autor pode trazer melhorias para o próprio trabalho. A revisão por pares é um componente essencial da comunicação acadêmica formal, sendo considerada como a alma da metodologia científica. A Elsevier compartilha o ponto de vista, de que aqueles acadêmicos que desejam contribuir para publicações tenham a obrigação de fazer a sua parte nas revisões.

3.2. Prontidão

Qualquer avaliador selecionado que se sente desqualificado para revisar a pesquisa relatada em um

manuscrito ou que tem conhecimento de que sua revisão rápida será impossível, deverá notificar ao editor e pedir que seja retirado do processo de revisão.

3.3. Confidencialidade

Qualquer manuscrito recebido para revisão deve ser tratado como documento confidencial. Os manuscritos não devem ser mostrados ou discutidos com outros a não ser que possuam autorização pelo editor.

3.4. Padrões de objetividade

Revisões devem ser conduzidas objetivamente. Críticas pessoais do autor são inadequadas. Avaliadores devem expressar seus pontos de vistas claramente com argumentos partidário.

3.5. Reconhecimentos das fontes

Revisores devem identificar publicações de trabalhos relevantes que não tenham sido citadas pelos autores. Qualquer afirmação de que uma observação, derivação, ou argumento tenha sido relatado anteriormente deve ser acompanhada pela citação relevante. O revisor deve também chamar a atenção do editor sobre qualquer similaridade substancial ou sobreposição entre o manuscrito em avaliação e qualquer outro trabalho publicado do qual ele tenha conhecimento pessoal.

3.6. Divulgação e conflitos de interesse

Materiais não publicados divulgados em um manuscrito submetido não devem ser usados na pesquisa pessoal de um pesquisador sem o consentimento expresso de forma escrita pelo autor. Informações privilegiadas ou ideias obtidas através de revisões por pares devem ser mantidas em confidencialidade e não devem ser usadas para vantagem pessoal. Revisores não devem considerar manuscritos dos quais tenham conflitos de interesses, seja resultado de competitividade, colaboração, ou outra relação ou vínculo com qualquer outro autor, companhias, ou instituições que tenha conexão com o trabalho.



Guias e Modelos

A Comissão organizadora do CIAIQ2016 e do ISQR2016 convida a comunidade a submeter propostas ao 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa e ao 1st International Symposium on Qualitative Research, a realizar no Porto, Portugal, nos dias 12, 13 e 14 de julho de 2016.

Os autores poderão submeter propostas de apresentação de trabalhos que se enquadrem nos objetivos e nas temáticas do Congresso, nomeadamente artigos científicos originais abordando revisões do estado da arte e novas perspetivas de investigação, soluções e/ou aplicações para problemas reais, trabalhos empíricos e/ou de avaliação, entre outros.

Pelo menos um autor de cada proposta de trabalho a apresentar no CIAIQ2016 deverá inscrever-se como participante.

Tipos de trabalhos a submeter

Artigo Completo: Trabalhos concluídos ou consolidados sobre I&D realizada numa das temáticas do congresso. Estes artigos terão um limite máximo de 10 páginas. Os autores destes artigos (*full papers*) aceites disporão, em sessão de trabalho do congresso, de 15 minutos para a sua apresentação presencial, mais 5 minutos para a sua discussão.

Artigo Curto: Trabalhos iniciais, mas com ideias relevantes a serem discutidas. Estes artigos terão o limite máximo de 4 páginas. Os autores destes artigos (*short papers*) aceites disporão, em sessão de trabalho do congresso, de 10 minutos para a sua apresentação presencial, mais 5 minutos para a sua discussão.

Sessão de Vídeos (**Apresentação Online**):

Os trabalhos aceites serão apresentados numa sessão paralela com o programa do CIAIQ2016 (canal do youtube). As contribuições de vídeo aceites (acompanhadas pelos artigos) serão incluídas nas Atas do CIAIQ2016. Fases:

- 1) Submissão de Artigo (6 de março de 2016): submeter artigo curto ou artigo completo selecionando a opção do EasyChair “Vídeo Session”;
- 2) Submissão de Vídeo (30 de maio de 2016): vídeos entre 1.5 e 3 minutos (máximo 50MB). Por favor, não use *codecs* especiais (codificadores/descodificadores) de forma a facilitar a portabilidade entre plataformas. Recomendamos o uso dos formatos de vídeo [PEG-1](#) ou [MPEG-4](#).

É esperado que o vídeo seja uma contribuição autónoma e auto explicativo através da narração em Português. O contributo de vídeo deve ter em consideração os aspetos comuns de um trabalho científico disponível para a comunidade/leitores, através da exploração de um formato de vídeo em vez do formato tradicional (em papel).

As directrizes para a preparação de vídeos são:

- Incluir a narração em Português;
- Focar no trabalho de investigação;
- Introduzir a base da atual investigação e apresentar os objectivos da investigação;
- Descrever a metodologia, recursos utilizados e principais resultados.

Normas para a submissão de trabalhos

Todas as propostas de apresentação devem ser submetidas online no site do congresso de acordo com o Template ([Template CIAIQ2016_PT](#) (.DOCX) ou [Template CIAIQ2016_PT](#) (.ZIP)) e ser submetidos em ficheiro editável (.doc; .docx).

As propostas de apresentação serão objeto de análise pela Comissão Científica. No caso de serem aceites para apresentação, os autores deverão enviar a versão final do texto para publicação (integrando as recomendações consideradas pela Comissão Científica do Congresso).

Os textos dos artigos devem ser originais e não devem estar sob revisão para nenhum outro congresso ou publicação nacional ou internacional. Os textos devem ser escritos em português ou espanhol. É obrigatório que o resumo do artigo esteja em dois idiomas, sendo um deles, em Inglês.

Processo de Revisão

Serão sujeitos a revisão todos os trabalhos completos, submetidos dentro dos prazos definidos e de acordo com o guia de estilo respetivo.

Cada um dos trabalhos submetidos (artigos) será revisto por 2 revisores, elementos da Comissão Científica.

No texto do artigo para avaliação pela Comissão Científica não deverão ser incluídas informações que possibilitem a identificação dos autores (*double blind-review*). Assim, nomes, afiliações e referências bibliográficas dos autores não deverão aparecer na versão inicial. Essas informações deverão ser incluídas somente na versão final do artigo.

Após terminado o processo de revisão o autor sinalizado para contacto será informado acerca da aceitação ou rejeição do trabalho submetido. Em ambas as situações os comentários dos revisores serão disponibilizados para consulta. Em caso de aceitação, os autores deverão atender às recomendações de melhoria a estabelecer e submeter a versão final do trabalho até ao limite da data definida.

