



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

Ana Lúcia Fabricio Cidade

A abordagem *recovery*: caminhos transformadores no cuidado em saúde mental e uso problemático de álcool e outras drogas

FLORIANÓPOLIS

2021

Ana Lúcia Fabricio Cidade

A abordagem *recovery*: caminhos transformadores no cuidado em saúde mental e uso problemático de álcool e outras drogas

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestra em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientador: Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira

FLORIANÓPOLIS

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

CIDADE, Ana Lucia

A abordagem Recovery : caminhos transformadores no cuidado em saúde mental e uso problemático de álcool e outras drogas / Ana Lucia CIDADE ; orientador, Walter Ferreira de Oliveira, 2021.

106 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Recovery. 3. Saúde mental. 4. Álcool e drogas. 5. Recuperação em saúde mental. I. Ferreira de Oliveira, Walter . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.

Ana Lúcia Fabricio Cidade

A abordagem *recovery*: caminhos transformadores no cuidado em saúde mental e uso problemático de álcool e outras drogas

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a. Dr.^a Daniela Ribeiro Schneider
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Mário César Rezende Andrade
Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ)

Certificamos que esta é a versão **original** e **final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas
Coordenador do Curso

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira
Orientador

Florianópolis, 2021

Dedico este trabalho a meu amado pai, meu grande incentivador e meu anjo da guarda, in memoriam.

AGRADECIMENTOS

Três anos se passaram do dia em que eu ingressei no Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na UFSC. No decorrer desses anos, muitas foram as dificuldades que se colocaram no meu caminho em direção à minha formação como Mestre, mas muito maiores foram as alegrias, as surpresas bem-vindas e o aprendizado profissional e pessoal. Com certeza foi imprescindível o apoio e o incentivo que tive de pessoas muito especiais, que estiveram ao meu lado durante a minha trajetória no mestrado e na construção desta pesquisa.

Primeiramente, gostaria de agradecer aos meus amados pais! Que sorte eu tenho de ter nascido filha da Ana e do José! Não tenho palavras que possam expressar a gratidão que tenho por tudo o que vocês sempre fizeram por mim, por serem minha inspiração, pelo incentivo desde sempre ao estudo, e principalmente, por apoiarem minhas escolhas e me fazerem sentir capaz de vencer qualquer desafio. O amor e a confiança de vocês me dão sempre mais força para ir em busca dos meus objetivos! À minha mãe querida, meu porto seguro, minha incentivadora e parceira em todos os momentos, minha fonte de inspiração diária, obrigada por toda a ajuda de sempre e especialmente durante a construção desta pesquisa. Obrigada por torcer junto, por se interessar pela minha área, por me dar colo e amor nas horas difíceis, pelo exemplo de profissional dedicada e competente, e por tudo mais que você faz por mim. Agradeço pelos muitos dias de cuidado à minha filha com muito amor, para que pudesse estudar tranquila. Ao meu pai querido, meu amigo de todas as horas, que participou ativamente para que eu pudesse ter a oportunidade de conhecer a Universidade de Yale, nos Estados Unidos, para pesquisar e aprender em um ambiente tão inspirador como o *Yale Program for Recovery and Community Health (PRCH)*. Nunca vou esquecer a sua lição de sempre acreditar em mim, de lutar pelo que acredito, que é possível se conquistar algo que se deseja com dedicação e determinação. Infelizmente nesse momento final do mestrado tive que me deparar com o seu falecimento, que é uma perda sem precedentes para mim... Mas além da saudade, imensas são as marcas e lembranças maravilhosas de você em mim, que me fazem ser como sou hoje, nascida em meio a tanto amor, cuidado e carinho. Aprendi e amadureci muito com você, hoje sou mais sensível com a complexidade dos seres humanos, com suas fragilidades e com suas belezas por causa dos seus ensinamentos. Amo vocês, meus pais!

Ao meu amor, meu marido, meu parceiro de todas as horas, muito obrigada primeiramente por sempre me incentivar a seguir em frente, por embarcar comigo (literalmente e metaforicamente) na minha grande aventura para realização dessa pesquisa. Ter você ao meu lado, apoiando nos meus momentos de insegurança, me ensinando inglês, conhecendo e mergulhando nas duas semanas que estive visitando PRCH, todos esses momentos que vivemos juntos me fizeram amar você muito mais! Obrigada pelo seu carinho e aconchego nos momentos de cansaço, pela paciência, por compreender minhas horas de dedicação à pesquisa, meus momentos de estresse, e por toda a ajuda que você me deu durante a construção desta dissertação. Amo sua paixão pelos livros e pela leitura, e adoro compartilhar esses momentos de estudo com você. Ter você ao meu lado faz meus dias mais felizes. Te amo muito!

Ao meu irmão, meu “Guri”, agradeço pelas palavras diretas e incentivadoras, que sempre me fizeram enxergar as situações de formas mais simples, por me encorajar quando eu precisava. Por me dizer: “foco!” nas horas certas, durante a construção do trabalho. Por me ajudar com o inglês e me incentivar a aprender sempre mais. Amo você!

Gostaria de agradecer as amigas que tive o prazer de conhecer durante o mestrado, que estiveram comigo em momentos muito importantes nessa trajetória. Com certeza aprendi muito com vocês e me diverti mais ainda. Também agradeço as minhas queridas amigas Nina, Vitória, Claudinha e Camila, que sempre me incentivaram e torceram por mim.

Ao meu orientador, Walter, meu agradecimento pelos ensinamentos, não somente durante a construção deste trabalho, mas durante o curso de Mestrado. Agradeço também por acreditar na minha pesquisa, me estimular sempre a ir além, e a incentivar e possibilitar a minha visita técnica ao PRCH. Obrigada por impulsionar o meu lado “pesquisadora” e pelo trabalho em equipe no nosso grupo de pesquisa sobre *Recovery*.

Aos membros da banca, Professor Mário Cesar Andrade, Professora Daniela Schneider e Professora Aline Arakawa, por aceitarem fazer parte dessa pesquisa, pelas contribuições valiosas, muito obrigada!

Agradeço ao pesquisador Mark Costa, da equipe do PRCH da Universidade de Yale, que aceitou e viabilizou a minha visita ao PRCH, e que fez com que me sentisse acolhida em um momento que para mim foi muito desafiador.

Agradeço também a todas as pessoas do PRCH que me receberam tão bem, e que compartilharam comigo ensinamentos que levarei para a vida toda!

Um agradecimento especial ao meu amado primo Vicente, que sempre esteve presente (mesmo de longe) em momentos importantes da minha vida. E que apareceu como um anjo ao final dessa monografia, em um momento de desespero, após o falecimento de meu pai. Quando eu estava sem forças para escrever o que faltava, seu auxílio lendo minha dissertação, sugerindo melhorias, corrigindo erros, bem como estimulando um pensamento crítico sobre a pesquisa que estava realizando, fez toda a diferença para que eu pudesse seguir em frente e concluir.

E finalmente, gostaria de fazer um agradecimento especial ao maior presente que recebi durante o mestrado, que foi a chegada da minha filha Naomi. Ela, que me fez companhia em algumas aulas (na minha barriga), e que nasceu durante o curso de mestrado, me transformou em mãe e me faz querer ser uma pessoa melhor a cada dia. Foi difícil não estar ao lado dela, ainda tão bebezinha, para me dedicar ao mestrado. Mas acredito que futuramente ela entenderá a importância dessa pesquisa para mim como pesquisadora, profissional e pessoa, bem como para as pessoas que podem de alguma forma ser impactadas com a temática do *Recovery*. Desejo sempre ser um exemplo para minha filha de que estudar vale a pena e pode mudar nossas vidas! Te amo Naomi!

RESUMO

O *recovery* é uma abordagem de cuidado inovadora na área de saúde mental e álcool e drogas que pauta serviços e políticas de saúde mental em muitos países. É reconhecida pela OMS como estratégia de cuidado para avanço da saúde mental no mundo, porém ainda é pouco conhecida pelas instituições e pelos profissionais da área no Brasil. A abordagem *recovery* possibilita um horizonte mais otimista no cuidado, pautada na visão de que pessoas com problemas graves de saúde mental e álcool e drogas podem vivenciar um processo ativo de recuperação, com uma vida funcional e significativa. Representa uma mudança paradigmática no entendimento e nas práticas de cuidado, com impactos para as pessoas com sofrimento psíquico, na atuação dos profissionais e na organização e direcionamento de políticas e serviços. Este estudo qualitativo teve como objetivo compreender a abordagem e as práticas de *recovery* utilizadas no “*Yale Program for Recovery and Community Health*” (PRCH), um centro de referência mundial de pesquisa e sistematização da abordagem *recovery*, situado em New Haven, Connecticut, EUA. O método utilizado foi a observação e a pesquisa documental, com a sistematização de experiências adquiridas em visita técnica da pesquisadora ao PRCH, durante duas semanas, em caráter de imersão, em maio de 2018. Utilizou-se um diário de campo e as informações foram avaliadas com a técnica de análise de conteúdo. O que se observou e prevaleceu foram iniciativas de cuidado centradas nos processos pessoais de *recovery*; o protagonismo da pessoa no seu tratamento e na sua vida; a atuação profissional de pessoas com experiência vivida nos serviços; a reconceitualização do papel do profissional; a dimensão da cidadania vinculada ao *recovery*; e o trabalho como fator constituinte do processo de *recovery*. A abordagem *recovery* apresenta contribuições para o cuidado extremamente valiosas, podendo ser entendida como uma visão para o futuro no Brasil no campo do cuidado em saúde mental e uso problemático de álcool e outras drogas.

Palavras-chave: *Recovery*. Saúde mental. Álcool e drogas. Recuperação em saúde mental.

ABSTRACT

Recovery is an innovative approach to care in mental health and alcohol and drugs that guides mental health services and policies in many countries. It is recognized by the WHO as a care strategy for the advancement of mental health in the world, but it is still little known by institutions and professionals in the field in Brazil. The recovery approach allows for a more optimistic horizon in care, based on the view that people with serious mental health problems and alcohol and drugs can experience an active recovery process, with a functional and significant life. It represents a paradigmatic change in the understanding and practices of care, with impacts for people with psychological distress, in the professionals performance, in the organizations as well as the guidance in policies and services. This qualitative study aimed to understand the recovery approach and practices used in the “Yale Program for Community Recovery and Health” (PRCH), a world reference center for research and systematization of the recovery approach, located in New Haven, Connecticut , USA. The method used was observation and documentary research, with the systematization of experiences acquired during a technical visit by the researcher to the PRCH, for two weeks, as an immersion, in May 2018. A field diary was used and the information was evaluated using the content analysis technique. What was observed and prevailed were care initiatives focused on personal recovery processes; the protagonism of the person in its treatment and in its life; the professional performance of people with experience in the services; the reconceptualization of the professional's role; the dimension of citizenship linked to recovery; and work as a constituent factor of the recovery process. The recovery approach presents extremely valuable contributions to care, which can be understood as a vision for the future in Brazil in the field of mental health care and problematic use of alcohol and other drugs.

Palavras-chave: *Recovery*. Mental Health. Alcohol and drugs. Mental Health Recovery.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Pessoa em *recovery*

Figura 2: Mascote do PRCH: *The flying pig* e quadro de projeto do PRCH – sede PRCH, New Haven, CT

Figura 3: Exposição de pesquisas recentes – sede do PRCH em New Haven, CT

Figura 4: Locais visitados durante pesquisa no Yale Program for Recovery and Community Health

Figura 5: Sede do CCAR em Hartford, CT

Figura 6: Sala com computadores disponíveis aos visitantes – Sede do CCAR Hartford, CT

Figura 7: Sala de atendimento de grupos sede CCAR Hartford, CT

Figura 8: Sede do Fellowship – New Haven, CT

Figura 9: Sala de artes Fellowship – New Haven, CT

Figura 10: Sala de artes Fellowship – New Haven, CT

Figura 11: Acomodações de apoio Fellowship – New Haven, CT

Figura 12: Acomodações para usuários do projeto para pessoas em situação de rua Fellowship – New Haven, CT.

