

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**SARAH SALVADOR PEREIRA**

**SENTIDOS DA ESPERANÇA DE USUÁRIOS DE SERVIÇOS  
ESPECIALIZADOS EM SAÚDE MENTAL DURANTE A PANDEMIA DA  
COVID-19**

**SÃO CARLOS  
2024**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**SARAH SALVADOR PEREIRA**

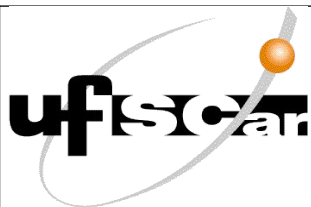
**SENTIDOS DA ESPERANÇA DE USUÁRIOS DE SERVIÇOS  
ESPECIALIZADOS EM SAÚDE MENTAL DURANTE A PANDEMIA DA  
COVID-19**

Tese de Doutorado apresentada à Comissão Examinadora de Defesa para fins de avaliação, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sonia Regina Zerbetto

Dedico este trabalho à minha mãe Viviani Aparecida Salvador Pereira  
*in memoriam.*



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



São Carlos, 30 de julho de 2024.

Ref: Carta comprovante da versão final  
de teses e dissertações

Eu Profa. Dra. Sonia Regina Zerbetto, Orientador(a) do(a) pós-graduando(a) Sarah Salvador Pereira, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, venho por meio desta, AUTORIZAR os trâmites para a homologação da tese/dissertação da supracitada aluna, e ATESTAR que a tese/dissertação intitulada "Sentidos da esperança de usuários de serviços especializados em saúde mental durante a pandemia da Covid-19" , é a **versão final** com as alterações sugeridas pela Banca Examinadora, estando o arquivo tecnicamente correto em sua forma e estrutura e com os devidos agradecimentos aos órgãos de fomento à pesquisa, no caso de recebimento de bolsa e/ou financiamento.

Solicito as devidas providências para o encaminhamento em questão, subscrevo-me.

Atenciosamente,

---

Assinatura orientador(a)

## **AGRADECIMENTOS**

À orientadora Profa. Dra. Sonia Regina Zerbetto pela orientação e parceria ao longo desses anos. Agradeço pelo compartilhamento do conhecimento e pela compreensão e empatia.

À minha filha Ana por ser minha fonte de esperança. Você é tudo filha.

Ao meu marido Pedro Ivo por estar sempre ao meu lado em todos os momentos, pelo afeto e companheirismo.

Aos meus pais Vanderlei e Viviani por todo amor, apoio e força. Vocês são a minha base.

Aos participantes desta pesquisa, pela disponibilidade e colaboração.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pela bolsa de estudos concedida.

Ao PPGENF da UFSCar pelo aprendizado e crescimento.

Resta essa faculdade incoercível de sonhar  
De transfigurar a realidade, dentro dessa incapacidade  
De aceitá-la tal como é, e essa visão  
Ampla dos acontecimentos, e essa impressionante

E desnecessária presciência, e essa memória anterior  
De mundos inexistentes, e esse heroísmo  
Estático, e essa pequenina luz indecifrável  
A que às vezes os poetas dão o nome de esperança.

(Vinicius de Moraes)

## RESUMO

**Introdução:** Esperança é uma dimensão que compõe a vida humana, fundamental no processo de enfrentamento de situações complexas. O contexto pandêmico da COVID-19 pode interferir no processo de esperança das pessoas usuárias dos serviços especializados de saúde mental. Acredita-se que a esperança esteve ainda mais comprometida na percepção destes usuários, devido a fatores de isolamento social, mudanças na rotina diária, dificuldade de acesso ao cuidado ofertado pelos serviços de saúde mental, modificações no âmbito do trabalho, dúvidas e incertezas quanto à doença da COVID-19.

**Objetivo:** Analisar os sentidos da esperança nos discursos de usuários de serviços especializados de saúde mental de uma cidade do interior mineiro no contexto pandêmico da COVID-19. **Materiais e Métodos:** Estudo qualitativo fundamentado no referencial teórico e metodológico da Análise de Discurso (AD) de matriz francesa e no constructo teórico do Modelo de Esperança de Dufault e Martocchio. A pesquisa envolveu quatro serviços especializados de saúde mental: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), Centro de Atenção Psicossocial II, Centro Multiprofissional de Saúde Mental e Centro de Atendimento em Saúde Mental Pós-Covid pertencentes de uma cidade do interior de Minas Gerais. Foram conduzidas entrevistas semiestruturadas com 14 usuários de serviços especializados em Saúde Mental no período de agosto de 2022 a maio de 2023. Para a análise dos dados foram utilizados os dispositivos Interdiscurso, Metáfora e Paráfrase da Análise de Discurso.

**Resultados:** A amostra de participantes constituiu-se de 5 usuários do Centro Multiprofissional de Saúde Mental, 4 usuários do CAPS II, 3 usuários do CAPS Ad e 2 usuários do Centro de Atendimento em Saúde Mental Pós-COVID. Destes 14 sujeitos, 10 eram do sexo feminino e 4 do sexo masculino. O processo de análise de discurso possibilitou a elaboração de dois blocos discursivos: 1) Os sentidos da Esperança construídos na Pandemia da COVID-19 e 2) Experiências durante a pandemia da COVID-19 – O que inibe ou promove a esperança? O primeiro bloco discursivo aborda os sentidos construídos sobre esperança que são permeados pelos efeitos advindos de memórias discursivas. Os recortes discursivos enunciam indícios do discurso religioso, de solidariedade, de modelo de doença e discurso de superação/resiliência. O segundo bloco discursivo

explorou circunstâncias da vida e experiências vivenciadas pelos sujeitos que afetaram a produção de sentidos sobre esperança no contexto pandêmico, que assinalam as condições de produção amplas e estritas em que os discursos foram enunciados. O período pandêmico da COVID-19 foi marcado por experiências de luto, de indiferença, intensificação das injustiças sociais, medo e o encontro de apoio no âmbito familiar. **Considerações Finais:** A pandemia da COVID-19 influenciou a construção de sentidos sobre esperança dos usuários de serviços especializados de saúde mental e gerou consequências na saúde mental das pessoas. Acredita-se ser importante capacitar os profissionais de saúde, principalmente enfermeiros(as), que atuam nos CAPS e CAPS ad a apreenderem os sentidos construído da esperança e a reconhecerem enquanto recurso terapêutico constituinte do cuidado. Destaca-se a importância em reconhecer a promoção de esperança enquanto intervenção na prática clínica e de cuidado.

**Descritores:** Esperança, Serviços de Saúde Mental, Saúde Mental, COVID-19; Enfermagem.



## ABSTRACT

**Introduction:** Hope is a dimension that makes up human life, fundamental in the process of facing complex situations. The COVID-19 pandemic context can interfere with the hope process of people using specialized mental health services. It is believed that hope was even more compromised in the perception of users of specialized mental health services, due to factors of social isolation, changes in daily routine, difficulty in accessing the care offered by mental health services, changes in the scope of work, doubts and uncertainties regarding the COVID-19 disease. **Objective:** To analyze the meanings of hope in the speeches of users of specialized mental health services in a city in the interior of Minas Gerais in the context of the COVID-19 pandemic. **Materials and Methods:** Qualitative study based on the theoretical and methodological framework of French-based Discourse Analysis (DA) and the theoretical construct of Dufault and Martocchio's Model of Hope. The research involved four specialized mental health services: Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPS ad), Psychosocial Care Center II, Multiprofessional Mental Health Center and Post-covid Mental Health Care Center belonging to a city in the interior of Minas Gerais. Semi-structured interviews were conducted with 14 users of specialized Mental Health services from August 2022 to May 2023. Discourse analysis devices were used to analyze the data. To analyze the data, the devices Interdiscourse, Metaphor and Paraphrase of Discourse Analysis were used. **Results and Discussion:** 14 interviews were carried out with users of specialized mental health services, 5 users of the Multiprofessional Mental Health Center, 4 users of CAPS II, 3 users of CAPS Ad and 2 users of the Post-COVID Mental Health Care Center. Of these 14 subjects, 10 were female and 4 were male. The discourse analysis process enabled the elaboration of two discursive blocks: 1) The meanings of Hope constructed in the COVID-19 Pandemic and 2) Experiences during the COVID-19 pandemic – What inhibits or promotes hope? The discursive block entitled “The meanings of Hope constructed in the COVID-19 Pandemic” addresses the meanings constructed about hope that are permeated by the effects arising from discursive memories. The discursive excerpts enunciate signs of religious discourse; solidarity speech; disease model. and overcoming speech. The discursive block entitled “Experiences during the

COVID-19 pandemic – What inhibits or promotes hope?” explored life circumstances and experiences lived by the subjects that affected the production of meanings about hope in the pandemic context, which highlight the broad and strict production conditions in which the speeches were enunciated. The COVID-19 pandemic period was marked by experiences of grief, indifference, intensification of social injustices, fear and finding support within the family. **Final Considerations:** The COVID-19 pandemic influenced the construction of meanings about hope among users of specialized mental health services and generated consequences for people's mental health. It is believed to be important to enable health professionals, especially nurses, who work in CAPS and CAPS ad to understand the constructed meanings of hope and recognize it as a therapeutic resource that constitutes care. The importance of recognizing the promotion of hope as an intervention in clinical and care practice is highlighted. **Descriptors:** Hope, Mental Health Services, Mental Health, COVID-19, Nursing.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa Conceitual da Esperança.....	45
--	----

## SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO .....	1
2 INTRODUÇÃO .....	3
2.1 O consumo de substâncias psicoativas no contexto da pandemia da COVID-19 .....	5
2.2. Transtornos mentais no contexto da pandemia da COVID-19.....	8
2.3. Esperança e saúde mental durante a pandemia da COVID-19. ....	11
3 JUSTIFICATIVA .....	16
4 OBJETIVOS .....	17
4.1 Objetivo Geral .....	17
4.2 Objetivos Específicos.....	17
5 METODOLOGIA.....	17
5.1 Referencial teórico e metodológico .....	17
5.2 Tipo de estudo .....	23
5.3 Local do estudo.....	24
5.4 Participantes do estudo.....	25
5.5 Coleta de dados .....	26
5.5.1 Instrumentos de Coleta de Dados.....	26
5.5.2 Procedimentos de coleta .....	27
6 ANÁLISE DOS DADOS.....	29
7 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
8 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
8.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO DISCURSO E SUAS CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO ESTRITAS .....	30
8.1.1 Sujeito discursivo 1 (SD1).....	31
8.1.2 Sujeito discursivo 2 (SD2).....	31
8.1.3 Sujeito discursivo 3 (SD3).....	32
8.1.4 Sujeito discursivo 4 (SD4).....	32
8.1.5 Sujeito discursivo 5 (SD5).....	33
8.1.6 Sujeito discursivo 6 (SD6).....	33
8.1.7 Sujeito discursivo 7 (SD7).....	34
8.1.8 Sujeito discursivo 8 (SD8).....	34
8.1.9 Sujeito discursivo 9 (SD9).....	35
8.1.10 Sujeito discursivo 10 (SD10).....	35

8.1.11	Sujeito discursivo 11 (SD11).....	36
8.1.12	Sujeito discursivo 12 (SD12).....	36
8.1.13	Sujeito discursivo 13 (SD13).....	37
8.1.14	Sujeito discursivo 14 (SD14).....	37
8. 2	APRESENTAÇÃO DOS BLOCOS DISCURSIVOS .....	38
8. 2. 1	Bloco 1: Os sentidos da Esperança construídos na Pandemia da COVID-19. ....	38
8. 2. 2	Bloco 2: Experiências durante a pandemia da COVID-19 – O que inibe ou promove a esperança?.....	54
9.	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	68
10.	REFERÊNCIAS.....	71
11.	APÊNDICES.....	85
11.1	Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ....	85
11.2	Apêndice II – Ficha de Identificação .....	89
11.3	Apêndice III – Roteiro de perguntas semiestruturadas .....	90
11.4	Apêndice IV – Instrumento utilizado para validação dos blocos discursivos .....	91
12	ANEXOS .....	99
12. 1	ANEXO I – Carta de Autorização da Secretaria de Saúde do Município .....	99
12. 2	ANEXO II – Parecer Consubstanciado do CEP .....	100

## **1 APRESENTAÇÃO**

A área da Saúde Mental me desperta interesse e curiosidade desde meu primeiro contato com o Centro de Atenção Psicossocial em um estágio durante minha graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, do estado de Minas Gerais (UNIFAL-MG). Um tempo depois, ingressei na Residência em Saúde Mental na Universidade Federal de Uberlândia-MG (UFU-MG) e a vontade de compreender os desafios e potenciais vivenciados pelos usuários de serviços de saúde mental especializados, só cresceu.

Durante meu mestrado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar, escolhi como objeto de estudo na área de saúde mental, a percepção dos profissionais de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre seus saberes e práticas relacionados à Redução de Danos, sendo a pesquisa fundamentada no referencial teórico e metodológico da Análise de Discurso (AD) de matriz francesa.

A partir do mestrado, aprofundei meu interesse pela população com transtornos mentais e/ou com transtornos derivados do consumo de álcool e outras drogas. Os resultados da dissertação de mestrado despertaram reflexões sobre as vivências desses usuários e suas situações de sofrimento psíquico. Também a partir dos resultados da dissertação foi possível aprofundar o conhecimento sobre o referencial da AD e a relevância de sua utilização nas pesquisas em saúde para apreender sentidos e percepções dos sujeitos de pesquisa.

Ingressei no Doutorado em 2020, mesmo ano em que a pandemia da COVID-19 foi decretada emergência pública mundial. Diante de um cenário amedrontador, com poucas informações e muitas incertezas, a esperança se instaurou na vida de muitas pessoas dando forças para atravessar o momento mais difícil da humanidade.

Sendo assim, surgiu o desejo de investigar de que maneira a população usuária de serviços de saúde mental especializados foi afetada pela pandemia da COVID-19 e como o estado de esperança se fez, ou não, presente em suas vidas. Em um momento tão desafiador para todos, nasceu o interesse em pesquisar quais fatores podem ter favorecido ou inibido o surgimento e manutenção da esperança.

Desta maneira, nesta tese, a Introdução aponta a questão de pesquisa e uma revisão de literatura dividida em três capítulos. O primeiro capítulo versa sobre o consumo de substâncias psicoativas no contexto da pandemia da COVID-19. O segundo capítulo aborda o sofrimento psíquico no contexto da pandemia da COVID-19. O terceiro capítulo refere-se ao tema esperança e saúde mental durante a pandemia da COVID-19. Em seguida é apresentada a justificativa do estudo e os objetivos.

Na próxima seção descreve-se o referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso de matriz francesa de Michel Pêcheux e de sua filiada Eni Orlandi, introdutora desse referencial no Brasil e o constructo teórico do Modelo de Esperança de Dufault e Martocchio. Em sequência, apresenta-se o percurso metodológico deste estudo.

Em seguida são apresentados os resultados e discussão, com a caracterização dos sujeitos participantes do estudo e a apresentação dos dois blocos discursivos. O 1º bloco discursivo abordou os sentidos construídos sobre esperança que são permeados pelos efeitos advindos de memórias discursivas. Os recortes discursivos enunciam indícios do interdiscurso religioso, de solidariedade, modelo de doença e discurso de superação/resiliência. O 2º bloco discursivo explorou circunstâncias da vida e experiências vivenciadas pelos sujeitos que afetaram a produção de sentidos sobre esperança no contexto pandêmico, que assinalam as condições de produção amplas e estritas em que os discursos foram enunciados. O período pandêmico da COVID-19 foi marcado por experiências de luto, de indiferença, intensificação das injustiças sociais, medo e o encontro de apoio no âmbito familiar.

Na última seção são apresentadas as considerações finais.

## 2 INTRODUÇÃO

No dia 30 de janeiro do ano de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o surto do novo coronavírus (2019-nCoV) constitui uma emergência de saúde pública internacional. Durante o período inicial da pandemia da COVID-19 (*Coronavirus Disease* ou Doença do Coronavírus de 2019) impôs grandes desafios aos sistemas de saúde e às políticas de saúde pública em todo o mundo (WHO, 2020).

A pandemia desencadeou modificações em todos os setores da sociedade, afetando as condições de trabalho/emprego, saúde, educação e principalmente a saúde mental da população.

Sintomas como insônia, estresse, ansiedade e sintomas depressivos já foram relatados na literatura como sintomas presentes na população em pandemias (LOBO; RIETH, 2020). Na pandemia da COVID-19, a população pode estar exposta a experimentar diversas dificuldades que afetam a saúde mental, tais como: medo desta doença e da morte, medo relacionado com a fonte de renda prejudicada, alterações do sono, sentimentos de desesperança, solidão e sintomas depressivos, raiva, frustração ou irritabilidade, medo da possibilidade de o indivíduo ou de membros de sua família contraírem a COVID-19, ansiedade ou outras reações de estresse (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Apesar dessas reações serem comuns e presentes na população geral, no contexto da pandemia elas podem ter sido intensificadas. Toda a sociedade sofreu e ainda sofre com as consequências da pandemia da COVID-19, no entanto, alguns segmentos da população estiveram mais expostos aos riscos da COVID-19 e encontram-se mais vulneráveis, como por exemplo, profissionais de saúde, idosos, pessoas com doenças crônicas e pessoas convivendo com transtornos mentais e/ou transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (SPAs) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Portanto, esse último grupo de pessoas foi o escolhido para compor os participantes deste projeto de estudo.

Em relação às pessoas com transtornos mentais, fatores como o medo à exposição e risco de infecção pelo coronavírus, do adoecimento, da morte, bem como do distanciamento social e quarentena são capazes de agravar sintomas em pessoas que possuíam transtornos mentais anteriormente (BARROS-DELBEN et al., 2020). Em relação às pessoas que consomem SPAs, o período



pandêmico influenciou as suas condições clínicas e psicossociais. A pandemia em si apresenta risco em agravar a condição psicológica e o uso de SPAs dessa população. Além disso, a aderência e adesão desses usuários ao tratamento em serviços de saúde podem ficar comprometidas devido a mudanças sociais e econômicas, por exemplo (ORNELL et al., 2020).

Diante desse cenário de adversidades e desafios, ter e manter a esperança pode ser um recurso importante de promoção da saúde mental e motivador para (re)construir e conduzir a vida.

A esperança é uma dimensão que compõe a vida humana, fundamental no processo de enfrentamento de situações complexas e ajuda as pessoas a enfrentarem situações críticas e desafiadoras. Consiste em experiência subjetiva, orientada para a motivação de uma possibilidade positiva de futuro. Está relacionada com o desejo de vida, de construção, de perspectivas otimistas e realização de objetivos/metast satisfatórios e significativos ao bem viver (MILLER, 2007). É um recurso psicossocial que promove condições para lidar com situações de crise e proporciona efeitos favoráveis à saúde. Constitui em ferramenta de suporte para enfrentar questões relacionadas às necessidades de saúde (FERREIRA et al., 2018) e manter a qualidade de vida (ELVIRA et al., 2019). Em saúde mental a experiência da esperança foi considerada essencial para o processo de *recovery*<sup>1</sup>.

Diante do exposto, percebe-se a relevância científica e social da temática esperança na saúde mental durante o período pandêmico da COVID-19.

Dessa maneira, compreende-se ser necessário abordar o sofrimento psíquico de pessoas com transtornos mentais e de pessoas que convivem com consumo de substâncias psicoativas na vivência da pandemia da COVID-19, bem como a relevância da esperança no contexto da saúde mental durante esse período pandêmico.

---

<sup>1</sup>O *Recovery* tem sido compreendido enquanto paradigma na saúde mental, pois fundamenta-se na utilização das experiências e vivências dos próprios indivíduos em sofrimento psíquico no planejamento de estratégias de tratamento, que podem envolver o gerenciamento de atividades de vida diária, com o objetivo de melhorar a convivência e gestão de seus momentos de crise, dificuldades nas relações interpessoais e laborais (CORRADI-WEBSTER, 2017)

## **2.1 O consumo de substâncias psicoativas no contexto da pandemia da COVID-19**

No contexto do uso, abuso e dependência de SPAs e da pandemia da COVID-19 pressupõe-se que os usuários podem vivenciar situações de conflitos, desamparo e sofrimento psíquico ao longo do processo do plano terapêutico e acompanhamento, culminando em sentimento de desesperança.

Além da grave crise mundial de saúde pública gerada pela pandemia da COVID-19 em si, alguns estudos (DUBEY et al., 2020; BARBORA et al., 2020; SUGARMAN; GREENFIELD, 2020; DA et al., 2020; SHARMA et al., 2021) apontam para a crise no campo de álcool e outras drogas. Entende-se que a pandemia ainda afeta a saúde mental da população como um todo e pode influenciar no padrão de consumo de SPAs, bem como na maneira como as pessoas se relacionam com álcool e outras drogas.

O consumo de substâncias psicoativas pode se configurar em fator de risco no contexto da pandemia da COVID-19, assim como também a pandemia pode influenciar no aumento deste consumo (BARBOSA et al., 2020). Estudo de revisão de literatura (DUBEY et al., 2020) sobre a pandemia da COVID-19 e o consumo de substâncias psicoativas (SPAs) salienta que pessoas que consomem tais substâncias podem desenvolver novos comportamentos e padrões de consumo, como por exemplo, iniciar o consumo de uma nova SPA ou retornar ao uso. Além disso, dentre essas pessoas, houve risco de situação de emergências e ocorrência de morte oriundas da síndrome de abstinência (DUBEY et al., 2020).

Revisão de literatura nacional descreveu os riscos relacionados ao consumo de drogas fumadas e de álcool na pandemia. Em relação a drogas fumadas, o estudo ressalta que usuários fumantes possuem maior probabilidade de desenvolver doenças pulmonares, o que implicaria em complicação na evolução do quadro da COVID-19. O contato dos dedos e do cigarro com os lábios pode aumentar o risco de contaminação pelo vírus. No referente aos usuários de crack, a possibilidade de compartilhar os utensílios para o consumo, facilita a transmissão comunitária da COVID-19 (BARBORA et al., 2020).

Em relação ao consumo de álcool, fatores de risco, tais como, a crise financeira, o aumento do desemprego e o isolamento social podem tanto cooperar para reduzir o consumo (devido à diminuição de renda financeira, o que

pode impedir o acesso e compra da bebida) como aumentar o consumo, ao mobilizar sentimentos e emoções que podem proporcionar o abuso do álcool (BARBOSA et al., 2020). Outra pesquisa salienta que o isolamento social também promove o aumento do consumo problemático de bebidas alcoólicas no domicílio, por intermédio de divulgação de promoções nos preços desta substância pela comunicação midiática e redes sociais, bem como facilidades de ofertas e entrega (DA et al., 2020). O consumo excessivo de álcool aumenta o risco de contaminação da COVID-19, considerando os danos desencadeados no sistema imunológico (SHARMA et al., 2021).

Estudo chinês sobre a relação entre o contexto pandêmico e o uso abusivo/dependente de internet, álcool e tabaco aponta aumento no uso dessas variáveis, sendo 32% de consumidores regulares de álcool e 20% de fumantes regulares. Outro dado ressalta recaída no consumo de álcool (19%) e tabaco (25%) (SUN et al., 2020).

O aumento do consumo de álcool durante a fase aguda da pandemia foi notório e desafiador para a saúde pública, sendo interpretado como resposta da maioria dos usuários para lidarem com os inúmeros fatores estressores experienciados durante a pandemia (SUGARMAN; GREENFIELD, 2020).

Pessoas que consomem SPAs são mais vulnerabilizadas durante a pandemia de COVID-19, devido à dificuldade de acesso à informação sobre saúde e ao sofrimento desencadeado pelo estigma e preconceito. Além disso, pessoas que usam drogas podem priorizá-las ao invés de investirem em outras formas de saúde (DUNLOP et al., 2020). Desta maneira, percebeu-se a necessidade do compromisso do Estado e de órgãos gestores em proporcionarem ações para melhorar as condições de saúde individual e coletiva desta população. Outra ação consiste em garantir que todas as formas de comunicação midiática sejam democraticamente disponibilizadas e acessadas, utilizando-se inclusive mecanismos e estratégias de combate às *fake news*.

Como os usuários não estão deslocados de seu contexto social e político, há que se considerar o impacto que a gestão pública em âmbito nacional, estadual e local possuem na realidade dos sujeitos. A maneira com a qual os governantes conduzem a conscientização sobre a importância do isolamento social, medidas de contenção e higiene, bem como sobre a doença em si - sintomas e tratamento - certamente impacta na vivência da população.

Quando há compromisso sério em veicular informações verdadeiras sobre saúde pública, os danos decorrentes da pandemia são minimizados.

Outro problema internacional de saúde pública refere ao fato de que os usuários de opiáceos podem interpretar erroneamente os sintomas da SARS-CoV2 como manifestações de abstinência e manejá-la com a administração de opioides, tornando-se um risco para intoxicação aguda e não procurando ajuda em serviços de saúde (DUNLOP et al., 2020).

Estudos apontam dificuldades de acesso aos serviços de saúde pela população que consome SPAs no período pandêmico (DUBEY et al., 2020; ORNELL et al., 2020; VOLPATO et al., 2021), o que pode prejudicar adesão ao tratamento, bem como agravar as complicações deste uso. Tais fatos podem ser justificados pelas mudanças socioeconômicas e isolamento/distanciamento social (ORNELL et al., 2020; VOLPATO et al., 2021).

Literatura explora as modificações ocorridas no modo de funcionamento de serviços especializados para pessoas que consomem SPAs no período da pandemia. Em relação ao uso de opioides injetáveis no contexto internacional, há necessidade de organização dos serviços para promover e garantir aos usuários, o acesso à triagem e testes para SARS-CoV2, a materiais injetáveis estéreis (com o objetivo de diminuir o risco de infecção pela SARS-CoV2 e prevenir outras infecções); às medicações destinadas à terapia de substituição opiácea, bem como medicamentos que previnem intoxicação e overdose (DUNLOP et al., 2020).

Considerando os múltiplos aspectos que envolvem o consumo de SPAs e a pandemia da COVID-19, os serviços de saúde devem considerar fatores clínicos, demográficos e socioeconômicos que permeiam o contexto da população atendida e as estratégias de saúde devem considerar os impactos negativos que a COVID-19 pode ocasionar durante e após a pandemia (ORNELL et al, 2020).

Algumas opções viáveis para o cuidado de pessoas que consomem SPAs durante o período pandêmico envolvem o uso de recursos online ou telefônicos para acompanhamento e orientação, distribuição de materiais próprios para o consumo de SPAs, a fim de diminuir o risco de contaminação pelo vírus, implementação de medidas de segurança pelos serviços especializados, como por exemplo, distância mínima de segurança entre leitos. Tais medidas são

eficazes tanto para a proteção de indivíduos que consomem SPAs como para o controle da pandemia, portanto, auxiliando a sociedade como um todo (ORNELL et al., 2020).

No âmbito de SPAs, no Brasil consideram-se os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) como dispositivos potentes no cuidado à população que consome tais substâncias. Os profissionais de saúde atuantes nos CAPS ad são reconhecidos como possíveis agentes promotores e facilitadores do sentimento de esperança, pois são capazes de contribuir no processo de cuidar e educativo sobre o consumo de SPAs, redução de danos e prevenção, bem como oferecer apoio psicológico, acolhimento e escuta qualificada.

## **2. 2. Transtornos mentais no contexto da pandemia da COVID-19**

A pandemia da COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019* - Doença do Coronavírus) mobilizou diversos e diferentes sentimentos desencadeadores de sofrimento psíquico, tais como, frustração, luto e desesperança em grande parte da população (ROMÃO-DIAS; VERZTMAN, 2020).

Estudo aponta que as mudanças no convívio social e a quarentena durante a pandemia da COVID-19 podem influenciar os pensamentos de esperança e bem-estar psicológico (BERNARDO; MENDOZA, 2020). Estudos apontam que as pessoas com transtornos mentais estão mais vulneráveis às recaídas ou agravamento de suas condições psiquiátricas preexistentes devido ao distanciamento social e situações de confinamento no período pandêmico, podendo desencadear necessidade de internação (YAO et al., 2020; BENROS; VINDEGAARD, 2020).

O medo em ser infectado, adoecer ou morrer contribui para o sofrimento psíquico e para o agravamento dos transtornos mentais. Além disso, o medo de perder o emprego também é um fator que pode prejudicar a saúde mental da população (BHATTACHARJEE; ACHARYA, 2020).

Assim, tem-se que como primeiro pressuposto, de que o período pandêmico da COVID-19 teve implicações negativas na saúde mental da população, as quais irão perdurar em longo prazo; portanto, é necessário avaliar os seus impactos na saúde mental durante e após a pandemia.

Manual de recomendações em saúde mental elaborado por pesquisadores brasileiros da Fundação Oswaldo Cruz salienta consequências tardias derivadas da pandemia da COVID-19, tais como luto patológico, depressão, estresse pós-traumático, abuso de álcool ou outras substâncias psicoativas e transtornos psicossomáticos (NOAL; PASSOS; FREITAS, 2020).

Atualmente, a ciência tem denominado de Síndrome pós-covid ou COVID longa, quando a pessoa apresenta sintomas físicos, mentais ou psicológicos persistentes e debilitantes mesmo após a recuperação pela infecção do coronavírus, após três meses do início dos sintomas da COVID-19 e que continuam por dois meses, sem outro diagnóstico que os justifiquem (LANCET, 2020; IWU et al., 2021). Os sintomas psiquiátricos envolvem humor depressivo, ansiedade, estresse pós-traumático e comprometimento cognitivo/neurológico. Há ainda a preocupação de que tais sintomas possam aumentar ideações e comportamentos suicidas entre sobreviventes da COVID-19 (SHER, 2021).

Revisão integrativa de literatura, que objetivou investigar saúde mental e pandemias, apontou que sintomas psiquiátricos, tais como depressão, ansiedade e insônia foram frequentemente apresentados na população, e apareceram estar relacionados principalmente a algumas camadas sociais, dentre eles a camada de pessoas que já possuíam histórico de doenças crônicas e transtornos mentais (LOBO; RIETH, 2021).