Em caso de não consideração pelas recomendações feitas pelos revisores, a Comissão Organizadora reserva-se o direito de não integrar esses trabalhos nas atas do congresso.

A versão final dos trabalhos deverá seguir igualmente o respetivo guia de estilo e deverá conter os dados dos autores (nome, instituição e email).

Campos de Aplicação CIAIQ2016:

Podem ser submetidos trabalhos cujo os **Campos de Aplicação** abrangem as seguintes áreas:

1. **Investigação Qualitativa na Educação** (ênfase nos processos de Investigação nas diversas áreas do Ensino Superior, Ensino básico, Avaliação, Currículo, Didáticas, Ensino de Ciências, Línguas, História, Tecnologia, etc.)
2. **Investigação Qualitativa na Saúde** (ênfase nos processos de investigação nas áreas de Medicina, Enfermagem, Geriatria, Gerontologia, Psicologia, etc.)
3. **Investigação Qualitativa nas Ciências Sociais** (ênfase nos processos de Investigação nas áreas da Comunicação, Artes, Linguística, Sociologia, Antropologia, Administração, Marketing, Gestão e Economia, etc.)
4. **Investigação Qualitativa na Engenharia e Tecnologia** (ênfase nas metodologias de suporte baseadas em computador e no software para investigação qualitativa e na investigação qualitativa nas áreas da Engenharia e Tecnologia, Sistemas de Informação e Educação em Engenharia)

Temáticas CIAIQ2016:

A) Fundamentos

1. **Fundamentação e Paradigmas de Investigação Qualitativa** (estudos teóricos, reflexão crítica sobre as dimensões epistemológicas, ontológicas e axiológicas)
2. **Sistematização de estudos com Abordagens Qualitativas** (revisão da literatura, integração de resultados, agregação de estudos, meta-análise, meta-análise qualitativa, meta-síntese, meta-etnografia)
3. **Investigação Qualitativa e Métodos Mistos** (ênfase em processos de investigação que se apoiem em metodologias mistas mas com prioridade às abordagens qualitativas)

B) Operacionalização

1. **Tipologias de Análise de Dados** (análise de conteúdo, análise do discurso, análise temática, análise de narrativas, etc.)
2. **Processos inovadores de Análise Qualitativa de Dados** (desenho de análise, articulação e triangulação de diversos fontes de dados – imagens, áudios, vídeos)
3. **Investigação Qualitativa em Contexto Web** (*eResearch*, etnografia virtual, análise de interações, *corpus latent* na internet, etc.)
4. **Análise Qualitativa com Apoio de Software Específico** (estudos de usabilidade, *user experience*, impacto do *software* na qualidade de investigação e da análise)

Publicação

Os artigos aceites pela Comissão Científica serão publicados nas Atas do Congresso (em formato digital, com ISBN), desde que pelo menos um dos autores se tenha inscrito no congresso, o artigo respeite o formato definido, e não exceda o número máximo de páginas previsto.

Instruções para os Autores para preparação de artigos para o Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ)

Alfred Hofmann¹, Brigitte Apfel¹, Ursula Barth¹, Christine Günther¹,
Ingrid Haas², Frank Holzwarth², Anna Kramer³, Leonie Kunz³,

¹ Departamento de Educação Universidade de Heidelberg, Alemanha. hofmann@gmail.com; apfel@gmail.com; gunther@hotmail.com

² Departamento de Educação Universidade de São Paulo, Brasil. hofmann@gmail.com; apfel@gmail.com; gunther@hotmail.com

³ Instituição ... dos autores 3 ... etc.

Resumo. O resumo deve sintetizar o conteúdo do artigo e conter pelo menos 70 e no máximo 150 palavras. O corpo de fonte deve ter 9 pontos e deve ser inserido a 1,0 cm da margem direita e esquerda do corpo principal do texto. Deve haver duas linhas em branco (10 pontos) antes e depois do resumo. Este modelo já se encontra no formato exigido.

Palavras-chave: Gostaríamos de incentivá-lo a criar uma lista de palavras-chave nesta secção.

Título do artigo em inglês

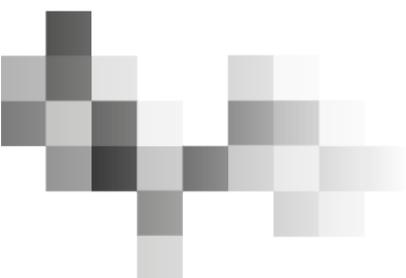
Abstract. The abstract should summarize the contents of the paper and should contain between 70 and 150 words. It should be set in 9-point font size and should be inset 1.0 cm from the right and left margins of the main text. There should be two blank (10-point) lines before and after the abstract. This document is in the required format.

Keywords: We would like to encourage you to list your keywords in this section.

1 Introdução

Este ficheiro de instruções para os utilizadores de Word pode ser usado como um modelo. Por favor, envie os ficheiros Word ou PDF finais e revistos do seu texto para o contacto do organizador disponível. Este é geralmente um dos organizadores da conferência. Deverá certificar-se de que os ficheiros Word e PDF são idênticos e corretos e que apenas uma versão da sua apresentação é enviada. Não é possível atualizar os ficheiros num momento posterior. Por favor note que não precisamos do texto impresso.

Gostaríamos de chamar a atenção para o facto de que não é possível modificar um texto seja por que modo for, uma vez que tenha sido publicado. Isto aplica-se à versão impressa e *online* da publicação. Todos os detalhes, incluindo a ordem dos nomes dos autores, deve ser verificada antes do texto ser enviado para os Editores.



1.1 Verificação do padrão

Este modelo fornece aos autores a maioria das especificações de formatação necessárias para a preparação de versões eletrônicas dos seus documentos. Todos os componentes padrão dos textos foram especificados por três razões: (1) facilidade de uso aquando da formatação de textos individuais, (2) cumprimento automático de requisitos eletrônicos que facilitam a produção simultânea ou posterior de produtos eletrônicos, e (3) conformidade de estilo ao longo das atas da conferência.

1.2 Informações Adicionais Exigidas pelo Editor

Se tiver mais de um sobrenome, por favor certifique-se de que o Editor sabe como você está a ser listado(a) no índice de autores.

2 Preparação do texto

A área de impressão é de 160 mm × 229 mm. O texto deve ser justificado para ocupar a largura da linha completa, de modo que a margem direita não seja irregular, com palavras separadas por hífen, conforme apropriado. Por favor preencha as páginas de modo a que o comprimento do texto não seja inferior a 200 mm, se possível.