Figura 13: Espaço de atendimento Crest Center - Fellowship – New Haven, CT

Figura 14: Mural de atividades do dia no espaço de atendimento Crest Center - Fellowship – New Haven, CT

Figura 15: Local onde ocorriam os encontros do CCEP, New Haven -CT

Figura 16: Recepção do Simpósio Recovering Citizenship II: Community, National, and International Perspectives, sede do PRCH em New Haven - CT

Figura 17: Palestra durante Simpósio Recovering Citizenship II: Community, National, and International Perspectives, sede do PRCH em New Haven - CT

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Estrutura da análise de dados

Quadro 2: Contribuições da abordagem *recovery* no cuidado de pessoas com problemas de saúde mental e com uso problemático de álcool e drogas

LISTA DE ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO 1: Folder *Citizens Community Enhancement Project (CCEP)*

Anexo 2: Folder *Community Connections Program*

Anexo 3: Lista de recursos baseados na web para planejamento centrado na pessoa

Anexo 4: Certificado de participação no simpósio *Recovering Citizenship II: Community, National, and International Perspectives*

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

AA Alcoólicos Anônimos

CAPES Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD Centro de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas

CCAR *Connecticut Community Adiction for Recovery*

CCEP *Citizens Community Enhancement Project*

CIT Comissão Intergestores Tripartite

CNS Conferência Nacional de Saúde

CNSM Conferência Nacional de Saúde Mental

CT Connecticut

EUA Estados Unidos da América

IRCC *International Recovery and Citizenship Council*

MS Ministério da Saúde

NA Narcóticos Anônimos

NASF Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS Organização Mundial da Saúde

ONG Organização Não Governamental

ONU Organização das Nações Unidas

PRCH *Yale Program for Recovery and Community Health*

PTM Pessoa com Transtorno Mental

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

SC Santa Catarina

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

UFSC Universidade Federal de Santa Catarina

WHO *World Health Organization*

WRAP *Wellness Recovery Action Plan*

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	7
RESUMO	10
ABSTRACT	11
LISTA DE FIGURAS	12
LISTA DE QUADROS	13
LISTA DE ANEXOS E APÊNDICES	14
LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES	15
SUMÁRIO	16
2 OBJETIVOS	24
2.1 OBJETIVO GERAL.....	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3 MARCO TEÓRICO	25
3.1 UM PROCESSO EM TRANSFORMAÇÃO, UM CONSTANTE CAMINHAR: A SAÚDE MENTAL NO BRASIL E SEUS DESAFIOS ATUAIS.....	25
3.2 A ABORDAGEM <i>RECOVERY</i>	29
3.2.1 Dimensões internas do sujeito em <i>recovery</i>	32
3.2.2 Dimensões externas do <i>recovery</i>	35
4 METODOLOGIA	39
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	39
4.2 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	40
4.3 ORGANIZAÇÃO E Análise de dados.....	42
4.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	43
5 ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E APRESENTAÇÃO DAS INFORMAÇÕES OBTIDAS	44
5.1 YALE PROGRAM FOR RECOVERY AND COMMUNITY HEALTH (PRCH).....	44
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS VISITADOS E ATIVIDADES OBSERVADAS.....	49

5.2.1 Connecticut Community Adiction for Recovery	50
5.2.2 Fellowship	54
5.2.3 Grupo para ex-detentos ou em liberdade condicional – Fellowship	59
5.2.4 Grupo para ex-usuários de heroína	62
5.2.5. Citizens Community Enhancement Project (CCEP)	64
5.2.6. Simpósio Recovering Citizenship II: Community, National, and International Perspectives	68
5.3. CONTRIBUIÇÕES DA ABORDAGEM RECOVERY NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E SOBRE ALCOOL E OUTRAS DROGAS	70
5.3.1 Recovery como processo pessoal interativo	71
5.3.2 Pessoas com experiência vivida atuando profissionalmente nos serviços	74
5.3.3 Protagonismo da pessoa em recovery no processo de tratamento e na sua vida	76
5.3.4 Mudanças na atuação do profissional de saúde	78
5.3.5 Dimensão da cidadania vinculada ao recovery	81
5.3.6 O trabalho como fator constituinte do processo de recovery	83
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS	92
ANEXOS	102
ANEXO 1: Folder Citizens Community Enhancement Project (CCEP)	103
ANEXO 2: Folder Community Connections Program	104
ANEXO 3: Lista de recursos baseados na web para planejamento centrado na pessoa	105
ANEXO 4: Certificado de participação no Simpósio Recovering Citizenship II: community, national, and international perspectives	106

1 INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

A saúde mental e o bem-estar são fundamentais para a capacidade coletiva e individual, sendo parte integrante e essencial da saúde. A promoção, proteção e recuperação da saúde mental devem ser preocupações primordiais de pessoas, comunidades e sociedades em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que as políticas nacionais de saúde mental não devem focar apenas o cuidado de transtornos mentais, mas contemplar o reconhecimento e a abordagem de questões mais amplas de promoção da saúde mental, integrando-as às políticas e programas em setores governamentais e não governamentais. Para isso, é importante envolver os setores de educação, trabalho, justiça, transporte, meio ambiente, habitação e bem-estar, entre outros, além do setor de saúde.

Diferentemente desse entendimento atual, por muito tempo as doenças mentais foram tratadas com um modelo de assistência hospitalocêntrico, segregando o doente da sua família e da sociedade. No contexto brasileiro, em meados dos anos 80 a saúde mental vivia um momento singular com o processo que culminou na Reforma Psiquiátrica Brasileira. As instituições e práticas psiquiátricas vigentes à época estavam sendo questionadas, assim como os saberes e conceitos que fundamentavam essas práticas. A relação da sociedade com a loucura foi se transformando e o panorama de cuidado das pessoas com problemas mentais e comportamentais teve significativas mudanças e inovações nas esferas teórico-conceitual, técnico-assistenciais, jurídico-política e socioculturais (AMARANTE, 2007).

Desde então, grandes avanços foram observados com a transgressão do modelo manicomial, fundado no isolamento social para o tratamento de saúde mental e abuso de drogas, com a criação de serviços substitutivos de cuidado fundamentados em redes de atenção e um foco na Reabilitação Psicossocial. Estes norteadores e outros, como a produção de saúde, a singularização dos sujeitos e do cuidado, o trabalho em equipes horizontalizadas e a construção de espaços de socialização e atenção psicossocial de base territorial serviram de alicerce para a organização de redes assistenciais de saúde mental no país. Esses, foram progressivamente incorporados nos discursos, nas práticas de trabalhadores e nas relações com usuários, familiares, gestores e com a sociedade (COSTA-ROSA, 2006).

Assim, a política pública de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil foi construída, pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica, direcionando as ações para uma atenção integrada, essencialmente comunitária. As internações deixaram de ser o centro do cuidado, fazendo uma inversão paradigmática do modelo, ampliando a estratégia de cuidado através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). No entanto, mesmo com os avanços oriundos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, muitos desafios permanecem, demandando um aprimoramento das fragilidades existentes nas práticas exercidas em saúde mental (AMARANTE, 2007; PASSOS, 2010).

No final de 2017, o cenário brasileiro relativo à Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas vivenciou um novo período de transição com a reformulação e revisão da política nacional, através da Portaria GM/MS nº 3588 de 21 de dezembro de 2017. O Ministério da Saúde, em aliança com a Associação Brasileira de Psiquiatria e a Federação Nacional das Comunidades Terapêuticas, aprovou mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, com ações que colocaram novamente a centralidade do cuidado em Hospitais Psiquiátricos, além da ampliação do financiamento e na legitimação das Comunidades Terapêuticas, locais que não fazem parte da RAPS.

Tais mudanças podem ser entendidas como retrocessos sob a ótica de um cuidado de base comunitária e em liberdade, estando na contramão das conquistas da Reforma Psiquiátrica e do SUS, bem como das novas práticas em saúde mental que têm despontado em outros países. Assim, ampliam-se as preocupações sobre os novos direcionamentos dos cuidados em saúde mental no Brasil. Mas como pensar e fazer diferente com relação à temática dos cuidados em saúde mental e uso problemático de substâncias neste contexto de retrocesso? Que boas práticas de cuidado têm sido disponibilizadas em outros contextos?

Ampliando o foco para o panorama internacional de cuidados com pessoas com diagnósticos de transtornos de saúde mental e com uso problemático de álcool e outras drogas, pode-se vislumbrar algumas mudanças no direcionamento de tratamentos, com destaque para novas abordagens. Dentre essas, vem ganhando relevância mundial a abordagem baseada em princípios de *recovery* (palavra que pode ser traduzida como “recuperação, retomada, restabelecimento”, mas neste texto será usada em inglês, por ainda não haver consenso entre pesquisadores sobre sua tradução contextual para a língua portuguesa). A noção de

recovery, como constructo na área da saúde mental, tornou-se foco de inúmeros debates no contexto das formas de cuidado e tratamento. A abordagem, ao final, vem sendo reconhecida pela OMS como estratégia relevante para o avanço do cuidado da saúde mental no mundo (WHO, 2017).

O uso do termo *recovery* tem sido utilizado em diferentes âmbitos, como em pesquisas, em narrativas pessoais, bem como baseando políticas e serviços de saúde mental. Assim, o processo de *recovery* refere-se tanto a condições internas, como as atitudes, experiências e processos de mudança que os indivíduos vivenciam; quanto a condições externas, como as circunstâncias vivenciadas, as políticas disponíveis, e o acesso a serviços e práticas que possam facilitá-lo (JACOBSON; GREENLEY, 2001).

A abordagem *recovery* pode ser entendida como um horizonte mais otimista na área de saúde mental, trazendo esperança e servindo de alternativa para os tratamentos tradicionais, transgredindo a ideia de que a doença mental e o uso problemático de drogas é algo irreversível e sem volta. A ideia de *recovery* não implica na remissão absoluta dos sintomas, mas evidencia a possibilidade de superação dos efeitos que são vivenciados por pacientes psiquiátricos e pessoas com vícios, como o isolamento social, o estigma, o desemprego e a perda do sentido de vida. A contribuição para o empoderamento das pessoas possibilita o resgate da cidadania e de sua reinserção social (DAVIDSON, 2003; LOPES, 2011).

Aliado a isso, através da abordagem *recovery* os significados construídos pelas pessoas com problemas e suas famílias sobre o diagnóstico, o processo de adoecimento e as possibilidades podem ser observados a partir de outra perspectiva. Os profissionais dessa abordagem também têm uma atuação diferenciada, sendo necessário a construção de novas formas de relação, deixando de lado o cuidado de forma hierarquizada e a redução do paciente ao seu sintoma (OLIVEIRA, 2017; VASCONSELOS, 2017).

Portanto, uma abordagem direcionada para o *recovery* não visa a cura, mas evidencia que o adoecimento psíquico ou o problema com abuso de drogas reflete apenas uma parte da vida do indivíduo. A ideia de *recovery* pode significar uma nova atitude, um novo modo de vida, da confiança pessoal, do autocontrole sobre a própria vida. Assim, possibilita à pessoa sentir-se bem apesar do sofrimento mental, não direcionando e limitando a vida ao tratamento, compreendendo as pessoas com suas potencialidades e dificuldades (ANASTÁCIO; FURTADO, 2012).