O distanciamento e isolamento social podem causar alterações emocionais e comportamentais, intensificar sentimentos de tristeza, medo, irritabilidade, aumentar chances de abuso de substâncias psicoativas, causar alterações no apetite e padrão de sono, bem como intensificar conflitos familiares. Além disso, nesse período teve-se o acesso prejudicado a serviços comunitários promotores de bem-estar e de saúde mental (LIMA, 2020).

Estudo nacional de revisão indicou o aumento da incidência de sintomas de ansiedade relacionados a diversos fatores, como por exemplo, isolamento social, exposição a informações inadequadas e medo iminente. Essas alterações relacionadas a quadros de ansiedade foram percebidas tanto em indivíduos considerados saudáveis como agravamento de sintomas em indivíduos que possuíam precedente de transtorno psíquico (MIRANDA et al., 2020).

Outro estudo brasileiro identificou como fatores associados a indicadores de sintomas de transtornos mentais em residentes do Rio Grande do Sul durante

a pandemia, a baixa renda econômica e constante exposição a informações sobre número de infectados e número de mortos (DUARTE; PORTELLA; MARCELI, 2020). Os autores apontam como sugestão, ampliar informações acuradas e científicas sobre a COVID-19, incentivar políticas de auxílio financeiro para diminuir os impactos econômicos gerados e ampliar serviços *online* de atendimento e acolhimento psicológico (DUARTE; PORTELLA; MARCELI, 2020).

Devido às inúmeras consequências negativas e prejudiciais derivadas da pandemia e que influenciam a saúde mental da população, é essencial que os gestores de todas as instâncias federal, estadual e municipal considerem a área de saúde mental como prioritária dentro da agenda da saúde pública (KUMAR; NAYAR, 2021), formulando estratégias de prevenção e minimização de danos psicológicos oriundos desse atual contexto histórico.

Como recomendações para minimizar os impactos negativos na saúde mental da população e de profissionais de saúde, a gestão de serviços de saúde pública deve acatar as medidas sanitárias de segurança e de isolamento/distanciamento social, sobretudo proteger as populações mais vulnerabilizadas; garantir a segurança física e emocional das equipes de saúde com estratégias de diminuição de sobrecarga física e emocional, e providenciar informações acuradas, atualizadas, de qualidade e baseada em evidências científicas à população geral e profissionais de saúde. Além disso, é necessário fortalecer todo o sistema de saúde pública em todos os níveis de atenção, principalmente os serviços de atenção primária e secundária (BUITRAGO RAMIREZ et al., 2020). Torna-se importante o compromisso em assegurar financiamento e bom uso de recursos destinados a serviços de saúde mental, bem como investir em processos de avaliação e pesquisa nesses serviços (GAVIN; LYNE; MCNICHOLAS, 2020).

Percebe-se que a maioria dos estudos sobre saúde mental e pandemia da COVID-19 aponta para a necessidade de cuidados psicológicos para a população em geral devido aos danos psíquicos e emocionais sofridos. Infere-se que a população que possuía precedente de transtorno mental e realizava atendimento em serviço especializado de saúde mental, também enfrentou grandes desafios.

No contexto de pessoas com transtornos mentais, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sentiram os impactos da pandemia. Assim como todos os serviços de saúde, os CAPS também passaram por um processo de planejamento e adaptação para enfrentar tal situação, envolvendo reorganização de espaço físico, agenda de atendimentos, escala de funcionários e adequação ao funcionamento *online* e à distância (LOPES et al., 2021).

Considerando a urgência dos acontecimentos advindos da pandemia, outros estudos salientaram que o contexto pandêmico requereu dos profissionais de saúde de diferentes serviços, principalmente da enfermagem, criar, elaborar e implantar protocolos gerenciais e assistenciais fundamentados em evidências científicas, capacitação e treinamentos das equipes de saúde em curto espaço de tempo, reorganizar e gerir o processo de trabalho, apropriar-se de tecnologias digitais e virtuais (COSTA et al., 2020; MIRANDA et al., 2020).

No período pandêmico houve dificuldade de adesão de usuários ao tratamento no CAPS, aumento de faltas nos atendimentos (COSTA et al., 2020) e necessidade de readequar o modo de funcionamento dos serviços de saúde mental, os quais tiveram que apropriar-se de tecnologias *online* e plataformas virtuais para atender a população (OLIVEIRA; CAETANO, 2021).

Para garantir a continuidade dos atendimentos, os serviços aderiram a estratégias virtuais como atendimentos individuais e grupais, utilização de aplicativos de mensagens para grupos de apoio (*WhatsApp*), criação de perfis em redes sociais para facilitar o contato, criação de *lives* informativas e de rede de trabalho mais articulada à Atenção Primária à Saúde para acompanhamento de casos e reunião de matriciamento (OLIVEIRA; CAETANO, 2021; CRUZ et al., 2020).

### **2. 3. Esperança e saúde mental durante a pandemia da COVID-19.**

Esperança é um constructo que compõe a vida humana, fundamental no processo de enfrentamento de situações complexas. De acordo com a Teoria da Esperança proposta pelo psicólogo americano Charles Snyder (2003), a esperança se relaciona com a percepção do sujeito em relação à sua capacidade de traçar objetivos e metas, conceitualizá-los com clareza e elaborar estratégias concretas para atingi-los. Os objetivos são particulares para cada indivíduo, podendo representar qualquer resultado que o sujeito deseja experimentar ou



criar, contemplando planos de vida significativos obtíveis a longo prazo ou metas mais simples e breves atingíveis a curto prazo.

A esperança constitui em recurso determinante e terapêutico para a saúde mental das pessoas, tanto no processo de *recovery* como na minimização de sofrimento psíquico, ansiedade, depressão e comportamentos suicidas (DIXE; QUERIDO 2016).

Estudo chinês aponta que desejos e esperanças são fatores motivadores para a saúde mental e para a reabilitação das pessoas, pois envolvem a busca para promover a autonomia e independência financeira, habitacional e laboral, condições de autogerenciamento da saúde, (re)estabelecer os relacionamentos interpessoais e íntimos, e descobrir novas habilidades que favoreçam o prazer e sentido da vida (LAI et al., 2021).

A esperança vem sendo reconhecida como objeto de intervenção de alguns profissionais de saúde, em diversos cenários de atenção, como no campo oncológico (LI et al., 2018; CHAN, et. al, 2019), campo da saúde do idoso (OLIVEIRA, 2010), campo de doenças crônicas (CHAN et al., 2020; LARANJEIRA et al., 2020), campo de saúde da criança e do adolescente (CARVALHO et al., 2019; FONSECA et al., 2021) e no campo da saúde mental (QUERIDO, 2018).

No contexto do consumo de substâncias psicoativas (SPAs), alguns estudos exploram temáticas sobre desesperança e transtornos mentais em usuários destas substâncias (PAIVA et al., 2017; DOGAN; SOYLAR 2020). A literatura sobre pessoas com transtornos mentais aponta a necessidade de investigar estratégias que promovam a esperança nesta população específica para minimizar o estado de desesperança que a permeia (QUERIDO, 2018; QUERIDO, 2015).

Dessa maneira, deduz-se que as pessoas que vivenciam tais experiências podem apresentar sentimentos de frustração, impotência e desesperança. Pressupõe-se que a esperança sendo um processo subjetivo e complexo, algumas vezes pode estar comprometida. No contexto da pandemia da COVID-19 pressupõe-se que os usuários podem vivenciar situações de conflitos, desamparo e sofrimento psíquico ao longo do processo do plano terapêutico e acompanhamento, culminando em sentimento de desesperança.

A esperança se dá quando o sujeito estabelece objetivos que pretende e deseja atingir. Quando o sujeito se encontra em situações de vulnerabilidade ou sem ferramentas e caminhos para concretizar tais objetivos, a motivação e esperança podem tornar-se dimensões comprometidas (DIAS et al., 2020). A compreensão e avaliação da esperança na perspectiva dos usuários dos serviços de saúde subsidia o planejamento de estratégias de estímulo da esperança (GROSSI; SARTORE, 2008) e minimiza os impactos do consumo de SPAs na vida cotidiana dos usuários.

Estudo apontou que, na perspectiva de familiares de pessoas que consomem SPAs, o medo da iminência de morte em decorrência do consumo, o tempo prolongado de uso e o consumo de múltiplas substâncias são fatores que afetam a esperança desses indivíduos em relação a um futuro otimista (ELVIRA et al., 2019).

Outro estudo sobre personalidade, autoestima e esperança em usuários de substâncias psicoativas evidenciou que pessoas que consomem cocaína/crack possuíam baixos níveis de esperança, devido ao alto grau de complicações à saúde desencadeadas por essas substâncias (ZANINI, 2016).

Para compreender melhor a relação entre esperança e saúde mental, é necessário apreender o que pode motivar ou inibir a experiência de esperança para o usuário de serviços de saúde mental.

Estudo norueguês apontou aspectos que fomentam o surgimento da esperança em usuários de serviços de saúde mental, sendo um deles relacionado ao próprio esforço e empenho da pessoa em realizar mudanças na própria vida e tomar decisões para dar sentido à sua esperança (SÆLØR; NESS; SEMB; 2015).

Na perspectiva de usuários de serviços de saúde mental, estudos salientaram que as interações sociais possibilitam emersão, motivação e manutenção da esperança em pessoas que convivem com transtornos mentais (SÆLØR; NESS; SEMB; 2015; YEUNG et al., 2020). Neste aspecto, os usuários que vivenciaram experiências dolorosas de rupturas de relacionamentos, gerando mágoa e decepção, identificaram como objeto de esperança a reconstrução de interações sociais (SÆLØR; NESS; SEMB; 2015). Entretanto, estes usuários acreditam que relações confiáveis, respeitadas (SÆLØR; NESS; SEMB; 2015) e permeadas pelo amor (YEUNG et al., 2020) constituem em

motivação de esperança. Outros aspectos de emersão e motivação de esperança reconhecidos pelos usuários de serviços de saúde mental envolvem crença de outras pessoas pelo processo de *recovery* deles, possibilidades deles compartilharem suas histórias e ensinamentos; de realizarem atividades prazerosas, identificarem sentimentos de amor-próprio e esperança em si mesmos por intermédio de seus fatores intrínsecos; compreenderem o seu próprio progresso e busca por conexão espiritual (YEUNG et al., 2020).

Diante disso, no contexto da pandemia da COVID-19 pressupõe-se que a esperança pode estar ainda mais comprometida na percepção de usuários de SPAs, devido a fatores de isolamento social, mudanças na rotina diária, dificuldade de acesso ao cuidado ofertado pelos serviços de saúde mental, modificações no âmbito do trabalho, dúvidas e incertezas quanto à doença da COVID-19 e sua evolução, tratamento e cura.

Há escassa literatura que enfatiza a esperança em tempos de COVID-19, sobretudo há poucos artigos originais que enfoquem a inter-relação entre esperança, esta doença e usuários de serviços de saúde mental.

Estudo de *scoping review* que mapeou evidências científicas sobre fatores que inspiram esperança em usuários com transtornos mentais e uso abusivo de SPAs concomitantemente, salientou que a esperança consiste em recurso facilitador para o *recovery*. A esperança pode impulsionar o processo de transformação e crescimento da pessoa e que os profissionais da saúde podem ser apoiadores da esperança, bem como contenedores da desesperança (SÆLØR; NESS; SEMB, 2015; SÆLØR et al., 2014).

Para os usuários com transtornos mentais, tanto sentimentos de desesperança como a dificuldade de alcançar suas expectativas tornam-se razões motivadoras para o uso de SPAs (SÆLØR; NESS; SEMB, 2015; SÆLØR et al., 2014). Estudo que avaliou os níveis de esperança e ansiedade durante a pandemia da COVID-19 apontou que a esperança é uma ferramenta potente para a superação dos sintomas de ansiedade que podem surgir durante a pandemia, considerando a alta exposição às informações midiáticas e as taxas de morbidade/mortalidade durante a pandemia. Portanto, torna-se necessário o investimento em estratégias de incentivo à esperança para lidar com o estresse e ansiedade (MIRHOSSEINI et al., 2020).

Estudo que correlacionou variáveis de esperança, estresse percebido, sintomas de ansiedade e sintomas depressivos descobriu que a esperança constitui em fator protetor de sintomas depressivos e/ou de ansiedade. No entanto, requer mais estudos com delineamentos longitudinais para obter resultados mais conclusivos (WANG et al., 2022).

Assim, acredita-se como segundo pressuposto da presente pesquisa, que as pessoas podem encontrar forças mobilizadoras e motivadoras positivas para enfrentarem e superarem situações adversas, identificando fontes e estratégias promotoras de esperança, bem como os fatores que a ameaçam.

É importante que os profissionais da área de saúde mental consigam identificar os níveis de esperança dos usuários, compreender o processo de esperança e intervir neste (QUERIDO, 2018).

Existem diferentes fatores capazes de promover ou inibir a esperança e administrá-los pode ser complexo para usuários de serviços de saúde mental, o que requer a ajuda de profissionais de saúde qualificados, os quais podem se tornar grandes aliados no processo motivador de esperança.

Diante disso, na área de enfermagem em saúde mental, surge o conceito de competência inspiradora de esperança, enquanto prática avançada e promotora de recursos motivacionais de esperança para o *recovery*. Os elementos que constituem a competência envolvem habilidades do(a) enfermeiro(a) em auxiliar os usuários na compreensão de sua condição psicológica e seu papel no autocuidado e de seus potenciais para estabelecer metas atuais e futuras, (re)construir relações pessoais e estratégias de enfrentamento eficazes para os desafios e adversidades, promover ambiente seguro para o cuidado, promover autoeficácia e confiança para as mudanças desejadas (LARANJEIRA; QUERIDO, 2022).

Considerando-se que a esperança é um conceito complexo e o que a motiva é particular e difere de pessoa para pessoa, recomenda-se que os profissionais de saúde aprendam a questionar o usuário no referente à percepção dele sobre esperança e como ela se manifesta, bem como dialogar com ele sobre estratégias promotoras de esperança que vão funcionar para ele (MCCORMACK et al., 2017). Portanto, torna-se importante capacitar os profissionais de saúde, principalmente enfermeiros(as), que atuam nos CAPS e CAPS ad a reconhecerem a esperança enquanto recurso terapêutico constituinte

do cuidado. Destaca-se a importância em reconhecer a promoção de esperança enquanto intervenção na prática clínica e de cuidado.

Diante disso, há necessidade de aprofundar tal temática e compreender qual é a produção dos sentidos da esperança nos discursos dos usuários neste contexto pandêmico tão adverso e desafiador. Portanto, têm-se como questões de pesquisa: Quais são os sentidos produzidos sobre esperança por usuários de serviços especializados em saúde mental na vivência da pandemia? Quais são os fatores capazes de promover/facilitar a esperança e quais são os fatores capazes de inibir/dificultar a esperança neste período?

### **3 JUSTIFICATIVA**

Há escassa literatura sobre a articulação entre esperança, usuário de serviços especializados em saúde mental e contexto pandêmico da COVID-19. A maioria dos estudos que envolve o conceito de esperança foi realizado nas áreas de doenças crônicas (FERREIRA et al., 2018; CHAN et al., 2019; MACÊDO et al., 2019; CHAN et al., 2020) e/ou cuidados paliativos (HERTH 1990; HERTH 1993; CHAREPE et al., 2011; LI et al., 2018) e no contexto da saúde do idoso (SOUZA et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2018).

A esperança vem sendo reconhecida como objeto de intervenção de alguns profissionais de saúde, principalmente de enfermeiros(as), em diversas áreas de atenção à saúde, tais como, oncológica (LI et al., 2018; CHAN et al., 2019), do idoso (OLIVEIRA, 2010), de doenças crônicas (CHAN et al., 2020; LARANJEIRA et al., 2020), da criança e do adolescente (CARVALHO et al., 2019; FONSECA et al., 2021) e da saúde mental (QUERIDO, 2018).

Portanto, para que os profissionais da saúde mental, possam realizar ações promotoras de esperança, é relevante investir em pesquisas que contribuam na identificação de condições facilitadoras e inibidoras de esperança. Acredita-se que os achados deste estudo possam subsidiar tanto os profissionais de saúde como os usuários a refletirem sobre a esperança enquanto recurso potente no acompanhamento terapêutico. Além disso, espera-se que os resultados possam ajudar estes profissionais a repensarem novas práticas de cuidado, estratégias e intervenções que busquem avaliar o estado de esperança dos usuários e intervir na promoção desta.

Ademais, não foram encontrados estudos que analisem discursivamente o conceito de esperança na perspectiva de usuários de serviço de saúde mental. Por se tratar de uma temática pouco estudada no Brasil, acredita-se que este estudo poderá contribuir com o avanço do conhecimento científico, incentivando novas investigações focadas na área da esperança e saúde mental.

Outrossim, a originalidade deste estudo também está relacionada à utilização do referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso de matriz francesa, o qual possibilita interpretar os sentidos da esperança, na perspectiva dos usuários, os quais permeiam o discurso destes sujeitos, bem como sobre o contexto e as circunstâncias que o formularam.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

Analisar os sentidos da esperança nos discursos de usuários de serviços especializados de saúde mental de uma cidade do interior mineiro no contexto pandêmico da COVID-19.

### **4.2 Objetivos Específicos**

Analisar os fatores e fontes promotoras da esperança nos discursos de usuários de serviços especializados de saúde mental no contexto da pandemia da COVID-19;

Analisar os fatores e fontes inibidoras da esperança nos discursos de usuários de serviços especializados de saúde mental no contexto da pandemia da COVID-19.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Referencial teórico e metodológico**

O estudo envolve triangulação de teorias, ou seja, quando um fenômeno é analisado e interpretado por diferentes perspectivas ou diversas teorias, com o objetivo de ampliar e aprofundar o conhecimento acerca do objeto em estudo (DENZIN, 2009), neste caso a Análise de Discurso de matriz francesa e o constructo teórico da esperança.

A pesquisa fundamenta-se no referencial teórico e metodológico da Análise de Discurso (AD) de matriz francesa de Michel Pêcheux e de sua filiada Eni Orlandi, introdutora do referencial no Brasil. A AD de matriz francesa é

construída sobre as bases teóricas da Linguística, do Marxismo e da Psicanálise (ORLANDI, 2015).

A Linguística aborda a teoria da linguagem e dos processos de enunciação. A linguística ocupa-se em compreender a não-transparência da linguagem e captar a relação que existe entre linguagem, pensamento e mundo (ORLANDI, 2015).

O Materialismo Histórico contribui com a ideia da importância do contexto histórico na formação do homem e com o pressuposto de que a história que os sujeitos fazem e vivem também não lhes é transparente (ORLANDI, 2015; SILVA, 2005; BRANDÃO, 2012). O legado do Materialismo Histórico também contribui com os conceitos teóricos da ideologia de Althusser, a qual corresponde ao imaginário social de que o sujeito é livre, individual e capaz de ascender na hierarquia social; no entanto, como condição intrínseca de existência, desconhece o fato de que em um sistema de produção capitalista, sua posição nas relações de produção já está determinada (SILVA, 2009). Pêcheux assimila a concepção de Althusser sobre ideologia e a considera como constitutiva do processo discursivo, o qual é afetado pelas condições históricas e sociais (DRESCH, 2005). Para Pêcheux não há realidade sem ideologia, não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia (PÊCHEUX; FUCHS, 1997; ORLANDI, 2015). “A ideologia aparece como efeito da relação necessária do sujeito com a língua e com a história para que haja sentido” (ORLANDI, 2015, p.46).

A Psicanálise contribui com a noção de sujeito e o estudo do modo inconsciente. Nesse sentido, o homem passa a ser sujeito que é afetado pela história e ideologia e se constitui na sua relação com o simbólico. Para a AD, a história também tem sua realidade afetada pelo simbólico para construir sentidos (ORLANDI, 2015; SILVA, 2005; BRANDÃO, 2012).

Na concepção de Pêcheux, há preocupação em interpretar a materialização da linguagem na ideologia e como esta se manifesta na linguagem. Os discursos não são apenas mensagens transmitidas de um emissor a um receptor, nem somente sequências de frases emitidas. Os discursos possuem efeitos de sentido e só podem existir quando há um sentido produzido (ORLANDI, 2015).

Além daquilo que é dito pelo sujeito do discurso, a AD busca apreender também o não dito (a opacidade) e os silêncios. A Análise de Discurso se ocupa dos efeitos de sentidos produzidos entre locutores em seus locais sociais determinados pela estrutura social (PÊUCHEUX; FUCHS, 1997). Os conceitos marxistas e da Psicanálise embasam a AD salientando que os sentidos são construídos socialmente e determinados pela história, pela ideologia e pelo inconsciente (PÊUCHEUX, 2014). A AD permite interpretar o discurso identificando os vestígios e marcas do contexto ideológico, histórico e social, que não são organizados pelo próprio enunciador, mas que se revelam na materialidade linguística (BRANDÃO, 2012; ORLANDI, 2015).

A partir dos conceitos da Psicanálise, o sujeito na AD é considerado descentrado, clivado e assujeitado. Ele é descentrado, considerando que o *self* não ocupa lugar central no discurso, o qual é transpassado por formações ideológicas. O sujeito é clivado, pois a dimensão do inconsciente o torna dividido entre suas reações conscientes e inconscientes. Por fim, ele é assujeitado, o qual é atravessado por vários discursos, tornando-se um sujeito sem controle real do que diz ou do que não diz (BRANDÃO, 2012).

Os sujeitos são considerados em seu contexto histórico e ideológico e em suas condições de produção. As condições de produção se referem às circunstâncias em que os discursos são produzidos e sua relação para permitir o dizer. Existem condições de produção no sentido estrito e sentido amplo. O sentido estrito se refere ao momento imediato em que um discurso está sendo produzido, e o sentido amplo, envolve o contexto sócio-histórico, aspectos imaginários e ideológicos em que o sujeito está inserido (ORLANDI, 2015).

Os sentidos produzidos pelos sujeitos se imprimem nas Formações Discursivas (FDs). Segundo Orlandi (2015), uma formação discursiva é algo que em uma posição dada e em uma conjuntura dada permite o que se pode e deve se dizer. Portanto, uma determinada FD produzida pelo sujeito é interpelada por outras FDs construídas anterior e externamente a ele. Nessa configuração se encontra o esquecimento número 1, termo utilizado na AD para designar a ilusão de que somos originários do pensamento ou do dizer.

Perpassam pelas FD dois eixos distintos: o intradiscurso e o interdiscurso. O primeiro se constitui no eixo da formulação do enunciado, ou seja, é o que está sendo dito em um dado momento, em condições específicas e preestabelecidas.



O interdiscurso, também chamado de memória discursiva, é o já dito anteriormente, em outro lugar pré-construído, que possibilita o dizer. São as memórias coletivas e sociais que são delineadas na história e se materializam no discurso (GOMES, 2007; ORLANDI, 2015).

As formações discursivas compreendem as formações imaginárias e formações ideológicas. As formações imaginárias são as posições de onde o sujeito fala, ou seja, qual local em uma determinada relação social formada, o sujeito acredita que ocupa. As formações ideológicas se referem a algo que não é transparente e se materializa no discurso. Revelam as relações de classes, as contradições ideológicas e a estrutura ideológica ligada ao modo de produção dominante dentro de uma formação social dada (BRANDÃO, 2012).

Outro quadro teórico interpretativo deste estudo envolve o Modelo de Esperança de Dufault e Martocchio (1985). O fenômeno da esperança vem sendo estudado por diversas disciplinas, tais como filosofia, psicologia, antropologia e enfermagem. Portanto, existem diferentes perspectivas teóricas e definições de esperança relatadas na literatura (DOE, 2020). Este estudo fundamenta-se na concepção de esperança enquanto força vital dinâmica, que envolve diversas dimensões caracterizadas por expectativa confiante de se alcançar um objetivo futuro significativo para a pessoa (DUFALT; MARTOCCHIO, 1985).

Este modelo caracteriza a esperança em duas esferas com seis dimensões. Em relação às esferas, uma se denomina esperança generalizada, a qual se relaciona ao sentido de algum benefício futuro de desenvolvimento, apesar de incerto. Ela permite uma ampla perspectiva vital e de pensamento, ao flexibilizar mudanças de eventos, bem como transmite sensações motivacionais para a continuidade das responsabilidades da vida (DUFALT; MARTOCCHIO, 1985).

A segunda esfera relaciona-se à esperança particularizada, em que a pessoa esperançosa percebe como algo de mais relevante na sua vida; preocupa-se com o resultado a ser valorizado que corresponde a um objeto de esperança (concreto ou abstrato, implícito ou expresso) (DUFALT; MARTOCCHIO, 1985).

As seis dimensões da esperança consistem em: afetiva, cognitiva, comportamental, contextual, afiliativa e temporal (DFAULT; MARTOCCHIO,1985).

A primeira dimensão é a afetiva, que corresponde a sentimentos e emoções, podendo ser ambivalentes. Os aspectos da dimensão afetiva envolvem sentimentos de confiança ou incerteza voltados para a obtenção de um desfecho desejável, ou seja, essa dimensão inclui todo o arcabouço de sentimentos que podem vir a acompanhar o processo de esperança (DFAULT; MARTOCCHIO,1985).

A dimensão cognitiva inclui as maneiras individuais em que o sujeito pensa, percebe e interpreta a realidade do objeto de desejo e o resultado esperado. A pessoa ao examinar e refletir sobre a esperança, simultaneamente analisa sobre seus próprios recursos intrínsecos e extrínsecos potenciais e limitantes, bem como fatores promotores e inibidores da esperança (DFAULT; MARTOCCHIO,1985).

A dimensão comportamental compreende a orientação voltada para a ação em relação à esperança que a própria pessoa possui ou para outrem. As ações podem permear os campos psicológico, físico, social e religioso. No âmbito psicológico envolvem ações que também podem contemplar ações da dimensão cognitiva, por abranger atividades mentais, tais como organização de ideias, planejar ações estratégicas, resolutivas e decisórias para alcançar a esperança. O campo físico contempla atividades direcionadas para obter esperança na funcionalidade física eficiente e alívio de sintomas, ou seja, alimentação balanceada, exercícios físicos, medicamentos específicos, repouso entre outros. As ações sociais permeiam os relacionamentos interpessoais, por intermédio da solidariedade em auxiliar os pares na conquista de alcançar esperança que não se limita no individual, mas no coletivo. Ações no campo religioso relacionam-se à crença em uma Força Superior ou Divina, em que contemplam práticas religiosas ou espirituais, como por exemplo, orar, meditar, ler a Bíblia, assistir ou ouvir programas religiosos, participação em eventos espirituais ou religiosos, contribuir financeiramente ou não para instituições de cunho religioso, entre outros (DFAULT; MARTOCCHIO,1985).

A dimensão afiliativa corresponde ao senso de pertencimento e interação social que circundam a esperança. Nesta dimensão envolvem as interações

sociais e como elas podem implicar em objetos significativos no processo de esperança. Considera-se as relações com outros seres humanos, mas também com animais, plantas e figuras espirituais como Deus, por exemplo (DUFALTY; MARTOCCHIO,1985). A dimensão temporal foca na experiência da esperança ao longo do tempo (passado, presente e futuro). A esperança é um objeto direcionado para o futuro, no entanto, o passado e o presente também estão implicados no processo de esperança, pois experiências passadas e presentes podem influenciar no nível de esperança do sujeito, inclusive em perspectivas futuras (DUFALTY; MARTOCCHIO,1985).

A última dimensão, a contextual, apreende as situações de vida intrincadas no processo da esperança. Refere-se às circunstâncias da vida que permitiram que a esperança pudesse surgir (DUFALTY; MARTOCCHIO,1985).

A experiência da esperança é subjetiva, portanto, cada sujeito pode experimentar as seis dimensões mencionadas acima de formas diferentes e em níveis distintos de intensidade (DUFALTY; MARTOCCHIO,1985).

A compreensão da esperança enquanto constructo multidimensional proporciona aos profissionais de saúde, principalmente ao enfermeiro(a), esclarecimentos quanto a quais dimensões da esperança podem estar afetadas, como a esperança opera naquele sujeito e como é possível fomentar e apoiar a esperança (DUFALTY; MARTOCCHIO, 1985). O conceito está representado na Figura 1.

A esperança é um processo particular, portanto as pessoas encontram esperança em diferentes “lugares” e a obtém de fontes diferentes. Alguns exemplos de fontes de esperança estudados por Aspinwall e Leaf (2002), consistem em apoio social, relacionamentos e religiosidade.

Pressupõe-se que durante a pandemia da COVID-19 a população necessitou de esperança para enfrentar os desafios diários. A esperança vem sendo retratada na literatura como processo transformador de situações, pois impulsiona as pessoas a buscarem por mudanças, descobrirem novos valores/significados e expandirem o horizonte de possibilidades. Ela possibilita imaginar e antecipar um futuro melhor, acreditar em possibilidades e fortalecer sonhos (DOE, 2020).