Use um corpo de letra de 10 pontos para o nome do(s)/da(s) autor(es)/autora(s) e de 9 pontos para endereço(s) e resumo. Para o texto principal, utilize o corpo de 11 pontos e espaçamento de linha única. Recomendamos o uso do tipo de letra Calibri. O itálico pode ser usado para enfatizar palavras em texto corrido. Negrito e sublinhado devem ser evitados.

Secções. As secções devem ser capitalizadas (isto é, substantivos, verbos, e todas as outras palavras exceto artigos, preposições, conjunções, e devem ser definidas com uma capital inicial) devendo, com exceção do título, ser alinhadas à esquerda. Palavras unidas por um hífen estão sujeitas a uma regra especial. Se a primeira palavra puder ficar isolada, a segunda palavra deverá ser em maiúscula. Os corpos de fonte são dados na Tabela 1.

Aqui ficam alguns exemplos de secções: "Criteria to Disprove Context-Freeness of Collage Languages", "On Correcting the Intrusion of Tracing Non-deterministic Programs by Software", "A User-Friendly and Extendable Data Distribution System", "Multi-flip Networks: Parallelizing GenSAT", "Self-determinations of Man".

Tabela 1. Corpo da fonte. As legendas das Tabelas devem sempre ser colocadas acima das tabelas.

Nível de secção	Exemplo	Corpo e estilo de fonte
Título (centrado)	Investigação Qualitativa	14 pontos, negrito
Secção de 1º nível	1 Introdução	12 pontos, negrito
Secção de 2º nível	2.1 Área de impressão	10 pontos, negrito
Secção de 3º nível	Secções. O texto flui ...	10 pontos, negrito
Secção de 4º nível	<i>Ênfase.</i> O texto flui ...	10 pontos, itálico

2.1 Tipos de trabalhos a submeter

Trabalho Completo: Trabalho de I&D concluído, realizado nos temas do congresso. Os textos têm um máximo de 10 páginas.

Apresentação Curta: Trabalho inicial, mas com ideias relevantes para discussão. Estes textos têm um máximo de 4 páginas.

Sessão de Vídeo (Apresentação Online): os vídeos aceites serão apresentados em sessões paralelas de vídeo (canal youtube) no âmbito do programa do CIAIQ2016. As contribuições de Vídeo aceites (acompanhadas por textos) serão incluídos nas Atas *online* do CIAIQ2016, mas a apresentação em vídeo online deverá estar de acordo com o seguinte:

1) **Submissão de Texto Regular:** submeta o trabalho completo ou a apresentação curta, selecionando a opção EasyChair "Video Session";

2) **Submissão de Vídeo:** vídeos de 1,5 a 3 minutos (máximo 50MB) que ilustrem resultados novos e excitantes são muito ambicionados para esta edição CIAIQ2016. Por favor, não use codecs especiais (codificadores/descodificadores), a fim de fornecer o máximo possível de portabilidade entre plataformas. É altamente recomendável o uso de formatos [MPEG-1](#) ou [MPEG-4](#).

2.1 Figuras

Por favor, verifique que as linhas em desenhos de linhas não são interrompidas e têm uma largura constante. Grelhas e detalhes no interior das figuras devem ser bem legíveis e não devem ser dispostas uma em cima da outra. As letras nas figuras devem ter uma altura de 2 mm (corpo de 10 pontos). As figuras devem ser numeradas e devem ter uma legenda que deve estar sempre posicionada sob as figuras, em contraste com a legenda que pertence a uma tabela, a qual deve ser sempre apresentada por cima da mesma. Por favor, centrar as legendas entre as margens e colocá-las no corpo de 9 pontos (a Fig. 1 mostra um exemplo). A distância entre o texto e a figura deve ter cerca de 8 mm; a distância entre a figura e a legenda, cerca de 6 mm.

Para garantir que a reprodução das ilustrações é de uma qualidade razoável, desaconselha-se o uso de sombreado. O contraste deve ser tão pronunciado quanto possível.

Se as imagens forem necessárias, por favor certifique-se de que está feliz com a qualidade de impressão antes de enviar os ficheiros.

Observação 1. Nos volumes impressos, as ilustrações são geralmente a preto e branco (meios-tons), e apenas em casos excepcionais, quando o autor está preparado para cobrir os custos adicionais envolvidos, aceitam-se imagens coloridas. Imagens coloridas são bem-vindas na versão eletrónica gratuita. Se enviar figuras coloridas que virão a ser impressas a preto e branco, por favor certifique-se de que elas são realmente legíveis em preto e branco. Algumas cores aparecem muito mal quando impressas em preto e branco.



Fig. 1. (Exemplo da legenda de uma figura. Mostra uma figura que consiste em diferentes tipos de linhas. Os elementos da figura descrita na legenda deveriam estar em *itálico*, entre parêntesis, como ilustrado nesta mesma legenda.)

2.3 Notas de Rodapé

O numeral sobrescrito usado para se referir a uma nota de rodapé aparece no texto, quer diretamente após a palavra a ser discutida ou - em relação a uma frase ou uma oração - seguindo o sinal de pontuação (vírgula, ponto e vírgula, ou período). As notas de rodapé devem aparecer na parte inferior da área de texto normal, com uma linha de cerca de 5cm definida imediatamente acima.

2.4 Citações

Para citações no texto, por favor use o estilo APA6.



Fig. 2. (Exemplo da legenda de uma figura. Mostra uma figura que consiste em diferentes tipos de linhas. Os elementos da figura descrita na legenda deveriam estar em *itálico*, entre parêntesis, como ilustrado nesta mesma legenda.)

2.5 Numeração de Páginas e Títulos de Cabeçalho

Não é necessário numerar as páginas. Se o título do seu texto for demasiado longo para ser utilizado como título de cabeçalho, será encurtado. A sua sugestão sobre como o encurtar será muito bem vinda.

3 Metodologia

Por favor tenha em atenção que, se o seu endereço de e-mail é fornecido no seu texto, será também incluído nos meta-dados da versão online.

Por favor refira a relação e a coerência interna entre as questões de investigação e as opções metodológicas.

4 BibTeX e Software de Citação

Recomendamos vivamente que utilize software (como Endnote®, Mendeley® etc.) para fazer citações APA6.

5 Conclusões

De modo a permitir o cruzamento de referências deveria, portanto, verificar atenta e aprofundadamente as suas referências quando receber o .pdf final do seu texto. A secção de referências deverá ser completa. Não

pode omitir referências. Instruções sobre onde encontrar uma versão mais completa das referências usadas não é admissível.