Pesquisas recentes demonstram resultados positivos das abordagens de cuidado pautadas no *recovery*, evidenciando que de 45% a 65% das pessoas diagnosticadas com esquizofrenia podem melhorar sua condição, bem como recuperar-se. Os benefícios do *recovery* também podem ser sentidos por pessoas que não apresentam melhoras clínicas, mas encontram formas mais funcionais de lidar com os sintomas, bem como alcançam maior grau de autonomia e poder de escolha de suas vidas (WHITE, 2013; OLIVEIRA, 2016).

Diante desse cenário, as noções de *recovery* convidam ao pensamento acerca das diferentes estratégias de tratamento de pessoas com transtornos mentais e/ou uso problemático de álcool e outras drogas e suas famílias, questionando verdades, problemas e significados construídos.

Na vivência como psicóloga, no atendimento de pessoas com problemas graves de saúde mental e uso problemático de álcool e outras drogas, a pesquisadora deste estudo observa o sofrimento dessas pessoas e suas famílias. Grande parte destas, com históricos de tratamentos baseados principalmente em um modelo hospitalocêntrico e medicamentoso, com impactos profundos em suas vidas, sem esperança de melhoria. Muitas vezes, percebeu-se que o direcionamento do cuidado não propicia sua recuperação e não estimula o empoderamento da pessoa no seu próprio tratamento, nem a possibilidade de ressignificar sua história. Com a vontade de realizar um trabalho diferenciado, que pudesse transgredir as possibilidades disponibilizadas, sentiu-se cada vez mais estimulada a buscar outros olhares para o cuidado. Nesse caminhar, surgiu a abordagem direcionada ao *recovery*, que apesar de muito embrionária no contexto brasileiro, traz esperança de um novo paradigma de cuidado possível na área de saúde mental, estando alinhada às crenças, valores pessoais e profissionais.

Durante a execução do Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Universidade Federal de Santa Catarina, e a partir de conversas com o orientador do presente estudo, buscou-se serviços em saúde mental baseados na abordagem *recovery*, visando a construção desta pesquisa. Nesse sentido, surgiu a possibilidade de conhecer *in loco* o trabalho desenvolvido no “*Program for Recovery and Community Health*” (PRCH) da Universidade de Yale, na cidade de New Haven, no Estado de Connecticut, Estados Unidos da América Este serviço é referência mundial em cuidados baseados na abordagem *recovery*. Com funcionamento bem estruturado, o PRCH realiza pesquisas, avaliação, educação,

treinamento, desenvolvimento de políticas e consultorias para serviços vinculados, e se mostrou aberto para a visita técnica de 15 dias.

Paralelamente, mediante pesquisa bibliográfica conduzida em bases de dados e na literatura em geral, pôde-se observar que o número de publicações sobre *recovery* no Brasil é relativamente escasso, demonstrando o distanciamento que ações dessa abordagem ainda apresentam na realidade nacional. Além disso, foram investigados os serviços orientados por *recovery* no Brasil, não só com base em dados publicados, mas por meio de redes de contatos no campo da saúde mental. Para esta busca, foram utilizados tanto recursos pessoais como institucionais da pesquisadora, do orientador da dissertação e seus contatos, em forma de “bola de neve”. Não foi localizado um número significativo destes serviços. Um dos poucos serviços que provê atividades ligadas ao cuidado em saúde mental orientadas por *recovery* é o da Associação Brasileira de Amigos e Familiares de Pessoas com Esquizofrenia (ABRE), na cidade de São Paulo. Outros projetos pontuais foram localizados, como um projeto de extensão de uma faculdade de Psicologia de uma universidade privada de Florianópolis, que mantém um grupo terapêutico baseado nos princípios de *recovery*, mas não se caracteriza como um serviço orientado pela abordagem *recovery*. Ainda, há ações que utilizam princípios baseados na abordagem, mas caracterizam-se pelo uso específico de um tipo de metodologia, como por exemplo, as Comunidades de Fala, baseadas nas narrativas de usuários sobre suas experiências vividas e os grupos de ouvidores de vozes, que funcionam pelo compartilhamento de experiências pessoais.

Assim, percebendo ser um campo de estudo com potencialidades, aliado à motivação pessoal da pesquisadora e à possibilidade de ajuda de pessoas e famílias que sofrem com problemas de saúde mental e uso problemático de álcool e drogas, entendemos ser relevante o aprofundamento da temática do *recovery*. Elaboramos e conduzimos então a presente pesquisa, que teve como trabalho de campo os serviços direcionados ao *recovery* propiciados pelo PRCH. Estes podem servir como inspiração para o avanço de cuidados voltados à saúde mental em nossa realidade nacional, considerando as diferenças culturais envolvidas.

A partir das questões levantadas sobre a mudança paradigmática possibilitada a partir da abordagem de *recovery*, o presente estudo tem como objetivo responder à seguinte questão: como a abordagem *recovery* contribui no

cuidado de pessoas com problemas de saúde mental e com uso problemático de álcool e outras drogas?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a abordagem e as práticas de *recovery* no cuidado de pessoas com problemas de saúde mental e com uso problemático de álcool e outras drogas

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as estratégias do “*Yale Program for Recovery and Community Health*” no cuidado de pessoas com transtorno mental e uso problemático de álcool e outras drogas;
- Discutir as contribuições da abordagem *recovery* aprendidas no “*Yale Program for Recovery and Community Health*” no cuidado de pessoas com transtorno mental e uso problemático de álcool e outras drogas.

3 MARCO TEÓRICO

O presente capítulo tem como objetivo fazer uma explanação a respeito do referencial teórico existente sobre a abordagem *recovery*. Como opção metodológica, foi realizada uma leitura transversal da bibliografia nacional e internacional sobre a temática, visando apresentar um panorama que possa contribuir com o melhor entendimento sobre o tema e o respaldo dado pela literatura científica

3.1 UM PROCESSO EM TRANSFORMAÇÃO, UM CONSTANTE CAMINHAR: A SAÚDE MENTAL NO BRASIL E SEUS DESAFIOS ATUAIS

As últimas décadas foram marcadas por um processo de transformação no cenário mundial em relação ao campo da saúde mental. Em muitos países, foi possível acompanhar mudanças significativas com a construção de formas mais dignas de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico e problemas com abuso de álcool e outras drogas, contando com a presença de movimentos sociais, mudanças em políticas e com o avanço na conquista de direitos dessas pessoas (SILVEIRA *et al.*, 2017).

No Brasil, até meados da década de 1980, os principais locais para tratamento de pessoas com transtorno mental eram hospitais psiquiátricos e asilos. O cuidado era essencialmente baseado em um modelo biomédico, com estratégias de atenção centradas na sintomatologia, no isolamento em instituições psiquiátricas e em uma abordagem predominantemente medicamentosa. Esse panorama começou a sofrer alterações no início dos anos 90, com a consolidação do paradigma da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A assistência em saúde mental no país vivenciou então um período de grandes transformações. Liderado por associações de profissionais, de pacientes e seus familiares, o movimento social pela reforma foi crescendo, incorporando um novo movimento, conhecido como Luta Antimanicomial. Esta, intensificou os questionamentos sobre a ética e a eficácia do modelo asilar que pautava os tratamentos de saúde mental no país, revelando violações de direitos humanos comuns aos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2007; ONOCKO-CAMPOS, 2018).

Uma nova forma de lidar com o sofrimento mental foi sendo construída, visando o cuidado e o acolhimento efetivo dos sujeitos, vislumbrando um novo lugar social para a loucura e a diversidade, rompendo com o modelo tradicional. Assim, conforme exposto por Amarante (2007), a Reforma Psiquiátrica não foi apenas uma forma de reestruturar os serviços em saúde mental brasileiro, mas um processo social complexo, com impactos nas dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural (AMARANTE, 2007).

Dessa forma, em consonância com os ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a legislação a esse respeito foi sofrendo alterações e respaldou mudanças necessárias. Foram criadas peças legislativas diversas que apontavam para o desenvolvimento de uma rede substitutiva de cuidados em saúde mental, incluindo Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial – CAPS e NAPS, bem como leitos de curta permanência em hospitais gerais, centros de convivência e residências terapêuticas. Nesse período, os serviços de atenção diária tiveram grande crescimento em todo o país, já que municípios e estados tiveram que se adequar às novas normas na área de saúde mental (PAIVA; YONAMOTO, 2007).

A transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo baseado na Atenção Psicossocial no Brasil possibilitou uma redução considerável dos leitos psiquiátricos. Os serviços substitutivos foram utilizados nas comunidades para possibilitar o tratamento ambulatorial e atenção à crise. Estratégias medicamentosas e psicoterapêuticas, aliadas a ações no campo da cultura, lazer, moradia e trabalho, também estavam previstas nas políticas de saúde mental baseadas nos pressupostos da reforma psiquiátrica (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013).

A este respeito, torna-se relevante destacar a importância da noção de Reabilitação Psicossocial no campo brasileiro da saúde, já que esta se apresenta totalmente atrelada aos pressupostos das mudanças no panorama de saúde mental no Brasil. Presente na Lei 10216/2001, a chamada Lei da Reforma Psiquiátrica, bem como na Lei 10.708/2003, a ideia da Reabilitação Psicossocial passou a orientar políticas, planos e programas. Com seu caldo libertário, a noção de Reabilitação Psicossocial idealizava a possibilidade de superação de dificuldades e de reabilitação dos sujeitos com transtornos mentais, com a plena participação dos implicados, de suas famílias, dos profissionais envolvidos, gestores e redes sociais (PITTA, 2016). Em uma concepção ampliada e em seu sentido instrumental, o processo de Reabilitação Psicossocial “representa um conjunto de meios

(programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes” (PITTA, 2016, p. 27) e visa dar ênfase aos potenciais dos indivíduos, com a utilização de uma abordagem compreensiva, que englobe um suporte aos indivíduos considerando sua singularidade.

A Reabilitação Psicossocial foi considerada como necessidade ética na concepção do cuidado a pessoas que sofrem de transtorno mental, tendo sido associada a iniciativas mais ou menos articuladas que visavam reduzir o impacto crônico e debilitante dos tratamentos mentais. Foi se constituindo assim como construto conceitual, atitude estratégica, buscando fomentar uma vontade política e uma modalidade complexa de cuidado para pessoas em situação de vulnerabilidade. Assim, é uma abordagem que deve ir além da ideia de passar um usuário de um estado de “desabilidade” para a condição de “habilidade”, é uma estratégia global que deve ter implicação nas políticas de saúde mental (PITTA, 2016; SARACENO, 2016).

No decorrer dos anos as práticas de saúde mental desenvolvidas na perspectiva da atenção psicossocial ampliaram o acesso ao cuidado territorializado para o tratamento de pessoas com sofrimento psíquico e com problema de abuso de álcool e drogas. Postularam-se ações visando empoderamento de usuários e seus familiares. Além disso, outros avanços nas abordagens de cuidado diferentes das tradicionais foram sendo incorporados às práticas de cuidado em saúde mental, como a noção de Clínica Ampliada, a proposta de trabalho com equipes interdisciplinares, a aproximação da saúde mental à Atenção Básica e a utilização de Projetos Terapêuticos Singulares (SILVEIRA *et al.*, 2017; OLIVEIRA, 2017).

Assim, os avanços trazidos pela Reforma Psiquiátrica brasileira são conquistas históricas muito importantes para a sociedade brasileira, aperfeiçoando o cuidado de pessoas com transtorno mental e abuso de álcool e drogas. Contudo, Amarante (2007) destaca que a Reforma deve ser entendida como processo em movimento, como uma caminhada contínua e em permanente transformação. Dessa forma, mesmo após algumas décadas de construção e de consolidação dos novos serviços de saúde mental no Brasil, há de se considerar que ainda existem muitos desafios para que o processo de transformação defendido pelo ideário reformista possa ser levado adiante.