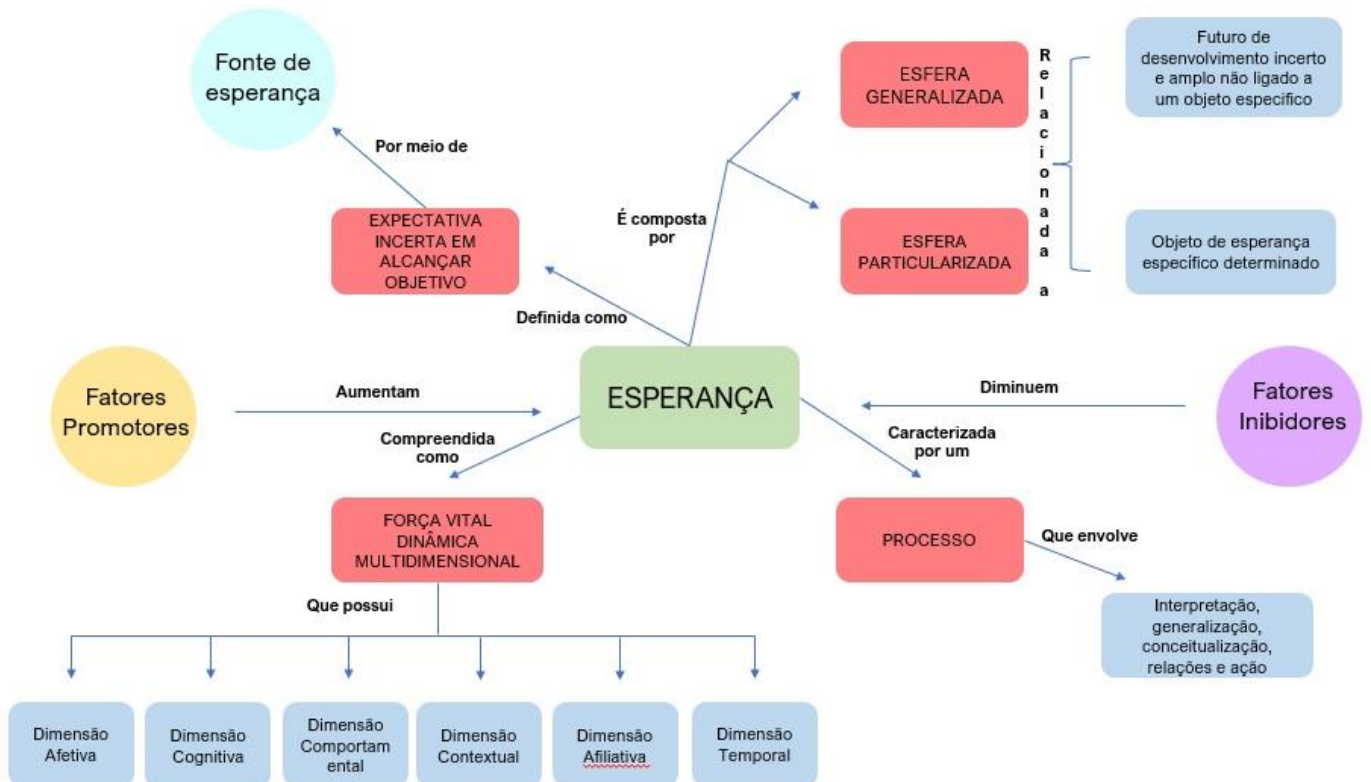


Figura 1. Mapa conceitual da Esperança.

## 5.2 Tipo de estudo

Trata-se de estudo qualitativo e exploratório, o qual permite obter uma compreensão ampliada do fenômeno estudado, apreendendo os significados, sentidos, valores e crenças dos sujeitos estudados. A pesquisa qualitativa permite o aprofundamento de temas ainda pouco estudados que requerem uma análise que ultrapassa a quantificação (MINAYO, 2016). O estudo foi norteado pela ferramenta *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

### 5.3 Local do estudo

A pesquisa envolve quatro serviços especializados de saúde mental denominados de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), Centro de Atenção Psicossocial II, Centro Multiprofissional de Saúde Mental e Centro de Atendimento em Saúde Mental Pós-covid pertencentes de uma cidade do interior de Minas Gerais. Os serviços especializados compõem a Rede de Atenção Psicossocial em Saúde (RAPS) e constituem em serviços públicos especializados em saúde mental de base comunitária para tratamento e reinserção social de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental grave e persistente, bem como derivado de consumo de substâncias psicoativas (BRASIL, 2011). Tais Centros ofertam atendimento interdisciplinar, compostos por uma equipe de saúde com diferentes categorias profissionais.

O município do estudo está localizado na região sul do interior do Estado de Minas Gerais, onde possui 20.539.989 habitantes. O município possui 93.073 habitantes, com a densidade demográfica de 315,68 habitante por quilômetro quadrado (IBGE, 2024).

O município pertence à macrorregião de saúde Sul e integra, junto a outros 14 municípios, a microrregião Itajubá (SECRETARIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2024). A cidade possui 37 estabelecimentos de saúde pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) (IBGE, 2024). A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é estruturada nos seguintes elementos: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar.

A RAPS do município atualmente é composta por: 1 Hospital de Clínicas, 1 Santa Casa de Misericórdia; 6 Unidades de Saúde da Família, 13 Estratégia de Saúde da Família, 1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), 1 Centro de Atenção Psicossocial II, 1 Centro Multiprofissional de Saúde Mental e 1 Centro de Atendimento em Saúde Mental Pós-covid.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) do município atende pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias, tem equipe multidisciplinar composta por equipe de enfermagem, equipe médica, psicólogos, assistentes sociais, terapeuta ocupacional, educador físico e oficinairos. O Centro de Atenção Psicossocial II do município atende pessoas com transtornos mentais graves e

persistentes e possui equipe multidisciplinar constituída por equipe de enfermagem, equipe médica, psicólogos, assistentes sociais, terapeuta ocupacional, educador físico e oficinairos. O Centro Multiprofissional de Saúde Mental funciona como um ambulatório de saúde mental realizando atendimento psiquiátrico individual. O Centro de Atendimento em Saúde Mental Pós-covid oferece atendimento psicoterápico individual às pessoas com necessidades/demandas derivadas de questões relacionadas à vivência da pandemia da COVID-19. É um serviço composto por profissionais de psicologia.

Estudo que objetivou realizar um levantamento das Redes de Atenção Psicossocial de Minas Gerais identificou um perfil de características diversas e heterogêneas de acordo com as diferentes regiões e salientou que existe uma deficiência de serviços especializados em populações vulneráveis e serviços com funcionamento 24 horas (COELHO et al., 2022), como é observado no município. Destaca-se a ausência de um Consultório na Rua e de estratégias de reabilitação psicossocial.

#### **5.4 Participantes do estudo**

Trabalhou-se com amostra de conveniência de usuários que utilizam tais serviços especializados de saúde mental. Os critérios de inclusão envolveram usuários maiores de 18 anos e que fazem tratamento no serviço especializado de saúde mental. Como critério de exclusão: usuários que apresentaram dificuldade de compreensão que dificultou o andamento das entrevistas e/ou estavam intoxicados ou em surto psicótico no momento da entrevista.

Foram abordados 18 usuários no total, destes, 4 recusaram o convite para participar do estudo e 14 aceitaram. Não houve desistência uma vez iniciada a entrevista. Dos 4 usuários que recusaram, 2 eram do Centro Multiprofissional em Saúde Mental e 2 do Centro de Saúde Mental Pós-Covid. O motivo da recusa de todos os 4 foi o receio de perder o horário de atendimento com profissional da unidade enquanto estivessem participando da entrevista. Acredita-se que o fato de realizar o convite para entrevista em sala de espera foi considerado uma dificuldade no percurso da pesquisa.

O fechamento amostral se deu por saturação teórica de dados, em que considera o ponto de saturação quando houver ausência de informações novas e repetições nas respostas, ou seja, quando houve o entendimento de que já

foram obtidos dados suficientes para compreender a temática. Entretanto, mesmo quando identificado o ponto de saturação, foram adicionadas mais 2 entrevistas (HENNINK et al., 2017; NASCIMENTO et al., 2018).

## **5.5 Coleta de dados**

Foi enviado documento à Secretaria Municipal de Saúde do município para solicitar autorização da coleta de dados nos serviços de saúde mental especializados, e em seguida, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) de uma universidade federal. Após a aprovação, a pesquisadora agendou um encontro com os profissionais que atuam nos serviços especializados em saúde mental para apresentar o projeto.

O gestor de cada uma das unidades decidiu, em acordo com pesquisadora e gestora geral do setor de saúde mental do município, o modo de recrutamento e local das entrevistas dentro das unidades. O modo de recrutamento dos participantes no CAPS II e CAPS AD foi realizado em algumas vezes por intermédio do contato prévio e indicação pelos profissionais de saúde dos serviços, os quais esclareceram sobre a pesquisa e solicitaram aos usuários permissão e o contato voluntário destes, para serem contatados presencialmente pela pesquisadora. No Centro Multiprofissional de Saúde Mental e Centro de Atendimento em Saúde Mental Pós-Covid ficou acordado que a pesquisadora abordaria os usuários em sala de espera, enquanto estes aguardavam atendimento, e explicaria sobre a pesquisa e faria o convite para a participação no estudo. Os gestores das unidades decidiram reservar uma sala de atendimentos dentro da unidade para a realização das entrevistas.

A coleta de dados com os usuários contou com os seguintes instrumentos:

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I);
2. Aplicação de Instrumento de caracterização sociodemográfica (APÊNDICE II);
3. Entrevista semiestruturada (APÊNDICE III).

### **5.5.1 Instrumentos de Coleta de Dados**

#### **a) Questionário sociodemográfico**

A caracterização sociodemográfica dos participantes consiste em dados pessoais e clínicos (APÊNDICE II).

## **b) Roteiro de entrevista semiestruturada**

O Roteiro de entrevista semiestruturada contém questões norteadoras formuladas pelas pesquisadoras sobre sentidos de esperança na pandemia, bem como os fatores que a inibem ou a facilitam, conforme Apêndice III.

### **5.5.2 Procedimentos de coleta**

Os dados foram coletados no período de agosto de 2022 a maio de 2023. Ressalta-se a importância de delimitar o recorte temporal da coleta e situá-lo dentro do contexto pandêmico. O respectivo período corresponde há quase dois anos após o início da vacinação contra o novo coronavírus no Brasil e em maio de 2023 a pandemia da Covid-19 deixou de ser considerada emergência internacional de saúde pública pela OMS.

Antes de iniciar a coleta de dados, a pesquisadora se preparou para a entrevista semiestruturada se apropriando dos principais conceitos do Modelo de Esperança de Dufault e Martocchio (1985) e de habilidades e competências de comunicação terapêutica para auxiliar no processo das entrevistas (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

A pesquisadora previamente acordou com os gestores de cada unidade quais seriam os dias da semana apropriados para a realização das entrevistas. No CAPS AD definiu-se que as entrevistas ocorreriam no período da tarde, enquanto os usuários estavam participando da oficina de artes. O profissional oficinairo fez o intermédio entre usuário e pesquisadora. Após apresentação pessoal entre pesquisadora e usuários, bem como da pesquisa, a pesquisadora realizou o convite a quem estava no momento na oficina. À medida que os usuários aceitavam os convites, sucessivamente, pesquisadora e usuário se dirigiam a um espaço reservado e silencioso, uma sala de atendimentos dentro da unidade, para a realizar a entrevista. No CAPS II a enfermeira da unidade fez a intermediação entre usuários que estavam na ambiência na unidade no período da manhã com a pesquisadora, sendo que as entrevistas ocorreram em uma sala de atendimentos dentro da unidade. No Centro Multiprofissional de Saúde Mental a pesquisadora abordou os usuários em sala de espera enquanto estes aguardavam atendimento com psiquiatra. As entrevistas ocorreram em uma sala de atendimentos dentro da unidade. No centro de Saúde Mental Pós-Covid, a pesquisadora abordou os usuários em sala de espera enquanto estes



aguardavam atendimento com psicóloga da unidade. As entrevistas ocorreram em uma sala de atendimentos dentro da unidade.

Antes do início das entrevistas os usuários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I). Após a aceitação, a pesquisadora realizou as entrevistas nos serviços especializados de saúde mental, podendo ser até dois encontros presenciais, em sala privativa e reservada (ou outro local apontado pela equipe que assegure a privacidade e respeite os protocolos de medidas de segurança e prevenção da pandemia da COVID-19, para proteger os participantes e pesquisadora), utilizando-se um aplicativo de gravação de áudio adequado ou gravador digital. De acordo com os protocolos sanitários contra a COVID-19, a respectiva sala possuiu circulação de ar adequada e espaço suficiente para que pesquisadora e participantes tenham distanciamento mínimo de 2 metros entre ambos. Durante a entrevista, ambos fizeram uso de máscara cirúrgica descartável com três camadas, sendo que a pesquisadora comprou (custeio da pesquisadora) e disponibilizou tal máscara ao participante. Na sala tinha um frasco de álcool em gel a 70% (também custeado pela pesquisadora) para higienização das mãos tanto da pesquisadora como do participante da pesquisa. O ambiente foi higienizado previamente, bem como as temperaturas dos participantes entrevistados e da pesquisadora foram aferidas com termômetro digital (o qual foi limpo antes e após seu uso com álcool a 70%) antes de iniciar a entrevista. Caso a mensuração da temperatura estivesse acima de 37,5<sup>o</sup> C, e se houvesse sintoma relacionado à COVID-19 ou os participantes e pesquisadora relatassem contato prévio com alguém que tivesse tido recentemente sintomas ou patologia confirmada, a entrevista foi reagendada após 14 dias. Os custos dos EPIs, materiais e equipamentos ficaram a cargo da pesquisadora e foram disponibilizados aos participantes da pesquisa.

Considerando o ofício circular n.2/2021 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que dispõe sobre orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual (que podem envolver uso de aplicativos de áudio de telefone), principalmente relacionadas à segurança na transferência e armazenamento de dados, houve *download* das gravações das entrevistas e armazenadas para um dispositivo eletrônico, ou seja, em *pendrive* ou HD externo, apagando todo e qualquer registro de qualquer ambiente

compartilhado ou em “nuvens”. Apenas tiveram acesso a esse conteúdo as pesquisadoras do estudo. Posteriormente, realizou-se a transcrição na íntegra das gravações.

Os participantes foram identificados como Sujeitos Discursivos (SD) seguidos por numeração sequencial à ordem das entrevistas. As sequências discursivas foram representadas pela sigla “sd”, seguidas da numeração, sendo sublinhados os textos com presença de vestígios e marcas linguísticas.

## **6 ANÁLISE DOS DADOS**

Foram utilizados os dispositivos analíticos do referencial metodológico da AD, o qual possibilita captar o dito e o não dito para além da superfície e analisar a materialidade que veicula o discurso. A AD busca interpretar como os vários efeitos de sentido se estabelecem, compreendendo sempre as implicações das formações imaginárias e formações ideológicas (ORLANDI, 2015).

A primeira etapa da análise é chamada de passagem da superfície linguística para o objeto discursivo. Nessa etapa, foi realizada a transcrição na íntegra de todas as entrevistas e escuta do material para a constituição do *corpus* de análise. Nessa fase, a pesquisadora buscou separar o que é dito em determinado discurso e o que é dito em outros discursos. Foram utilizados os dispositivos analíticos Interdiscurso, Metáfora e Paráfrase da AD. Nesse momento a pesquisadora buscou encontrar evidências, as quais constituem em vestígios, marcas e indícios, para compreensão do funcionamento discursivo, o qual é afetado pelo interdiscurso e pela ilusão do esquecimento (ORLANDI, 2015).

A segunda etapa é a passagem do objeto discursivo para o processo discursivo. A pesquisadora buscou encontrar como a história se materializa no discurso e como a ideologia se inscreve nesse discurso. É a etapa que permite compreender como se constituem os sentidos em determinado discurso. Foram realizados os primeiros recortes do *corpus* de análise, primeiro em segmentos discursivos (codificados como sequências discursivas (sd)) para recortes discursivos. As sd são os trechos dos textos que contém as pistas linguísticas, também chamadas de dispositivos analíticos, as quais possibilitam a análise da pesquisadora. Os recortes discursivos são o conjunto de mais de uma sd (SILVA, 2005; ORLANDI, 2015).

Na terceira etapa, ocorre a constituição dos processos discursivos, ou seja, a transformação do processo discursivo em formação ideológica, em que os recortes discursivos foram agrupados em blocos discursivos, de acordo com as formações ideológicas e formações discursivas semelhantes ali representadas (ORLANDI, 2015).

Após a análise de dados, para garantir os aspectos de validade e fidedignidade dos resultados duas pesquisadores enfermeiros *experts* na temática de Saúde Mental e Álcool e outras Drogas e uma pesquisadora expert em Análise do Discurso, avaliaram as sequências discursivas, os recortes e os blocos discursivos finais (APÊNDICE IV).

## **7 ASPECTOS ÉTICOS**

Para garantir os direitos dos participantes e fazer cumprir os aspectos éticos contidos na Resolução n. 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, este projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos de uma Universidade Federal no ano de 2022 sob o parecer n. 5.264316.

Ademais, os participantes da pesquisa deram anuência por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, afirmando estarem cientes sobre os aspectos que envolvem o estudo.

## **8 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **8. 1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO DISCURSO E SUAS CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO ESTRITAS**

Foram realizadas 14 entrevistas com usuários de serviços especializados em saúde mental, sendo 5 usuários do Centro Multiprofissional de Saúde Mental, 4 usuários do CAPS II, 3 usuários do CAPS Ad e 2 usuários do Centro de Atendimento em Saúde Mental Pós-covid. Além disso, quatro entrevistas constituíram-se em piloto, as quais, foram incluídas no estudo. Destes 14 sujeitos, 10 eram do sexo feminino e 4 do sexo masculino. A média de idade é de 40 anos. 7 eram solteiros, 2 casados, 4 divorciados e 1 viúva. Destes, 2 possuíam ensino superior, 5 ensino médio completo, 4 ensino médio incompleto, 1 ensino fundamental completo e 2 ensino fundamental incompleto. Em relação

à religiosidade, 7 pessoas eram católicas, 4 evangélicas, 1 sem religião, 1 espírita e 1 agnóstica. Atualmente, 11 sujeitos não estavam exercendo atividade profissional e 3 estavam. A média de tempo em acompanhamento terapêutico no serviço foi de 18 meses e meio. A média de duração das entrevistas foi de 25 minutos.

#### 8.1.1 Sujeito discursivo 1 (SD1)

Sexo feminino, possui 23 anos, é solteira e católica. Possui ensino superior incompleto. Conta que trancou a faculdade e agora vai prestar vestibular novamente. Não trabalha no momento. Quando perguntada sobre problemas de saúde diz ter “saúde mental enfraquecida”. Relata que faz tratamento no CAPS II desde o ano de 2020. No CAPS, faz acompanhamento semanal com psicóloga e mensal com psiquiatra. Diz que o CAPS a ajuda a distrair e a motiva. No momento da entrevista estava aguardando o atendimento, aparentava-se calma, estar com reação afetiva diminuída. A enfermeira da unidade a apresentou para a pesquisadora que fez o convite para a entrevista. A entrevista ocorreu no dia 24 de agosto de 2022, às 10h07min, na sala de atendimentos no CAPS II. Não houve nenhuma interrupção durante a entrevista, a qual durou 24 minutos.

#### 8.1.2 Sujeito discursivo 2 (SD2)

É do sexo feminino e possui 41 anos. Conta que é separada, estudou até o quinto ano, é dona de casa e evangélica. Quando a pesquisadora pergunta sobre algum problema de saúde, relata ter sinusite. Conta que faz acompanhamento no CAPS II há quase um ano e que antes disso estava internada em um hospital psiquiátrico por mais ou menos dois meses. Faz tratamento semi-intensivo no CAPS II, indo três vezes na semana e passando o dia. Diz que gosta mais de ir ao CAPS do que estar internada, pois segundo ela, não foi bem tratada e o hospital é “tipo uma prisão”. No momento da entrevista apresentava-se tranquila e com interesse na entrevista. Possuía algum tipo de comprometimento na dicção sendo difícil compreender algumas palavras ditas. Seu pensamento movia-se rapidamente de um assunto para outro, sem conclusão de ideias. Estava no serviço aguardando o início de uma oficina. A enfermeira da unidade a apresentou para a pesquisadora que fez o convite para a entrevista. A entrevista ocorreu no dia 24 de agosto de 2022, às 10h37min, na

sala de atendimentos no CAPS II. Não houve nenhuma interrupção durante a entrevista, a qual teve a duração de 22 minutos.

#### 8.1.3 Sujeito discursivo 3 (SD3)

Sexo feminino, possui 43 anos, é viúva e manicure. É espírita. Está trabalhando atualmente. Relata frequentar o CAPS II há um ano aproximadamente. Diz não ter nenhum problema de saúde. Conta que frequenta o CAPS II duas vezes por semana no período da manhã e participa de oficinas e atendimentos com psicólogo e psiquiatra. Segundo ela a terapia e as oficinas “ajudam muito”. No momento da entrevista estava calma e disposta a participar da entrevista. Estava no serviço cumprindo sua rotina estabelecida em seu plano terapêutico. A enfermeira da unidade a apresentou para a pesquisadora que fez o convite para a entrevista. A entrevista ocorreu no dia 31 de agosto de 2022, às 10h08min, na sala de atendimentos no CAPS II. Não houve nenhuma interrupção durante a entrevista, a qual durou 14 minutos.

#### 8.1.4 Sujeito discursivo 4 (SD4)

É do sexo masculino, tem 33 anos, é solteiro e católico. Quando perguntado sobre escolaridade diz não saber ao certo, pois estudou no presídio e não sabe se “passou de ano”. Conta que iniciou tratamento no CAPS II logo após sua saída do presídio há um ano. Atualmente trabalha auxiliando seu pai no comércio de revenda de móveis. Conta que tem esquizofrenia. No CAPS participa de oficinas uma vez por semana e tem consulta mensal com psiquiatra. Diz que o CAPS o ajudou muito “no aspecto de tristeza” e que agora está se sentindo bem melhor, “ocupando a cabeça com coisas que o alegram”. No momento da entrevista estava calmo e disposto a participar da entrevista. Durante a entrevista fazia longas pausas entre uma fala e outra, percebia-se que tinha uma diminuição na velocidade da fala, expressando-se vagarosamente. Estava no serviço cumprindo sua rotina estabelecida em seu plano terapêutico. A enfermeira da unidade o apresentou para a pesquisadora, que fez o convite para a entrevista. A entrevista ocorreu no dia 31 de agosto de 2022, às 10h38min, na sala de atendimentos no CAPS II. Não houve nenhuma interrupção durante a entrevista e durou 25 minutos. Após a entrevista o SD4 questionou a

respeito da finalidade da entrevista e do estudo, apesar de já ter apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### 8.1.5 Sujeito discursivo 5 (SD5)

É do sexo feminino, tem 33 anos, é solteira. É católica, mas gosta de frequentar a igreja evangélica. Trabalhou como balconista e estoquista, mas no momento encontra-se desempregada. Diz não ter nenhum problema de saúde, além de seu problema com álcool e drogas. Frequenta o CAPS AD desde 2018. Conta que no início não frequentava regularmente e “não vinha direito”. Recentemente retornou e diz que agora tem comparecido de maneira assídua. Frequenta o CAPS AD duas vezes por semana, um dia para a oficina de artes e outro para atendimento com psicóloga. No momento da entrevista estava alegre e disposta a participar da entrevista. Estava no CAPS AD participando da oficina de Artes. A enfermeira da unidade a apresentou para a pesquisadora que fez o convite para a entrevista. A entrevista ocorreu no dia 03 de fevereiro de 2023, às 10h20min, na sala de atendimentos no CAPS AD. A sala era o local onde havia atendimentos com psicóloga da unidade. A entrevistadora e a SD5 estavam sentadas em cadeiras separadas por uma mesa. Não houve nenhuma interrupção durante a entrevista e teve a duração de 24 minutos.

#### 8.1.6 Sujeito discursivo 6 (SD6)

É do sexo feminino, tem 43 anos, é casada, evangélica. Tem ensino médio completo e atualmente trabalha como cabelereira autônoma. Sobre problemas de saúde, conta que tem artrose, hérnia de disco, insônia e ansiedade, sendo os dois últimos, os motivos para seu tratamento no Centro Multiprofissional de Saúde Mental. Faz tratamento na unidade há três anos. Frequenta a unidade apenas para consultas periódicas com psiquiatra. Não frequenta outro espaço de saúde mental e não faz acompanhamento com profissional de psicologia. Sobre as condições de produção da entrevista, a entrevista foi realizada no Centro de Saúde Mental, em uma sala reservada para esse encontro, cedida pela equipe do serviço. Era uma sala de atendimentos, arejada, porém se ouvia bastante barulho do trânsito do lado de fora da unidade. A SD6 foi abordada na sala de espera e convidada para a entrevista enquanto esperava sua consulta agendada com médica psiquiatra do serviço. No momento da entrevista

aparentava estar apressada e inquieta, no entanto, disposta a responder as perguntas. A entrevistadora e a SD6 estavam sentadas em cadeiras separadas por uma mesa. Não houve nenhuma interrupção durante a entrevista, a qual durou 15 minutos.

#### 8.1.7 Sujeito discursivo 7 (SD7)

É do sexo feminino, tem 58 anos, é casada. Diz ser “católica meio misturado com espírita”. Tem ensino médio completo e segundo ela sua profissão é “do lar”. Faz tratamento no Centro Multiprofissional de Saúde Mental há dois anos. Frequenta a unidade apenas para consultas periódicas com psiquiatra. Não frequenta outro espaço de saúde mental e não faz acompanhamento com profissional de psicologia. Sobre as condições de produção da entrevista, a entrevista foi realizada no Centro de Saúde Mental, em uma sala reservada para esse encontro, cedida pela equipe do serviço. Era uma sala de atendimentos, arejada, porém se ouvia bastante barulho do trânsito do lado de fora da unidade. A SD7 foi abordada na sala de espera e convidada para a entrevista enquanto esperava sua consulta agendada com médica psiquiatra do serviço. No momento da entrevista aparentava estar tranquila e disposta a responder as perguntas. A entrevistadora e a SD7 estavam sentadas em cadeiras separadas por uma mesa. Não houve interrupção durante a entrevista, a qual teve a duração de 32 minutos.

#### 8.1.8 Sujeito discursivo 8 (SD8)

É do sexo feminino, tem 45 anos, é divorciada, católica e possui ensino fundamental incompleto. Conta que trabalhava em uma fábrica, mas atualmente está desempregada. Relata que após contrair COVID-19 passou a “ficar esquecida” e ter crises de pânico, motivos pelos quais a levaram a buscar tratamento no Centro Multiprofissional de Saúde Mental. Faz tratamento na unidade há quatro anos. Frequenta a unidade apenas para consultas periódicas com psiquiatra (uma vez por mês). Não frequenta outro espaço de saúde mental e não faz acompanhamento com profissional de psicologia. No momento da entrevista estava interessada em participar e disposta a contar sua história. Percebeu-se que ao decorrer da entrevista, a SD8 se sensibilizou em vários momentos ao relatar os acontecimentos vivenciados durante a pandemia, sendo

acolhida pela pesquisadora. A SD8 compareceu à unidade para sua consulta com a médica psiquiatra. A entrevista ocorreu antes do atendimento com a psiquiatra e foi interrompida por uma profissional da unidade, chamando a entrevistada para sua consulta. O intervalo durou 12 minutos. Após o atendimento, a SD8 retornou para finalizar a entrevista. A entrevista foi realizada no Centro de Saúde Mental em uma sala reservada para esse encontro, cedida pela equipe do serviço. A entrevista teve a duração total de 46 minutos.

#### 8.1.9 Sujeito discursivo 9 (SD9)

É do sexo masculino, tem 26 anos, é solteiro, ateu e possui ensino médio incompleto. Atualmente trabalha como autônomo e realiza alguns “bicos”. Conta que possui sinusite crônica, ansiedade, transtorno bipolar, depressão e dependência química, e que faz uso de três medicamentos psicotrópicos. Faz acompanhamento no CAPS AD há um ano, desde que saiu de uma Comunidade Terapêutica. No CAPS faz acompanhamento com psiquiatra, psicóloga e participa de oficinas. Frequenta o serviço de duas a três vezes na semana. Conta que o período em que esteve internado na Comunidade Terapêutica foi muito difícil e que está gostando de frequentar o CAPS AD. A entrevista ocorreu no dia 13 de fevereiro de 2023, às 14h32min. O SD9 estava no CAPS AD participando da oficina de Artes. O facilitador da oficina da unidade o apresentou para a pesquisadora, que fez o convite para a entrevista. O SD9 estava calmo e com humor aparentemente deprimido. Ao longo da entrevista demonstrou momentos de vulnerabilidade emocional, diante do que era compartilhado, sendo acolhido pela pesquisadora. A entrevista aconteceu na sala de atendimentos no CAPS AD. A entrevistadora e o SD9 estavam sentados em cadeiras separadas por uma mesa. Não houve nenhuma interrupção durante a entrevista, a qual teve a duração de 34 minutos.

#### 8.1.10 Sujeito discursivo 10 (SD10)

É do sexo masculino, tem 33 anos, é solteiro, católico e possui ensino médio completo. Trabalhava como autônomo, mas atualmente está desempregado. Conta que possui pressão alta e depressão e que faz acompanhamento no CAPS AD há um ano para “equilibrar a mente um pouco”. Não mencionou sobre o uso/abuso de álcool/drogas. No CAPS faz



acompanhamento com psiquiatra, psicóloga e participa de oficinas. Frequenta o serviço todos os dias. A entrevista ocorreu no dia 13 de fevereiro de 2023, às 15h08min. O SD10 estava no CAPS AD participando da oficina de Artes, quando facilitador da oficina da unidade o apresentou para a pesquisadora que fez o convite para a entrevista. No momento da entrevista, o SD10 aparentava estar calmo, porém pouco comunicativo, aparentando uma certa dificuldade em se expressar verbalmente. A entrevista aconteceu na sala de atendimentos no CAPS AD. A entrevistadora e o SD10 estavam sentados em cadeiras separadas por uma mesa. Não houve nenhuma interrupção durante a entrevista, a qual durou 17 minutos.

#### 8.1.11 Sujeito discursivo 11 (SD11)

É do sexo masculino, tem 51 anos, é divorciado, evangélico e possui ensino médio completo. Já trabalhou no exército, em fábrica, como garçom e atualmente está aposentado. Conta que possui esquizofrenia, diabetes, “delírio” e problema de estômago. Faz tratamento psiquiátrico há 20 anos, mas no Centro Multiprofissional de Saúde Mental, há cinco anos. Frequenta o serviço para consultas com psiquiatra de dois em dois meses. Não faz tratamento com serviço de psicologia e sobre o atendimento com psiquiatra na unidade, segundo ele “é só remédio, ninguém entende ninguém”. Quanto às condições de produção, o entrevistado no início da entrevista aparentava estar ansioso e interrompeu a entrevista algumas vezes para tomar água fora da sala da entrevista. No entanto, ao longo da entrevista se acalmou e conseguiu dialogar. A entrevista aconteceu no dia 21 de fevereiro das 2023 às 13h11min. A entrevista foi realizada no Centro de Saúde Mental em uma sala reservada para esse encontro, cedida pela equipe do serviço. Era uma sala de atendimentos, arejada, porém se ouvia bastante barulho do trânsito do lado de fora da unidade. O SD11 foi abordado na sala de espera da unidade e convidado para a entrevista enquanto esperava sua consulta agendada com médica psiquiatra do serviço. A entrevista teve duração de 17 minutos.