Somente aceitamos referências que utilizam o estilo APA6 (Biggs, 1999)... (Teixeira-Dias, Pedrosa de Jesus, Neri de Souza, & Watts, 2005; Watts & Alsop, 2000) ... De acordo com Clemente, Vieira, Martins, & Andrade, (2013) e Costa, Loureiro, Reis, & Neri de Souza, (2015).

Agradecimentos. A secção deveria ser tratada como de 3º nível e não deveria ter numeração atribuída.

Referências

Biggs, J. (1999). *Teaching for quality learning at university*. Philadelphia: Open University Press.

Clemente, M. R., Vieira, R., Martins, F., & Andrade, A. I. (2013). Linguistic diversity in Aveiro, Portugal: Exploring linguistic landscape methodologies in the «Beira Mar» neighborhood. *Internet Latent Corpus Journal*, 3(1), 116–133.

Costa, A. P., Loureiro, M. J., Reis, L. P., & Neri de Souza, F. (2015). Análise de Interações Focada na Colaboração e Cooperação do Modelo 4C. *Revista Lusófona de Educação*, 29, 19–39.

Teixeira-Dias, J. J. C., Pedrosa de Jesus, H., Neri de Souza, F., & Watts, D. M. (2005). Teaching for Quality Learning in Chemistry. *International Journal of Science Education*, 27(9), 1123–1137.



Revista Ciência e Saúde Coletiva

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já



Revista Ciência e Saúde Coletiva

com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.



Revista Ciência e Saúde Coletiva

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

Revista Ciência e Saúde Coletiva

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com

Revista Ciência e Saúde Coletiva

informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

Revista Ciência e Saúde Coletiva

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”¹¹ ...
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade...”
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário



Revista Ciência e Saúde Coletiva

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.



Revista Ciência e Saúde Coletiva

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

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

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador



Revista Ciência e Saúde Coletiva

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2.
Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

ANEXO B

Seguro | https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/veiculoPublicacaoQualis/listaConsultaGeralPeriodicos.jsf

BRASIL Acesso à informação Participe Serviços Legislação Canais

PLATAFORMA Sucupira

INÍCIO >> Qualis >> Qualis Periódicos

Qualis Periódicos

* Evento de Classificação:
CLASSIFICAÇÕES DE PERIÓDICOS QUADRIÊNIO 2013-2016

Área de Avaliação:
 INTERDISCIPLINAR +

ISSN:
 2238-8869

Título:

Classificação:
 -- SELECIONE --

[Consultar](#) [Cancelar](#)

Periódicos

ISSN	Título	Área de Avaliação	Classificação
2238-8869	FRONTEIRAS: JOURNAL OF SOCIAL, TECHNOLOGICAL AND ENVIRONMENTAL SCIENCE	INTERDISCIPLINAR	B3
2238-8869	FRONTEIRAS: JOURNAL OF SOCIAL, TECHNOLOGICAL AND ENVIRONMENTAL SCIENCE	INTERDISCIPLINAR	B3

Seguro | https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/veiculoPublicacaoQualis/listaConsultaGeralPeriodicos.jsf

BRASIL Acesso à informação Participe Serviços Legislação Canais

PLATAFORMA Sucupira

INÍCIO >> Qualis >> Qualis Periódicos

Qualis Periódicos

* Evento de Classificação:
CLASSIFICAÇÕES DE PERIÓDICOS QUADRIÊNIO 2013-2016

Área de Avaliação:
 INTERDISCIPLINAR +

ISSN:

Título:
 Ciência e Saúde Coletiva

Classificação:
 -- SELECIONE --

[Consultar](#) [Cancelar](#)

Periódicos

ISSN	Título	Área de Avaliação	Classificação
1413-8123	CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA (IMPRESSO)	INTERDISCIPLINAR	B1
1413-8123	CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA (IMPRESSO)	INTERDISCIPLINAR	B1

ANEXO C



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TECNOLOGIAS EM SAÚDE NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL(CAPS):
A GRUPALIDADE EM QUESTÃO

Pesquisador: KARINE WLASENKO NICOLAU

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46329415.7.0000.0030

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA EDUCACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.181.837

Data da Relatoria: 12/08/2015

Apresentação do Projeto:

O objeto de estudo são os grupos para usuários adultos com transtornos mentais graves e persistentes em atendimento nos quatro CAPS do DF (Samambaia, Taguatinga, Paranoá e Planaltina). De natureza descritiva-exploratória e abordagem qualiquantitativa, o estudo utilizará questionários para a caracterização do perfil dos profissionais de saúde, sendo aproximadamente 124 participantes; formulários para identificação dos usuários que frequentam grupos nos CAPS; observação de grupos (dois por CAPS); grupos de discussão com os profissionais de saúde responsáveis por grupos; grupos de discussão com usuários que frequentam os grupos observados nos CAPS. Todos os grupos de discussão abordarão a temática da participação em grupo com base em roteiros próprios com tópicos-guia. O trabalho de campo deverá ocorrer ao longo do 2.º semestre de 2015, após aprovação dos CEPs de referência (Fepecs e UnB). O processamento e a análise dos dados ocorrerá por meio dos softwares EPI INFO (para os questionários e formulários) e Qualiquantsoft (para as perguntas semiabertas e para os grupos de discussão), baseando-se nos aportes teórico-metodológicos do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e seus desdobramentos contemporâneos. O referencial teórico adotado em relação aos grupos é o proposto por Regina Benevides de Barros, a qual opta pela ideia de grupo como um processo onde não se buscam

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.181.837

significados, mas se produzem sentidos por meio da problematização, da desindividualização e da experimentação. O objetivo geral do estudo é analisar como se desenvolvem os grupos nos CAPS do DF, com base na práxis cotidiana dos serviços de saúde e em articulação com a Política Nacional de Saúde Mental vigente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário

Analisar como se desenvolvem os grupos que atendem adultos com transtornos mentais graves e persistentes no DF, na qualidade de tecnologia em Saúde, com base na práxis cotidiana dos serviços e considerando articulações com a Política Nacional de Saúde Mental vigente.

Objetivos secundários

a) descrever os grupos para usuários desenvolvidos nos CAPS do DF incluindo tipos, composição e rotinas de funcionamento; b) traçar o perfil dos profissionais de saúde responsáveis pelos grupos para usuários realizados nos CAPS do DF, incluindo formação profissional, tempo de serviço em Saúde Mental e experiência com grupos; c) mapear representações dos cuidados em Saúde Mental, categorias e práticas discursivas nos CAPS do DF relacionadas aos grupos tanto para profissionais de saúde quanto para os usuários diretamente envolvidos; d) identificar aportes teórico-metodológicos no DF para a condução dos grupos para usuários nos CAPS, articulando-os às representações e práticas discursivas de profissionais, usuários e aos princípios norteadores da Política Nacional de Saúde Mental vigente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos identificados para a participação são mínimos e incluem a possibilidade de se deparar com reações emocionais de intensidade variável resultantes das reflexões realizadas em grupo ou individualmente durante o processo de pesquisa.