A esse respeito Kinoshita (2016) refere que um dos maiores desafios na saúde mental está em construir um espaço onde o pressuposto do desvalor natural

que acompanha a doença mental possa passar por experimentações e mediações que busca valores e possibilidade propícios ao intercâmbio em sociedade. Neste sentido, a estigmatização de pessoas com sofrimento psíquico permanece como um ponto importante a ser superado.

Os desafios atuais também se apresentam no âmbito de mudanças efetivas nas práticas de atenção, no que diz respeito ao cuidado centrado no querer e no empoderamento da pessoa com transtorno mental ou com abuso de álcool e outras drogas. Percebe-se que os serviços podem avançar mais na promoção da autonomia de usuários em direção à condução de suas próprias vidas, tanto no contexto familiar como no grupo social ampliado. Alia-se a isso a falta de políticas específicas para apoio na inserção desse grupo populacional no mercado de trabalho, assim como uma tímida oferta de projetos voltados para a geração de renda e um fraco compromisso com a melhoria das condições de educação de usuários (COSTA, 2017; SILVEIRA *et al.*, 2017).

A melhoria das condições de vida das pessoas com transtorno mental demanda a transgressão da primazia do modelo biomédico e do tratamento farmacológico em detrimento de outras possibilidades de atuações conjuntas de profissionais de saúde mental. Dentro e fora dos ambientes de rede, desafios residem também na predominância, no tratamento, de uma racionalidade paternalista com a infantilização dos usuários, a supervalorização do diagnóstico e dos sintomas e o uso compulsório de medicações, mesmo quando possivelmente desnecessárias (COSTA, 2017; ONOCKO-CAMPOS, 2018).

Bezerra (2007) também considera outros temas cruciais necessários para que o processo de transformação defendido pelo ideário reformista possa seguir adiante, como a mudança dos papéis dos técnicos, as novas formas de organização das equipes, o incentivo a trabalhos interdisciplinares e intersetoriais, a importância da articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção, bem como entre estratégias de cuidado e de responsabilização do sujeito.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira enfrenta, entretanto, desafios bem maiores, em um novo momento de transformação. Em 4 de fevereiro de 2019, o Ministério da Saúde, através do Coordenador Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, publicou a Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, que propõe mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Este documento, que se configura como um compilado de

retrocessos, dispõe sobre alterações na rede de atenção psicossocial, destacando-se a inclusão dos hospitais psiquiátricos na rede, com ampliação de ações e investimentos nesses hospitais, entre outras diretrizes que vão na contramão das conquistas da Reforma.

Segundo Almeida (2019), a publicação da referida nota técnica e as medidas de apoio aos hospitais psiquiátricos justificam as preocupações com o rumo da saúde mental brasileira. Interromper a substituição dos hospitais psiquiátricos pelas estratégias de atenção e voltar a colocar o hospital no centro do sistema de saúde mental, conforme estabelece a Nota Técnica, resultará no aumento da exclusão social das pessoas com transtornos mentais, na dificuldade de acesso à atenção de qualidade, bem como no aumento das violações dos direitos humanos.

A partir desse cenário, percebe-se a importância de revisitar as práticas atuais de saúde mental brasileira, considerando que as críticas e reflexões podem ampliar as possibilidades de aprimoramento. Os desafios convidam à reavaliação do contexto atual de cuidados, utilizando os aprendizados já adquiridos, ampliando o intercâmbio com outras práticas bem-sucedidas, problematizando assim a promoção de velhas formas de “psiquiatrização”, que muitas vezes estão sutilmente inseridas e quase imperceptíveis nas discussões de novas propostas do cuidado em saúde mental (PINTO; FERREIRA, 2010).

3.2 A ABORDAGEM *RECOVERY*

Recovery (recuperação) é um termo coloquial comumente utilizado no campo da saúde. Referente a um problema de saúde, a ideia da recuperação não significa necessariamente a remoção total de determinada disfunção ou plena restauração das condições anteriores à sua instalação. No mesmo sentido, uma pessoa com transtorno mental pode considerar-se recuperada, mesmo que este não seja “curado” (ANTHONY, 1993).

Nos Estados Unidos da América, no campo da saúde mental, o movimento de desinstitucionalização a partir das décadas de 1950 e 1960 impulsionou a criação de um sistema de saúde de base comunitária concretizado através do *Community Mental Health Act* de 1963. Embora a desinstitucionalização tenha sido conduzida de forma equivocada, na visão do próprio *National Institute of Health* (BACHRACH, 1976), discussões públicas importantes foram geradas,

surgindo a partir da década de 1970 movimentos sociais de consumidores/sobreviventes (STANHOPE; SOLOMON, 2008). Uma das características destes movimentos era a formação de coletivos de autoajuda, autodefesa e promoção de direitos pessoais e sociais. A concepção particular de *recovery*, como processo no campo do cuidado, nutre-se então a partir da constatação de que as pessoas com transtorno mental tinham condições de ajudar uns aos outros, o que propiciou a proposta de um modelo de cuidado mais otimista, com o empoderamento destes sujeitos (ANTHONY, 1993; TONDORA; DAVIDSON, 2006).

Paralelamente, esta concepção de *recovery* foi fortalecida por publicações científicas. Entre elas, a de um estudo emblemático publicado em 1967 de acompanhamento de longo prazo de 118 pacientes diagnosticados com esquizofrenia do Hospital Estadual de Vermont - EUA, que demonstrou que o curso de doenças mentais graves não levava necessariamente a uma inevitável deterioração. Essa pesquisa evidenciou que entre a metade e dois terços da amostra de pacientes pesquisados alcançou melhora considerável ou se recuperou, ao contrário das declarações do DSM-III que à época previa um inevitável e péssimo prognóstico para os pacientes esquizofrênicos (HARDING *et al.*, 1987).

A implementação das ideias da desinstitucionalização fundamentou reformas psiquiátricas a partir das décadas de 1960 e 1970 em diversos países. Ainda, a crescente ascensão de práticas de reabilitação psicossocial nos anos 1980 propiciaram novas visões sobre a prestação de serviços para pessoas com transtornos mentais. Assim, uma nova maneira de pensar sobre os serviços e sobre as pessoas atendidas fortaleceu gradualmente a nova concepção de *recovery* nos anos 90, propondo mudanças radicais sobre a maneira como os serviços de saúde mental se organizavam (ANTHONY, 1993).

Em muitos países como Portugal, Irlanda, Escócia, Inglaterra, Suécia, Dinamarca, Canadá, Austrália, Nova Zelândia e Estados Unidos, a noção de *recovery* tem servido como base para reorientar programas de saúde mental, até então predominantemente orientados pelo conceito de reabilitação. Em 2002, o governo dos EUA instaurou a Nova Comissão para a Liberdade na Saúde Mental (*New Freedom Commission on Mental Health*), com intuito de identificar lacunas no sistema de saúde mental e fazer recomendações para corrigi-las. Duas das mais importantes recomendações da Comissão foram: (1) todos os serviços e tratamentos

devem ser elaborados tendo em vista as necessidades do indivíduo em tratamento; e, (2) os serviços devem ser planejados de forma a facilitar *recovery* através da construção de resiliência e do incremento das aptidões e habilidades que facilitem seu funcionamento independente na comunidade. O Relatório da Comissão é considerado uma importante ação, não só no sentido de reforçar a importância de um sistema potente de saúde mental, mas também devido à afirmação de *recovery* como uma abordagem de escolha para a orientação do tratamento em saúde mental (*Department of Health and Human Services, 2004*).

Dessa forma, o *recovery* propõe uma transformação ideológica na implementação de serviços e sugere uma reformulação de como a doença mental é entendida e gerenciada, e em como as pessoas que vivem com doenças mentais são compreendidas e auxiliadas (LE BOUTILLIER, 2011)

No Brasil, o sistema de saúde mental, orientado pela Reforma Psiquiátrica, inspirada por sua vez no movimento da Psiquiatria Democrática italiana, incrementava um arcabouço jurídico-político que culminou com a promulgação da Lei 10.216/2001, centrada na garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental. Ao mesmo tempo, o Ministério da Saúde investiu na expansão da rede de base territorial representada principalmente pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que se multiplicaram em todo o território nacional.

Os novos programas de saúde mental implementados nos vários países, com base no modelo comunitário de intervenção, têm em comum a busca da inserção do usuário para além das estruturas e serviços onde está em tratamento. As ações não se dirigem apenas à pessoa sob cuidado, mas ao meio e às condições necessárias para possíveis inserções. Outro objetivo é transformar a prática dos trabalhadores em saúde mental, propondo relações mais horizontalizadas e alterações nas posturas e funções exercidas pelos profissionais. Em um sistema orientado por *recovery*, os profissionais devem oferecer suporte para que as próprias pessoas encontrem seus caminhos e sua recuperação (ORNELAS, 2005; TONDORA *et al.*, 2008; COSTA, 2017).

Estes avanços refletiram-se no refinamento teórico-conceitual. *Recovery* foi descrito por Anthony (1993) como um processo único, complexo e profundamente pessoal, abarcando mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, habilidades e papéis sociais. É uma maneira de viver a vida de forma esperançosa, significativa e contributiva, mesmo com limitações causadas por adoecimentos.

No livro “*A practical guide for recovery-oriented practice*”, Tondora e colegas (2008) definem *recovery* como os caminhos que cada pessoa vai encontrar durante o gerenciamento da sua saúde mental e/ou abuso de substâncias no seu processo de reestruturação ou desenvolvimento de um sentido significativo de identidade e de pertencimento, enquanto reconstitui uma vida além das limitações impostas por essas condições. Assim, o conceito de *recovery* vem sendo construído com base no que os indivíduos experimentam, os serviços promovem e os sistemas facilitam. A abordagem *recovery* está, assim, relacionada a fatores internos e externos de cada pessoa, estando esses totalmente interligados. As condições internas são relativas a uma jornada pessoal que envolve um senso de esperança, atitudes, experiências e processos de mudança, bem como à gestão dos sintomas. As condições externas são relativas às redes de apoio, a políticas disponíveis e a práticas e serviços que possam facilitar o processo de *recovery* (JACOBSON; GREENLEY, 2001).

3.2.1 Dimensões internas do sujeito em recovery

A melhor forma de compreender o processo de *recovery*, segundo Stanhope e Solomon (2008), é através dos relatos de pessoas que vivenciaram um processo de transtorno mental e/ou abuso de substâncias e de suas experiências pessoais durante o tratamento. As narrativas têm sido validadas como métodos de pesquisa eficientes e que apontam para uma compreensão adequada dos processos internos de vivência dos sujeitos que sofrem adoecimentos (STANHOPE; SOLOMON, 2008). De forma consistente, a literatura oferece narrativas de vidas mais esperançosas, com a descrição de estratégias encontradas para promover o *recovery*, assim como a ampliação das perspectivas de vida.