#### 8.1.12 Sujeito discursivo 12 (SD12)

É do sexo feminino, tem 28 anos, é solteira, agnóstica e possui ensino superior completo. É formada em veterinária e atualmente não trabalha. Conta

que possui depressão, ansiedade e transtorno de personalidade borderline. Conta que faz tratamento psiquiátrico há muitos anos, mas no Centro Multiprofissional de Saúde Mental, há quatro anos. Frequenta o serviço para consultas com psiquiatra de dois em dois meses. Não faz tratamento com serviço de psicologia e sobre o atendimento com psiquiatra na unidade, diz ser “suficiente”. Quanto às condições de produção, a entrevistada estava calma, tranquila, escolhendo dar respostas curtas e diretas ao decorrer da entrevista. A entrevista aconteceu no dia 21 de fevereiro das 2023 às 14h22min. A entrevista foi realizada no Centro de Saúde Mental em uma sala reservada para esse encontro, cedida pela equipe do serviço. Era uma sala de atendimentos, arejada, porém se ouvia bastante barulho do trânsito do lado de fora da unidade. A SD12 foi abordada na sala de espera da unidade e convidada para a entrevista enquanto esperava sua consulta agendada com médica psiquiatra do serviço. Não houve interrupções durante a entrevista, a qual teve duração de 16 minutos.

#### 8.1.13 Sujeito discursivo 13 (SD13)

É do sexo feminino, tem 58 anos, é solteira. Diz ser católica e espírita. Possui ensino superior completo, é jornalista e atualmente não está trabalhando. Conta que foi diagnosticada com depressão após vivenciar o luto de sua mãe, que faleceu devido a complicações da COVID-19. Após vivenciar o luto, começou a frequentar o Centro de Saúde Mental Pós-covid em 2021. No serviço participa de atendimentos com a psicóloga da unidade de 15 em 15 dias. No momento da entrevista estava disposta a participar da entrevista e compartilhar sua história e aflições vivenciadas na pandemia. Estava na unidade esperando atendimento. A psicóloga da unidade a apresentou para a pesquisadora que fez o convite para a entrevista. A entrevista ocorreu no dia 27 de abril de 2023, às 14h06min, na sala de atendimentos do Centro de Saúde Mental Pós-covid. A SD13 e a pesquisadora estavam sentadas em cadeiras separadas por uma mesa. Não houve nenhuma interrupção durante a entrevista, a qual durou 28 minutos.

#### 8.1.14 Sujeito discursivo 14 (SD14)

É do sexo feminino, tem 50 anos, é divorciada e evangélica. Possui ensino fundamental completo e é cuidadora. Possui esquizofrenia e procurou o Centro

de Saúde Mental Pós-covid em 2021 após o falecimento de sua mãe há alguns meses. Relata que faz tratamento com psiquiatra em outro serviço há muitos anos. No Centro de Saúde Mental Pós-covid participa de atendimentos com a psicóloga da unidade de 15 em 15 dias. No momento da entrevista estava calma e disposta a participar da entrevista. A psicóloga da unidade a apresentou para a pesquisadora que fez o convite para a entrevista. A entrevista ocorreu no dia 09 de maio de 2023, às 14h06min, na sala de atendimentos do Centro de Saúde Mental Pós-covid. A SD14 e a pesquisadora estavam sentadas em cadeiras separadas por uma mesa. Não houve nenhuma interrupção durante a entrevista, a qual durou 30 minutos.

## **8. 2 APRESENTAÇÃO DOS BLOCOS DISCURSIVOS**

O processo de análise de discurso possibilitou a elaboração de dois blocos discursivos: 1) Os sentidos da Esperança construídos na Pandemia da COVID-19 e 2) Experiências durante a pandemia da COVID-19 – O que inibe ou promove a esperança?

O 1º bloco discursivo abordou os sentidos construídos sobre esperança que são permeados pelos efeitos advindos de memórias discursivas. Os recortes discursivos enunciam indícios do interdiscurso religioso, de solidariedade, modelo de doença e discurso de superação/resiliência.

O 2º bloco discursivo explorou circunstâncias da vida e experiências vivenciadas pelos sujeitos que afetaram a produção de sentidos sobre esperança no contexto pandêmico, que assinalam as condições de produção amplas e estritas em que os discursos foram enunciados. O período pandêmico da COVID-19 foi marcado por experiências de luto, de indiferença, intensificação das injustiças sociais, medo e o encontro de apoio no âmbito familiar.

### **8. 2. 1 Bloco 1: Os sentidos da Esperança construídos na Pandemia da COVID-19.**

#### **8. 2. 1. 1 Resultados do Bloco 1**

A partir da análise de dados, emergiu o bloco discursivo intitulado “Os sentidos da Esperança construídos na Pandemia da COVID-19”. Este bloco discursivo aborda os sentidos construídos sobre esperança que são permeados

pelos efeitos advindos de memórias discursivas. Os recortes discursivos enunciam indícios do Interdiscurso 1. Religioso, 2.de Solidariedade e Valorização da vida, 3. Modelo de doença 4. de Superação/Resiliência.

Os recortes 1 a 4 evidenciam as memórias discursivas advindas do discurso religioso, tanto na personificação de Jesus ou Deus. As entidades religiosas proporcionam luz, o que reforça a existência Divina. Além disso, há uma perspectiva de que o amanhã será melhor e gerará mudanças, com apoio da fé e da religião.

Recorte 1: [Esperança] é não fazer mais as coisas que eu fazia (sd8). Não viver naquele mundo escuro, enxergar que tudo é possível, que Deus existe (sd9). E que tudo pode dar certo (sd10). (SD5).

Recorte 2: Jesus é tudo (sd6). A esperança é Jesus (sd7). Respondi bem 'procê'? A esperança é a gente fazer a coisa certa e querer ter fé (sd8). (SD11).

Recorte 3: orar, interceder, falar um pouco 'pras' pessoas do amor de Deus, (sd10) Deus é amor nas nossas vida, (sd11) expressar um pouquinho da parte espiritual 'pra' que as pessoas também não venham a perder a esperança (sd12) e mostrar 'pra' eles [pessoas] que nada está perdido né, (sd13) nunca é tarde 'pra' recomeçar...entendeu, uma nova vida (sd14). (SD14).

Recorte 4: A minha esperança vem de Deus, vem de Jesus (sd10). Eu posso colocar a fé com a esperança, quase a mesma palavra (sd11). Eu tenho fé que o amanhã vai ser melhor, e eu tenho esperança que o dia de amanhã vai ser melhor, que tudo vai mudar (sd12). (SD6).

Os recortes de 5 a 7 evidenciam discursos amparados no Interdiscurso da solidariedade. Os recortes expressam a ideia de que a pandemia da COVID-19 inspirou o sentimento de solidariedade na sociedade, bem como de afeto, humildade e o sentimento de valorizar as coisas ao redor.

Recorte 5: [Esperança é] um símbolo verde, sabe? (sd3) assim, de solidariedade... de mais afeto, mais carinho... (sd4) as pessoas... elas deveriam ser mais assim (sd5). Hoje em dia... hoje em dia tem muita briga, muita discordância... (sd6). (SD1).

Recorte 6: Eu sinto que... que [a pandemia] agora tá melhorando, em certos aspectos, as coisas tão voltando ao normal (sd2). As pessoas 'tão' criando mais humildade umas com as outra. 'Tão' sabendo...(sd3) 'tão' sabendo ter Deus mais no coração...(sd4) dar valor nas coisas que perde...(sd5). (SD4).

Recorte 7: *Ah, a gente imaginava que as pessoas fossem mudar um pouco, que as pessoas fossem parar e pisar um pouco no freio (sd4), e valorizar um pouco mais a vida como as pessoas romantizaram tanto durante a pandemia (sd5), mas agora que voltou tudo ao normal todo mundo esqueceu né (sd6), essa visão romantizada e infelizmente a humanidade caminha no seu normal de novo (sd7).* (SD12).

Os recortes de 8 a 13 enunciam efeitos de sentido afetados pelas memórias discursivas advindas do modelo de doença. Os discursos foram afetados pelo paradigma biomédico e o modelo problema-solução, ideias pré-construídas e consolidadas de maneira hegemônica na história da saúde e do cuidado.

Recorte 8: *É fé em Deus que lá na frente eu vou conquistar todas .... (sd15) que eu vou conquistar tudo que eu desejo na minha recuperação (sd16)* (SD2).

Recorte 9: *Sobre a pandemia, ela piorou muito o meu estado (sd11). Em primeiro lugar, eu espero a minha cura (sd12). E sei que em nome de Jesus, eu vou me curar (sd13). Eu vou conseguir me libertar de todos esses remédios, porque eles não são brincadeira (sd14).* (SD7).

Recorte 10: *Eu espero não ter recaídas (sd6). Recaídas a gente pode ter né, mas eu 'tô' reagindo contra (sd7).* (SD5).

Recorte 11: *[Na pandemia] eu traficava, então eu tinha droga dentro de casa do mesmo jeito, aí que eu usava mais ainda (sd1). Não tinha nada 'pra' fazer, aí eu fervia usando mais ainda (sd2). [Hoje tenho] Sentimento de que eu tenho que viver no remédio né...porque senão, não quenta (sd3).* (SD9).

Recorte 12: *Minhas doenças, tantos tratamentos [inibem a esperança] (sd6). [O que faria ter mais esperança] seria se eu conseguisse manter estabilizada, porque a gente sabe que cura não tem, mas se eu conseguisse ficar estabilizada né (sd7). Queria melhorar (sd8). É o que eu falei, eu não tenho mais muita esperança disso, então.... (sd9)* (SD12).

Recorte 13: *Aí descobri que tava com depressão, agora a depressão está instalada (sd6), ela [psicóloga da unidade] já me falou que tá instalada, então tenho que fazer de tudo pra sair (sd7), então é como uma droga, você vai, um dia cê tá bem, outro dia cê não tá bem, tá? (sd8) [...] eu preciso sair dessa depressão que eu tô, pra da outra vez falar pra você que eu tenho sonhos, porque eu não tenho mais (sd10). Esperança pra mim significava muita coisa*

sabe, esperança pra mim era tudo, era uma palavra-chave (sd12) [...] agora filha, vou falar pra você, na depressão que eu tô, como tá instalada, se eu falar pra você que eu tenho objetivo na vida, eu vou tá mentindo (sd14). (SD13).

Os recortes de 14 a 18 expressam sentidos de esperança advindos de memórias discursivas ancoradas no discurso de superação e resiliência. Os recortes enunciam sentidos de valorização de recursos internos e pessoais para a superar as adversidades. Alguns discursos reiteram a ideia de que as dificuldades são importantes para desencadarem força interna.

Recorte 14: Ah eu vejo assim, eu perseverando sabe? (sd5) Perseverando, lutando, pra sobreviver né, enfrentar os obstáculos e vencer e chegar na conclusão aonde que eu quero (sd6) (SD14).

Recorte 15: Ela [a pandemia] tá sendo assim, basicamente, de aprendizado, sabe? (sd7) foi assim, no sentido de... Sentido de olhar as coisas sabe? (sd8) que a pandemia pra mim, ela não foi fácil (sd9). Ela foi uma tremenda bagunça(sd10). Então, ela foi bem... é... teve um desequilíbrio da minha saúde mental (sd11) [...], mas aí eu acabei levantando e... fui mudando um pouco a situação(sd12). [Minha esperança] vem mais mesmo da minha coragem, digamos assim. Às vezes, eu tenho uma coragem mesmo de viver mais a vida. Além de desanimar bastante, como às vezes acontece, é... às vezes, eu sou bastante corajosa em fazer algumas coisas (sd13). (SD1).

Recorte 16: não foi fácil, pra ninguém foi fácil, todo mundo sofreu, as consequências da pandemia (sd3), então nós somos sobreviventes de um naufrágio...(sd4) estamos sobrevivendo ainda, graças a Deus...(sd5). (SD14).

Recorte 17: Então, eu espero felicidade, correr atrás de todos os meus objetivos (sd12). Acordar cedo e ir para a luta, ter uma vida normal, como qualquer outra pessoa tem (sd13). (SD5).

Recorte 18: [Esperança significa] Tentar alcançar os pontos positivos na vida... (sd9)“ah! eu tenho esperança de não ter problema”...(sd10) mas tem que ter problema na vida pra crescer...(sd11) tiro [esperança] de mim mesmo e um pouquinho da fé que eu tenho, em Deus ... (sd12) é que minha vida foi meio complicada desde criança, então acho que foi eu mesmo, aí precisei ter mais força pra eu poder lutar (sd13). (SD6).

### **8. 2. 1. 2 Discussão do Bloco 1**

Os recortes analisados neste bloco enunciam um saber Outro, isto é, as memórias discursivas. Segundo Pêcheux (2014) e Orlandi (2015), a memória discursiva que não é acessível conscientemente pelo sujeito, mas é constitutiva dos discursos e que retorna no dizer por meio do Interdiscurso. Os sentidos já estão no mundo antes, no já-dito, no pré-construído e retornam no dizer por meio da paráfrase (SILVA; COUTO; COUTINHO, 2020). A paráfrase é o retorno aos dizeres anteriores e sedimentados (ORLANDI, 2015). Os sujeitos resgatam discursos de experiências passadas que possibilitam e constituem o dizer (SILVA; COUTO; COUTINHO, 2020).

Os recortes de 1 a 4 expressam sentidos permeados pelas memórias discursivas construídas pelo discurso religioso. O sentido de esperança é atravessado por sentidos de espiritualidade, fé e a figura de Deus.

O recorte 1 apresenta a resposta da SD5 à pergunta - "Como você descreveria a esperança na sua vida?". As condições de produção dos discursos são de uma usuária do serviço CAPS AD, que está retornando ao tratamento há pouco tempo e sofre as consequências do uso abusivo de SPAs. O recorte 1 enuncia que o sentido de esperança é a ausência das drogas. Na sd8 a expressão "as coisas que eu fazia" silenciam o sentido "usar drogas". O sentido foi silenciado no discurso como forma de esconder o sentido considerado pela SD5 inconveniente ou inadequado para estar presente no discurso. Na sequência, havia um dito primário e secundariamente, um não dito que era imaginado, o qual foi ocultado e escondido do discurso (ORLANDI, 2015). Esse silêncio consiste na ocultação de outros sentidos possíveis que causem desconforto, ou seja, concebido como inconveniente (ORLANDI, 2007).

Em efeito metafórico de deslizamento de sentidos "mundo escuro" significa "drogas", a droga cega a pessoa e tudo é impossível, enquanto que o sentido oposto, a "luz" seria a figura de Deus, ou seja, quando ela sai da escuridão, "enxerga" e "vê" a existência de Deus.

Nesse sentido, as drogas são a escuridão e Deus é a luz. O paradoxo entre escuridão e luz remete ao discurso religioso de que a figura de Deus seria a solução para a problemática do uso de SPAs. Como a SD5 enuncia, quando ela enxerga Deus, "tudo é possível" (sd9) e "tudo pode dar certo"(sd10).

No recorte 2, o sentido de esperança é personificado na figura de Jesus. Em deslocamento de sentidos, o significante "esperança" ganha um sentido espiritual e religioso. O seguimento discursivo - "fazer a coisa certa" silencia outros sentidos possíveis de que a coisa certa seria a crença em Jesus e a vontade, o desejo em ter fé. Esse recorte expressa indícios de memórias discursivas ligadas ao discurso religioso e de justiça/ética, em que a esperança pertence ao universo da fé, do transcendente, mas da justiça/ética, ou seja, de fazer a coisa certa.

O Recorte 3 apresenta a resposta da SD5 à pergunta - "Como você descreveria a esperança na sua vida?" O sentido de esperança aqui neste recorte, ganha o sentido de que Deus ajuda as pessoas a não perderem a esperança. A ideia de esperar uma nova vida, um novo recomeço (perspectiva futura) – emerge na paráfrase - "Nunca é tarde para recomeçar" (sd14). A sd11 reforça o discurso religioso através da paráfrase - "Deus é amor nas nossas vidas". O pré-construído em outro lugar retorna no dizer demonstrando sentidos de que a espiritualidade expressa sentidos de amor, caridade, ajuda e esperança.

A SD14 enuncia que a esperança em sua vida seria compartilhar esse sentido com outras pessoas. O sujeito elenca ações de cunho espiritual/religioso que para ela se relacionam com o sentido de esperança (orar, interceder, falar de Deus para as pessoas). Essas ações fazem parte da dimensão comportamental da esperança do Modelo de Esperança (DUFALTY; MARTOCCHIO,1985).

A dimensão comportamental envolve as ações implicadas no processo de esperar e ter esperança. Essas ações podem ser de caráter social, psicológico, físico ou religioso (DUFALTY; MARTOCCHIO,1985). Nesse sentido, as ações mencionadas fazem parte da constituição de sentido de esperança para a SD14.

O Recorte 4 apresenta a resposta da SD5 a pergunta - "Como você descreveria a esperança na sua vida?". Em efeito metafórico, o sentido de esperança é deslocado para o sentido de fé, em movimento de transferência contextual. Fé e esperança para a SD6 são "quase" como sinônimos, ou seja, para ela o sentido de esperança está intimamente conectado com a crença na espiritualidade.



Para Pêcheux (2014, p.96), o efeito metafórico, enquanto “efeito semântico produzido por uma substituição contextual”, desencadeia um movimento de sentido, em que sujeitos e sentidos se movem. Tal movimento ou deslizamentos de sentido afetam sujeitos e sentidos com a historicidade, ideologia e linguagem, por intermédio de invasão súbita de diversos sentidos.

Pensando no modelo de Esperança de Dufault e Martocchio (1985), a SD5 elabora um sentido de esperança generalizada, ou seja, não ligado a um objeto de esperança específico, mas sim de um sentimento generalizado de um "amanhã melhor", de um "futuro melhor" e na expectativa por mudanças no presente.

Fundamentando no Modelo de Esperança (DUFALT; MARTOCCHIO, 1985), as produções discursivas religiosas exemplificam como a dimensão afiliativa do processo de esperança é mobilizada. Esta dimensão refere às relações com outras pessoas, vivas ou mortas, ou com um Ser superior e que fazem parte do processo de ter esperança. Nos recortes acima, a relação com Deus constitui-se em fonte de esperança para os sujeitos do discurso. A espiritualidade também se relaciona com a dimensão comportamental explicitada pelo modelo de esperança, já que os ritos e práticas religiosas, tais como orações, meditações, cultos, e participação em instituições religiosas, por exemplo, são ações e comportamentos que podem facilitar o surgimento ou fortalecimento do estado de esperança.

Estudos (LARANJEIRA et al., 2022; ZERBETTO et al., 2018; SOUZA et al., 2017; JONES et al., 2018) corroboram o pressuposto de que a dimensão da espiritualidade está intimamente relacionada com a experiência da esperança e demonstram que as crenças espirituais são recursos internos significativos para a obtenção ou manutenção de esperança. A espiritualidade foi identificada como fonte de esperança nos mais diversos contextos como por exemplo, no contexto de pessoas em cuidados paliativos (LARANJEIRA, et al., 2022), no contexto de família e dependência química (ZERBETTO et al., 2018), no contexto de saúde do idoso (SOUZA et al., 2017) e de reabilitação física (JONES et al., 2018).

Os discursos acima evocam memórias discursivas advindas do Interdiscurso religioso. Os sentidos construídos sobre esperança são fortemente atravessados pelos sentidos de fé, crença e espiritualidade. Como condição de produção ampla, destaca-se que os sujeitos que expressaram sentidos

religiosos são de religião evangélica. Destaca-se ainda como condição de produção ampla, o fato de que a população brasileira, assim como a do município onde o estudo foi realizado, é em sua maioria cristã, das religiões católica ou evangélica (IBGE, 2010).

A religião apresenta-se como uma forma própria de linguagem que possui seus códigos e ritos e atua na mediação do processo de significação da vida e da realidade. Sob à luz da AD, a religião é compreendida como lugar discursivo, de onde os sujeitos constroem e interpretam sua realidade e identidade (TERRA, 2018). As religiões, enquanto práticas sociais, influenciam o modo de ser e construir sentidos dos sujeitos, portanto é esperado que a espiritualidade seja transversal aos discursos dos sujeitos discursivos deste estudo.

Durante a pandemia também houve discursos de apelo à solidariedade como forma de lidar com as dificuldades impostas pela pandemia.

Houve também a disseminação das ideias de que a pandemia poderia invocar a experiência de solidariedade nas pessoas e a ideia de que a dificuldade, no caso a pandemia, viria trazer a consequência de que as pessoas passariam a valorizar mais a vida.

Os discursos que trazem a ideia de que a pandemia poderia proporcionar algo de positivo foram veiculados por redes sociais e discursos midiáticos.

O discurso de solidariedade é retomado por meio de processos parafrásicos nos recortes discursivos de 5 a 8.

O Recorte 5 é parte da resposta dada pela SD1 a pergunta - "Quando você escuta a palavra esperança durante a pandemia, o que te vem à cabeça?". Em efeito metafórico, a SD1 resgata a memória discursiva de que a cor verde simboliza a esperança. A cor verde, no imaginário social está ligada à natureza, germinação e renascimento; preservar o ambiente, equilíbrio e harmonia (contrário ao ambiente de briga e discordância). Os seguimentos discursivos "*assim, de solidariedade... de mais afeto, mais carinho... (sd4) as pessoas... elas deveriam ser mais assim (sd5). Hoje em dia... hoje em dia tem muita briga, muita discordância... (sd6)" revelam indícios de sentido de esperança relacionados com o sentido de solidariedade. Há a relação de efeitos de sentido ancorados no Interdiscurso de valorização da solidariedade. Ser solidário, envolve ser afetuoso e carinhoso, bem como manter ambiente harmônico. O sujeito atribui o sentido de solidariedade ao significante "esperança".*

O recorte 6 também enuncia sentidos ancorados no Interdiscurso de solidariedade. Para este sujeito do discurso a pandemia trouxe o sentido que as pessoas passaram a ser mais solidárias umas com as outras. Para ele, o período da pandemia fez com que as pessoas pudessem “dar mais valor às coisas que perdem”.

Para o SD4 esperança no período pandêmico seria ter mais "humildade entre as pessoas". Talvez em um ato falho, o SD4 escolhe o significante "humildade" e não outros possíveis, como humanidade ou solidariedade. Aqui, no recorte discursivo, o significante "humildade" adquire outro significado quando inscrito nesta determinada formação discursiva, o sentido de solidariedade. Sentido este diferente de seu significado literal, que de acordo com o dicionário Aurélio, significa "modéstia, simplicidade". Para a AD, esse efeito de sentido demonstra como as palavras não possuem significado literal, originário, o sentido pode ser deslocado e receber outro efeito, ou seja, circular entre regiões discursivas diferentes (CATTELAN, 2021).

A solidariedade surge como resposta da sociedade à pandemia da COVID-19. É um recurso que pode ser mobilizado de maneira individual e/ou coletiva, por empresas, grupos organizados da sociedade civil, movimentos sociais e pelo poder público (LEAL; FILHO, 2020). No estudo, o sentido de “solidariedade” está relacionado com o sentido de “solidariedade filantrópica”, expressa pela conduta individual ou de pequenos grupos de realizar ações voluntárias, assistencialistas e caritativas, bem como manter uma postura empática.

O significante “esperança” quando pertence ao universo semântico do significante “solidariedade” remete à dimensão afiliativa do Modelo de Esperança (DFAULT; MARTOCCHIO, 1985). Ajuda mútua, reciprocidade e preocupação com o outro fazem parte do processo de esperança à medida que nos relacionamos uns com os outros e podemos fortalecer a esperança por meio das relações.

O recorte 7 expressa o sentido de que a pandemia traria um certo tipo de melhora para a humanidade. Para o sujeito discursivo, a pandemia poderia fazer com que as pessoas parassem e levassem a vida “mais devagar”. Segundo SD12 houve uma romantização no período da pandemia, ou seja, vivenciar tempos difíceis pode proporcionar às pessoas valorizarem mais a vida.

Em efeito de deslizamento de sentidos, no sd4 "as pessoas fossem parar e pisar um pouco no freio" dá efeitos de desaceleração, calma, pausa, o que, na conjuntura dada, implicaria na valorização da vida (sd5), porém, no sd6, a SD12 conclui que não houve essa mudança esperada, ao "voltar tudo ao normal", a "humanidade caminha no seu normal", ou seja, retorna ao ritmo acelerado, ritmo este que não proporciona a valorização da vida. Outra pista importante neste recorte discursivo é a "visão romantizada" mencionada no sd7 que remete as memórias discursivas disseminadas na pandemia de que este período traria algo bom para a humanidade, ou seja, traria a valorização da vida diante das adversidades advindas da pandemia.

Durante a pandemia observou-se diversas reações da sociedade expressas nas redes sociais online e veículos midiáticos. As pessoas em suas redes sociais se expressaram de diferentes formas, escolhendo atribuir significado à realidade que vivenciaram sob diferentes enfoques. Nas mensagens midiáticas. Parte da população privilegiou disseminar informações sobre a pandemia, outra parcela enfatizou sobre o potencial perigoso do vírus e as perdas ocasionadas por complicações da COVID-19 e outra parcela que escolheu se expressar, destacando experiências positivas advindas da pandemia, como por exemplo, relatos de solidariedade e atos caridosos, experiências individuais de superação e experiências pessoais positivas de reinvenções de hábitos e rotinas (BALTAZAN; SANTOS, 2022).

Os recortes de 8 a 13 enunciam efeitos de sentido afetados pelas memórias discursivas advindas do modelo de doença. No modelo de doença, os sintomas e as medicações adquirem posições centrais no processo terapêutico, baseando-se na premissa de "doença-cura" e "problema-solução". No âmbito do uso de álcool e outras drogas, a dependência química é doença, e a "cura" é por meio somente da abstinência (PILLON; LUÍS, 2004). No contexto de transtornos mentais e os transtornos derivados de consumo de SPAs, o transtorno mental é uma doença que pode ser tratada por meio de medicações, constituindo-se em um problema, que tem uma causa e requer uma solução, neste caso, a medicação.

O paradigma racionalista de "problema-solução" era hegemônico até as primeiras experiências da Reforma Psiquiátrica no período de 1960 e subsidiava as práticas em Saúde Mental e Psiquiatria. Nesse paradigma, o problema dado

seria a doença e a solução esperada seria a cura. A terapia nessa lógica é considerada um processo que articula o diagnóstico ao prognóstico esperado – a cura. Com as primeiras iniciativas de reforma e o avanço do conhecimento na área de saúde mental entende-se que as pessoas com transtornos mentais possuem uma experiência integral, complexa e concreta que não pode ser reduzida à lógica “problema-solução”. Para atuar na prática com usuários de serviços especializados de saúde mental é necessário superar o paradigma problema-solução e caminhar para um sentido de que o sofrimento psíquico é uma experiência subjetiva e complexa em contexto social. Dessa forma, considera-se os usuários como sujeitos sociais e atores da mudança e de reconstituição de sentidos de vida (ROTELLI et al.; 1990).

Os recortes de 8 a 13 desse estudo são discursos afetados pelas memórias discursivas do paradigma problema-solução. O recorte 8 expressa a resposta do SD2 à pergunta: "para você o que significa esperança?" A primeira coisa que veio à sua mente foi a recuperação. Para o SD2 o objeto da esperança seria a recuperação. O significante "recuperação" na sd16 oculta o não dito, a melhora/eliminação “do transtorno mental”. A existência e o sentido de esperança estão intimamente ligados à condição de "melhorar", "recuperar" do transtorno mental que o SD2 possui. Além disso, percebe-se a presença de indícios de dois discursos diferentes, o do discurso religioso e o do modelo de doença. Na AD isso é chamado de heterogeneidade, onde uma mesma formação discursiva é perpassada por outras formações discursivas. O discurso sempre se constitui interiormente com outros discursos, ou seja, é atravessado por outros discursos, bem como por diferentes posições-sujeitos assumidas (ORLANDI, 2015).

O que o SD2 mais espera é a recuperação, e acredita que por meio da fé em Deus, em um futuro "lá na frente", ela conquistaria a esperada "recuperação", permeada de desejos, inclusive "a cura", o não dito.

No recorte 9, quando perguntada sobre "o que espera do futuro" a SD7 responde: "Em primeiro lugar, eu espero a minha cura", a qual depende da força de um Ser Superior. Em outro determinado momento da entrevista, a SD7 relata ter sido diagnosticada com depressão. No recorte a SD7 indica que seu objeto de espera é a cura. A perspectiva de cura está articulada às memórias discursivas pré-construídas sobre a díade doença-cura, sob a ideologia do

discurso biológico e curativista. No sd10 o significante "libertar" em efeito de deslizamento de sentidos evoca sentidos de livramento, ruptura com o que aprisiona, que são os "remédios". A cura está ligada a não necessidade de fazer mais uso de medicações.

No recorte 10, a SD5 tem esperança em não ter mais recaídas<sup>2</sup> e conta que está "reagindo" contra. O significante "recaídas" revela indícios de um discurso fundamentado no modelo de doença e de prevenção de recaídas. Nesta perspectiva, a dependência de SPAs é uma doença e, portanto, busca-se atingir a cura, ou seja, a abstinência. Considera-se a possibilidade de recaída, volta ao uso, essa recaída, neste modelo deve ser prevenida (PILLON; LUÍS, 2004).

Nos três recortes acima (8, 9 e 10) é possível entender como a dimensão cognitiva do Modelo de Esperança de Dufault e Martocchio (1985) é expressada. Para as autoras, faz parte do processo de esperar e ter esperança a maneira como os sujeitos elaboram, interpretam, julgam e elencam seus objetos de esperança, definindo prioridades por exemplo. A SD2 atribui o significado de esperança ao desejo de "recuperação". A SD7 consegue destacar a cura como seu principal e primeiro objeto de esperança. Já a SD5 define como seu objeto de esperança a abstinência das SPAs, mantendo-se livre de recaídas.