Caso ocorram, tais reações serão devidamente reconhecidas e acolhidas pela pesquisadora.

Benefícios:

Visibilidade do trabalho em Saúde Mental, favorecendo a reflexão em relação às práticas atualmente desenvolvidas na área e com isto contribuir para o aperfeiçoamento das tecnologias relacionais utilizadas neste indispensável serviço de saúde pública.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.181.837

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa inserida em projeto de doutoramento no Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da UnB, campus Ceilândia, na área temática de Saúde Mental, da autora, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Patrícia Maria Fonseca Escalda e co-orientada pela Prof.^a Dr.^a Paula Giovana Furlan. O orçamento apresentado inclui a bolsa da Capes da aluna e despesas com matérias de escritório, gasolina e coffe break para 20 encontros. O calendário finaliza com a elaboração da tese prevista para julho de 2017.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_511127.pdf de 17/07/2015

Carta em resposta às pendências CEP - Karine Wlasenko Nicolau.pdf de 14/07/2015

TCLE - profissionais de saúde.doc de 14/07/2015

PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1147381.pdf de 13/07/2015

PB_PARECER_COLEGIADO_1143265.pdf de 08/07/2015

PB_PARECER_RELATOR_1142046.pdf de 08/07/2015

TERMO DE CONCORDÂNCIA INST PROPONENTE PARA CEP FS - sem assinatura.doc de 18/06/2015

Folha de rosto - CEP FS UNB - Karine Wlasenko Nicolau.pdf de 18/06/2015

Projeto Doutorado CEP UNB FS - KARINE WLASENKO NICOLAU.docx de 18/06/2015

TCLE - usuários CAPS.doc de 14/07/2015

TCLE Observação grupos CAPS.doc de 14/07/2015

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_511127.pdf de 18/06/2015

Formulário de dados usuário CAPS.docx de 18/06/2015

Questionário para profissionais de saúde CAPS.docx de 18/06/2015

Guias pesquisa projeto doutorado.docx de 18/06/2015

Termo de concordância inst coparticipante - sem assinatura.doc de 18/06/2015

Termo de Resp e Comprom da Pesq CEPFS- sem assinatura.doc de 18/06/2015

Carta de encaminhamento de projeto ao CEP FS KARINE WLASENKO NICOLAU -sem assinatura.doc de 18/06/2015

Curriculum - Karine Wlasenko Nicolau.pdf de 18/06/2015

Termo Autorização Imagem Som CEPFS - Karine Wlasenko Nicolau.doc 18/06/2015

Termo de concordância instituição coparticipante -Karine Wlasenko Nicolau.pdf 18/06/2015

Termo de concordância institucional - Karine Wlasenko Nicolau.pdf de 18/06/2015

Termo de Responsabilidade e Compromisso- Karine Wlasenko Nicolau.pdf de 18/06/2015

Carta de encaminhamento ao CEP- Karine Wlasenko Nicolau.pdf de 18/06/2015

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.181.837

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Quanto ao TCLE:

1. Explicar a forma de recrutamento dos participantes (usuários dos CAPS e profissionais de saúde); Foi acrescentado ao TCLE breves informações relativas ao recrutamento de participantes. PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Descrever os procedimentos que serão adotados junto aos respectivos participantes (usuários dos CAPS e profissionais de saúde). Foi incluído parágrafo no TCLE de cada participante os procedimentos a serem realizados. PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. Retirar do TCLE de profissionais de saúde a frase "em horário comercial", sendo que não pode haver restrição de horário de atendimento telefônico aos participantes; frase retirada, PENDÊNCIA ATENDIDA.

4. Identificar o TCLE para participantes usuários dos CAPS e para participantes profissionais de saúde. Cada TCLE foi identificado. PENDÊNCIA ATENDIDA.

Quanto ao Termo de Concordância

1. Falta incluir os termos respectivos às unidades de Samambaia, Taguatinga e Planaltina, foi incluído somente o de Paranoá. Todas as outras unidades também foram incluídas com os respectivos documentos de aprovação das coordenações regionais da SES/DF. PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Reinsere a Secretaria de Saúde do DF como instituição co-participante que conste vínculo com o CEPFEPCS. PENDÊNCIA ATENDIDA.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 1.181.837

Considerações Finais a critério do CEP:

A realização das atividades do projeto na instituição co-participante está condicionada à aprovação pelo CEP responsável, o CEP FEPECS.

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

BRASILIA, 12 de Agosto de 2015

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TECNOLOGIAS EM SAÚDE NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL(CAPS):
A GRUPALIDADE EM QUESTÃO

Pesquisador: KARINE WLASENKO NICOLAU

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46329415.7.3001.5553

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA EDUCACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.226.429

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa inserida em projeto de doutoramento em Ciências e Tecnologias em Saúde na área temática de Saúde Mental cujo objeto de estudo são os grupos para usuários adultos com transtornos mentais graves e persistentes em atendimento nos quatro CAPS do DF (Samambaia, Taguatinga, Paranoá e Planaltina). De natureza descritiva-exploratória e abordagem qualiquantitativa, o estudo utilizará questionários para a caracterização do perfil dos profissionais de saúde; formulários para identificação dos usuários que frequentam grupos nos CAPS; observação de grupos (dois por CAPS); grupos de discussão com os profissionais de saúde responsáveis por grupos; grupos de discussão com usuários que frequentam os grupos observados nos CAPS. Todos os grupos de discussão abordarão a temática da participação em grupo com base em roteiros próprios com tópicos-guia. O trabalho de campo deverá ocorrer ao longo do 2.º semestre de 2015, após aprovação dos CEPs de referência (Fepecs e UnB).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar como se desenvolvem os grupos que atendem adultos com transtornos mentais graves e persistentes no DF, na qualidade de tecnologia em Saúde, com base na práxis cotidiana dos serviços e considerando articulações com a Política Nacional de Saúde Mental vigente.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 1.226.429

Objetivo Secundário:

a) descrever os grupos para usuários desenvolvidos nos CAPS do DF incluindo tipos, composição e rotinas de funcionamento; b) traçar o perfil dos profissionais de saúde responsáveis pelos grupos para usuários realizados nos CAPS do DF, incluindo formação profissional, tempo de serviço em Saúde Mental e experiência com grupos; c) mapear representações dos cuidados em Saúde Mental, categorias e práticas discursivas nos CAPS do DF relacionadas aos grupos tanto para profissionais de saúde quanto para os usuários diretamente envolvidos; d) identificar aportes teórico-metodológicos no DF para a condução dos grupos para usuários nos CAPS, articulando-os às representações e práticas discursivas de profissionais, usuários e aos princípios norteadores da Política Nacional de Saúde Mental vigente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram avaliados pela pesquisadora, conforme relato abaixo:

"Os riscos identificados para a participação são mínimos e incluem a possibilidade de se deparar com reações emocionais de intensidade variável resultantes das reflexões realizadas em grupo ou individualmente durante o processo de pesquisa. Caso ocorram, tais reações serão devidamente reconhecidas e acolhidas pela pesquisadora."