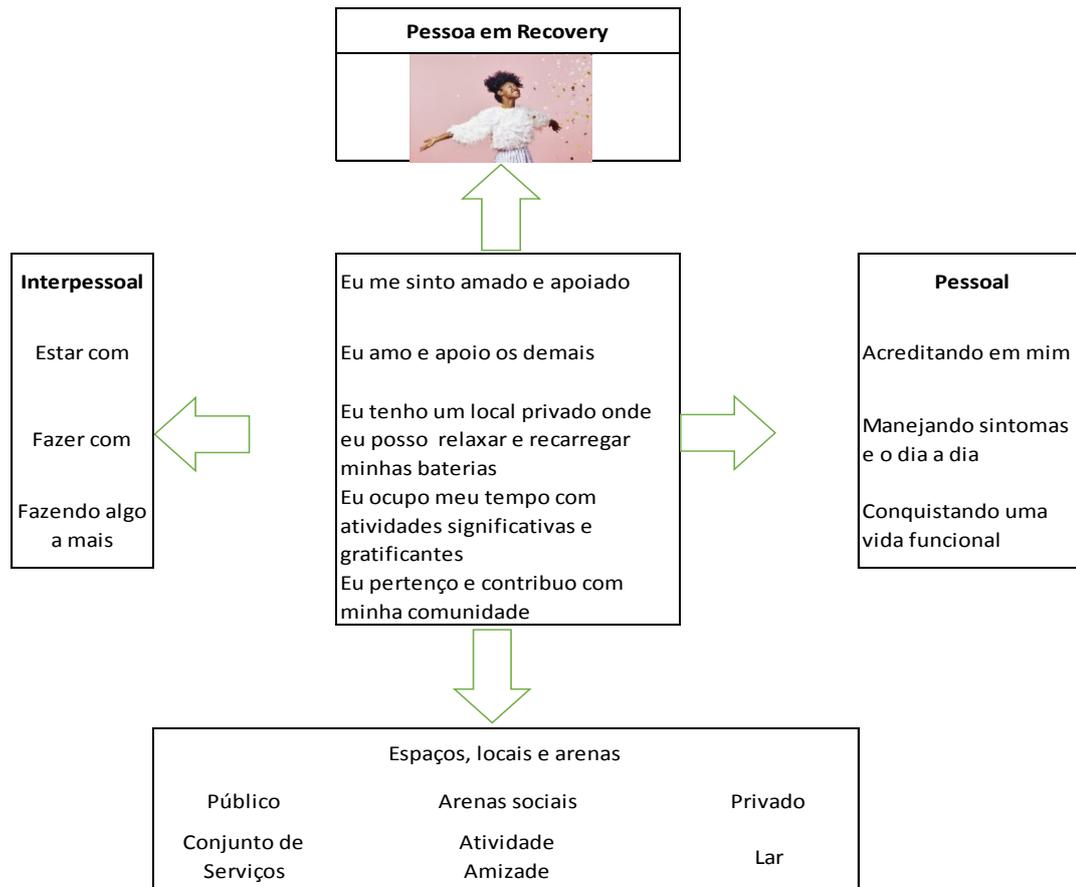
Apesar do processo de *recovery* ser diferente de pessoa para pessoa, pesquisas baseadas em narrativas de pessoas em *recovery* sugerem que há algumas condições comuns, tais como: a esperança em relação ao futuro; gestão dos sintomas e dificuldades de forma mais saudável; superação do estigma e diversificação das relações sociais, reaquisição de papéis sociais valorizados, empoderamento, maior exercício da cidadania, fortalecimento interno e resgate do controle por sua própria vida; estabelecimento de objetivos pessoais com o apoio de

peças que acreditem e não desistam destes usuários; atividades de ajuda-mútua e participação comunitária (DUARTE, 2007).

Nesse sentido, em uma revisão sistemática aliada a síntese narrativa realizada por Leamy et al (2011), onde 97 artigos foram incluídos, é apresentada uma estrutura conceitual de *recovery*, que apresenta fatores como: características da jornada de *recovery*; processos de *recovery* compreendendo: conexão; esperança e otimismo sobre o futuro; identidade; sentido na vida; e empoderamento; e descrições do estágio de *recovery* que mapearam o modelo transteórico de mudança.

De acordo com os autores do livro “*A practical guide for recovery-oriented practice*”, os primeiros pontos positivos ressaltados pelas pessoas em consequência do processo de *recovery* são a renovação da esperança e o comprometimento com a própria vida. Pessoas em *recovery* descrevem a importância de haver esperança e acreditar na possibilidade de renovar a crença em si mesmo e no propósito da sua recuperação (DAVIDSON *et al.*, 2009). A esse respeito, Duarte (2007) refere que *recovery* contempla a possibilidade, para todas as pessoas, de um processo pessoal de redescoberta dos sentimentos de identidade, autodeterminação e o fortalecimento da vontade de viver, participar e contribuir com sua comunidade.

Segundo Tondora e Davidson (2006) o processo de *recovery* também envolve o que as pessoas fazem para superar os estigmas e efeitos de serem vistos como viciados ou pacientes com transtornos mentais. Isso inclui superar a rejeição da sociedade, a alienação dos entes queridos, o isolamento social, desemprego, pobreza, falta de boas condições de habitação, perda de papéis sociais e de identidade e perda de propósito na vida - para recuperar algum grau de controle sobre suas próprias vidas (TONDORA; DAVIDSON, 2006). Os processos são complexos e multidimensionais, exigindo que a pessoa aprenda a gerenciar sua condição ao mesmo tempo em que reestabelece um propósito de existência na sociedade. A esse respeito, destaca-se um estudo multinacional sobre os processos de *recovery* (na Itália, Suécia, Noruega e EUA) conduzido por Mezzina *et al.* (2006), que refletiram sobre as histórias trazidas pelos participantes, fornecendo uma síntese de diferentes temas descritos através de um mapa de *recovery*. Através desse mapa, a abordagem é apresentada como um processo pessoal e interpessoal, conforme a figura abaixo:

Figura 1: Pessoa em *recovery*.

Fonte: Mezzina *et al.*, 2006.

O mapa de *recovery* também evidencia a importância da dimensão da experiência social neste processo, privilegiando a reconstrução do eu e da importância da vida social. Nesse sentido, entende-se que *recovery* não pode acontecer no vácuo. Trata-se de uma jornada interativa que requer um contexto social "provido de significados", em vez de simplesmente a construção de laços sociais e relacionamentos dentro de uma rede. Exige atenção para a interação dos vários atores envolvidos, dentro e ao redor do ambiente social em que a pessoa vive (MEZZINA *et al.*, 2006).

Muitas narrativas de pessoas com problemas de saúde mental ou de adição também corroboram essa ideia, referindo que uma dimensão interna do processo de *recovery* muito importante é a conexão, relacionada à possibilidade de estar na companhia de outros, de voltar ao mundo social. Essa capacidade de estabelecer conexões com outras pessoas é, ao mesmo tempo, resultado da esperança, do melhor manejo da doença e do empoderamento. Conectar-se é encontrar papéis para desempenhar no mundo, podendo envolver atividades,

relacionamentos ou ocupações. Muitas pessoas em *recovery* relatam que a forma mais poderosa de conexão ocorre ao ajudar outras pessoas que têm problemas similares. Para alguns, isso significa tornar-se um profissional de saúde mental; para outros, significa narrar suas próprias histórias publicamente. Assim, eles encontram maneiras de validar suas próprias experiências, podendo inspirar outros e servindo como exemplos vivos da possibilidade de *recovery* (JACOBSON; GREENLEY, 2001).

Por isso, na abordagem *recovery*, a pessoa que sofre deve assumir o controle do seu cuidado, tornando-se um agente ativo em sua própria vida. Esse processo de autocontrole está fortemente vinculado a outra dimensão interna facilitadora do *recovery*, o chamado *empowerment* (empoderamento).

O empoderamento pode ser entendido como a experiência de adquirir poder e controle sobre as próprias decisões de vida e destino. Na abordagem, *recovery* tem sido usado para tornar os cuidados de saúde mental e adições mais responsivos e centrados nas pessoas. Em qualquer circunstância, o conceito deve ser inspirador, engajador e ampliar horizontes. É importante observar que, por definição, uma pessoa não pode "empoderar" outra, pois isso prejudica a própria premissa conceitual que atribui poder sobre as decisões, a jornada de recuperação e a vida da pessoa à própria pessoa (TONDORA *et al.*, 2008). O processo de empoderamento de pessoas com transtorno mental e adições certamente depende do seu direito de criar suas próprias histórias, de escolher o que é crucial no seu caminho não linear de *recovery* (KORSBEK, 2016).

3.2.2 Dimensões externas do *recovery*

Além das dimensões internas relativas à jornada pessoal, o processo de *recovery* contempla dimensões externas, como as práticas e serviços orientados ao *recovery*, além de questões sociais e políticas (JACOBSON; GREENLEY, 2001). A inclusão social, a participação e a cidadania são temas diretamente ligados à abordagem. A cidadania precisa ser vista como fator estruturante do processo, não como uma das suas consequências, estando ligada à inclusão social de pessoas com transtornos mentais, ao sentimento de pertencimento à comunidade, juntamente com um sentimento de pertencimento que é validado por outros, assim

como à capacidade de crescer, aprender e exercitar as próprias habilidades (MEZZINA *et al.*, 2006; ROWE, 2015).

Conforme a teoria proposta pelo pesquisador Michael Rowe, codiretor do PRCH e diretor da Comunidade Colaborativa de Cidadãos (*Citizens Community Collaborative*), a cidadania envolve uma forte conexão da pessoa com os "cinco R's": direitos (*rights*), responsabilidades (*responsibilities*), papéis (*roles*), recursos (*resources*) e relacionamentos (*relationships*). A obtenção de acesso aos 5 R's requer esforço individual, mas também defesa e luta social. Isso significa que a cidadania também envolve justiça social, reduzindo e eliminando as disparidades socioeconômicas, de saúde, de gênero, bem como o racismo, sem o qual os 5 R's são vazios (ROWE *et al.*, 2009; ROWE, 2015).

À sociedade cabe o papel de facilitar o acesso a esses fatores por meio de instituições públicas e sociais, bem como na vivência em comunidade. Nesse sentido, a tarefa de ajudar as pessoas a estabelecer uma vida em busca do seu próprio caminho para o *recovery* situa-se além do conhecimento e da atuação profissional/psiquiátrica (MEZZINA *et al.*, 2006; ROWE *et al.*, 2009).

Uma mudança paradigmática importante no entendimento da abordagem direcionada ao *recovery* é que a maior responsabilidade sobre o cuidado e sobre os caminhos a seguir, com intuito de buscar o *recovery*, recaem sobre a pessoa que sofre do problema e não mais acentuadamente sobre o profissional. Assim, o indivíduo passa a ser o agente ativo na condução de sua vida, escolhendo os melhores caminhos para o seu cuidado. Dessa forma, a atuação do profissional é menos diretiva e controladora, modificando o papel de autoridade ou *expert* para uma postura de consultor (OLIVEIRA, 2017).

Esse novo olhar sobre os papéis desempenhados pelos profissionais, em relação à perspectiva de *recovery*, se contrapõe à ideia tradicional de que o profissional deve tratar e curar o paciente, sempre com a necessidade da sua supervisão. Com uma raiz nos ensinamentos recebidos pelo ensino tradicional das universidades na área da saúde, os profissionais podem encontrar dificuldades para entender, assumir e direcionar sua atuação, baseados na perspectiva do *recovery* e do empoderamento da pessoa no andamento do seu tratamento (OLIVEIRA, 2017).

Corroborando essa ideia, Tondora e Davidson (2006) apontam que poderão existir dificuldades em torno do uso do termo *recovery* na saúde mental, devido às diferentes visões sobre os papéis exercidos pelos profissionais de saúde e

pelas próprias pessoas com transtorno mental ou uso abusivo de álcool e outras drogas. Para distinguir de forma prática o processo de *recovery* (em que a pessoa em si está envolvida) e a prestação de cuidados orientados por *recovery* (em que o profissional de saúde é acionado), os autores esclarecem que a abordagem subentende as formas pelas quais uma pessoa com doença mental e/ou dependente de álcool e outras drogas experimenta e administra estes problemas, no contexto de sua vida em comunidade. Já o cuidado orientado para o *recovery* é o que os profissionais de saúde oferecem de suporte, no âmbito de suas possibilidades (TONDORA; DAVIDSON, 2006).