No recorte 11, o sd1 aponta contradição e uma crítica diante da posição do sujeito discursivo em sua posição social, em um determinado momento de sua vida, ou seja, de ser traficante e consumidor de SPAs, ao mesmo tempo. O significante "fervia" na sd2 denota sentidos de ebulição, efervescência, borbulhar o que enuncia sentidos de um uso de drogas intenso. Segundo o sujeito do discurso a pandemia contribuiu para que esse consumo de substâncias se intensificasse. Destaca-se em sd3 - "eu tenho que viver no remédio"- o enunciado de sentidos retoma as memórias discursivas do modelo de doença, onde as medicações são a principal solução terapêutica para o sofrimento psíquico (PILLON; LUÍS, 2004). O discurso salienta não só a dependência na SPA, mas também nos fármacos, o que sustenta o gerir da vida do enunciador.

Para a SD12, no recorte 12, o sentido de esperança está condicionado à estabilidade emocional e melhora do transtorno mental. A percepção de que o

---

<sup>2</sup> Recaída é um termo utilizado na abordagem Prevenção de Recaídas que significa um breve momento de retorno ao comportamento anterior de uso de álcool e drogas ou o retorno ao padrão de comportamento-problema anterior (MARLATT; WIKIEWITZ, 2004).

sofrimento psíquico não tem cura, se alinha ao desejo da manutenção da estabilidade. Em outro momento da entrevista a SD12 conta ter sido diagnosticada muito cedo com depressão, ansiedade e transtorno de personalidade borderline. Relata que não possui planos ou esperança devido a seus transtornos mentais e tratamentos, e salienta que o que poderia fazer com que ela melhorasse seria "ficar estabilizada" e "melhorar". A presença de seus transtornos mentais pode se constituir em fator inibidor de esperança.

Em efeito de deslizamento de sentidos, a "esperança" deriva para o "melhorar", que ganha efeitos de sentido de "segurança", "invariabilidade". Por fim, a não continuidade do enunciado (sd9) dá indícios de silenciamento, ou seja, o não dito, esconde outros sentidos possíveis. O silêncio fundante na sequência discursiva não é interpretado como um vazio, mas sim possibilitador de geração de sentidos outros (ORLANDI, 2007). A SD12 não acredita que ficará melhor ou estável, logo, acredita que continuará sem esperança.

No recorte 13, a SD13 refere não ter esperança devido à depressão "instalada". O significante "instalada" em efeito metafórico de transferência contextual recebe sentidos de "concretizada", "assentada", "diagnosticada". Para a SD13 o fato de seu transtorno mental estar "instalado" condiciona e determina sua experiência de esperança. Nos recortes encontram-se marcas linguísticas e vestígios que derivam efeitos metafóricos de que a usuária teria que "fazer de tudo pra sair" da depressão, ou seja, curar-se, para que então, em um tempo futuro, "da outra vez", pudesse ter a possibilidade de ter sonhos e objetivos.

A condição de depressão ou ausência desta é determinante para a capacidade de ter esperança. Percebe-se nesse recorte como a dimensão contextual do Modelo de Esperança de Dufault e Martocchio (1985) influencia no processo de esperança. Segundo as autoras, as circunstâncias e situações da vida interferem na capacidade do sujeito em manter esperança. A condição de produção em que a SD13 se encontrava, em depressão agravada pela pandemia e vivenciando uma situação importante de luto, a fazia se sentir sem esperanças.

A literatura pressupõe que desesperança e esperança não são antagônicas, mas que uma mesma situação pode provocar oportunidades para esperar ou desesperar, dependendo de como o sujeito interpreta, elabora e reage ao contexto. Contextos que denotam desesperança podem também

despertar para novas metas, revisar planos e suas estratégias (DFAULT; MARTOCCHIO, 1985).

Os recortes acima enunciam sentidos ancorados no paradigma “problema-solução” e modelo de doença. Os sentidos são determinados pelas posições ideológicas assumidas pelos sujeitos em determinado processo sócio-histórico (ORLANDI, 2015). Cabe lembrar que “a afirmação de um discurso significa a negação de outro” (SILVA; COUTO; COUTINHO, 2020, p.148). Considerando que não existe sujeito sem ideologia e que dependendo desta, o sujeito do discurso concorda com uma coisa ou com outra, o discurso do modelo de doença é biologizante e reducionista e desconsidera um outro cuidado possível, da valorização da subjetividade, da clínica ampliada e das práticas psicossociais.

Os recortes de 14 a 18 enunciam sentidos de esperança que são afetados por memórias discursivas pré-construídas, do discurso de resiliência.

O recorte 14 é a resposta à pergunta: "O que significa esperança para você?" Para o sujeito, o significante “esperança” recebe efeitos de sentido de “perseverança”. No recorte, os significantes "perseverando", "lutando", "enfrentar" e "vencer" são significantes pertencentes ao mesmo universo semântico. Neste sentido, a esperança está relacionada a sentidos atribuídos a um campo de batalha que envolve "luta" e "sobrevivência". O significante "vencer" desliza para o sentido de "sobreviver". Aqui, o sentido de esperança, inscrito nesta formação discursiva, deriva para sentidos de perseverança e resiliência.

A dimensão afetiva da esperança do modelo de esperança de Dufault e Martocchio (1985) abarca o amplo espectro de sentimentos que acompanha o processo de esperança e o senso de significado pessoal do objeto de esperança. Para o sujeito do recorte acima, ter esperança significa persistir e perseverar até alcançar o resultado almejado.

No recorte 15, ao definir o significado pessoal de esperança em tempos pandêmicos a SD1 relata ter tido um “desequilíbrio da saúde mental”. O significante “desequilíbrio” denota deriva de efeitos metafóricos de sentidos de que o sofrimento psíquico a faz, perder o equilíbrio e cair. Entretanto, a SD1 acabou se "levantando" de uma queda, recomeça o seu caminhar graças à sua "coragem" e muda a situação. O significante "coragem" foi eleito para definir qual



é sua fonte de esperança. Esses sentidos apontam para a valorização de características internas e recursos pessoais de enfrentamento e resiliência.

Resgatando as condições de produção da entrevista, as condições nas quais o discurso foi emitido, destaca-se a postura cansada e desanimada da entrevistada (SD1) percebidas pela sua linguagem não verbal. A SD1 mesmo relatando que sua fonte de esperança é sua coragem pessoal, se posiciona de maneira ambivalente ao enunciar que também junto à coragem há o desânimo. A esperança está intimamente ligada à condição de incerteza e é caracterizada como experiência humana que pode oscilar, alternando entre momentos de alta e baixa esperança. Algumas respostas afetivas para as incertezas são sentimentos de ansiedade, vulnerabilidade, preocupação e tristeza (DUFALTY; MARTOCCHIO, 1985).

No recorte discursivo 16, a SD14 utiliza da figura de linguagem metafórica para comparar a sociedade no período da pandemia como um navio afundando, denotando sentidos de destruição e aniquilamento, mas com sobreviventes. O sujeito discursivo chama atenção para o sofrimento compartilhado vivenciado na pandemia. Ela sai de si para se colocar em um sentido coletivo. A escolha pelo significante "sobreviventes" por sua vez sugere sentidos de resiliência. Na condição de produção em que o discurso foi emitido, a SD14 acredita que é possível se adaptar e superar as dificuldades impostas pela pandemia, ou seja, foi possível "sobreviver ao naufrágio".

No recorte 17 o sujeito do discurso atribui ao significante "esperança" (no período pandêmico) sentidos de resiliência e esforço elucidando o funcionamento da dimensão comportamental da esperança. A dimensão comportamental envolve as ações mobilizadas pelos sujeitos incluídas no processo de esperança em alcançar algo significativo (DUFALTY; MARTOCCHIO, 1985). O sujeito discursivo elabora estratégias relacionadas ao campo da ação, do agir (acordar cedo, correr atrás, ir à luta). Essas ações mencionadas pelo sujeito são ações que a farão, em sua percepção, chegar mais próxima de seu resultado esperado, de sua meta.

Observa-se no sd13 a marca linguística da paráfrase. A SD5, no dizer "Acordar cedo e ir para a luta" parafraseia o ditado popular "Deus ajuda quem cedo madruga". O mecanismo de paráfrase retoma sentidos pré-construídos de valorização da dedicação e esforço.

Para a SD5, tais sentidos são atribuídos a "ter uma vida normal". A SD5 escolhe o significante "normal" e não outros. Esse fenômeno da AD é chamado de esquecimento n.2, em que o sujeito do discurso privilegia e seleciona determinados dizeres em detrimento de outros (PÊCHEUX, 2014). A escolha em dizer determinada palavra e não outra, possui um significado que está relacionado com as condições de produção amplas e estrita, com o histórico e com o ideológico. O "normal" para a SD5 está relacionado ao trabalho duro, funcionalidade e luta.

Percebe-se que o sentido de Resiliência é transversal aos recortes acima (14 a 17). A resiliência é um fenômeno complexo que vem sendo estudado ao longo dos últimos anos por diversas áreas do conhecimento, tais como Ciências Humanas e Ciências da Saúde e conceituado por diversos autores (GOMES; SILVA; COSTA, 2020). A resiliência pode ser definida como um processo de enfrentamento a desafios ou adversidades e como a capacidade de elaborar respostas adaptativas para obter resultados esperados. É um processo desenvolvido ao longo da vida, de natureza dinâmico e multidimensional. Envolve recursos de enfrentamento pessoais, interpessoais e socioecológicas (LIU; REED; FUNG, 2020), mas também de superação. O sentido de resiliência, pré-construído anteriormente e em outro lugar, é retomado pelos sujeitos e materializado em seus discursos quando estes descrevem sua experiência de esperança durante a pandemia da COVID-19.

No recorte 18 o sentido desvelado é o de valorização da superação das adversidades. O recorte é a resposta à pergunta: "O que significa esperança para você?" O sentido evidenciado é o de resiliência e superação. O sujeito mobiliza recursos internos (força pessoal/resiliência) e recursos externos (um pouquinho de fé) para empoderar-se perante as adversidades.

O enunciado de sd11 - "tem que ter problema na vida pra crescer" - apresenta a pista linguística de paráfrase. A paráfrase é o retorno da memória no dizer (ORLANDI, 2015). Essa sequência discursiva retoma sentidos pré-construídos em outro lugar de que "o sofrimento faz as pessoas crescerem", e de que as dificuldades possibilitam aprendizados e mudanças positivas.

Para a AD ao analisar a constituição de um discurso, analisa-se os discursos que nele se inserem, ou seja, o Interdiscurso (CASTRO, 2021). O sd11 retoma o discurso socialmente disseminado, portanto de formações ideológicas,

de valorização das adversidades. Para o sujeito, a esperança adquire o sentido de atravessar as dificuldades da vida. O enunciado de sd13 -"precisei ter mais força pra eu poder lutar" - reforça a valorização do esforço individual, da habilidade e competência para enfrentar as adversidades.

Para a AD as condições de produção referem-se a uma soma de variáveis que compõe a situação em que o discurso está sendo emitido, considerando o contexto sócio-histórico, contexto pessoal e o lugar de onde o sujeito fala (CASTRO, 2021). Nesse recorte percebe-se que diante de um contexto macro (pandemia) e contexto micro (história de vida pessoal) o sujeito vivenciou situações de vida difíceis - "minha vida foi meio complicada desde criança" - o impulsionando a "lutar" contra as adversidades.

Interpreta-se que a capacidade de aprendizado diante do enfrentamento do problema no passado ou no presente subsidia um futuro de resolução do problema, mas não a exclusão deste no passado, presente e futuro. Portanto, o objetivo consiste em esperar competência e habilidade de resolver problemas futuros. Aqui envolve a dimensão temporal da esperança do Modelo de Esperança de Dufault e Martocchio (1985). A vivência do passado e presente, subsidiando o futuro, para possibilitar a competência e habilidade.

## **8. 2. 2 Bloco 2: Experiências durante a pandemia da COVID-19 – O que inibe ou promove a esperança?**

### **8. 2. 2. 1 Resultados do Bloco 2**

A partir da análise de dados, emergiu o bloco discursivo intitulado "Experiências durante a pandemia da COVID-19 – O que inibe ou promove a esperança?". Este bloco discursivo aborda circunstâncias da vida e experiências vivenciadas pelos sujeitos que afetaram a produção de sentidos sobre esperança no contexto pandêmico, que assinalam as condições de produção amplas e estritas em que os discursos foram enunciados. O período pandêmico da COVID-19 foi marcado por experiências de luto, de indiferença, intensificação das injustiças sociais, medo e o encontro de apoio no âmbito familiar.

Os recortes de 1 e 2 enunciam como a experiência de luto pode alterar a produção de sentidos sobre a esperança no contexto pandêmico, ora emergindo

sentimentos de desesperança, ora desestabilizando o quadro da saúde mental do sujeito.

Recorte 1: *Bem no começo da pandemia eu perdi uma tia minha que eu considerava ela como uma mãe pra mim, e... (sd8) simplesmente depois que ela se foi eu... acabou que minha saúde mental foi se desestabilizando um pouco (sd9). Foi bastante doloroso, digamos assim, é... (sd10) porque ao mesmo tempo que tinha que fazer uma faculdade, iniciar uma coisa nova, eu tinha que desapegar de algumas outras coisas (sd11). Então, quando ela [tia] morreu eu ainda tava um pouco apegada com isso (sd12). (SD1).*

Recorte 2: *Esperança é o que eu menos tenho (sd7). Eu já perdi a esperança já faz tempo (sd8). Porque eu era muito apegado ao tio meu (sd9). Esperança é uma palavra que eu ando buscando há muitos anos, que com a morte do meu tio levou a esperança de mim (sd10). (SD9).*

Os recortes de 3 a 5 enunciam sentidos de indiferença em relação à pandemia, de acordo com as condições de produção amplas e estritas em que cada discurso foi enunciado. Os sujeitos discursivos produziram sentidos de que a pandemia não afetou suas vidas, pois mantiveram hábitos de consumo de substâncias psicoativas e situações de desemprego.

Recorte 3: *Ah, pandemia não mudou muita coisa na minha vida, porque eu já tô desempregada há muito tempo (sd1), eu não consigo trabalhar por causa das minhas doenças, então não mudou muita coisa na minha rotina (sd2). Graças a Deus eu não perdi nenhum familiar, nenhum amigo, não foi um período assim tão atribulado quanto poderia ter sido...(sd3) [...] como a... doença que eu... digamos assim, a forma que é a doença em mim, que eu convivo há tanto tempo, meus planos...(sd4) já não são... já não tenho planos há muito tempo, entendeu? (sd5) Então assim, não chegou a interferir porque não tinha... (sd6) (SD12).*

Recorte 4: *Eu tive pessoas da família, que eu perdi, mas de longa distância (sd1). Eu só chegava em casa e a minha mãe comentava: "ah fulano faleceu" (sd2). Então pra mim, não tinha sentimento nenhum. O meu sentimento era pela rua, bebida e droga (sd3). Então esse período da pandemia pra mim, pra mim nem chegou a existir a pandemia (sd4). Essa foi a verdade, porque eu tava totalmente cega em outro mundo (sd7). Eu via o povo de máscara e falava: "nossa, que loucura que tá aquele outro mundo. Eu vou continuar no meu mesmo", entendeu? (sd8). (SD5).*

Recorte 5: *Bom, como eu não tenho essa responsabilidade de trabalho (sd1), não me impediu nada, na minha vida, é... (sd2) eu fiquei parada igual a covid, né (sd3). Eu fiquei parada igual a pandemia mesmo...(sd4). (SD14).*

Os recortes de 6 a 8 enunciam os efeitos do medo e angústia durante a pandemia, justificados pela possibilidade de contaminação do vírus intrafamiliar, do distanciamento e do isolamento social.

Recorte 6: *Porque a gente tem medo, né... a gente ficou com aquele medo (sd7), porque a doença vai e volta, vai e volta (sd8). Você pensa em fazer alguma coisa e tem medo de fazer, de a doença voltar e fechar tudo de novo (sd9). Então eu fico com medo (sd10). A gente fica com medo de sonhar (sd11). Porque a vida é através de sonhos, que a gente vai sonhando e vai realizando (sd12). Mas tá difícil (sd13). (SD6).*

Recorte 7: *Terrível. Medo (sd10). O medo pelo meu filho, que trabalha como enfermeiro (sd11). Medo pelos meus netos, que moram na mesma casa que ele (sd12) Eles [filhos] se afastaram da gente, porque eles tinham medo de estar com o vírus a qualquer hora, e passarem pra gente (sd13). Isso agravou mais ainda para que eu piorasse. Na família, eu sou muito apegada aos meus filhos e aos meus netos (sd14). E a ausência deles na minha vida fez muita diferença, fez muita falta (sd15). (SD7).*

Recorte 8: *[O que inibe a esperança] É a humanidade, sabe, em todos os sentidos (sd10). Um ajudando o próximo. Acho que foi um pânico tão grande, que acho que se alguém encontrasse uma pessoa desmaiada na rua, já nem socorria (sd11). Eu não julgo, porque foi um medo muito grande de todo mundo (sd12). (SD8).*

Os recortes de 9 a 11 enunciam produções de sentidos de que a pandemia acentuou as injustiças sociais, no âmbito de vulnerabilidade social, econômica, laboral e educacional. Os recortes enunciam que a experiência de esperança foi afetada durante a pandemia devido a situações de dificuldades financeiras, desemprego, insegurança nutricional e alimentar, bem como dificuldades no ensino remoto.

Recorte 9: *Ah [a pandemia] foi muito ruim. Eu passei muita dificuldade, fiquei com muita dívida (sd1) Isso porque a gente não podia trabalhar, né. A esperança da gente vem nEle [Deus]... um futuro melhor, um futuro em que as pessoas vão sobreviver melhor (sd3). Porque já era difícil (sd4). Depois que veio essa*

pandemia, ficou mais difícil ainda (sd5). Muita gente passou dificuldade e necessidade (sd6). Muita gente passou fome mesmo (sd7). Então é bem difícil, a gente tem que ter fé e acreditar que o amanhã vai ser melhor (sd8). (SD6).

Recorte 10: O mundo que nós tamo vivendo hoje diminui a minha esperança (sd1) Então a minha expectativa e esperança é que o mundo seja melhor para que os meus netos possam viver uma vida com saúde, com bons médicos (sd2). [...] Isso porque o que tá matando todo mundo hoje é a depressão (sd5). Então o governo dá o medicamento com a psiquiatra, mas ainda falta muito trabalho em cima disso (sd6). [...] O futuro melhor são melhores condições de vida (sd7), tanto na educação quanto na saúde (sd8). Igualdade (sd9). É investimento na saúde, nessas faculdades aí... (SD7).

Recorte 11: Uma doença, que deixou todo mundo desamparado, sem esperar e sem ter esperança (sd3). Foram praticamente 2 anos, que as crianças ficaram em casa tendo "a escola" (sd4). Porque nem todo mundo tem acesso à Internet (sd5). Eu mesma, pago com muita dificuldade lá em casa (sd6). Não foi fácil quando ela [filha mais nova] tava doente de cama, só vomitando (sd7). Como você ia catar um livro e falar pra ela: "come um livro enquanto você tá vomitando, com diarreia, com febre e morrendo na cama"? (sd8) [...] ah, eu já tive mais esperança, sim (sd18) Hoje falta, falta emprego (sd19). Durante essa pandemia, limpou tudo do povo (sd20). Arrancou alimento (sd21). Até quando a gente vai viver essa escravidão de não ter o que dar para os seus filhos? (sd22) Então é muito difícil não ter onde se agarrar sem esperança, num lugar onde não sobra vaga de emprego (sd23). Falta muita coisa (sd24). (SD8).

Nos recortes de 12 a 14 os sujeitos construíram sentidos de que as relações familiares foram importantes para lidar com os desafios impostos pela pandemia. Os sujeitos buscaram resgatar papéis sociais que tinham perdido, valorizarem relações familiares que os fortaleceram. Os recortes enunciam sentidos de forças familiares e indicam que o apoio familiar se configurou em fator promotor de esperança no contexto pandêmico.

Recorte 12: Eu tenho esperança, mas, às vezes, eu tenho desânimo também, quando tô perto de conquistar, eu desanimou (sd2). [...] [O que ajuda a manter a esperança] é ver a felicidade das minhas filhas (sd19). É ver que minhas filhas tão correndo atrás do futuro delas (sd20). (SD2).

Recorte 13: *As melhoras [que eu espero] é primeiramente, tirar o álcool, a bebida da minha vida. Conviver com a minha família...(sd11) [Eu espero] Fazer o papel de uma mãe de família e de uma filha de verdade (sd13). É isso que eu espero, coisa que eu não tive por muito tempo, e eu quero voltar a ter (sd14). Um dia de cada vez (sd15).* (SD5).

Recorte 14: *[Esperança] é o que eu procuro há muito tempo, mas que eu vejo distante (sd9), o que eu vejo é a morte, tá bem mais perto (sd10). O que me segura aqui são duas pessoas, minha avó e meu pai (sd11). Eu já me desapeguei de ter material (sd12), eu já me desapeguei de tantas coisas, as únicas coisas que eu não desapeguei foi do amor do meu pai e da minha avó (sd13).* (SD8).

### **8. 2. 2. 2 Discussão do Bloco 2**

Os recortes 1 e 2 enunciam como a experiência de luto pode alterar a produção de sentidos sobre a esperança no contexto pandêmico.

O recorte 1 enuncia sentidos de perda, perda de estabilidade, de apego e desapego. A perda familiar com quem a SD1 tinha muito “apego”, trouxe perda da estabilidade da saúde mental e dor, circunstâncias transpassadas pela sensação de ter que se desapegar do afeto da tia. Com a perda de uma ente familiar querida, a SD1 precisou "desapegar", ou seja, renunciar "algumas coisas". O dito "algumas coisas" oculta e dá opacidade a um não dito, que podem ser interpretados como os sentimentos de afeto que existiam entre ela e sua tia, os sonhos, os planos e as inúmeras possibilidades que foram interrompidas.

A experiência do luto alterou a produção de sentidos sobre o período da pandemia, que foi marcado por sentidos de dor ("Foi bastante doloroso, digamos assim, é... (sd10)). A experiência também alterou seu nível de esperança. Em outro determinado momento da entrevista a SD1 diz ser pouco esperançosa.

O recorte 2 explicita como as condições de produção estritas, no caso a perda recente de um ente familiar, influenciam na experiência da esperança. Existe uma "busca", uma procura de muitos anos pela esperança, no entanto, a morte do tio leva embora a esperança que já se encontrava reduzida. Há um estado de desesperança que se aprofundou com a morte do tio levando o resto, o último suspiro de esperança. Há indícios metafóricos do significante "morte", que possibilita interpretar que a partida e perda não se constituiu somente do

parente da SD12, mas da "morte", da partida/perda de sua própria esperança. As circunstâncias da vida podem ser permeadas por sentidos antagônicos, porém dialéticos, de busca e perda, vida e morte, que influenciam e contribuem para o processo de esperar, bem como derivam ações promotoras ou inibidoras da esperança.

Segundo a AD o discurso não é analisado por suas características apenas linguísticas, é analisado de acordo com os componentes históricos, sociais e ideológicos que se imprimem nele (CASTRO, 2021). Durante o período da pandemia as pessoas lidaram com situações inéditas e sem precedentes, portanto, além da experiência universal do luto, já conhecida e muito estudada, as pessoas enfrentaram situações particulares e específicas relacionadas às características da pandemia, como por exemplo: A impossibilidade de realização de velório/funeral e sepultamento, múltiplas mortes, impossibilidade de despedida (devido à hospitalização do ente muitas vezes em UTI, onde o contato não foi permitido) e culpa pela contaminação (DANTAS et al., 2020). A ritualização fúnebre é importante para a elaboração e aceitação do luto. A impossibilidade de rituais fúnebres e despedidas trouxe impactos significativos para a saúde mental dos indivíduos que vivenciaram essa condição (GIAMATTEY et al., 2022).

A grave crise gerada pela pandemia teve impactos significativos na saúde mental da população e na forma como a sociedade experienciou o luto. A forma como o luto, a espiritualidade e os afetos foram vivenciados foi comprometida nesse contexto, sendo necessário criar formas alternativas de elaboração do luto e resignificação das perdas. Algumas alternativas são envio de cartas ou áudios a serem entregues ao ente que se encontra hospitalizado, rituais coletivos ou individuais de um minuto de silêncio ou momento de acender velas, celebrações fúnebres religiosas virtuais, homenagens virtuais ao ente querido em redes sociais, por exemplo (CREPALDI et al., 2020).

Os discursos enunciados nesses recortes produziram determinados sentidos e não outros, porque foram produzidos em um determinado contexto da história. Os sentidos não podem se desprender das suas condições de produção. A construção da esperança também é influenciada pelo contexto. A dimensão contextual do Modelo de Esperança de Dufault e Martocchio (1985) refere-se à gama de situações e circunstâncias da vida de um sujeito que envolvem e



influenciam o processo de esperar. Dependendo do contexto em que a pessoa está inserida, a esperança pode ser ativada ou ser testada, ou seja, determinadas situações podem oportunizar o sentimento de esperança, enquanto que algumas situações podem gerar um contexto de desesperança (DUFALTY; MARTOCCHIO,1985).

Os recortes de 3 a 5 enunciam sentidos de indiferença em relação à pandemia, de acordo com as condições de produção amplas e estritas em que cada discurso foi enunciado. Os sujeitos discursivos produziram sentidos de que a pandemia não afetou suas vidas.

O recorte 3 enuncia sequências discursivas das respostas dadas pela SD12 às perguntas: "Como está sendo viver essa pandemia?" e "Como a pandemia influenciou seus planos?" Como a SD12 menciona, ela não teve nenhuma perda familiar ou de amigos significativa durante a pandemia e não possuía um trabalho, portanto, sua experiência durante a pandemia teve outro significado. Teve um significado de que "não mudou muita coisa", considerando as adversidades.

Para a SD12 a pandemia não teve poder de alteração sobre a experiência de esperança, pois esta já se encontrava diminuída devido à "forma que é a doença" segundo ela. A "forma que é a doença" silencia e oculta sentidos de invalidez e desesperança. Nessa sequência discursiva em efeito metafórico, a doença toma conta de sua existência. A doença assume a forma e o sujeito deixa de existir.

A doença a paralisa e a impede de ter esperança. Nesse caso, a existência dos transtornos mentais se configura como fator inibidor de esperança. A SD12 elabora sentidos de indiferença com relação à pandemia devido à sua atual situação de não trabalhar, devido a seus transtornos mentais, bem como ao fato de não ter vivenciado a experiência do luto.

A análise do recorte 4 elucida a ideia de que existem dois mundos para o sujeito do discurso 5. Existe o mundo em que a SD5 vive, pertence, que é o mundo da "rua, bebida e droga", em que a pandemia nem chegou a existir, e existe um outro mundo que é o mundo em que existe a pandemia, que há "loucura", que as pessoas "usam máscaras". Para a SD5, estar em uso de SPAs é estar cega, o que leva ao "anestesiamento" da vida e perpassa pela negação da realidade (contexto pandêmico). A existência de dois mundos, um imaginado

e um real, revela que a tentativa da SD5 de se blindar, criando um mundo próprio para si, um mundo que ela conhece e que a deixa confortável. A SD5 elabora sentidos de indiferença com relação à pandemia devido à sua situação de abuso de SPAs e, também, ao fato de não ter sofrido nenhuma perda significativa, mas principalmente devido a uma tentativa inconsciente de se distanciar e negar a realidade.

Os sentidos desvelados nos recortes acima corroboram o pressuposto de que o período da pandemia foi mais doloroso para pessoas que perderam um ente querido do que para pessoas que não experienciaram perdas.

No recorte 5, na comparação feita pela SD14, por meio de efeito metafórico, o sentido de "pandemia" é deslocado e recebe outro efeito, o de paralisação, ausência de movimento. A SD14 elabora sentidos de indiferença com relação a pandemia devido a sua atual situação de não trabalhar, e ao fato de ter uma vida "parada". Para ela a vida já não possuía movimento e apenas continuou "parada igual a COVID".

É importante considerar as condições de produção ampliadas em que estes discursos foram gerados. As condições de produção ampliadas envolvem o contexto sócio histórico, aspectos imaginários e ideológicos em que os discursos foram formados (ORLANDI, 2015).

Os sentidos produzidos de indiferença em relação a pandemia refletem de certa forma a indiferença com que alguns dos próprios governantes expressavam durante esse cenário. A indiferença em relação às mortes e adoecimento de inúmeras pessoas devido à COVID-19 e em relação a medidas de proteção, foi evidente em pronunciamentos e discursos de governantes veiculados pela imprensa (CABRAL et al., 2021). Os sentidos de indiferença achados nos recortes da pesquisa, podem refletir a indiferença com o sofrimento humano da população por parte do presidente da república da época da pandemia, já que este em seus discursos, houve desrespeitos as recomendações da OMS, as recomendações sobre o isolamento social e até mesmo as pessoas adoecidas pela COVID-19 (CAMPOS, 2020).

Os recortes de 6 a 8 abordam os efeitos do medo durante a pandemia. No recorte discursivo n.6, a instabilidade e as incertezas que permearam a pandemia dão efeitos de sentido ao significante "medo". O medo assume sentidos diferentes. A princípio existe o medo em fazer, em realizar, em agir

("medo de fazer" (sd9)). Já no sd11 ("A gente fica com medo de sonhar"), existe o medo em imaginar, em projetar, em esperar, em sonhar. O medo permeia sentidos tanto do universo da ação como no universo da imaginação. Afeta dimensões cognitivas e comportamentais do processo de esperança (DFAULT; MARTOCCHIO, 1985). O medo se configura como um fator inibidor de esperança para estes sujeitos.

Na sequência discursiva "a gente ficou com aquele medo", o sujeito do discurso sai do âmbito individual e projeta um senso coletivo de medo, ou seja, infere que o medo se tornou parte da ideologia dominante da sociedade. As condições de produção da entrevista evidenciam como a SD6 em sua posição sujeito de trabalhadora autônoma, proprietária de um salão de beleza, enfrentou uma experiência desafiadora no âmbito do trabalho, renda e sobrevivência.