O benefício envolve dar "Visibilidade do trabalho em Saúde Mental, favorecendo a reflexão em relação às práticas atualmente desenvolvidas na área e com isto contribuir para o aperfeiçoamento das tecnologias relacionais utilizadas neste indispensável serviço de saúde pública."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será de natureza descritiva-exploratória e abordagem quali-quantitativa. O estudo utilizará questionários para a caracterização do perfil dos profissionais de saúde; formulários para identificação dos usuários que frequentam grupos nos CAPS; observação de grupos (dois por CAPS); grupos de discussão com os profissionais de saúde responsáveis por grupos; grupos de discussão com usuários que frequentam os grupos observados nos CAPS. Todos os grupos de discussão abordarão a temática da participação em grupo com base em roteiros próprios com tópicos-guia. O trabalho de campo deverá ocorrer ao longo do 2.º semestre de 2015, após aprovação dos CEPs de referência (Fepecs e UnB). O processamento e a análise dos dados ocorrerá por meio dos softwares EPI INFO (para os questionários e formulários) e QualiQuantisoft (para as perguntas semiabertas e para os grupos de

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 1.226.429

discussão), baseando-se nos aportes teórico-metodológicos do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e seus desdobramentos contemporâneos. O referencial teórico adotado em relação aos grupos é o proposto por Regina Benevides de Barros, a qual opta pela ideia de grupo como um processo onde não se buscam significados, mas se produzem sentidos por meio da problematização, da desindividualização e da experimentação. O objetivo geral do estudo é analisar como se desenvolvem os grupos nos CAPS do DF, com base na práxis cotidiana dos serviços de saúde e em articulação com a Política Nacional de Saúde Mental vigente.

Amostra estimada 144 sujeitos entre profissionais e usuários de CAPS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto - apresentada, devidamente assinada.

Termo de concordância - apresentado, assinado pelo Diretor de Saúde Mental e pelos gerentes dos CAPS Samambaia, Planaltina, Paranoá e Taguatinga.

TCLE - apresentado com versões para profissionais e usuários

Curriculum Vitae - apresentados.

Cronograma de pesquisa - apresentado.

Orçamento de pesquisa - apresentado

Recomendações:

Não de aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Doutorado CEP UNB FS - KARINE WLASENKO NICOLAU.docx	18/06/2015 22:07:26		Aceito
Outros	Carta de encaminhamento ao CEP- Karine Wlasenko Nicolau.pdf	18/06/2015 22:10:15		Aceito
Outros	Termo de Responsabilidade e Compromisso- Karine Wlasenko Nicolau.pdf	18/06/2015 22:10:54		Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 1.226.429

Outros	Termo de concordância institucional - Karine Wlasenko Nicolau.pdf	18/06/2015 22:11:36		Aceito
Outros	Termo de concordância instituição coparticipante -Karine Wlasenko Nicolau.pdf	18/06/2015 22:12:17		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto - CEP FS UNB - Karine Wlasenko Nicolau.pdf	18/06/2015 22:15:24		Aceito
Outros	Termo Autorização Imagem Som CEPFS - Karine Wlasenko Nicolau.doc	18/06/2015 22:55:04		Aceito
Outros	Curriculum - Karine Wlasenko Nicolau.pdf	18/06/2015 22:56:51		Aceito
Outros	Carta de encaminhamento de projeto ao CEP FS KARINE WLASENKO NICOLAU -sem assinatura.doc	18/06/2015 22:57:54		Aceito
Outros	Termo de Resp e Comprom da Pesq CEPFS- sem assinatura.doc	18/06/2015 22:58:38		Aceito
Outros	TERMO DE CONCORDÂNCIA INST PROPONENTE PARA CEP FS - sem assinatura.doc	18/06/2015 23:00:15		Aceito
Outros	Termo de concordância inst coparticipante - sem assinatura.doc	18/06/2015 23:00:41		Aceito
Outros	Guias pesquisa projeto doutorado.docx	18/06/2015 23:07:15		Aceito
Outros	Questionário para profissionais de saúde CAPS.docx	18/06/2015 23:13:02		Aceito
Outros	Formulário de dados usuário CAPS.docx	18/06/2015 23:13:40		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_511127.pdf	18/06/2015 23:33:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Observação grupos CAPS.doc	14/07/2015 09:31:31		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE - usuários CAPS.doc	14/07/2015 09:31:54		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE - profissionais de saúde.doc	14/07/2015 09:32:14		Aceito
Outros	Carta em resposta às pendências CEP - Karine Wlasenko Nicolau.pdf	14/07/2015 09:33:13		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_511127.pdf	17/07/2015 19:48:30		Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 1.226.429

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 14 de Setembro de 2015

Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

ANEXO D



Universidade de Brasília
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para profissionais CAPS

Por conduzir um grupo para usuários em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), convidamos você a participar do projeto de pesquisa TECNOLOGIAS EM SAÚDE NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): A GRUPALIDADE EM QUESTÃO, sob a responsabilidade da pesquisadora Karine Wlasenko Nicolau, orientada pela Prof.^a Dr.^a Patrícia Maria Fonseca Escalda e coorientada pela Prof.^a Dr.^a Paula Giovana Furlan.

O objetivo desta pesquisa é analisar como se desenvolvem os grupos com usuários dos CAPS do Distrito Federal (DF) por meio de observações diretas e discussões em grupo com profissionais de saúde e usuários destes serviços.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e durante a pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua contribuição se dará por meio da participação em grupos de discussão realizados em local adequado, previamente acordado, em datas e horários pré-agendados. Sua tarefa será fornecer informações relativas a sua formação profissional, por escrito; e expressar verbalmente suas percepções a respeito dos grupos nos CAPS. O tempo estimado para os grupos será de aproximadamente duas horas. A gravação em áudio e vídeo dessas atividades será autorizada em documento próprio.