Um programa de saúde mental orientado para o *recovery* se caracteriza por uma estrutura de cuidados composta por uma missão, políticas, procedimentos, registros e critérios de qualidade coerentes com os valores fundamentais da abordagem. Além disso, as equipes técnicas também são embasadas por esses mesmos valores, assim como os processos voltados para sua seleção, formação continuada e supervisão (FARKAS *et al.*, 2005).

DAVIDSON *et al* (2009) elencam dez princípios de uma abordagem de cuidado orientada ao *recovery*. Segundo os autores, este cuidado objetiva promover o *recovery*: é baseado nos pontos fortes das pessoas; focado na comunidade; dirigido pela própria pessoa; permite reciprocidade nas relações; é culturalmente responsável; fundamentado no contexto de vida da pessoa; aborda o contexto socioeconômico da vida da pessoa; e media relacionalmente e otimiza os suportes naturais

Alguns dos diferenciais dos serviços orientados ao *recovery* são os programas de orientação e apoio de pares (também chamados de suporte de pares – do inglês *peer support*), além da contratação de pessoas com experiência vivida em transtornos mentais ou abuso de substâncias em uma variedade de papéis - como apoiadores de pares, assistentes terapêuticos e outros diretamente envolvidos no processo. Esse, foi identificado como fator chave para humanizar a força de trabalho na saúde, tendo florescido nos EUA principalmente depois que o governo federal determinou que os serviços e programas deveriam ser orientados para o *recovery*, através do relatório apresentado por comissão criada especificamente para este fim, o *New Freedom Commission on Mental Health* (US DHHS, 2003). Uma pesquisa recente indicou que o envolvimento por aqueles que "estiveram lá" - os profissionais de suporte de pares - pode ser eficaz para inspirar as pessoas em

processo de *recovery*, fornecendo modelos a seguir de possibilidades de reestabelecimento, apoio mútuo e outras oportunidades (BELLAMY *et al.*, 2017).

Davidson e colaboradores (2009) também destacaram outro ponto forte da atuação dos apoiadores dos pares: observar outras pessoas que sofreram da mesma maneira, que experimentaram os mesmos desafios, mas que conseguem ter vidas mais satisfatórias. O processo conduzido por estes apoiadores pode potencializar uma sensação de esperança para quem está em *recovery*.

Além do benefício sentido por quem recebe o suporte dos apoiadores no seu processo pessoal de *recovery*, há pesquisas que demonstram que o emprego como suporte de pares é um veículo potente para melhorar a recuperação e a qualidade de vida. Pessoas que atuam nessa função relatam uma variedade de benefícios nos domínios intrapessoal, social, emocional, espiritual e profissional, reforçando sua jornada pessoal de *recovery* (JOHNSON *et al.*, 2014).

Os resultados de uma metanálise, compreendendo 1.739 participantes em sete estudos independentes sugerem que a parceria entre os serviços prestados por suporte de pares e profissionais da saúde pode ter maior impacto para melhorar o processo de *recovery* de pessoas com transtornos mentais graves e com uso problemático de álcool e drogas. Essa metanálise também sugeriu que intervenções focadas no *recovery* promovem melhores resultados do que os cuidados usuais ou outros tipos de tratamento, como por exemplo participar de um grupo de solução de problemas ou receber informações e recursos). Algumas intervenções destacadas como benéficas nesse processo de cuidado incluem: a psicoeducação, o desenvolvimento de habilidades de autogestão e a promoção da autodeterminação (THOMAS *et al.*, 2018).

Conforme exposto, a abordagem *recovery* preconiza que o processo de recuperação da vida de alguém ocorre em etapas, com paradas e partidas, com progressos e contratempos. O uso de técnicas e ferramentas de assistência centradas no *recovery* e na pessoa, aplicadas a lições aprendidas e exemplos de casos podem ajudar a melhor definir as etapas e erros na jornada pessoal experimentada pelos clientes. Ao mesmo tempo, os sucessos, retrocessos, paradas e partidas podem ajudar os serviços orientados ao *recovery* a lidar com o cuidado de seus clientes de maneiras cada vez mais assertivas, com base na premissa de "ser uma pessoa em recuperação" (BROMAGE *et al.*, 2017).

4 METODOLOGIA

Este capítulo está subdividido da seguinte forma: caracterização da pesquisa; instrumento e procedimentos de coleta de dados; análise dos dados e limitações do estudo.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O objetivo geral desta pesquisa pautou-se na compreensão da abordagem e práticas de *recovery* utilizadas no *Yale Program for Recovery and Community Health* (PRCH) da Yale University, explorando seu potencial de aplicação no contexto brasileiro. A escolha do método teve como base o entendimento de que este possibilitará uma maior aproximação com a realidade a ser estudada.

A pesquisa caracteriza-se como qualitativa, no que se refere a sua natureza. Como este estudo aborda a temática da abordagem *recovery* e as possibilidades desta auxiliar no cuidado de pessoas com transtornos mentais e abuso de substâncias, optou-se pela realização de pesquisa qualitativa, considerando o fato de que esta se propõe a entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta, não almejando resultados finais matematicamente trabalhados (TURATO, 2015).

De acordo com Minayo (2004, p.10), este tipo de pesquisa busca “incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”. Assim, a presente pesquisa objetiva aprofundar-se no conhecimento dos fenômenos envolvidos com a temática da abordagem *recovery* em saúde mental (GOLDENBERG, 2009).

No que se refere ao seu objetivo, esta pesquisa se caracteriza como exploratória. Segundo Gil (2002), este tipo de investigação pode proporcionar maior afinidade com o problema, podendo envolver experiências práticas com o alvo da pesquisa, visando torná-lo mais explícito e possibilitando a construção de hipóteses. Assim, para a realização deste estudo, os procedimentos técnicos utilizados foram a

pesquisa documental e a observação simples (assistemática), ambos realizados no contexto detalhado a seguir.

A pesquisa documental é uma técnica que tem como base a utilização de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico, sendo realizada a partir de documentos contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos. Esta tem sido muito utilizada para descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características (GIL, 2002; GEHRAD, 2009).

O outro procedimento adotado, a observação simples ou assistemática, é uma técnica comumente utilizada nas pesquisas com objetivo exploratório, utilizando-se dos sentidos para apreender determinados aspectos da temática a ser pesquisada, contemplando a possibilidade do pesquisador ver, ouvir e examinar os fenômenos que se pretende investigar. Assim, o pesquisador se propõe a observar de maneira espontânea como os fatos ocorrem e os dados a serem obtidos, sem necessidade de fazer perguntas diretas e formais aos informantes, nem de utilização de meios técnicos especiais para coletar os dados (GEHARD, 2009).

A este respeito, Queiroz *et al* (2007) referem que observar é usar os sentidos atentamente a um objeto ou contexto, para dele adquirir um conhecimento específico. Uma das vantagens de usar a observação como método em pesquisa qualitativa é a possibilidade de obter a informação na ocorrência espontânea do fato. Assim, não se trata apenas de ver alguma situação, mas sim de examiná-la, bem como não se trata somente de entender, mas de auscultar. Além disso, a leitura e análise de documentos complementam a observação, na medida em que também traduzem a reação e visão de seus autores.

4.2 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

O campo de estudo escolhido para realização da coleta de dados foi o *Yale Program for Recovery and Community Health* (PRCH), o Programa para Recuperação e Saúde Comunitária do Departamento de Psiquiatria da *Yale School of Medicine*, Universidade Yale, situada na cidade New Haven, Estado de Connecticut, nos Estados Unidos. Este local foi escolhido porque é um dos principais centros internacionais de pesquisa e sistematização da abordagem *recovery*, tendo como função estratégica promover a construção e transmissão de saberes e práticas que operem um modo de cuidar centrado em *recovery*. O PRCH tem diversos

projetos vinculados que atendem a demandas de *recovery* em saúde mental, álcool e drogas e egressos do sistema prisional.

Dessa forma, a coleta de dados foi viabilizada por meio de visita técnica da pesquisadora à instituição onde as informações que serviram como base para esta investigação foram encontradas, através do método da observação e da pesquisa documental. Assim, a pesquisadora permaneceu em horário integral, em caráter de imersão, durante duas semanas, conhecendo e vivenciando o trabalho desenvolvido no PRCH.

Na primeira semana de coleta de dados, a pesquisadora participou do Simpósio *Recovering Citizenship II: Community, National, and International Perspectives* (Simpósio Recuperando a Cidadania II: Perspectivas Comunitárias, Nacionais e Internacionais), dedicado ao tema de *recovery*, promovido anualmente na sede do PRCH pelo *International Recovery Community Collective* (IRCC). Nesse evento, foram abordadas as práticas e perspectivas internacionais de *recovery* e sua relação com o tema da cidadania, contando com a participação de profissionais, pesquisadores, gestores, estudantes e usuários de vários países. Durante esse período, a pesquisadora pôde conversar com os participantes a fim de aprofundar o conhecimento acerca das temáticas de *recovery*, além de examinar e coletar material documental para a pesquisa. Na semana seguinte, a pesquisadora teve uma agenda de visitas técnicas a serviços baseados na abordagem *recovery*, vinculados ao PRCH. Entre eles: centros de atendimento para pessoas com problemas com uso abusivo de álcool e drogas, centro de convivência para pessoas com problemas de saúde mental, centro de referência para atendimento de pessoas em *recovery* egressos do sistema prisional e moradores de rua. Em regra, estes encontros ocorreram semanalmente, tendo a pesquisadora participado de todos, durante o período de coleta de dados.

Ainda, a pesquisadora participou de outros grupos como observadora convidada, tais como: o grupo do Projeto Cidadão, o grupo destinado a pessoas oriundas do sistema prisional e o grupo para ex usuários de heroína. Também, teve oportunidade de acompanhar treinamentos para *recovery coaches*, como são denominados os líderes de grupos de pares e outros grupos que operam no PRCH. No período, frequentou as reuniões de equipe e manteve conversas com profissionais e pesquisadores envolvidos nos serviços, obtendo assim informações que contribuíram para a compreensão da realidade estudada.

A pesquisa documental permitiu conhecer informações técnicas e as orientações utilizadas no trabalho do PRCH. Entre outros, foram examinados guias, manuais técnicos, materiais produzidos pelos serviços, protocolos e relatórios de pesquisas e protocolos de construção de indicadores.

Os dados obtidos durante o período de trabalho de campo foram registrados em um “diário de campo”. Este, se tornou um instrumento de registro de informações relevantes e detalhadas sobre os eventos observados. O diário de campo é um instrumento importante e de uso sistemático na rotina de trabalho do pesquisador quando esse está em campo, sendo uma forma de armazenar detalhes, percepções, angústias e informações que não são obtidas através de outras técnicas (MINAYO; DESLANDES, 2007). Assim, o diário de campo congregou os diferentes momentos da pesquisa, servindo como base à descrição e análise do contexto estudado.

4.3 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, visando articular os conteúdos extraídos na pesquisa, considerando o contexto em que esses foram produzidos, bem como fatores como a cultura e as variáveis psicossociais envolvidas (MINAYO, 2004).