A experiência de medo perante as dificuldades financeiras vivenciada pela SD6 foi a mesma de grande parte da população brasileira. A pandemia gerou impactos sociais e econômicos significativos afetando principalmente populações mais vulneráveis (LEWNAR, 2020). Os desafios impostos pelo isolamento social trouxeram repercussões importantes no âmbito do trabalho e rendimento afetando a vida de muitos brasileiros (COSTA, 2020; GULLO, 2020; LIMA et al., 2021; BAUMGRATZ, 2023). No caso de profissionais autônomos e donos de pequenas empresas, os impactos podem ser devastadores podendo levar muitos à falência (SANTOS; SANTOS; COSTA, 2022; LEITE; BARROS NETO, 2022; MINISTÉRIO DA ECONOMIA, 2020).

O recorte 7 trata-se de uma parte da resposta à pergunta: "Me conte como foi a pandemia para você?". A resposta imediata foi "Terrível. Medo". A possibilidade de os familiares contraírem a doença, a dificuldade do isolamento social e ausência dos familiares no convívio dão efeitos de sentido ao significante "medo". O sentido do medo que está inscrito nessas formações discursivas, está intrincado com o Interdiscurso do medo que foi produzido durante a pandemia e amplamente disseminado e reforçado pela mídia, veículos de comunicação e comunidade.

O medo faz parte da experiência humana e é construído socialmente, ou seja, difere de acordo com as condições de produção, a qual pertencem os sujeitos, podendo ser benéfico quando proporciona o limite do perigo e pode ser

maléfico, quando restringe a pessoa em seu desenvolvimento e comportamento pessoal e social do ser humano (SILVA; COUTO; COUTINHO, 2022).

No recorte 8, a SD8 utilizou de um exemplo "se alguém encontrasse uma pessoa desmaiada na rua, já nem socorria" para afirmar como a experiência de "pânico" e "medo generalizado" causados pela pandemia influenciou na capacidade da humanidade em ajudar o outro. Nesse sentido, o medo, infligido pela ameaça da pandemia, altera a experiência de empatia e solidariedade. Mais uma vez os discursos são acometidos pelo Interdiscurso advindo do discurso do medo produzido na pandemia.

Esses achados se assemelham aos de Silva, Couto e Coutinho (2022) que realizaram pesquisa com idosos na pandemia e também utilizaram o referencial da AD. No estudo, o discurso do medo foi fortemente presente. O medo durante a pandemia foi reforçado no imaginário social devido ao grande volume de notícias sobre adoecimento e mortes veiculados pelos discursos midiáticos. Os discursos que foram produzidos sobre e durante a pandemia configuraram-se em fontes provocadoras de medo.

Os recortes de 9 a 11 enunciam produções de sentidos de que a pandemia acentuou as injustiças sociais. Os discursos construídos nestes recortes são interpelados ideologicamente pelo discurso de que o sistema econômico capitalista e o governo vigente no período da pandemia (2020 a 2022) contribuíram para a manutenção das desigualdades sociais, e pontua que a pandemia acentuou ainda mais as injustiças sociais.

Os recortes discursivos são afetados pela ideologia de que a pandemia intensificou as dificuldades sociais. Isso fica explícito no recorte n. 9 quando a SD6 expressa sua condição de ter passado por muitas situações de acúmulo de dívidas e impossibilidade de trabalhar (devido ao isolamento social). A SD6 também chama atenção para o panorama social de fome e dificuldades financeiras e diz que espera que as pessoas "sobrevivam". No sd3 o significante "sobreviver" enuncia sentidos de "viver apesar de", "persistir" e "resistir". Mas como se sobrevive melhor? Esses sentidos revelam como a pandemia evidenciou ainda mais os problemas sociais de desemprego e fome, sendo necessário "sobreviver" e, para o sujeito do discurso, se apegar na fé. Seu discurso revela suas condições de produção estritas, que são um contexto de

dificuldade financeira e impossibilidade de trabalhar devido às necessidades de quarentena nas fases agudas da pandemia.

Já no recorte n. 10, percebe-se a produção de sentidos de que o contexto pós-pandêmico imediato é difícil e diminui sua esperança e que um mundo melhor é um mundo com investimento na saúde, na educação e um mundo em que haja igualdade, sentidos estes afetados ideologicamente pelo discurso de justiça social e igualdade. Os sd 5 e sd 6 expressam sentidos de insatisfação com a maneira como os serviços de saúde acessam os transtornos mentais apenas com "medicamento com a psiquiatra", denunciando a necessidade de melhorias no campo da saúde mental. Os dizeres neste discurso são interpelados pelo discurso político progressista com ideais de justiça, inclusão e equidade.

O recorte n. 11 ilustra como a pandemia foi capaz de evidenciar ainda mais os problemas sociais ao denunciar o desemprego, a fome, insegurança nutricional e alimentar e dificuldade de acesso à internet para efetuar o ensino remoto. O recorte traz marcas e vestígios linguísticos que mostram como o discurso é interpelado pela ideologia. "A ideologia aparece como efeito da relação necessária do sujeito com a língua e com a história para que haja sentido" (ORLANDI, 2015, p.18). O discurso de como as desigualdades sociais afetam a esperança e a vida das pessoas inscrevem-se na filiação de sentidos produzidos por um discurso político com ideais de justiça, inclusão e igualdade.

O recorte n.11 revela sentidos de "falta-vazio-ausência". Para o sujeito do discurso a pandemia produziu vazios ecoando em muitos âmbitos como por exemplo na educação, na renda familiar e na alimentação, o que foi evidenciado nas sequências: ("Hoje falta, falta emprego" (sd19)); (Pandemia limpou tudo do povo (sd20). Arrancou alimento (sd21)). Para a SD8, houve falta. Falta de emprego, falta de alimento, falta de esperança. "O sentido não está apenas nas palavras, nos textos, mas na relação com a exterioridade" (SILVA; COUTO; COUTINHO, 2020, p. 148). Considerando as condições de produção ampliadas em que esse discurso foi emitido, a pandemia teve relação direta com o agravamento dos fenômenos da fome, pobreza e desemprego no Brasil (FREITAS; PENA, 2020; NEVES et al., 2021). Os interesses econômicos regidos pelo modelo capitalista em detrimento da proteção da vida, da saúde e do bem-

estar da sociedade são fatores condicionantes para o agravamento das desigualdades e problemas sociais (FREITAS; PENA, 2020; CAMPOS, 2020).

No mesmo recorte, o enunciado lança luz sobre a questão das dificuldades do contexto da educação no período da pandemia e denuncia como as pessoas de classes econômicas mais baixas foram mais afetadas nesse âmbito (“Foram praticamente 2 anos, que as crianças ficaram em casa tendo "a escola" (sd4). Porque nem todo mundo tem acesso à Internet (sd5). Eu mesma, pago com muita dificuldade lá em casa (sd6)”).

Nas sequências “Não foi fácil quando ela [filha mais nova] tava doente de cama, só vomitando (sd7). Como você ia catar um livro e falar pra ela: "come um livro enquanto você tá vomitando, com diarreia, com febre e morrendo na cama? (sd8)” A SD8 utiliza de ironia para destacar como em seu contexto, nas suas condições de produção, é impossível cumprir com as tarefas do ensino (ainda mais remoto) quando o básico, o elementar não é suprido, como a alimentação e a condição de saúde.

No início da pandemia, em 2020, o Ministério da Educação – MEC do Brasil autorizou a substituição de aulas presenciais por aulas à distância utilizando-se ferramentas tecnológicas digitais para alunos do ensino regular. No entanto, essa medida impactou o ensino e aprendizagem dos alunos de diferentes formas, principalmente os alunos em situação de vulnerabilidade social. A dificuldade de acesso à internet, falta de infraestrutura adequada, necessidade de trabalhar para ajudar na renda da família, dentre muitas outras problemáticas, colaboram para um cenário desafiador no ensino. Essas dificuldades podem contribuir para a evasão escolar, desinteresse dos alunos, atraso na aprendizagem e dificuldade em cumprir com prazos e diretrizes propostos para o ensino (BESSA, 2021).

Os recortes de 12 a 14 enunciam sentidos de força familiar. O apoio familiar foi importante para os sujeitos do discurso enfrentarem as situações advindas do contexto pandêmico. As relações familiares se constituíram como fatores facilitadores de esperança no cenário da pandemia da COVID-19, na perspectiva destes sujeitos.

No recorte n. 12 percebe-se um movimento de contradição no sd2, o que dá efeitos de sentido de que a esperança é uma experiência humana que oscila perante as incertezas. Contudo, quando perguntada sobre o que a ajuda a

manter a esperança, a SD2 menciona o fato de ver a felicidade das filhas. Mesmo com os movimentos de contradição expressados pelos significantes "esperança" que, por sua vez, se contrasta com "desânimo", a possibilidade de ver as filhas felizes a confere esperança.

No recorte n. 13, o sentido de "pessoa que não consome álcool" foi silenciado e ocultado nos dizeres "papal de uma mãe de família" e "filha de verdade". O não dito - "pessoa que não consome álcool"- não está exteriorizado no dizer. Nas sequências há um dito primário "mãe de família" e "filha de verdade" e um não dito que é imaginado "pessoa que não consome álcool", o qual foi ocultado do discurso, conforme literatura (ORLANDI, 2015). Os dizeres "papal de uma mãe de família" e "filha de verdade" levam a refletir sobre as formações imaginárias implicadas nesse discurso e de qual posição-sujeito a SD5 fala. No momento, a SD5 ainda ocupa a posição-sujeito de mãe que consome SPAs o que, em seu próprio imaginário, a distância de ser o que seria o papal ideal de mãe e filha. Esses discursos retomam sentidos pré-construídos no modelo moral. Por fim, o sd15, é uma paráfrase ao dito muito difundido por alguns modelos de cuidado em álcool e drogas como AA (Alcoólicos Anônimos) e NA (Narcóticos Anônimos), o dito "Só por hoje". "Um dia de cada vez". Observa-se um processo parafrástico, ou seja, processos de retorno ao mesmo dizer, à mesma memória (ORLANDI, 2015)

No recorte n.14, percebe-se a presença de sentidos paradoxais, de contraste. Existe uma tensão de sentidos entre "longe" e "perto", "esperança" e "morte" derivando sentidos de que a esperança vem sendo procurada, mas não é achada, está distante. Mas a morte está perto. O sujeito explicita como se sente sem esperança no momento da pandemia e que o que o "segura aqui", ou seja, o que o faz caminhar para a vida, são a presença e ajuda de sua avó e pai. A opacidade e o silenciamento aparecem no sentido de que o desejo da morte perpassa a todo momento, mas não se concretizou (ainda) devido ao amor de duas pessoas da família.

A família aparece nesse estudo como fator facilitador de esperança. O apoio familiar já foi apontado na literatura sobre esperança como fator facilitador de esperança. Apoio intrafamiliar é essencial para a esperança e o bem-estar dos sujeitos. (BERRI, 2019; EINAV; MARGALIT, 2020; CARVALHO; LEITE et al., 2021; CARVALHO; DUARTE; CHAREPE, 2022; LARANJEIRA et al., 2022).

Os achados corroboram os pressupostos teóricos do Modelo de Esperança de Dufault e Martocchio (1985) sobre a dimensão afiliativa. Esta se refere às relações/interações com outras pessoas (amigos, familiares, conhecidos, profissionais de saúde, vizinhos, etc.), com a comunidade, com Seres Superiores e outros seres vivos (animais de estimação por exemplo). Essa dimensão se manifesta geralmente quando as relações familiares são os objetos de esperança, ou seja, quando há preocupação com o outro e a manutenção de relacionamentos felizes e satisfatórios é o objetivo. Essa dimensão é mobilizada quando o objeto de esperança envolve relações afetuosas e atividades significativas com outras pessoas.

A relação com outras pessoas, no caso com familiares, é relevante para o reforço da esperança. Os familiares podem ser considerados fontes de esperança e proporcionarem o aumento de esperança para o sujeito, quando oferecem momentos afetuosos, de encorajamento e incentivo, bem como escuta empática e compartilhamento de experiências semelhantes. O senso de mutualidade e pertencimento é importante para a construção e ampliação dos sentidos da esperança (DUFALT; MARTOCCHIO, 1985).

A prática clínica do profissional que atua junto a usuários de serviços especializados em saúde mental requer reconhecer fatores que possam tanto inibir como aumentar a esperança na perspectiva do sujeito. É importante compreender a esperança enquanto processo dinâmico, com muitas dimensões e não como um *continuum* unilateral. Quando se entende que o processo de esperança possui diferentes dimensões, é possível vislumbrar qual delas está mais ausente ou presente no momento e traçar estratégias para facilitar o fortalecimento da esperança (DUFALT; MARTOCCHIO, 1985).

Algumas estratégias possíveis para a promoção da esperança são a escuta ativa sobre os significados, sentimentos e incertezas relacionados ao futuro e ao resultado que a pessoa pretende alcançar; conversa realista sobre sua situação e perspectivas; compreensão empática sobre angústias e preocupações e minimização dessas quando possível; aumento de autoestima do usuário; proporcionar interações com pessoas que vivenciam situações parecidas para ajuda mútua; ajudar a identificar situações na vida que podem afetar a experiência da esperança; elaborar estratégias para manter e fortalecer laços com pessoas significativas; ajudar na readequação de planos e revisão de



valores pessoais, quando necessário, e proporcionar ambiente acolhedor que facilite reflexão sobre o significado da vida e da esperança (DUFAULT; MARTOCCHIO, 1985).

O entendimento das esferas da esperança (generalizada ou específica) auxiliam no processo de identificar se o sujeito tem um senso geral de esperança ou se tem esperança direcionada a algum foco específico no momento. A compreensão disso por meio da escuta empática e comunicação terapêutica faz com que o(a) enfermeiro(a) possa se tornar apoiador de esperança na vida do usuário. O(a) enfermeiro(a) pode se utilizar de qualquer momento de avaliação de enfermagem ou encontro com o usuário para acessar assuntos relacionados à esperança e construção de planos de vida. Ao falar sobre esperança com o usuário é possível proporcionar-lhe maior clarificação quanto à construção de significados para as metas e planos de vida (DUFAULT; MARTOCCHIO, 1985).

É importante que os profissionais da área de saúde mental consigam compreender o que o usuário entende por esperança, qual seu estado atual de esperança e quais fatores podem ser capazes de oportunizar ou enfraquecer o sentimento ou atitude de esperança. A competência inspiradora de esperança, no contexto da prática de enfermagem, é uma importante tecnologia de cuidado capaz de auxiliar o usuário em seu processo de descoberta ou redescoberta da esperança, e capaz de auxiliar na elaboração conjunta de estratégias e planos capazes de engajar o sentimento de esperança e sentido para a vida (LARANJEIRA; QUERIDO, 2022).

## **9. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os discursos produzidos sobre a esperança evocam memórias discursivas construídas anterior e exteriormente a outro lugar pré-construído. Os efeitos de sentidos da esperança para os usuários de saúde mental deste estudo são perpassados pelos discursos: religioso, de solidariedade, do modelo de doença e de superação/resiliência. As condições de produção amplas vivenciadas por estes sujeitos durante a pandemia afetaram a produção de sentidos sobre esperança no contexto pandêmico. O período pandêmico da COVID-19 foi marcado por experiências de luto, de indiferença, intensificação das injustiças sociais, medo - considerados nesse estudo como fatores inibidores

de esperança e o encontro de apoio no âmbito familiar – considerado como fator promotor de esperança.

Para os profissionais de saúde que atuam em dispositivos especializados em saúde mental, principalmente a Enfermagem, é relevante que compreendam que a esperança se constitui em uma experiência singular e subjetiva, bem como em recurso terapêutico e de cuidado para que os usuários de saúde mental possam atravessar e enfrentar momentos difíceis.

Portanto, acredita-se ser importante capacitar os profissionais de saúde, principalmente enfermeiros(as), que atuam nos serviços especializados em saúde mental a apreenderem os sentidos construído da esperança e a reconhecerem enquanto recurso terapêutico integrante do cuidado. Destaca-se a importância em reconhecer a promoção de esperança enquanto intervenção na prática clínica e de cuidado.

Conclui-se que os achados desse estudo corroboram o primeiro pressuposto do estudo de que o período pandêmico da COVID-19 teve implicações negativas na saúde mental da população, perdurando em longo prazo. Os usuários enunciaram discursos de sofrimento envolvendo situações de medo, isolamento e luto. Tais situações impõem desafios a enfermeiros e profissionais que atuam na área da saúde mental.

No referente às limitações deste estudo podem estar relacionadas ao período da coleta de dados relacionado ao momento da onda pandêmica da COVID-19, considerando-se as condições de produção estrita em que a vacinação foi iniciada e o término desta doença enquanto emergência de saúde pública. Outra limitação corresponde ao predomínio do gênero feminino da amostra em relação à percepção do sentido de esperança, requerendo ampliar o estudo com a população de gênero masculino.

Destaca-se a importância em reconhecer e incluir o conceito e teoria da esperança como temática a ser abordada no processo formativo e de educação permanente dos profissionais e do(a) enfermeiro(a) que atuam na área da saúde mental. Além da apreensão do modelo de esperança e seus conceitos, é relevante que os enfermeiros se apropriem de seu conteúdo e incorporem em sua prática profissional a competência inspiradora de esperança, mobilizando recursos que oportunizem o fortalecimento de esperança. Salienta-se a relevância em capacitar profissionais a se atentarem à produção de

subjetividades e aspectos relacionados à esperança, como por exemplo, autoeficácia, sistemas de crenças, otimismo e motivação, tanto deles próprios como dos usuários, os quais constituem em elementos que compõem a singularidade da experiência humana.

Ainda, conclui-se que o segundo pressuposto apresentado no estudo, de que as pessoas que se encontram em situações desafiadoras podem se beneficiar da identificação de fontes promotoras de esperança, também foi corroborado pelos achados do estudo. Os sujeitos encontraram motivação e esperança para superar as adversidades por meio de recursos internos, como a resiliência por exemplo, e por meio da relação com outros, como as relações familiares.

Acredita-se que o presente estudo possa despertar a reflexão dos enfermeiros e profissionais da área da saúde mental sobre a importância de compreenderem a motivação da esperança como prática fundamental constituinte do cuidado a pessoas em sofrimento psíquico. É importante que o enfermeiro/profissional se considere como agente que pode ele próprio ser fonte de esperança ou ser mediador do processo de esperança, ajudando o usuário a identificar fatores facilitadores ou inibidores de esperança e elaborar suas estratégias. Espera-se que o estudo possa subsidiar práticas inspiradoras de esperança no campo da saúde mental e da enfermagem.

## 10. REFERÊNCIAS

- ASPINWALL, L. G.; LEAF, S. L. In search of the unique aspects of hope: Pinning our hopes on positive emotions, future-oriented thinking, hard times, and other people. **Psychological Inquiry**, v. 13, n. 4, p. 276-288, 2002. DOI: 10.1207/S15327965PLI1304\_02
- BARBOSA, D. J. et al. Relação entre o consumo de drogas psicoativas e COVID-19. **JMPHC(Journal of Management & Primary Health Care)**. ISSN 2179-6750, v. 12, p. 1-9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.1000>
- BALTAZAR, M. S.; SANTOS, M. O. Vivências da pandemia com visibilidade: uma parte do que ficou para a posteridade nos media sociais em Portugal (mostra intencional de vivências humorísticas em contexto de pandemia) – estudo exploratório – . *In: Livro de Atas: 9.ª Conferência Internacional de Mediação Intercultural e Intervenção Social – “Vivência(s), Convivência(s) e Sobrevivência(s) em Contexto de Pandemia: Relatos e Experiências”*. 2022. CICS.NOVA.IPLeiria e ESECS.Politécnico de Leiria. ISBN - 978-989-8797-75-9, 2022. DOI - <https://doi.org/10.25766/8tbp-q708>
- BARROS-DELBEN, P. et al. Saúde mental em situação de emergência: COVID-19. **Debates Psiquiatr. (Online)**. , v. 10, n. 2, p. 18-28, 2020. DOI: 10.25118/2236-918X-10-2-3
- BAUMGRATZ, L. D., et al. Dificuldades financeiras, aspectos alimentares e de saúde em estudantes universitários, durante a pandemia de Covid-19. **Demetra (Rio J.)**. , v. 18, e72281, 2023. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2023.72281>
- BENROS, M. E.; VINDERGAARD, N. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. **Brain, Behavior, and Immunity**, v.89, p.531-542, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>.
- BERRI, B. A esperança como ajustamento criativo: reflexões dos processos de saúde, doença e morte em gestalt terapia. **Rev. da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies**, v. 26, n. 3, p. 351-360, 2020. DOI: 10.18065/2020v26n3.10
- BERNARDO, A. B. I.; MENDOZA, N. B. Measuring hope during the COVID-19 outbreak in the Philippines: development and validation of the state locus-of-

Hope scale short form in Filipino. **Curr Psychol**, 2020. DOI:

<https://doi.org/10.1007/s12144-020-00887-x>.

BESSA, S. Professores em tempos de pandemia: percepções, sentimentos e prática pedagógica. **Devir Educação**, [S. l.], p. 183–205, 2021. DOI:

10.30905/rde.v0i0.410. Disponível em:

<https://devireducacao.ded.ufla.br/index.php/DEVIR/article/view/410>. Acesso em: 20 mar. 2024.

BHATTACHARJEE B, ACHARYA T. The COVID-19 Pandemic and its Effect on Mental Health in USA - A Review with Some Coping Strategies. **Psychiatr Q**. v. 91, n. 4, p. 1135-1145, 2020. DOI: 10.1007/s11126-020-09836-0. PMID: 32829449; PMCID: PMC7443176.

BRANDÃO, H.H.N. **Introdução à análise do discurso**. 3.ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2012.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, p. 230-232, 2011.

BUITRAGO RAMÍREZ, F. et al. Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. **Atencion primaria**, v. 53, n. 1. p. 89-101, 2021. DOI:10.1016/j.aprim.2020.06.006

CABRAL, N. et al. Luto e melancolização na pandemia do COVID 19. **Leitura Flutuante-Clínica da Cultura e Elementos de Conexões entre Semiótica e Psicanálise**, v. 13, n. 1, 2021. Disponível em:

<https://revistas.pucsp.br/leituraflutuante/article/view/52749>. Acesso em: 13 mar. 2024.

CAMPOS, E. B. Pandemia, Estupidez e Desproteção Social. **Rev. Ensaios de Geografia**, Niterói, v. 5, n. 9, p. 69-74, 2020. DOI:

<https://doi.org/10.22409/eg.v5i9.42478>

CARVALHO, M. S.; DUARTE, T.; CHAREPE, Z. Promover a esperança perante um diagnóstico de cardiopatia congênita: reflexão sobre as vivências dos pais.

**Cadernos De Saúde**, v. 14, n. 1, p. 51-57, 2022. DOI:

10.34632/cadernosdesaude.2022.10195

CARVALHO, M. et al. Intervenciones promotoras de esperanza en padres de niños con necesidades especiales de salud: una revisión scoping. **Enferm.**

**glob.**, v.18, n.53, p.646-689, 2019. DOI:  
<https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.342621>

CASTRO, Â. C. R. Eu sei, mas não devia: resistência e resiliência na crônica de Marina Colasanti. **Revista Linguasagem**, v. 37, n. 1, p. 1-12, 2021.  
Disponível em:  
<https://www.linguasagem.ufscar.br/index.php/linguasagem/article/view/851/483>.  
Acesso em: 29 fev. 2024.

CATTELAN, J. C. Interdiscurso e memória: a metáfora e a metonímia em Pêcheux/Herbert. **Alfa, rev linguíst** (São José Rio Preto) [Internet]. V. 66:e14408, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5794-e14408>.  
Acesso em: 29 fev. 2024.

CHAN, K. et al. The effects of a brief hope intervention on decision-making in chronic kidney disease patients: A study protocol for a randomized controlled trial. **J Adv Nurs**, v. 76, n.12, p. 3631-3640, 2020. DOI: 10.1111/jan.14520.

CHAN, K. et al. A brief hope intervention to increase hope level and improve well-being in rehabilitating cancer patients: a feasibility test. **SAGE Open Nurs**.v.8, 2019. DOI: 10.1177/2377960819844381.

CHAREPE, Z. B. et al. (Re) descoberta de esperança na família da criança com doença crônica através do genograma e ecomapa. **Texto contexto – enferm**, v.20, n.2, p.349-358, 2011. DOI: 10.1590/S0104-07072011000200018.

COELHO, V. A. A. et al.. Regionalização da atenção psicossocial: uma visão panorâmica da Rede de Atenção Psicossocial de Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 27, n. 5, p. 1895–1909, maio 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022275.11212021

CORRADI-WEBSTER, C. M. Paradigma do Recovery como orientador de políticas e práticas em saúde mental. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, v.13, n.3, p.116-117, 2017. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v13i3p116-117

COSTA, A. M.; RIZZOTTO, M. L. F.; LOBATO, L. DE V. C. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. **Saúde em Debate [online]**. 2020, v. 44, n. 125, p. 289-296. DOI: 10.1590/0103-1104202012500

COSTA, S. DA S.. Pandemia e desemprego no Brasil. **Rev. adm. pública (Online)**. , v. 54, n. 4, p. 969–978, jul. 2020. DOI: 10.1590/0034-761220200170

COSTA, W. D. et al. Impactos da pandemia de coronavírus em um caps infantojuvenil do distrito federal. **Health Residencies Journal-HRJ**, v. 1, n. 1, p. 1-20, 2020. DOI: <https://doi.org/10.51723/hrj.v1i1.19>

CREPALDI, M. A. et al.. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, p. e200090, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2010.

CRUZ, N. M. L. V, et al. Apoio psicossocial em tempos de COVID-19: experiências de novas estratégias de gestão e ajuda mútua no sul da Bahia, Brasil. **APS EM REVISTA**, v. 2, n. 2, p. 97–105, 2020. DOI: [doi.org/10.14295/aps.v2i2.94](https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.94)

DA BL, IM GY, SCHIANO TD. COVID-19 Hangover: A Rising Tide of Alcohol Use Disorder and Alcohol-Associated Liver Disease. **Hepatology [Internet]**, v. 72, n.3, p. 1102-1108, 2020.DOI: 10.1002/hep.31307

DANTAS, C. DE R. et al.. O luto nos tempos da COVID-19: desafios do cuidado durante a pandemia. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** , v. 23, n. 3, p. 509–533, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n3p509.5>

DENZIN, N. **The research act: a theoretical introduction to sociological methods**. Routledge: London, 2009. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?id=UjcpXFE0T4cC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?id=UjcpXFE0T4cC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false). Acesso em: 02 fev. 2021.

DIAS, P. et al. Bem-estar, qualidade de vida e esperança em cuidadores familiares de pessoas com esquizofrenia. **Rev. port. enferm. saúde mental.** , n.23, p.23-30, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0269>

DIXE, M. A.; QUERIDO, A. I. F. A esperança na saúde mental: uma revisão integrativa da literatura.**Rev. port. enferm. saúde mental.** , n. spe.3, p.95-101, 2016. DOI:10.19131/rpesm.0124.

DOE, M. J. Conceptual Foreknowings: an integrative review of hope. **Nursing Science Quarterly**, v. 33, n. 1, p. 55-64, 2020. DOI: 10.1177/0894318419881805.

DOGAN, U.; SOYLAR, P. The relationship between spiritual well-being and hopelessness levels of substance users. **Med-Science**, v. 9, n. 1, p. 186-90. DOI: 10.5455/medscience.2019.08.9163.

DRESCH, M. Ideologia – um conceito fundante na/da Análise do Discurso – considerações a partir do texto. Observações para uma teoria geral das ideologias de Thomas Herbert. A Análise de Discurso em suas diferentes tradições intelectuais: o Brasil. In: INDURSKY, F; FERREIRA, M. C. L. (org.). **Michel Pêcheux e a análise do discurso: uma relação de nunca acabar**. São Carlos: Claraluz, 2005. p. 91-98.

DUARTE, M. Q.; PORTELLA, G. J.; MARCELI, C. T. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul. **Brasil. Ciênc. Saúde Colet.**, v. 25, n. 9, p. 3401-3411, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020259.16472020

DUBEY M. J.; GHOSH R., CHATTERJEE, S.; BISWAS, P.; CHATTERJEE, S. DUBEY, S. COVID-19 and addiction. **Diabetes Metab Syndr**, v.5, p. 817-823, 2020. DOI 10.1016/j.dsx.2020.06.008.

DUFAULT, K.; MARTOCCHIO, B. Hope: Its spheres and dimensions. **Nurs. Clin. North Am**, v. 20, n.2, p. 379-391, 1985.

DUNLOP, A., et. al. Challenges in maintaining treatment services for people who use drugs during the COVID-19 pandemic. **Harm Reduct J**. v. 17, n.1, p.26, 2020. DOI: 10.1186/s12954-020-00370-7.

EINAV, M.; MARGALIT, M. Hope, Loneliness and Sense of Coherence among Bereaved Parents. **Int J Environ Res Public Health**. v.17, n.8, p. 2797, 2020. DOI:10.3390/ijerph17082797

ELVIRA, I. K. S. et al. Esperança de famílias que convivem com comportamento aditivo por tempo prolongado. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min**, v.9, 2019. DOI: 10.19175/recom.v9i0.3241

FALEIROS, F. et al. Use of virtual questionnaire and dissemination as a data collection strategy in scientific studies. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.25, n.4, e3880014, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016003880014>.

FERREIRA, C. et al. Avaliação de esperança e resiliência em pessoas em tratamento hemodialítico. **Rev Enferm UFSM**, v.8, n.4, p.702-716,



2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/30592/pdf>.

Acesso em: 19 abr. 2020.

FETTERS, M. D; CURRY, L. A; CRESWELL, J. W. Achieving Integration in Mixed Methods Designs-Principles and Practices. **Health Serv Res**, v.48, n.6, p.2134-56, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>

FONSECA, R. et al. Therapeutic letters: A qualitative study exploring their influence on the hope of parents of children receiving pediatric palliative care in Portugal, **J Spec Pediatr Nurs**, 2021; e12325. DOI:

<https://doi.org/10.1111/jspn.12325>.