Os riscos identificados para sua participação são mínimos e incluem a possibilidade de se deparar com reações emocionais de intensidade variável resultantes das reflexões realizadas em grupo ou individualmente durante o processo de pesquisa. Caso ocorram, tais reações serão devidamente reconhecidas e acolhidas pela pesquisadora. Você pode se recusar a responder ou participar de qualquer procedimento da pesquisa, sem nenhum prejuízo pessoal ou profissional. Se você aceitar participar, estará colaborando para dar visibilidade ao trabalho em Saúde Mental, favorecer a reflexão em relação às práticas atualmente desenvolvidas na área e com isto contribuir para o aperfeiçoamento destas neste indispensável serviço de saúde pública. Sua participação é voluntária e não pressupõe pagamentos de qualquer natureza. No entanto, se houver alguma despesa relacionada diretamente ao projeto, como o transporte a um local que não seja o CAPS, esta será custeada pela pesquisadora, em parceria com a Universidade de Brasília.

Caso haja algum dano direto ou indireto resultante dos procedimentos de pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília (UnB) e no próprio CAPS, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição. Se tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa poderá entrar em contato com a pesquisadora Karine por meio do telefone 8110-8457.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília (UnB). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através dos telefones: (61) 3107-1947, (61) 3325-4955 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10hs às 12hs e de 14hs às 17hs, de segunda a sexta-feira.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com você.

Assinatura _____
Nome: _____ Karine Wlasenko Nicolau
Pesquisadora responsável

Brasília, ____ de _____ de _____.



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para usuários CAPS

Por participar de um grupo para usuários em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), convidamos você a participar do projeto de pesquisa TECNOLOGIAS EM SAÚDE NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): A GRUPALIDADE EM QUESTÃO, sob a responsabilidade da pesquisadora Karine Wlasenko Nicolau, orientada pela Prof.^a Dr.^a Patrícia Maria Fonseca Escalda e coorientada pela Prof.^a Dr.^a Paula Giovana Furlan.

O objetivo desta pesquisa é analisar como se desenvolvem os grupos para usuários dos CAPS do Distrito Federal (DF) por meio de observações diretas e discussões em grupo com profissionais de saúde e usuários destes serviços, dos quais você fará parte, caso concorde em participar.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e durante a pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua contribuição se dará por meio da participação em grupos de discussão realizados em local adequado, previamente combinado, em datas e horários pré-agendados. Sua tarefa será falar sobre sua participação no grupo do CAPS junto a outros participantes de grupos do mesmo CAPS que o seu. O tempo estimado para os grupos será de aproximadamente duas horas. A gravação em áudio e vídeo dessas atividades será autorizada em documento próprio.

Os riscos identificados para sua participação são mínimos e incluem a possibilidade de se deparar com reações emocionais de intensidade variável resultantes das reflexões realizadas em grupo ou individualmente durante o processo de pesquisa. Caso ocorram, tais reações serão devidamente reconhecidas e acolhidas pela pesquisadora. Você pode se recusar a responder ou participar de qualquer procedimento da pesquisa, sem nenhum prejuízo pessoal ou profissional. Se você aceitar participar, estará colaborando para dar visibilidade ao trabalho em Saúde Mental, favorecer a reflexão em relação às práticas atualmente desenvolvidas na área e com isto contribuir para o aperfeiçoamento destas neste indispensável serviço de saúde pública. Sua participação é voluntária e não pressupõe pagamentos de qualquer natureza. No entanto, se houver alguma despesa relacionada diretamente ao projeto, como o transporte a um local que não seja o CAPS, esta será custeada pela pesquisadora, em parceria com a Universidade de Brasília.

Caso haja algum dano direto ou indireto resultante dos procedimentos de pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília (UnB) e no próprio CAPS, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição. Se tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa poderá entrar em contato com a pesquisadora Karine por meio do telefone 8110-8457.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília (UnB). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através dos telefones: (61) 3107-1947, (61) 3325-4955 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10hs às 12hs e de 14hs às 17hs, de segunda a sexta-feira.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com você.

Assinatura
Nome:

Karine Wlasenko Nicolau
Pesquisadora responsável

Brasília, ____ de ____ de ____.



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)-Observação grupos CAPS

Por participar de um grupo para usuários em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), convidamos você a participar do projeto de pesquisa TECNOLOGIAS EM SAÚDE NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): A GRUPALIDADE EM QUESTÃO, sob a responsabilidade da pesquisadora Karine Wlasenko Nicolau, orientada pela Prof.^a Dr.^a Patrícia Maria Fonseca Escalda e coorientada pela Prof.^a Dr.^a Paula Giovana Furlan. Trata-se de um projeto para doutoramento inserido na área temática de Saúde Mental.

O objetivo desta pesquisa é analisar como se desenvolvem os grupos nos CAPS do Distrito Federal (DF).

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e durante a pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua contribuição se dará por meio da autorização para o registro de informações a respeito de seu vínculo com o CAPS e para que a pesquisadora possa observar o grupo do qual você participa na unidade durante aproximadamente dois meses ou quatro encontros, em média.

Não há riscos identificados para sua participação na pesquisa e você pode se recusar a responder ou participar de qualquer procedimento da pesquisa, sem nenhum prejuízo pessoal ou profissional. Se você aceitar participar, estará contribuindo para dar visibilidade ao trabalho em Saúde Mental e favorecer a reflexão em relação às práticas atualmente desenvolvidas na área. Sua participação é voluntária e não pressupõe pagamentos de qualquer natureza. No entanto, se houver alguma despesa relacionada diretamente ao projeto, esta será custeada pela pesquisadora, em parceria com a Universidade de Brasília.

Caso haja algum dano direto ou indireto resultante dos procedimentos de pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília (UnB) e no próprio CAPS, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa poderá entrar em contato com a pesquisadora Karine por meio do telefone 8110-8457.

Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS da SES/DF). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através dos telefones: (61) 3107-1947, (61) 3325-4955 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10hs às 12hs e de 14hs às 17hs, de segunda a sexta-feira.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com você.

Assinatura	Karine Wlasenko Nicolau
Nome:	Pesquisadora responsável

Brasília, ____ de _____ de _____.

Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa

Eu, _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado *Tecnologias em Saúde nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): a grupalidade em questão*, sob responsabilidade de Karine Wlasenko Nicolau, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizados apenas para análise dos grupos para usuários nos CAPS do DF, o que resultará em tese de doutoramento; apresentações em conferências profissionais e acadêmicas; e atividades educacionais. No entanto, as observações que serão realizadas nos grupos para usuários nos CAPS não serão gravadas, seja por áudio ou vídeo, apenas os grupos de discussão com profissionais e com usuários.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e à pesquisa explicitados acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança em relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade da pesquisadora responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura do (a) participante

Nome e Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ____ de _____ de _____



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

RICARDO ALBUQUERQUE LINS da Diretoria de Saúde Mental (DISAM) e RICARDO ALVES, gerente do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) PARANOÁ estão de acordo com a realização, nesta instituição, da pesquisa *Tecnologias em Saúde nos CAPS: a grupalidade em questão*, de responsabilidade da pesquisadora **Karine Wlasenko Nicolau**, com a finalidade de **investigar grupos para usuários em Saúde Mental** da SES/DF, com previsão de início em 01 / 07 / 2015.

O estudo envolve:

- realização de entrevistas;
- administração de medicamentos;
- procedimentos clínicos ou cirúrgicos;
- exames laboratoriais ou de imagem;
- pesquisa em prontuários;
- outro: observação de grupos para usuários nos CAPS

A pesquisadora responsável informa que o projeto de pesquisa está sendo analisado pelos CEPs da Instituição Proponente (CEP-UnB e CEP-FEPECS) e **que está ciente de que as etapas do estudo envolvendo a SES-DF ou Entidades Vinculadas, somente poderão ser iniciadas após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS-DF.**

Brasília, 05 / 05 / 2015.

Pesquisadora responsável: _____

Assinatura

Representante da SES-DF ou EV: _____

Assinatura/carimbo

Ricardo de Albuquerque Lins
Diretor de Saúde Mental
DISAM/SAS/SES
Mat.: 141.098-9 CRM-DF: 11.135

Chefia responsável pela Unidade: _____

Assinatura/carimbo



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

RICARDO ALBUQUERQUE LINS da Diretoria de Saúde Mental (DISAM) e LÁZIO DANTAS (MELO DANTAS), gerente do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) SAMAMBÁIA estão de acordo com a realização, nesta instituição, da pesquisa *Tecnologias em Saúde nos CAPS: a grupalidade em questão*, de responsabilidade da pesquisadora **Karine Wlasenko Nicolau**, com a finalidade de **investigar grupos para usuários em Saúde Mental** da SES/DF, com previsão de início em 01 / 07 / 2015.

O estudo envolve:

- realização de entrevistas;
- administração de medicamentos;
- procedimentos clínicos ou cirúrgicos;
- exames laboratoriais ou de imagem;
- pesquisa em prontuários;
- outro: observação de grupos para usuários nos CAPS

A pesquisadora responsável informa que o projeto de pesquisa está sendo analisado pelos CEPs da Instituição Proponente (CEP-UnB e CEP-FEPECS) e **que está ciente de que as etapas do estudo envolvendo a SES-DF ou Entidades Vinculadas, somente poderão ser iniciadas após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS-DF.**

Brasília, 05 / 05 / 2015

Pesquisadora responsável: 
Assinatura

Representante da SES-DF ou EV: 
Assinatura/carimbo

Chefia responsável pela Unidade: 
Assinatura/carimbo

Ricardo de Albuquerque
Diretor de Saúde Mental
DISAM/SAS/SES
Mat.: 141.098-9 CRM-FPE 111

Lázio Dantas
GERENTE
CAPS Samambáia / 0665



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

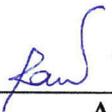
RICARDO ALBUQUERQUE LINS da Diretoria de Saúde Mental (DISAM) e BEATRIZ RUFINNI, gerente do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) PLANALTINA estão de acordo com a realização, nesta instituição, da pesquisa *Tecnologias em Saúde nos CAPS: a grupalidade em questão*, de responsabilidade da pesquisadora **Karine Wlasenko Nicolau**, com a finalidade de **investigar grupos para usuários em Saúde Mental** da SES/DF, com previsão de início em 01 / 07 / 2015.

O estudo envolve:

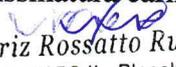
- realização de entrevistas;
- administração de medicamentos;
- procedimentos clínicos ou cirúrgicos;
- exames laboratoriais ou de imagem;
- pesquisa em prontuários;
- outro: observação de grupos para usuários nos CAPS

A pesquisadora responsável informa que o projeto de pesquisa está sendo analisado pelos CEPs da Instituição Proponente (CEP-UnB e CEP-FEPECS) e **que está ciente de que as etapas do estudo envolvendo a SES-DF ou Entidades Vinculadas, somente poderão ser iniciadas após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS-DF.**

Brasília, 05 / 05 / 2015

Pesquisadora responsável: 
Assinatura

Representante da SES-DF ou EV: _____
Assinatura/carimbo


Beatriz Rossatto Rufini
Gerente CAPS II - Planaltina
Mat: 180.380-8

Chefia responsável pela Unidade: _____
Assinatura/carimbo


Ricardo de Albuquerque Lins
Diretor de Saúde Mental
DISAM/SAS/SES
Mat.: 141.098-9 CRM-DF: 11.135



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

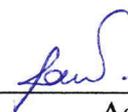
RICARDO ALBUQUERQUE LINS da Diretoria de Saúde Mental (DISAM) e GUSTAVO MURICI NEPOMUCENO, gerente do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) TAGUATINGA estão de acordo com a realização, nesta instituição, da pesquisa *Tecnologias em Saúde nos CAPS: a grupalidade em questão*, de responsabilidade da pesquisadora **Karine Wlasenko Nicolau**, com a finalidade de **investigar grupos para usuários em Saúde Mental** da SES/DF, com previsão de início em 01 / 07 / 2015.

O estudo envolve:

- realização de entrevistas;
- administração de medicamentos;
- procedimentos clínicos ou cirúrgicos;
- exames laboratoriais ou de imagem;
- pesquisa em prontuários;
- outro: observação de grupos para usuários nos CAPS

A pesquisadora responsável informa que o projeto de pesquisa está sendo analisado pelos CEPs da Instituição Proponente (CEP-UnB e CEP-FEPECS) e **que está ciente de que as etapas do estudo envolvendo a SES-DF ou Entidades Vinculadas, somente poderão ser iniciadas após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS-DF.**

Brasília, 05 / 05 / 2015

Pesquisadora responsável: 
Assinatura

Representante da SES-DF ou EV: 
Assinatura/carimbo 

Chefia responsável pela Unidade: 
Assinatura/carimbo 