A análise de conteúdo foi inicialmente concebida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, baseada na objetividade e na sistematização, pretendendo inferir conhecimentos a partir dos conteúdos pesquisados. O pesquisador busca a compreensão das características, estruturas ou modelos que estão por trás das mensagens, avaliando-as criticamente (BARDIN, 2010). O processo de analisar, compreender e interpretar um material qualitativo contempla a necessidade de inserção dos significados que foram compartilhados na vivência da pesquisa (GEHARD, 2009;). A esse respeito, os procedimentos de análise relacionam as estruturas semânticas (significantes) com as estruturas sociológicas (significados) dos materiais coletados, articulando as variáveis psicossociais, o contexto cultural e os processos de produção de mensagens para dar consistência interna às operações analíticas do pesquisador (MINAYO, 2004).

A análise do conteúdo coletado nesta pesquisa ocorreu em três fases: a pré-análise dos dados, correspondente à fase de organização dos materiais e

sistematização das ideias; a fase de exploração do material, ou codificação, realizando a classificação e agregação dos dados em categorias; e por fim, a fase de tratamento dos resultados, possibilitando a inferência e a interpretação. Serviram como referências teóricas para esta análise as orientações de Bardin (2010), Minayo (2004) e Gerard (2009).

Dessa forma, primeiramente foram lidos os conteúdos do diário de campo e os materiais documentais coletados durante o trabalho de campo. Após, foram transcritas as informações do diário de campo e, posteriormente, construídas tabelas preliminares para organizar e agrupar os conteúdos, visando a descrição física e operacional do PRCH, a extração de significados das conversas com informantes, a caracterização dos locais visitados e eventos ocorridos, as impressões e reações da pesquisadora a estes eventos. A partir do grupamento e organização destas informações, foram criadas as categorias de análise.

4.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Esta investigação não pretende apresentar considerações definitivas sobre a utilização da abordagem *recovery*, uma vez que a pesquisa se embasou na percepção da pesquisadora sobre os dados coletados e se restringiu ao estudo de um serviço específico, o PRCH. Também, não pretende estabelecer uma verdade absoluta sobre a realidade da operacionalização do trabalho do PRCH. Assim, o objetivo limitou-se a compreender as estratégias de cuidado e as práticas orientadas por *recovery* utilizadas naquele serviço, tomando como base de análise a percepção da pesquisadora.

Os investigadores reconhecem, ainda, uma diferença cultural que potencialmente interfere na análise dos locais e eventos pesquisados. O trabalho conduzido no PRCH e em outras instituições parceiras daquele serviço, visitadas pela pesquisadora, ocorre em um contexto social, político e cultural diverso da realidade brasileira, no que tange ao cuidado em saúde mental e ao uso problemático de álcool e outras drogas. Qualquer análise conduzida em contextos culturais diversos deve considerar as especificidades relativas a esta diversidade. A pesquisadora esteve atenta para estas especificidades durante todo o processo de coleta, análise e interpretação dos dados, buscando, assim, minimizar interpretações equivocadas devido a esta limitação.

5 ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E APRESENTAÇÃO DAS INFORMAÇÕES OBTIDAS

O presente capítulo está organizado em três tópicos. Inicia-se com a apresentação do *Yale Program for Recovery and Community Health* (PRCH). Em seguida, é apresentada a caracterização dos locais visitados e atividades observadas durante o período em que a pesquisadora esteve em campo. Finalmente, serão relatadas as categorias construídas a partir da análise dos conteúdos, que apresentam as contribuições da abordagem *recovery* no PRCH para o cuidado de pessoas com problemas de saúde mental e uso problemático de álcool e outras drogas.

Quadro 1: Estrutura da análise de dados

ESTRUTURA DA ANÁLISE DE DADOS	Apresentação do Yale Program for Recovery and Community Health - PRCH
	Caracterização dos locais visitados e atividades observadas
	Contribuições da abordagem <i>recovery</i> no PRCH ao cuidado de Pessoas com transtornos mentais (PTM) e uso problemático de álcool e outras drogas.

Fonte: Elaboração dos autores (2020)

5.1 YALE PROGRAM FOR RECOVERY AND COMMUNITY HEALTH (PRCH)

Situado na cidade de New Haven, Connecticut, nos Estados Unidos, o *Program for Recovery and Community Health* (Programa de Recuperação¹ e Saúde Comunitária - PRCH), do Departamento de Psiquiatria da *Yale School of Medicine*, é um dos principais centros de pesquisa, práticas e sistematização da abordagem *recovery* nos Estados Unidos. Nesta instituição, são realizadas pesquisas colaborativas, atividades educativas, treinamento, consultorias e desenvolvimento e avaliação de políticas e programas com foco na mudança cultural e transformação em geral, de serviços, agências e sistemas de saúde mental e de outros setores

¹ Empregou-se o termo apenas como tradução literal, sem pretensões de assumir uma tradução conceitual, o que é, ainda, objeto de discussão no campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

(ex.: jurídico-prisional, serviço social) com objetivo de reorientar baseado na abordagem *recovery* e para a inclusão social dos indivíduos, famílias e comunidades atendidas.

A noção de *recovery* é relativamente recente e pode ser considerada como uma inovação no campo da saúde mental. No âmbito do PRCH, *recovery* é entendido como um conjunto de processos pelos quais as pessoas com problemas de saúde mental e/ou abuso de substâncias buscam para minimizar as dificuldades associadas, superar e assumir formas de viver mais seguras, dignas, significativas e construtivas, inseridas nas suas comunidades (YALE PROGRAM FOR RECOVERY AND COMMUNITY HEALTH, 2018).

Os princípios norteadores do PRCH estão direcionados para o acompanhamento respeitoso de pessoas com transtornos mentais e uso problemático de álcool e outras drogas em suas jornadas de *recovery*, bem como suas famílias, comunidades e organizações vinculadas. Estes, comprometem-se com a colaboração entre todos os atores, exercitando a flexibilidade e buscando potencializar capacidades de respostas. O programa investiga e descreve as maneiras pelas quais as pessoas com problemas de saúde mental e uso problemático de substâncias conseguem se recuperar e aprender a viver melhor, apesar dos obstáculos. Também, busca identificar, avaliar e disseminar maneiras pelas quais os prestadores de serviços em saúde mental podem oferecer ajuda, visando a promoção da saúde e o empoderamento das pessoas atendidas (YALE PROGRAM FOR RECOVERY AND COMMUNITY HEALTH, 2018).

Assim, o trabalho desenvolvido no PRCH tem como foco a promoção de *recovery*, da autodeterminação e da inclusão social de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, dependência de substâncias e consequente discriminação. Há um esforço no sentido de identificar recursos, pontos fortes e competências de cada pessoa para apoiá-la no gerenciamento de sua própria vida, e na recuperação de um sentido construtivo e significativo de adesão à comunidade. Ao invés de focar no tratamento e/ou reabilitação de pessoas, o serviço oferecido no PRCH preconiza que a principal responsabilidade de um sistema transformado com vistas ao *recovery* passa a ser a de prestar apoio às pessoas em seus próprios esforços para administrar e superar os problemas relacionados à condição de saúde, no processo de reconstrução de suas vidas (YALE PROGRAM FOR RECOVERY AND COMMUNITY HEALTH, 2018).

Vinculada à compreensão de *recovery* adotada pelo PRCH, está a noção de "Saúde Comunitária". No programa, considera-se que a comunidade em que a pessoa vive é um determinante essencial e poderoso de sua saúde. A comunidade é entendida não somente com relação ao ambiente físico onde o indivíduo reside, mas também enquanto mediador dos aspectos culturais, sociais, interpessoais, emocionais e dos valores promovidos nesse ambiente, corroborando a ideia de que a saúde e o comportamento podem ser socialmente determinados. Assim, situações como pobreza, discriminação, traumas e ambientes institucionais podem contribuir e exacerbar ou minorar hábitos perniciosos e transtornos de diversas ordens. Ambientes solidários e respeitosos, relacionamentos reciprocamente amorosos e solidários, situações geradoras de confiança e esperança, emprego remunerado e participação em atividades percebidas como significativas podem contribuir positivamente para o processo de *recovery*. A forma pela qual as comunidades podem apoiar ativamente as pessoas em *recovery* e estabelecer bases mais sólidas para uma comunidade saudável é um dos focos centrais do PRCH (YALE PROGRAM FOR RECOVERY AND COMMUNITY HEALTH, 2018).

Figura 2: Mascote do PRCH: *The flying pig* e quadro expositivo – sede PRCH, *New Haven*, CT



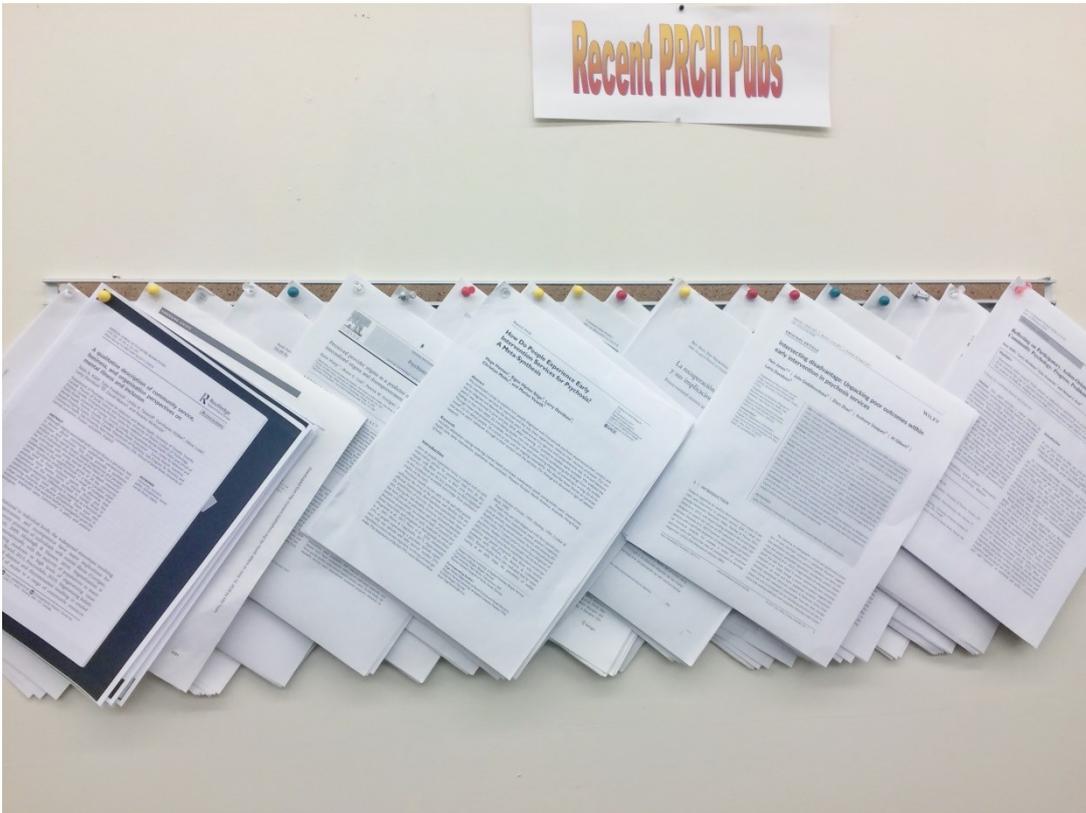
Fonte: fotos do diário de campo da pesquisadora (2018).

Um processo sustentável de *recovery* dificilmente é alcançado se a comunidade onde a pessoa está inserida discriminá-la e excluí-la. Por isso, em vez de esperar para voltar à vida em comunidade, quando o *recovery* tenha sido alcançado (por meio de tratamento hospitalar, por exemplo), considera-se que o processo de *recovery* terá mais sucesso quanto mais rápida e direta seja a inserção da vida da pessoa na comunidade. O processo de *recovery* e a inclusão dos indivíduos na comunidade são otimizados quando os pontos fortes e os interesses da pessoa são valorizados. Por outro lado, há um fortalecimento dessas comunidades quando são incluídos os recursos e talentos de todas as pessoas. A recuperação e a inclusão na comunidade são vivenciadas em meio a relacionamentos naturais em bairros, famílias e amigos locais (YALE PROGRAM FOR RECOVERY AND COMMUNITY HEALTH, 2018).