FREITAS, M. do C. S.; PENA, P. G. L. Fome e pandemia de COVID-19 no Brasil. **Tessituras: Revista de Antropologia e Arqueologia**, v. 8, n. 1, p. 34-40, 2020. DOI: 10.15210/tes.v8iSuplemento.18903

GAVIN, B. et al. Mental health and the COVID-19 pandemic: looking back and moving forward. **Irish journal of psychological medicine**, v. 37, n. 4. P. 247-249, 2020. DOI:10.1017/ipm.2020.128

GIAMATTEY, M. E. P. et al.. Rituais fúnebres na pandemia de COVID-19 e luto: possíveis reverberações. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** , v. 26, n. spe, p. e20210208, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0208>

GOMES, A. M. T. Do discurso às formações ideológica e imaginária: uma proposta de análise de discurso com base em Pêcheux e Orlandi. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 15, n. 4, p. 555-562, 2007. Disponível em: <

<http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a13.pdf> > Acesso em: 01 mai. 2019.

GOMES, M. V. F.; SILVA, T. S. F.; COSTA, T. G. G. G. O conceito de resiliência psicológica entre estudantes e profissionais de psicologia. **Revista Diálogos Acadêmicos**, v. 9, n. especial, 2020. Disponível em:

<https://revista.unifametro.edu.br/index.php/RDA/article/view/297>. Acesso em: 29 fev. 2024.

GROSSI, S. A. A.; SARTORE, A. C. Escala de esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. **Rev. esc. enferm. USP**, v.42, n.2, p.227-232, 2008. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200003>

GULLO, M. C. R. A economia na pandemia Covid-19: algumas considerações.

**Rosa dos Ventos**, v. 12, n. Esp. 3, p. 1-8, 2020. DOI:

<https://doi.org/10.18226/21789061.v12i3a05>

HENNINK, M. M. et al. Code saturation versus meaning saturation: how many interviews are enough? **Qual Health Res**, v.27, n.4, p.591-608, 2017. DOI: 10.1177/1049732316665344

HERTH, K. Fostering hope in terminally-ill people. **J Adv Nurs.**;v.15, n.11, p.1250-96, 1990. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1990.tb01740.x

HERTH, K. Hope in family caregiver of terminally ill people. **J Adv Nurs.**,v.18,n.4, p.538-48, 1993. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1993.18040538.x

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9749&t=destaques>. Acesso em: 29 fev. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Panorama do Estado de Minas Gerais**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>. Acesso em: 09 abr. 2024.

IWU, C.J.; IWU, C.D.; WIYSONGE, C.S.The occurrence of long COVID: a rapid review.**The Pan African Medical Journal**, v. 38, 2021. DOI: 10.11604/pamj.2021.38.65.27366

JONES, K. F.; DORSETT, P.; SIMPSON, G.; BRIGGS, L. Moving forward on the journey: spirituality and family resilience after spinal cord injury. **Rehabil Psychol**. v. 63, n. 4, p: 521–31, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1037/rep0000229>

KUMAR. A.; NAYAR, K. R. COVID 19 and its mental health consequences. **J Ment Health**. V. 30, n.1, p.1-2, 2021. DOI: 10.1080/09638237.2020.1757052.

LAI, D. W. L. et al. Hopes and wishes of clients with mentally illness in Hong Kong. **Community Ment Health**, J. 2021 Jan 28:1–10. DOI: 10.1007/s10597-021-00779-9.

LANCET, The. Facing up to long COVID. **Lancet** , v. 396, n. 10266, p. 1861, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7834723/>. Acesso em: 21 out. 2022.

LARANJEIRA, C. A. et al. Hope-based interventions in chronic disease: an integrative review in the light of Nightingale. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.73, supl.5, e20200283, 2020. DOI:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0283>.

LARANJEIRA, C. A.; QUERIDO, A. I. F. The multidimensional model of hope as a recovery-focused practice in mental health nursing. **Rev. Bras. Enferm.** 2022, v. 75, n. Suppl 3. DOI: 10.1590/0034-7167-2021-0474

LARANJEIRA, C, A. et al.. "Keeping the Light On": A Qualitative Study on Hope Perceptions at the End of Life in Portuguese Family Dyads. **Int J Environ Res Public Health**, v. 19, n. 3, p. 1561, 2022. DOI:10.3390/ijerph19031561

LEAL, L. P.; FILHO, G. C. de F. Solidariedade democrática em movimento: respostas à grande crise da pandemia de Covid-19. **Nau Social**, v. 11, n. 21, p. 281-291, 2020. DOI: <https://doi.org/10.9771/ns.v11i21.38630>

LEWNARD, J. A.; LO, N. C. Scientific and ethical basis for social-distancing interventions against COVID-19. **Lancet Infect Dis**, v.20, p.631-3, 2020. DOI: 10.1016/S1473-3099(20)30190-0

LEITE, E. D.; BARROS NETO, A. L. B. . O Impacto da Pandemia da COVID-19 em Vendedores Ambulantes do Setor Comercial Sul, Brasília - DF. **Rebena - Revista Brasileira de Ensino e Aprendizagem**, [S. l.], v. 4, p. 321–342, 2022. Disponível em: <https://rebena.emnuvens.com.br/revista/article/view/67>. Acesso em: 14 mar. 2024.

LEITE, A. C. A. B. et al.. Waves of family hope: narratives of families in the context of pediatric chronic illness. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 29, p. e3504, 2021. DOI: 10.1590/1518-8345.5515.3504

LI, P. et al. Effectiveness of nursing intervention for increasing hope in patients with cancer: a meta-analysis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.26, e2937, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1920.2937>.

LIMA, R. C. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**, v. 30, n. 2, 2020. DOI: [doi.org/10.1590/S0103-73312020300214](https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300214).

LIMA, M. G. et al.. Associação das condições sociais e econômicas com a incidência dos problemas com o sono durante a pandemia de COVID-19. **Cad. Saúde Pública (Online)**. , v. 37, n. 3, p. e00218320, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00218320>

LIU, J.J.; REED, M.; GIARD, T. A. Advancing resilience: An integrative, multi-system model of resilience. **Personality and Individual Differences**. v. 1, p:111-118 .2017. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04831>

LOBO, L. A. C.; RIETH, C. E. Saúde mental e Covid-19: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, v. 45, p. 885-901, 2021. DOI: 10.1590/0103-1104202113024

LOPES, L. et al. Mental health care in psychosocial care center (caps) in times of Covid-19: integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 11, p. e174101119516, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i11.19516.

MACÊDO, E. L. et al. Esperança de mulheres em tratamento quimioterápico para o câncer de mama. **Cogitare Enferm**, v.24, 2019. DOI:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.65400>

MARLATT, G. A.; WITKIEWITZ, K. Problemas com álcool e drogas. 2004. In: MARLATT, G. A.; DONOVAN, D. M. **Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. 2.ed. São Paulo: Arned, 2009.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 1. ed. Petrópolis: Vozes, 2016.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA. Ministério da Economia avalia impacto econômico do coronavírus. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/financas-impostos-e-gestaopublica/2020/03/ministerio-da-economia-avalia-impacto-economico-do-coronavirus-no-brasil>>. Acesso em: 18 mar. 2024

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental e a pandemia de Covid-19. **Biblioteca Virtual de Saúde**, 2022. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/saude-mental-e-a-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: 26 de out. de 2022

MIRHOSSEINI, S. et al. The role of hope to alleviate anxiety in COVID-19 outbreak among community dwellers: An online cross-sectional survey. **Annals of the Academy of Medicine**, Singapore, v. 49, n. 10, p. 723-30, 2020. DOI: 10.47102/annals-acadmedsg.2020341

MILLER, J.F. Hope: a construct central to nursing. **Nurs Forum**, v. 42, n. 1, p. 12-19, 2007. DOI: 10.1111/j.1744-6198.2007.00061.x

MIRANDA, F. M. D. et al. Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a covid-19. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 25, maio 2020. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72702>>. Acesso em: 12 maio 2022. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72702>.MI

MOROTE, R. et al. Resilience or hope? Incremental and convergent validity of the resilience scale for adults (RSA) and the Herth hope scale (HHS) in the prediction of anxiety and depression. **BMC Psychol**, v.5, n.36, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-017-0205-0>.

NASCIMENTO, L. C. N. et al. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Rev. Bras. Enferm.** v.71, n.1, p.228-33, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>.

NOAL, D. da S.; PASSOS, M. F. D.; FREITAS, C. M. **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19.**

Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, 2020. 342 p., 2020.

MCCORMACK, B. et al. A kaleidoscope of hope: Exploring experiences of hope among service users and informal carers in health care contexts. **Journal of holistic nursing**, v. 35, n. 3, p. 247-258, 2017. DOI:

10.1177/0898010116658365

OLIVEIRA, D. S.; CAETANO, G. L. N. Residência multiprofissional em saúde mental do adulto: modos de reinventar as práticas no contexto da pandemia causada pela Covid-19. **Health Residencies Journal-HRJ**, v. 2, n. 11, p. 42-61, 2021. DOI: /10.51723/hrj.v2i11.135

OLIVEIRA, L. M. et al. The life hope of elderly: profile assessment and Herth Scale / A esperança de vida dos idosos: avaliação pelo perfil e a Escala de Herth, **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, v. 10, n. 1, p. 167-172, 2018. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i1.167-172

OLIVEIRA, J. A. G. **Terapia de esperança: uma intervenção grupal que visa promover a esperança de idosos institucionalizados.** 2010. 41f. Tese (Doutorado em Psicologia e Ciências da Educação) – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

NEVES, J. A. et al. Unemployment, poverty, and hunger in Brazil in Covid-19 pandemic times. **Rev. Nutr. (Online)**., v, 34, e200170, 2021. DOI: 10.1590/1678-9865202134e200170

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso:** princípio e procedimentos. 12 ed. Campinas: Pontes Editores, 2015.

ORLANDI, E. P. **As formas do silêncio:** no movimento dos sentidos. 6 ed. Campinas: UNICAMP, 2007.

ORNELL, F. et al.. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 3, p. 232–235, 2020. DOI: 10.1590/1516-4446-2020-0008

PAIVA, C. B. et al. Depression, anxiety, hopelessness and quality of life in users of cocaine/crack in outpatient treatment. **Trends Psychiatry Psychother**, Porto Alegre, v.39, n.1, p.34-42, Mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0065>.

PÊCHEUX, M; FUCHS, C. A propósito da análise automática do discurso: atualização e perspectivas. In: GADET, F; HAK, T. (orgs.). **Por uma análise automática do discurso**. Uma Introdução à obra de Michel Pêcheux. 3. ed. Campinas: Unicamp, 1997.

PÊCHEUX, M. **Semântica e discurso**: uma crítica à afirmação do óbvio. 5. ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 2014.

PILLON, S. C; LUÍS, M. A. V. Explanatory models for alcohol and drugs use and the nursing practice. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 676-682, ago. 2004. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692004000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000400014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 fev. 2024.

PONTES, A. C.; LEITÃO, I. M. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, p. 312-318, 2008. DOI: 10.1590/S0034-71672008000300006

QUERIDO, A.I.F. A esperança na prática especializada de enfermagem de saúde mental e psiquiatria. 2015. 172 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria) – Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal, 2015.

QUERIDO, A. A esperança como foco de enfermagem de saúde mental. **Rev. port. enferm. saúde mental.**, n. Especial 6, p. 06-08, 2018.

ROMÃO-DIAS, D.; VERZTMAN, J. Catástrofe, luto e esperança: o trabalho psicanalítico na pandemia de COVID-19. **Rev. Latinoam. de Psicopatol. Fundam.**, v.23, n.2, p.269-290, 2020. DOI:<https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n2p269.7>

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países

avançados”. In: ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p.17-55

SANTOS, A. B. dos .; SANTOS, C. S. E. dos .; COSTA, D. H. . Os desafios do microempreendedor: uma análise pós pandemia do Covid-19. **E-Acadêmica**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. e3132169, 2022. DOI: 10.52076/eacad-v3i2.169. Disponível em: <https://eacademica.org/eacademica/article/view/169>. Acesso em: 14 mar. 2024.

SÆLØR, K. T., NESS, O., & SEMB, R. Taking the plunge: Service users’ experiences of hope within the mental health and substance use services. **Scandinavian Psychologist**, v.2, n.9, 2015. DOI: 10.15714/scandpsychol.2.e9

SÆLØR, K. T. et al. Hope and recovery: a scoping review. **Advances in Dual Diagnosis**, [s.l.], v. 7, n. 2, p. 63-72, 2014. DOI: 10.1108/ADD-10-2013-0024.

SÁNCHEZ-TERUEL, D. et al. Adaptation and psychometric properties in Spanish of the Herth Hope Index in people. Who have attempted suicide. **Psychiatr Q**, v. 92, n.1, p. 169-175, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09766-x>.

SECRETARIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Municípios por agrupamento de microrregiões**. Disponível em: [https://www.mg.gov.br/sites/default/files/paginas/imagens/minasconsciente/mun\\_municip\\_por\\_agrupamento\\_de\\_microrregioes.pdf](https://www.mg.gov.br/sites/default/files/paginas/imagens/minasconsciente/mun_municip_por_agrupamento_de_microrregioes.pdf). Acesso em: 09 abr. 2024.

SHARMA, A.; KROUMPOUZOS,G.; LOTTI, T.; GOLDUST, M. COVID-19 and alcohol use. **Drug Alcohol Rev**, v. 40, n. 4, p. 683-684, 2021 . DOI:

SHER, L. Post-COVID syndrome and suicide risk. **QJM: An International Journal of Medicine**, v. 114, n. 2, p. 95-98, 2021. DOI: 10.1093/qjmed/hcab007

SILVA, A. N.; COUTO, E. K. N. N.; COUTINHO, R. S. A escuta dos idosos na pandemia do coronavírus pela Análise do Discurso Ecológica e pelo imaginário. **Ecolinguística: Revista brasileira de ecologia e linguagem (ECO-REBEL)**, v. 6, n. 3, p. 132-151, 1 out. 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/erbel/article/view/34519>. Acesso em: 19 mar. 2024.

SILVA, M. A. S. M Sobre a Análise do Discurso. **Revista de Psicologia da Unesp**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 16-40, mar. 2005. ISSN 1984-9044. Disponível em:

<http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/998>. Acesso em: 17 jul. 2020.

SILVA, R. Linguagem e ideologia: embates teóricos. **Linguagem em (Dis)curso**, v. 9, n. 1, p. 157–180, jan. 2009. DOI: 10.1590/S1518-76322009000100008

SNYDER, C. R. et al. Hope theory, measurements, and applications to school psychology. **Sch. Psychol. Quart**, v.18, n.2, p.122–139, 2003. DOI: 10.1521/scpq.18.2.122.21854

SOUZA, É. N. *et al.* Relação entre a esperança e a espiritualidade de idosos cuidadores. **Texto contexto – enferm. [Internet].**, v. 26, n. 3, e6780015, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/SvKhMZkBM9B4LZ6zSyf53st/?lang=pt>. Acesso em: 28 fev. 2024.

SOUZA, E. N. et al. Relationship between hope and spirituality of elderly caregivers. **Texto contexto – enferm [Internet].**, v.26, n.3, 2017.

DOI:<https://doi.org/10.1590/0104-07072017006780015>.

SUGARMAN, D. E.; GREENFIELD, S. F. Alcohol and COVID-19: How do we respond to this growing public health crisis?. **Journal of General Internal Medicine**, v. 36, n. 1, p. 214-215, 2021. DOI: 10.1007/s11606-020-06321-z

SUN Y, et. al. Brief Report: Increased Addictive Internet and Substance Use Behavior During the COVID-19 Pandemic in China. **Am J Addict**. V. 29, n. 4, p. 268-270, 2020. DOI: 10.1111/ajad.13066. Epub 2020 Jun 4. PMID: 32500608; PMCID: PMC7300868.

TERRA, K. R. C. Teorias da linguagem e estudos do discurso: apontamentos metodológicos para uma análise do discurso religioso. **HORIZONTE-Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião**, p. 1085-1085, 2018. DOI: 10.5752/P.2175-5841.2018v16n51p1085.

VOLPATO, R. J.; VARGAS, D. PEREIRA, C. F.; MARQUES, D. A.; FERREIRA, R. S.; AGUILAR, T. F.; et al. Implicações da COVID-19 para indivíduos com transtornos relacionado ao uso de substâncias psicoativas: revisão overview. **REVISA**, v. 10, n. 4, p. 636-55, 2021. DOI: 10.36239/revisa.v10.n4.p636a655

YAO, H. et al. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. **The Lancet Psychiatry**, v.7, n.4, e21, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0).



YEUNG, W. S, et al. Igniting and Maintaining Hope: The Voices of People Living with Mental Illness. **Community mental health jornal**. v. 56, n.6, 2020. 1044-1052. DOI:10.1007/s10597-020-00557-z

WANG, Dong-Ke et al. Hope During the COVID-19 Epidemic Decreased Anxiety and Depression Symptoms Mediated by Perceived Stress: Coping Style Differences Among Patients with COVID-19. **Current Medical Science**, v. 42, n. 4, p. 885-894, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 2020. **World Health Organization**, 2020. Disponível em: < <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2020

ZANINI, A. M. **Personalidade, autoestima e esperança em usuários de substâncias psicoativas**. 2016. 54 f. Tese (Doutorado em Psicologia.), Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS.

ZERBETTO, S. R.; CID, J. M.; GONÇALVES, A. M. S.; RUIZ, B. O. As crenças de família sobre dependência de substâncias psicoativas: estudo de caso. **Cad Bras Ter Ocup** [Internet]. v. 26, n. 3, p:608–16, 2018.

DOI:<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1223>

## **11.APÊNDICES**

### **11.1 Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Resolução 510/2016 do CNS)**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)  
(Resolução 510/2016 do CNS)**

- 1.Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa: Sentidos da esperança de usuários de serviços de saúde mental durante a pandemia da COVID-19, realizada pela estudante de doutorado Sarah Salvador Pereira, sob orientação da Profa.Dra. Sonia Regina Zerbetto, pertencentes ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).
2. Você está sendo convidado por frequentar algum serviço especializado de saúde mental de sua cidade. Sua participação não é obrigatória.
3. O objetivo desta pesquisa consiste em analisar os sentidos da esperança nos discursos de usuários de serviços especializados de saúde mental de uma cidade do interior mineiro no contexto pandêmico da COVID-19.4.Como benefícios, sua participação possibilitará contribuir para o aperfeiçoamento da qualidade do cuidado prestado aos usuários dos serviços especializados de saúde mental e implementação de novas práticas de cuidar promotoras de esperança, bem como para a produção de conhecimento científico, considerado escasso nesta temática. Este estudo não terá benefício direto à sua participação.
5. Esta pesquisa constará de duas etapas. A primeira refere no preenchimento da ficha de identificação, contendo informações sociodemográficas (idade, gênero, estado civil, escolaridade, religião, profissão, situação de trabalho atual, história sobre sua saúde). Após esta etapa será realizada uma entrevista com você com perguntas que abordam sobre esperança e pandemia; o impacto da pandemia em seus planos de vida; fatores que impedem ou facilitam a esperança em seu plano de vida neste momento. A entrevista será gravada por áudio, com previsão de tempo de duração aproximada de 40 minutos a 1 hora. Será agendada em um momento adequado para você, podendo ser em dois encontros, sendo permitidas pausas e reagendamentos, a seu critério. Desta maneira, solicita-se a permissão de gravar a sua voz no momento da entrevista, porém serão tomados todos os cuidados em relação ao sigilo e confidencialidade das informações, bem como a segurança e proteção dos dados.

6. Você tem o direito de não responder qualquer questão. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar sua participação.

7. Se você não quiser participar, isso não trará nenhum prejuízo em sua relação com as pesquisadoras ou serviço de saúde.

8. Este estudo não deve oferecer qualquer despesa ou compensação financeira pela sua participação. Entretanto, qualquer despesa decorrente de sua participação na pesquisa será ressarcida pelas pesquisadoras, após a sua informação no dia da entrevista presencial.

9. Esta pesquisa não envolve procedimentos invasivos, no entanto, há possibilidade de riscos físicos, como o cansaço, ou subjetivo, considerando que algumas perguntas podem remeter a desconfortos. Quanto ao cansaço e risco subjetivo, a pesquisadora terá atitude empática e respeitosa. Além disso, você terá a liberdade de não responder qualquer questão, interromper a entrevista, cancelar ou reagendar de acordo com sua disponibilidade. Quanto ao cansaço, serão permitidas pausas e reagendamentos dos encontros, a seu critério. Caso você sinta-se desconfortável, as pesquisadoras estarão disponíveis para realizar acolhimento e escuta de suas necessidades, caso assim o desejar. Quanto ao sigilo, as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e será assegurado que seu nome não será divulgado.

10. Por se tratar de entrevistas áudio gravadas em dispositivos eletrônicos digitais (gravador digital ou celular) existem riscos relacionados às limitações das tecnologias, risco de violação ou problemas técnicos. Para minimizá-los, a pesquisadora fará download e armazenamento das gravações das entrevistas para outro dispositivo, como por exemplo um pendrive ou HD externo único da pesquisadora, por um período mínimo de cinco anos, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma digital, ambiente compartilhado ou "nuvem", sendo que os dados serão acessados apenas pelas pesquisadoras desta pesquisa.

11. Para evitar o risco de contaminação devido à pandemia da COVID-19 durante a entrevista presencial, a pesquisadora respeitará os protocolos para medidas sanitárias de segurança e proteção contra a COVID-19 durante a entrevista, a fim de proteger a sua integridade e da pesquisadora. O local a ser realizada a entrevista será em uma sala na unidade, onde há circulação de ar e espaço suficiente para que a pesquisadora e você estejam seguros(as). A sala específica da instituição a ser utilizada será agendada pela pesquisadora com antecedência para manter o local privativo para a entrevista e seu bem estar. A sala será higienizada previamente, a sua temperatura e da pesquisadora serão aferidas com termômetro digital (o qual será limpo antes e após seu uso com álcool a 70%) antes de iniciar a entrevista. Caso a mensuração da temperatura estiver acima de 37,5° C, e se houver sintoma relacionado à COVID-19 ou

você e pesquisadora relatarem contato prévio com alguém que tenha tido recentemente sintomas ou patologia confirmada, a entrevista será reagendada após 14 dias. Durante a entrevista, será mantido distanciamento de 2 metros entre você e pesquisadora e ambos(as) utilizarão máscara cirúrgica descartável com três camadas. A pesquisadora disponibilizará a você, uma máscara cirúrgica descartável com três camadas e na sala haverá um frasco de álcool em gel a 70% para higienização de suas mãos e da pesquisadora.

12. Caso se perceba qualquer risco ou dano à sua pessoa, não previstos neste termo, as atividades desta pesquisa poderão ser imediatamente suspensas. A qualquer momento estaremos à sua disposição para esclarecimentos com relação à pesquisa e sua participação na pesquisa, por intermédio do contato disponível neste termo.

13. Você terá direito à assistência e de buscar indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

14. Os resultados dessa pesquisa serão apresentados em Congressos da área e publicados em revista científica, garantindo-se sempre o sigilo dos nomes dos participantes. Os resultados da pesquisa estarão à disposição quando finalizada e você poderá contatar as pesquisadoras para obter uma devolutiva.

15. Você receberá uma via assinada e rubricada deste termo, onde constam o contato da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

**Assinatura: Sarah Salvador Pereira**

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar

**Telefone para contato: (16) 98861-2961**

**E-mail de contato: [sarahsalvadorpereira@gmail.com](mailto:sarahsalvadorpereira@gmail.com)**

Endereço: Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Via Washington Luiz, Km 235, Monjolinho, 13.565 – 905, São Carlos, SP-Brasil,

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, o qual consiste em órgão institucional e de colegiado, cuja missão é prezar pela seguridade aos direitos dos participantes da pesquisa, direitos e deveres da comunidade científica e do Estado, fazendo cumprir o disposto nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no que diz respeito aos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos. Este

Comitê de Ética funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, km. 235, SP 310 --CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-9685. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br). O CEP está vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do CNS. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W5 Norte, lote D –Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte – CEP:70719-040 – Brasília –DF. Telefone: (61) 3315-5877, e-mail: [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br), conforme informações disponíveis no site do CEP da UFSCar.

Local e Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) participante da pesquisa

## 11.2 Apêndice II – Ficha de Identificação

1. Idade:

2. Gênero:

( ) Feminino

( ) Masculino

( ) Prefiro não dizer

( ) Outro

3. Estado Civil:

( ) Solteiro(a)

( ) Casado(a)

( ) União Estável

( ) Divorciado(a)/Separado(a)

( ) Viúvo(a)

( ) Outro

4. Escolaridade:

( ) Nenhuma escolaridade.

( ) Ensino fundamental: 1º ao 5º ano (antiga 1ª à 4ª série).

( ) Ensino fundamental: 6º ao 9º ano (antiga 5ª à 8ª série)

( ) Ensino médio

( ) Ensino superior

( ) Pós-graduação

5. Religião:

6. Profissão:

7. Situação de Trabalho Atual:

( ) Estou trabalhando

( ) Não trabalho

( ) Recebo Auxílios ou Benefícios

8. Possui algum problema de saúde?

### 11.3 Apêndice III – Roteiro de perguntas semiestruturadas

1. Conta um pouquinho sobre como está sendo para você viver essa pandemia? Teve algum acontecimento marcante?
2. Como a pandemia da COVID-19 interferiu nos seus planos de vida?
3. O que você espera do futuro? O que você espera daqui para frente agora? (\*\*)
4. Quando ouve a palavra “esperança”, que imagem ou ideia lhe ocorre? (\*\*)
5. O que significa esperança para você?
6. Como você descreve a esperança na sua vida?
7. Você se sente esperançoso?
8. Você acha que a pandemia influenciou no seu sentimento de esperança?
9. Quais fatores você identifica que podem inibir/dificultar sua esperança em relação a seus planos de vida?
10. Se pudesse identificar uma fonte de esperança para si, o que seria? (\*\*)
11. Quais fatores você identifica que podem facilitar sua esperança em relação a seus planos de vida?
12. O que o ajuda a manter a esperança? (\*\*)

As perguntas marcadas por (\*\*) constituem em adaptações das questões de uma ferramenta de comunicação de esperança em cuidados paliativos, reconhecida na literatura como um dos capítulos denominado “*Hope Communication Tool*” da tese intitulada “*Hope in palliative care: A longitudinal qualitative study*” de Erik Olsman (2015), utilizadas por profissionais de cuidados paliativos para avaliar a esperança das pessoas.

## 11.4 Apêndice IV – Instrumento utilizado para validação dos blocos discursivos

### BLOCOS DISCURSIVOS

#### Bloco 1: Os sentidos da Esperança construídos na Pandemia da COVID-19

Este bloco discursivo aborda os sentidos construídos sobre esperança que são permeados pelos efeitos advindos de memórias discursivas. Os recortes discursivos enunciam indícios do Interdiscurso 1. Religioso de ética., 2.de Solidariedade e Valorização da vida, 3. Modelo de doença. e 4.de Superação/Resiliência.

Recorte	sd	Sujeito Discursivo	Seguimento Discursivo
Interdiscurso Religioso: Os recortes abaixo de 1 a 4 expressam sentidos permeados pelas memórias discursivas construídas pelo discurso religioso e de ética/justiça. Nesse sentido, o sentido de esperança é atravessado por sentidos de espiritualidade, fé e a figura de Deus.			
1	sd8, sd9, s10	SD5	[Esperança] <b>É não fazer mais as coisas que eu fazia</b> (sd8). <b>Não viver naquele mundo escuro, enxergar que tudo é possível</b> , que <b>Deus existe</b> (sd9). E que <b>tudo pode dar certo</b> (sd10).
2	sd6, sd7, sd8	SD11	Jesus é tudo (sd6). <b>A esperança é Jesus</b> (sd7). Respondi bem procê? A esperança é a gente <b>fazer a coisa certa e querer ter fé</b> (sd8).
3	sd10, sd11,	SD14	<b>orar, interceder, falar um pouco pras pessoas do amor de Deus</b> , (sd10) <b>Deus é amor nas nossas vida</b> , (sd11) <b>expressar um pouquinho da parte espiritual pra que as pessoas também</b>



	sd12, sd13, sd14		<b>não venham a perder a esperança</b> (sd12) e <b>mostrar pra eles que nada está perdido né</b> , (sd13) <b>nunca é tarde pra recomeçar...entendeu, uma nova vida</b> (sd14).
4	sd11, sd12	SD6	Eu posso colocar a <b>fé</b> com a <b>esperança, quase a mesma palavra</b> (sd11). Eu tenho fé que o amanhã vai ser melhor, e eu tenho esperança que o <b>dia de amanhã vai ser melhor</b> , que tudo vai <b>mudar</b> (sd12).
Interdiscurso de solidariedade e valorização da vida. (Recortes abaixo de 5-8). Durante a pandemia houve discursos de apelo à solidariedade como forma de lidar com as dificuldades impostas pela pandemia. Houve também a disseminação das ideias de que a pandemia poderia invocar a experiência de solidariedade nas pessoas e a ideia de que a dificuldade, no caso a pandemia, viria trazer a consequência de que as pessoas passariam a valorizar mais a vida. Esse discurso esteve presente e foi veiculado por redes sociais e mídia. O discurso traz a ideia de que a pandemia poderia proporcionar algo de positivo. Esse discurso é retomado por meio de processos parafrásicos nos recortes discursivos de 5 a 8.			
5	sd3, sd4, sd5, sd6	SD1	[Esperança é] <b>Um símbolo verde</b> , sabe? (sd3) assim, <b>de solidariedade... de mais afeto, mais carinho...</b> (sd4) as pessoas... elas deveriam ser mais assim (sd5). <b>Hoje em dia... hoje em dia tem muita briga, muita discordância...</b> (sd6).
6	sd2, sd3, sd4, sd5	SD4	Eu sinto que... que [a pandemia] agora tá melhorando, em certos aspectos, as coisas tão voltando ao normal (sd2) <b>As pessoas tão criando mais humildade umas com as outra. tão sabendo...(sd3) tão sabendo ter Deus mais no coração...(sd4) dar valor nas coisas que perde...(sd5).</b>
7	sd4, sd5, sd6, sd7	SD12	Ah <b>a gente imaginava</b> que as pessoas fossem mudar um pouco, <b>que as pessoas fossem parar e pisar um pouco no freio</b> (sd4), e <b>valorizar</b> um pouco mais <b>a vida</b> como as pessoas romantizaram tanto durante a pandemia (sd5), mas <b>agora que voltou tudo ao normal</b> todo mundo esqueceu né (sd6), essa <b>visão romantizada e infelizmente a humanidade caminha no seu normal de novo</b> (sd7).
Interdiscurso do modelo de doença: Os recortes de 9 a 14 enunciam efeitos de sentido afetados pelas memórias discursivas advindas do modelo de doença. No modelo de doença, os sintomas e as medicações adquirem posições centrais no processo terapêutico, baseando-se na premissa de "doença-cura" e "problema-solução". No contexto do uso de álcool e outras drogas, a dependência química é doença, e a "cura" é por meio da abstinência. No contexto de transtornos mentais e os transtornos derivados de consumo de SPAs, o transtorno mental é uma doença que pode ser tratada por meio de medicações, constituindo-se em um problema, que tem uma causa e requer uma solução, neste caso, a medicação.			
8	sd15, sd16	SD2	<b>É fé em Deus</b> que <b>lá na frente eu vou conquistar</b> todas ....(sd15) que eu vou <b>conquistar tudo que eu desejo na minha recuperação</b> (sd16)

9	sd11, sd12, sd13, sd14	SD7	Sobre a <b>pandemia</b> , ela <b>piorou</b> muito o <b>meu estado</b> (sd11). <b>Em primeiro lugar</b> , eu <b>espero a minha cura</b> (sd12). E sei que em nome de Jesus, <b>eu vou me curar</b> (sd13). Eu vou conseguir me <b>libertar de todos esses remédios</b> , porque eles não são brincadeira (sd14).
10	sd6	SD5	Eu espero <b>não ter recaídas</b> (sd6). Recaídas a gente pode ter né, mas eu <b>tô reagindo contra</b> (sd7).
11	sd1, sd2, sd3	SD9	[Na pandemia] <b>Eu traficava</b> , então eu tinha droga dentro de casa do mesmo jeito, aí que eu <b>usava mais ainda</b> (sd1). Não tinha nada pra fazer, aí eu <b>fervia usando mais ainda</b> (sd2). [Hoje tenho] Sentimento de que <b>eu tenho que viver no remédio</b> né...porque <b>se não, não guenta</b> (sd3).
12	sd6, sd7, sd8, sd9	SD12	<b>Minhas doenças, tantos tratamentos</b> [inibem a esperança] (sd6). [O que faria ter mais esperança] seria se eu conseguisse <b>manter estabilizada</b> , porque <b>a gente sabe que cura não tem</b> , mas se eu conseguisse <b>ficar estabilizada</b> né (sd7). <b>Queria melhorar</b> (sd8). <b>É o que eu falei, eu não tenho mais muita esperança disso</b> , então....(sd9)
13	sd6, sd7, sd8, sd10, sd12, sd14	SD13	Aí descobri que tava com depressão, agora <b>a depressão está instalada</b> (sd6), ela [psicóloga da unidade] já me falou que tá instalada, então <b>tenho que fazer de tudo pra sair</b> (sd7), então <b>é como uma droga, você vai, um dia cê tá bem, outro dia cê não tá bem</b> , tá? (sd8) [...] Eu <b>preciso sair dessa depressão</b> que eu tô, <b>pra da outra vez falar pra você que eu tenho sonhos</b> , porque eu <b>não tenho mais</b> (sd10). Esperança pra mim significava muita coisa sabe, <b>esperança pra mim era tudo, era uma palavra-chave</b> (sd12)[...]Agora filha, vou falar pra você, <b>na depressão que eu tô</b> , como tá instalada, <b>se eu falar pra você que eu tenho objetivo na vida, eu vou tá mentindo</b> (sd14).
Interdiscurso de superação: Os recortes expressam sentidos de esperança advindos de memórias discursivas ancorados nos discursos de perseverança, resiliência e valorização da superação das adversidades.			
14	sd5, sd6	SD14	Ah eu vejo assim, <b>eu perseverando</b> sabe? (sd5) <b>Perseverando, lutando, pra sobreviver né, enfrentar os obstáculos e vencer e chegar na conclusão</b> aonde que eu quero (sd6)
15	sd7, sd8, sd9, sd10	SD1	Ela [a pandemia] <b>tá sendo</b> assim, basicamente, <b>de aprendizado</b> , sabe? (sd7) foi assim, no sentido de... Sentido de olhar as coisas sabe? (sd8) que a pandemia pra mim, ela não foi fácil (sd9). Ela foi uma tremenda bagunça(sd10). Então, ela foi bem... é... <b>teve um desequilíbrio da minha saúde mental</b> (sd11) [...] mas aí <b>eu acabei levantando</b> e... <b>fui mudando um pouco a situação</b> (sd12). [Minha esperança] <b>Vem</b> mais mesmo <b>da minha coragem</b> , digamos assim. Às vezes, eu tenho uma <b>coragem mesmo de viver mais a vida. Além de desanimar bastante</b> , como às vezes acontece, é... às vezes, eu sou bastante corajosa em fazer algumas coisas.

16	sd3, sd4, sd5	SD 14	não foi fácil, pra ninguém foi fácil, todo mundo sofreu, as consequências da pandemia (sd3), então nós <b>somos sobreviventes de um naufrágio...</b> (sd4) estamos sobrevivendo ainda, graças a Deus...(sd5)
17	sd12, sd13	SD5	Então, eu <b>espero felicidade, correr atrás</b> de todos os meus objetivos (sd12). <b>Acordar cedo e ir para a luta, ter uma vida normal</b> , como qualquer outra pessoa tem (sd13)
18	sd9, sd10, sd11	SD10	[Esperança significa] Tentar alcançar os pontos positivos na vida... (sd9)“ <b>ah! eu tenho esperança de não ter problema</b> ”...(sd10) mas <b>tem que ter problema na vida pra crescer...</b> (sd11) tiro [esperança] de mim mesmo e um pouquinho <b>da fé que eu tenho, em Deus ...</b> (sd12) é que minha vida foi meio complicada desde criança, então acho que foi eu mesmo, aí <b>precisei ter mais força pra eu poder lutar</b> (sd13).

## **Bloco 2: Experiências vivenciadas pelos sujeitos discursivos, durante a pandemia da COVID-19, que inibem ou promovem a esperança**

Este bloco discursivo apresenta como circunstâncias da vida e experiências vivenciadas pelos sujeitos que afetaram a produção de sentidos sobre esperança no contexto pandêmico, que assinalam as condições de produção amplas e estritas em que os discursos foram enunciados. O período pandêmico da COVID-19 foi marcado por experiências de luto, de indiferença, intensificação das injustiças sociais, medo e o encontro de apoio no âmbito familiar.

<b>Recorte</b>	<b>Sd</b>	<b>Sujeito Discursivo</b>	<b>Seguimento Discursivo</b>
Os recortes de 1 e 2 enunciam como a experiência de luto pode alterar a produção de sentidos sobre a esperança no contexto pandêmico.			
1	sd8, sd9, sd10, sd11, sd12	SD1	Bem no começo da pandemia eu <b>perdi uma tia minha</b> que eu considerava ela como uma mãe pra mim, e... (sd8) simplesmente <b>depois que ela se foi eu... acabou que minha saúde mental foi se desestabilizando um pouco</b> (sd9). Foi

			bastante doloroso, digamos assim, é... (sd10) <b>porque ao mesmo tempo que tinha que fazer uma faculdade, iniciar uma coisa nova, eu tinha que desapegar de algumas outras coisas</b> (sd11). Então, quando ela [tia] morreu <b>eu ainda tava um pouco apegada com isso (a que ela refere esse isso? silenciamento, apagamento de algum sentido...qual seria o significante aqui?)</b> (sd12).
2	sd7, sd8, sd9, sd10	SD9	<b>Esperança é o que eu menos tenho</b> (sd7). Eu já perdi a esperança já faz tempo (sd8). Porque eu <b>era muito apegado ao tio meu que cometeu suicídio</b> (sd9). <b>Esperança é uma palavra que eu ando buscando há muitos anos, que com a morte do meu tio levou a esperança de mim</b> (sd10).
Os recortes de 3 a 5 enunciam sentidos de indiferença em relação à pandemia, de acordo com as condições de produção amplas e estritas em que cada discurso foi enunciado. Os sujeitos discursivos produziram sentidos de que a pandemia não afetou suas vidas.			
3	sd1, sd2, sd3, sd4, sd5, sd6	SD12	Ah, <b>pandemia não mudou muita coisa na minha vida</b> , porque eu já <b>tô desempregada há muito tempo</b> (sd1), eu <b>não consigo trabalhar por causa das minhas doenças</b> , então não mudou muita coisa na minha rotina (sd2). Graças a Deus eu <b>não perdi nenhum familiar, nenhum amigo</b> , não foi um período assim tão atribulado quanto poderia ter sido...(sd3)[...] como a... doença que eu... digamos assim, <b>a forma que é a doença em mim</b> , que eu convivo há tanto tempo, meus planos...(sd4) já não são... <b>já não tenho planos há muito tempo</b> , entendeu? (sd5)Então assim, não chegou a interferir porque não tinha... (sd6)
4	sd1, sd2, sd3, sd4 sd7, sd8	SD5	Eu tive pessoas da família, que eu perdi, mas de longa distância (sd1). Eu só chegava em casa e a minha mãe comentava: "ah fulano faleceu" (sd2). Então pra mim, <b>não tinha sentimento nenhum. O meu sentimento era pela rua, bebida e droga</b> (sd3). Então esse período da pandemia para mim, pra mim <b>nem chegou a existir a pandemia</b> (sd4). Essa foi a verdade, porque <b>eu tava totalmente cega em outro mundo</b> (sd7). Eu via o <b>povo de máscara e</b> falava: "nossa, que <b>loucura que tá aquele outro mundo. Eu vou continuar no meu mesmo</b> ", entendeu? (sd8).

5	sd1, sd2, sd3, sd4	SD14	Bom, como eu <b>não tenho essa responsabilidade de trabalho</b> (sd1), <b>não me impediu nada</b> , na minha vida, é... (sd2) eu <b>fiquei parada igual a covid</b> , né (sd3). Eu fiquei parada igual a pandemia mesmo...(sd4).
O recortes de 6 a 8 abordam os efeitos do medo durante a pandemia. O medo durante a pandemia foi reforçado no imaginário social devido ao grande volume de notícias sobre adoecimento e mortes veiculados pelos discursos midiáticos. Os discursos que foram produzidos sobre e durante a pandemia configuraram-se em fontes provocadoras de medo.			
6	sd7, sd8, sd9, sd10, sd11, sd12, sd13	SD6	Porque a gente tem medo, né... <b>a gente ficou com aquele medo</b> (sd7), porque a doença vai e volta, vai e volta (sd8). Você <b>pensa em fazer</b> alguma coisa <b>e tem medo de fazer</b> , de a doença voltar e fechar tudo de novo (sd9). Então eu fico com medo (sd10). <b>A gente fica com medo de sonhar</b> (sd11). Porque <b>a vida é através de sonhos</b> , que a gente <b>vai sonhando e vai realizando</b> (sd12). Mas tá difícil (sd13).
7	sd10, sd11, sd12, sd13, sd14, sd15	SD7	<b>Terrível. Medo</b> (sd10). <b>O medo pelo meu filho</b> , que trabalha como enfermeiro (sd11). <b>Medo pelos meus netos</b> , que moram na mesma casa que ele (sd12) Eles [filhos] se afastaram da gente, porque <b>eles tinham medo de estar com o vírus a qualquer hora, e passarem pra gente</b> (sd13). Isso agravou mais ainda para que eu piorasse. Na família, eu <b>sou muito apegada aos meus filhos e aos meus netos</b> (sd14). E a <b>ausência</b> deles na minha vida <b>fez muita diferença</b> , fez muita falta (sd15).
8	sd10, sd11, sd12	SD8	[O que inibe a esperança] <b>É a humanidade</b> , sabe, em todos os sentidos (sd10). Um ajudando o próximo. Acho que <b>foi um pânico tão grande</b> , que acho <b>que se alguém encontrasse uma pessoa desmaiada na rua, já nem socorria</b> (sd11). Eu não julgo, porque foi um <b>medo muito grande de todo mundo</b> (sd12).
Os recortes de 9 a 11 enunciam produções de sentidos de que a pandemia acentuou as injustiças sociais. Os discursos construídos nestes recortes são interpelados ideologicamente pelo discurso de que o sistema econômico e de governo vigente no período da pandemia (2020 a 2022) contribuem para a manutenção das desigualdades sociais e pontua que a pandemia acentuou ainda mais as injustiças sociais.			
9	sd1, sd3, sd4, sd5, sd6, sd7, sd8	SD6	Ah [a pandemia] foi muito ruim. Eu <b>passei muita dificuldade</b> , fiquei com muita dívida (sd1) Isso porque a gente <b>não podia trabalhar</b> , né. A esperança da gente vem nEle [Deus]... um futuro melhor, um futuro em que as <b>pessoas vão</b>

			<b>sobreviver melhor</b> (sd3). Porque <b>já era difícil</b> (sd4). <b>Depois</b> que veio essa <b>pandemia</b> , ficou <b>mais difícil</b> ainda (sd5). Muita <b>gente passou dificuldade e necessidade</b> (sd6). Muita <b>gente passou fome</b> mesmo (sd7). Então é bem difícil, a gente <b>tem que ter fé e acreditar que o amanhã vai ser melhor</b> (sd8).
10	sd1, sd2, sd5, sd6, sd7, sd8, sd9	SD7	<b>O mundo</b> que nós tamo vivendo hoje <b>diminui a minha esperança</b> (sd1) Então a minha expectativa e <b>esperança</b> é que o <b>mundo</b> seja <b>melhor</b> para que os meus netos possam viver uma vida com <b>saúde</b> , com <b>bons médicos</b> (sd2). [...] Isso porque <b>o que tá matando</b> todo mundo hoje <b>é a depressão</b> (sd5). Então o governo dá o <b>medicamento com a psiquiatra</b> , mas ainda <b>falta muito</b> trabalho em cima disso (sd6). [...] O <b>futuro melhor</b> são <b>melhores condições de vida</b> (sd7), tanto na <b>educação</b> quanto na <b>saúde</b> (sd8). <b>Igualdade</b> (sd9). É <b>investimento</b> na <b>saúde</b> , nessas <b>faculdades</b> aí...
11	sd3, sd4, sd5, sd6, sd7, sd8, sd18, sd19, sd20, sd21, sd22, sd23, sd24	SD8	Uma <b>doença</b> , que <b>deixou todo mundo</b> desamparado, sem esperar e <b>sem ter esperança</b> (sd3). Foram praticamente 2 anos, que as <b>crianças ficaram em casa tendo "a escola" (? clarear)</b> (sd4). Porque nem todo mundo tem acesso a Internet (sd5). Eu mesma, pago com muita dificuldade lá em casa (sd6). <b>Não foi fácil</b> quando ela [filha mais nova] tava doente de cama, só vomitando (sd7). Como você ia catar um livro e falar pra ela: " <b>come um livro enquanto você tá vomitando</b> , com diarreia, com febre e <b>morrendo na cama</b> "? (sd8) [...] Ah, eu já tive mais esperança, sim (sd18) <b>Hoje falta, falta emprego</b> (sd19). Durante essa <b>pandemia, limpou tudo</b> do povo (sd20). <b>Arrancou alimento</b> (sd21). Até quando a gente vai viver essa <b>escravidão de não ter o que dar para os seus filhos?</b> (sd22) Então é muito difícil não ter onde se agarrar sem esperança, num lugar onde <b>não sobra vaga de emprego</b> (sd23). Falta muita coisa (sd24).
Nos recortes de 12 a 14 os sujeitos construíram sentidos de que as relações familiares foram importantes para lidar com os desafios impostos pela pandemia.			
12	sd2, sd19, sd20	SD2	Eu <b>tenho esperança</b> , mas, às vezes, eu <b>tenho desânimo</b> também, quando tô perto de conquistar, eu desanimo (sd2). [...] [O que ajuda a manter a esperança?] é ver a <b>felicidade das minhas filhas</b> (sd19). É ver que minhas filhas tão <b>correndo atrás do futuro</b> delas (sd20)

13	sd11, sd13, sd14, sd15	SD5	As melhoras [que eu espero] é primeiramente, <b>tirar</b> o álcool, a <b>bebida da minha vida</b> . Conviver com a minha família...(sd11) [Eu espero] <b>Fazer o papel de uma mãe de família e de uma filha de verdade</b> (sd13). É isso que eu espero, coisa que eu não tive por muito tempo, e eu quero voltar a ter (sd14). <b>Um dia de cada vez</b> (sd15).
14	sd9, sd10, sd11, sd12, sd13	SD9	[Esperança] é o que eu <b>procuro</b> há muito tempo, mas que eu <b>vejo distante</b> (sd9), o que eu vejo é a <b>morte, tá bem mais perto</b> (sd10). O que <b>me segura aqui</b> são duas pessoas, <b>minha avó e meu pai</b> (sd11). Eu já me <b>desapeguei de ter material</b> (sd12), eu já me desapeguei de tantas coisas, as únicas coisas que eu <b>não desapeguei foi do amor do meu pai e da minha avó</b> (sd13).

## 12 ANEXOS

### 12.1 ANEXO I – Carta de Autorização da Secretaria de Saúde do Município

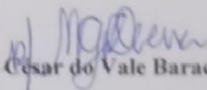
#### CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da Secretaria Municipal de Saúde de Itajubá/MG e responsável pela aprovação de projetos de pesquisa, informo que o projeto de pesquisa de doutorado intitulado "SENTIDOS DA ESPERANÇA DE USUÁRIOS DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM SAÚDE MENTAL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19" apresentado pela pesquisadora Sarah Salvador Pereira orientada pela Professora Dra. Sonia Regina Zerbetto do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar e que tem como objetivo principal: Analisar os efeitos de sentido produzidos da esperança nos discursos de usuários de serviços especializados em saúde mental do interior mineiro, no contexto pandêmico da COVID-19, foi analisado e considerado que o mesmo siga os preceitos éticos descritos pela resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, fica autorizada a realização do referido projeto apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

**"Declaro que irei ler o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar."**

Itajubá, 08 de Novembro de 2021.

  
Nilo César do Vale Baracho  
Secretário Municipal de Saúde





## 12. 2 ANEXO II – Parecer Consubstanciado do CEP

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** SENTIDOS DA ESPERANÇA DE USUÁRIOS DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM SAÚDE MENTAL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

**Pesquisador:** SARAH SALVADOR PEREIRA

Área Temática:

**Versão:** 3

**CAAE:** 55392122.5.0000.5504

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

**Patrocinador Principal:** FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.707.444

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2019932\_E1.pdf, de 19/09/2022).

#### Desenho:

O estudo será explanatório sequencial (quanti-quali), em que prevalecerá a etapa qualitativa, a qual permitirá obter uma compreensão ampliada do fenômeno estudado, apreendendo os sentidos, valores e crenças dos sujeitos estudados (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013). O estudo explanatório sequencial é

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



aquele em que começa com uma etapa quantitativa e é então seguido por uma etapa qualitativa. A análise qualitativa objetiva interpretar e explorar de maneira mais aprofundada os conceitos trabalhados pela etapa quantitativa (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013). Inicialmente será utilizado um instrumento de coleta de dados quantitativo (escala de Esperança de Herth) para identificar os participantes e as perguntas a serem realizadas pelo método qualitativo na sequência. A escala de Esperança de Herth tem como objetivo mensurar o nível (escore) de esperança. Esse instrumento servirá apenas como instrumento de triagem dos participantes para realizar a etapa qualitativa. Uma vez estabelecido o escore do nível de esperança (baixo ou alto), a pesquisadora direcionará as perguntas qualitativas com o objetivo de aprofundar a perspectiva da esperança no discurso dos usuários.

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



#### Hipótese:

No contexto da pandemia da COVID-19 pressupõe-se como uma das teses, que a esperança possa estar ainda mais comprometida na percepção de usuários de serviços especializados de saúde mental, devido a fatores de isolamento social, mudanças na rotina diária, dificuldade de acesso ao cuidado ofertado pelos serviços de saúde mental, modificações no âmbito do trabalho, dúvidas e incertezas quanto à doença da COVID-19 e sua evolução, tratamento e cura. Acredita-se como outra tese, que as pessoas podem encontrar forças mobilizadoras e motivadoras positivas para enfrentarem e superarem situações adversas, identificando fontes e estratégias promotoras de esperança, bem como os fatores que a ameaçam.

#### Metodologia Proposta:

Tipo de estudo: Inicialmente, será aplicado um instrumento de caracterização sociodemográfica (dados pessoais e clínicos), após será utilizado um instrumento de coleta de dados quantitativo (escala de Esperança de Herth) para identificar os participantes, bem como as perguntas norteadoras a serem realizadas pelo método qualitativo na sequência. A escala de Esperança de Herth tem como objetivo mensurar o nível (score) de esperança. Esse instrumento servirá apenas como instrumento de triagem dos participantes para realizar a etapa qualitativa. Uma vez estabelecido o score do nível de esperança (baixo ou alto), a pesquisadora direcionará a etapa qualitativa, por meio da entrevista semiestruturada, com objetivo de aprofundar a perspectiva da esperança no discurso dos usuários. Referencial teórico e metodológico: O estudo será fundamentado na triangulação de teorias, ou seja, quando um fenômeno é analisado e interpretado por diferentes perspectivas ou diversas teorias, com o objetivo de ampliar e aprofundar o conhecimento acerca do objeto em estudo (DENZIN, 2009), neste caso a esperança. Serão utilizados a Análise de Discurso de matriz francesa de Michel Pêcheux e o Modelo de Esperança de Dufault e Martocchio (1985). A pesquisa será presencial, que envolverá três serviços especializados de saúde mental denominados de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), Centro de Atenção Psicossocial II e Centro Multiprofissional de Saúde Mental, pertencentes de uma cidade do interior de Minas Gerais. Será enviado documento à Secretaria Municipal de Saúde do município para solicitar autorização da coleta de dados nos

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



serviços de saúde mental especializados, e em seguida, o projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Após a aprovação, a pesquisadora agendará um encontro com os profissionais que atuam nos serviços especializados em saúde mental para apresentar o

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



projeto. O modo de recrutamento dos participantes será realizado por intermédio do contato prévio e indicação dos usuários pelos profissionais de saúde dos

serviços, os quais esclarecerão sobre a pesquisa e solicitarão aos usuários permissão e o contato voluntário destes, para serem contatados presencialmente pela pesquisadora. Antes de iniciar a coleta de dados os usuários assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a aceitação, a pesquisadora realizará as entrevistas nos serviços especializados de saúde mental, podendo ser até dois encontros presenciais, em sala privativa e reservada (ou outro local apontado pela equipe que assegure a privacidade e respeite os protocolos de medidas de segurança e prevenção da pandemia da COVID-19, para proteger os participantes e pesquisadora), utilizando-se um aplicativo de gravação de áudio adequado ou gravador digital. Haverá download das gravações das entrevistas e armazenamento para um dispositivo eletrônico, ou seja, em pendrive ou HD externo, apagando todo e qualquer registro de qualquer ambiente compartilhado ou em “nuvens”. Apenas terão acesso a esse conteúdo as pesquisadoras do estudo. Posteriormente, realizar-se-á a transcrição na íntegra das gravações. Estima-se que a coleta de dados terá duração de dois meses após a aprovação pelo CEP. Salienta-se que esse período pode ser negociado de acordo com a realidade dos serviços, cenário imposto pela pandemia e plano para o enfrentamento pandêmico.

#### Critério de Inclusão:

Trabalhar-se-á com amostra intencional de usuários que utilizam tais serviços especializados de saúde mental. Os critérios de inclusão envolvem usuários maiores de 18 anos.

#### Critério de Exclusão:

Usuários que apresentarem dificuldade de compreensão que dificulte o andamento das entrevistas e/ou estejam intoxicados no momento da entrevista.

Tamanho da Amostra no Brasil: 20

#### Justificativa da Emenda:

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Essa emenda tem o objetivo de solicitar a inclusão de um novo local de coleta de dados chamado Centro de Atendimento em Saúde Mental Pós-Covid, serviço público do município de Itajubá-MG. O serviço tem como objetivo atender a população e trabalhadores da saúde afetados com as demandas, angústias e sofrimentos mentais ocasionados pela pandemia. Como o projeto busca

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



coletar dados de usuários dos serviços especializados em saúde mental do respectivo município, acredita-se que a inclusão deste novo serviço irá agregar informações relevantes à pesquisa. Justifica-se essa emenda devido ao fato de que a

autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Itajubá foi assinada no dia 08 de novembro de 2022 e o Centro de Atendimento em Saúde Mental Pós-Covid só foi inaugurado no dia 14 de dezembro de 2022. A pesquisadora já obteve permissão do responsável pela coordenação dos serviços de saúde mental do município. Houve necessidade de inclusão de novo projeto de pesquisa, anexado a esta plataforma, para o qual solicita-se apreciação. Não houve necessidade de alteração do TCLE, pois neste documento não especificamos quais são os serviços especializados de saúde mental. A orientadora está ciente e concorda com tal necessidade.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

- Analisar os efeitos de sentido produzidos da esperança nos discursos de usuários de serviços especializados de saúde mental de uma cidade do interior mineiro no contexto pandêmico da COVID-19.

##### Objetivo Secundário:

- Analisar os fatores e fontes promotoras da esperança nos discursos de usuários de serviços especializados de saúde mental no contexto da pandemia da COVID-19;
- Analisar os fatores e fontes inibidoras da esperança nos discursos de usuários de serviços especializados de saúde mental no contexto da pandemia da COVID-19.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### Riscos:

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



No momento das entrevistas, há possibilidade de riscos físicos, como o cansaço, ou subjetivo, considerando que algumas perguntas podem remeter a desconfortos. Por se tratar de entrevistas áudio gravadas em dispositivos eletrônicos digitais (gravador digital ou celular) existem riscos relacionados às limitações das tecnologias, risco de violação ou problemas técnicos. Para evitar o risco de contaminação devido à pandemia da COVID-19 durante a entrevista presencial, a pesquisadora respeitará os protocolos para medidas sanitárias de segurança e proteção contra a COVID-19 durante a entrevista, a fim de proteger a sua integridade e da pesquisadora.

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br





#### Benefícios:

Contribuição para o aperfeiçoamento da qualidade do cuidado prestado aos usuários dos serviços especializados de saúde mental e implementação de novas práticas de cuidar promotoras de esperança, bem como para a produção de conhecimento científico, considerado escasso nesta temática. Este estudo não terá benefício direto ao participante da pesquisa.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações extraídas do documento Projeto\_emenda.pdf de 19/09/2022.

Trata-se de tese de Doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar.

Pesquisa atende a Resolução N° 510/2016.

#### 4.5.1 Instrumentos de Coleta de Dados

- a) Questionário sociodemográfico (Anexo ao projeto)
- b) Escala de Esperança de Herth (Anexa ao projeto)
- c) Roteiro de entrevista semiestruturada

O roteiro dirigido aos usuários consistirá de algumas questões para todos os participantes: Quando ouve a palavra “esperança”, que imagem ou ideia lhe ocorre(\*\*)? (\*\*) Como você descreve a esperança na sua vida? Como a pandemia da COVID-19 interferiu nos seus planos de vida? O que você espera do futuro?(\*\*). Aos participantes que obtiverem escore baixo na Escala de Esperança de Herth, as questões norteadoras consistir-se-ão também: Quais fatores você identifica que podem inibir sua esperança em relação a seus planos de vida? Se pudesse identificar uma fonte de esperança para si, o que seria?(\*\*). Aos participantes que obtiverem escore alto na Escala de Esperança de Herth, as questões norteadoras consistir-se-ão também: Quais fatores você identifica que podem facilitar sua esperança em relação a seus planos de vida? “O que o ajuda a manter a esperança?” (\*\*)

#### Alterações:

#### 4.3 Local do estudo

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



A pesquisa envolverá quatro serviços especializados de saúde mental denominados de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), Centro de Atenção Psicossocial II, Centro Multiprofissional de Saúde Mental e Centro de Atendimento em Saúde Mental Pós-Covid,

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Inclui Município de Itajuba como coparticipante e responsável Nilo Baracho na Plataforma Brasil.

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Apresenta autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Itajubá/MG assinada pelo Secretário Nilo Cesar do Vale Baracho. (mantida da submissão inicial)

Apresenta cronograma com previsão de coleta de dados em 01/03/2022-30/12/2022 e término do protocolo em 31/01/2024. (mantido do cronograma inicial)

Apresenta orçamento de R\$783,00 para custeio, com custeio de EPI. (mantido da submissão inicial)

Apresenta Folha de Rosto assinada por Sarah Salvador Pereira e Diretora de Centro Profa. Dra Maria da Graça Gama Melão. Amostra de 20 participantes e sem preenchimento de Área Temática. Patrocinador Principal: CAPES. (mantida da submissão inicial)

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisadora aponta que "já obteve permissão do responsável pela coordenação dos serviços de saúde mental do município" em Carta a este CEP (documento Emenda.pdf de 19/06/2022). O novo local de coleta (Centro de Atendimento em Saúde Mental Pós-Covid) apresenta relação direta com o objetivo da pesquisa, e sendo este um serviço vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Itajubá, MG, o qual autorizou a realização do presente projeto, recomendo Aprovação desta emenda.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. Conforme dispõe o Capítulo VI, Artigo 28, da Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016, a responsabilidade do pesquisador é indelegável e

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_2019932_E1.pdf	19/09/2022 09:01:32		Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Emenda.pdf	19/09/2022 09:00:54	SARAH SALVADOR PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_emenda.pdf	19/09/2022 08:59:49	SARAH SALVADOR PEREIRA	Aceito
Outros	Carta_Resposta_versao_1.pdf	22/02/2022 11:15:02	SARAH SALVADOR PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_NOVO.pdf	22/02/2022 11:12:58	SARAH SALVADOR PEREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Secretaria_de_Saude.pdf	19/01/2022 10:31:15	SARAH SALVADOR PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoSarah.pdf	19/01/2022 10:28:51	SARAH SALVADOR PEREIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 18 de Outubro de 2022

Assinado por: RODRIGO ALVES FERREIRA

(Coordenador(a))