Vale destacar também a dimensão da produção de conhecimento no PRCH. O Programa tem um intenso trabalho de pesquisas, com foco em diversas temáticas vinculadas ao *recovery* e cidadania. Estas pesquisas são conduzidas por pesquisadores de diversas origens (inclusive usuários) em colaborações locais, estaduais, nacionais e internacionais. Durante a realização da pesquisa de campo, a pesquisadora teve a oportunidade de conhecer outros pesquisadores de diferentes países que também estavam visitando o PRCH a fim de aprender sobre a abordagem *recovery* realizada no local. O acesso e a receptividade por parte da equipe do PRCH aos pesquisadores estrangeiros nos pareceu muito acolhedor, com abertura e interesse em compartilhar as práticas lá realizadas e os aprendizados adquiridos.

O PRCH entende como importante e necessário o envolvimento de pessoas que em algum momento da vida experimentaram algum problema identificado com um diagnóstico de transtorno mental grave ou uso abusivo de álcool ou outras drogas (a que se referem como “pessoas com experiência vivida – *persons with lived experience*), no desenvolvimento de pesquisas científicas. Por isso, o Programa busca o envolvimento dessas pessoas em todos os seus projetos de pesquisa e em todas as fases desses projetos, usando como referência a ideia de “nada sobre nós sem nós”. Além disso, assume como estratégia transformadora o trabalho desenvolvido e liderado pelas pessoas com experiência vivida (COSTA, 2017).

Figura 3: Exposição de pesquisas recentes – sede do PRCH, New Haven - CT



Fonte: fotos do diário de campo da pesquisadora (2018).

O PRCH atua estabelecendo redes de parcerias de âmbitos comunitários e institucionais, com os setores público, privado e sem fins lucrativos, e em níveis local, nacional e internacional. Neste sentido, busca estabelecer conexões com indivíduos, famílias, membros de comunidades, prestadores de serviços em saúde e órgãos responsáveis por políticas públicas. Em 2018, o programa contava com mais de 25 parceiros nacionais e mais de 15 parceiros internacionais oficialmente conveniados, incluindo universidades, ONGs e serviços de saúde mental, além de outras parcerias estabelecidas por projetos de investigação, intercâmbios de estágios, cooperações técnicas e publicações compartilhadas. Estes convênios e conexões constituem-se em oportunidades para compartilharem ideias e cruzarem fronteiras, diminuir a distância entre disciplinas acadêmicas, investigar o desenvolvimento do campo e superar diferenças culturais (YALE PROGRAM FOR RECOVERY AND COMMUNITY HEALTH, 2018).

Com relação à dimensão política do programa, o PRCH tem uma ligação forte com o Departamento de Saúde Mental (DHMAS), que financia e colabora

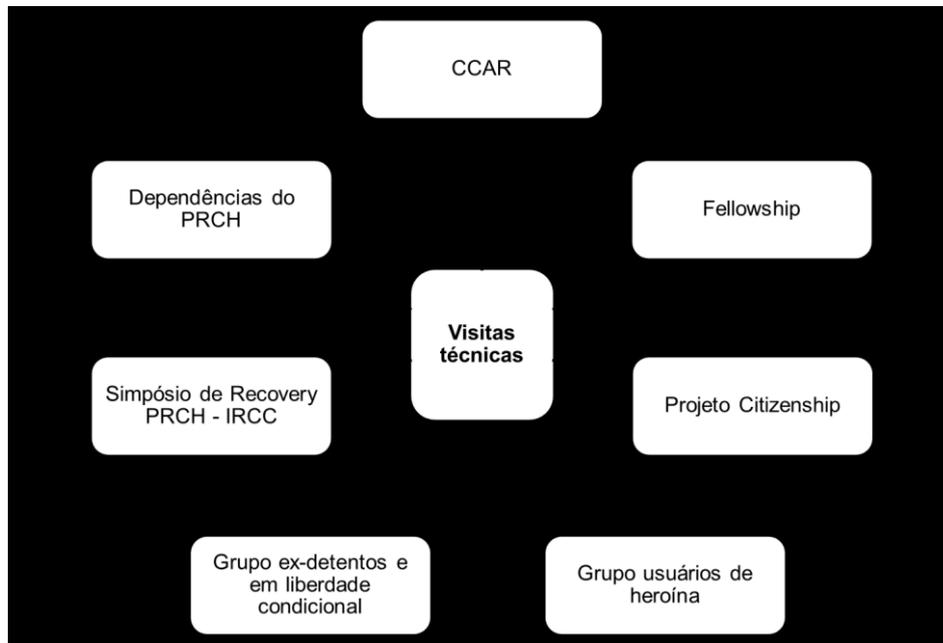
diretamente em vários projetos do PRCH. Na ocasião da visita da pesquisadora, foi possível acompanhar uma reunião da equipe do PRCH, liderada por alguns de seus diretores, em que pesquisadores associados apresentavam seus projetos e pesquisas em andamento, para colaboração de colegas e acompanhamento de status. Algumas dessas pesquisas são financiadas (chamados de *grants*) pelo DHMAS.

Durante as duas semanas em que a pesquisadora esteve frequentando a sede do PRCH, além das visitas aos serviços associados (que serão detalhados na sequência), pode-se observar parte da dinâmica de funcionamento do serviço e sentir o clima organizacional. Na nossa visão, a ambiência foi um ponto de destaque, com um clima muito amistoso e receptivo, assim como relações simétricas e colaborativas entre os membros da equipe, independente dos cargos, onde parecia que as vozes de todos eram ouvidas e consideradas. A sede do PRCH, nesse período, tinha a circulação de um público diverso, como visitantes estrangeiros, estagiários, usuários dos serviços, pesquisadores, líderes comunitários, suportes de pares, parceiros do Programa. As reuniões de equipe muitas vezes eram abertas aos visitantes, e percebeu-se a naturalidade de pessoas com experiência vivida trabalhando em pesquisas e na liderança de projetos diversos. Outro ponto que chamou nossa atenção foi que discussões com foco na doença, em medicamentos ou em diagnósticos não faziam parte de conversas entre os membros da equipe no PRCH, nem eram temáticas dos grupos, nem foram abordados no Simpósio, bem como não estava presente nas pesquisas em andamento.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS VISITADOS E ATIVIDADES OBSERVADAS

Para melhor compreensão dos locais visitados e das atividades realizadas durante a visita da pesquisadora ao PRCH, serão detalhados na sequência cada um desses espaços e contextos.

Figura 4: Locais visitados e atividades observadas durante pesquisa no PRCH



Fonte: Elaboração dos autores (2020). CCRA: Connecticut Community Adiction for Recovery.

5.2.1 *Connecticut Community Adiction for Recovery*

O *Connecticut Community Adiction for Recovery* (CCAR) é uma ONG vinculada ao governo federal norte americano, com mais de 20 anos de atuação. A organização trabalha na promoção do *recovery* para pessoas com problemas com álcool e outras drogas, através da prestação de serviços de atendimento, suporte, educação e empoderamento para autodefesa de direitos. Possui três sedes no estado de Connecticut (CT). O CCAR tem parceria com o PRCH, que faz encaminhamentos, realiza avaliações e consultorias do serviço prestado.

O CCAR trabalha com a perspectiva de um mundo em que o poder pessoal, a esperança e o *recovery* de dependências de álcool e outras drogas sejam compreendidos e adotados. Para isso, disponibiliza auxílio às pessoas atendidas para que se insiram na comunidade, conectando-as a outras pessoas em *recovery* e fornecendo acesso a serviços de suporte da área, bem como auxiliando as pessoas nas suas jornadas.

A visita técnica ao CCAR foi realizada pela pesquisadora e seu orientador, acompanhados por um pesquisador do PRCH, na sede na cidade de

Hartford, capital do Estado de Connecticut, situada a aproximadamente 60 km de New Haven.

Figura 5: Sede do CCAR em Hartford, CT.



Fonte: fotos do diário de campo da pesquisadora (2018).

No local, encontrou-se um ambiente bem cuidado, acolhedor, do tipo “portas abertas”, sem agentes de segurança na entrada. A pesquisadora foi recebida pela recepcionista, que anunciou por telefone sua chegada à funcionária do CCAR, que acompanhou a visita e explicou o funcionamento da instituição.

A cobertura de atendimento do serviço é das 8 h às 24 h, incluindo acolhimento presencial e suporte por telefone e internet. Segundo relato da funcionária, o CCAR atende aproximadamente 60 pessoas por semana. Para casos graves, tem parceria com serviços de urgência de hospitais gerais. Funcionários do CCAR realizam visitas nesses locais para acompanhamento dos internados. Para organizar o cuidado de cada pessoa, o CCAR utiliza projetos terapêuticos singulares, que têm os usuários como protagonistas de seu tratamento, possibilitando a utilização do serviço de forma compatível com seus interesses. Oferecem grupos de suporte, grupos educativos (com foco na preparação para o trabalho, por exemplo) e grupos terapêuticos (yoga, arte e reflexões sobre a vida).

O serviço de suporte de pares é particularmente importante para atendimento aos usuários, sendo os facilitadores (*recovery coaches*) voluntários ou contratados. O CCAR realiza treinamentos para os apoiadores, tendo um programa de acreditação para tal. Os facilitadores realizam grupos presenciais de atendimento e realizam monitoramento à distância, fazendo ligações telefônicas diárias, quando necessário, e utilizando plataformas como o Facebook para acompanhar as pessoas em *recovery*.

São abertas seleções para trabalhadores fixos como apoiadores de pares, podendo concorrer às vagas as pessoas que já passaram por treinamento. À época da visita, a equipe de apoiadores de pares do CCAR contava com 11 trabalhadores fixos assalariados e 15 voluntários. Segundo a funcionária, o valor pago aos apoiadores contratados era de USD\$ 22 a hora, proporcionando um rendimento médio mensal de USD\$ 3.200.

O CCAR também apoia os usuários na busca de empregos, dão acesso a computadores e auxílio para montarem currículos e se candidatarem a vagas disponíveis. Na sede visitada, foram observadas salas com computadores, permitindo aos usuários acessá-los a qualquer hora do expediente (foto abaixo). Há também uma sala de atendimento individual para casos necessários.

Figura 6: Sala com computadores disponíveis aos visitantes – Sede do CCAR Hartford ,CT.



Fonte: fotos do diário de campo da pesquisadora (2018)

Durante a visita, os vários ambientes do CCAR foram conhecidos. Dentre eles, a sala onde ocorrem os grupos, mobiliada com uma mesa redonda grande, com monitor de televisão (geralmente usada para assistir vídeos), permitindo mostrar algo de interesse na internet e *TED Talks* (palestras virtuais sobre assuntos diversos).

Figura 7: Sala de atendimento de grupos, sede CCAR Hartford, CT.



Fonte: fotos do diário de campo da pesquisadora (2018).

Na ocasião da visita ao CCAR ocorria na unidade um treinamento para duas novas *recovery coaches* voluntárias. O treinamento foi observado durante 15 minutos. A percepção foi de que o professor portava-se de forma bem amigável e incentivadora. Expôs às voluntárias sobre os tipos de grupo que são oferecidos. Transmitiu recomendações como: “conheçam sempre os tópicos a serem abordados, sua audiência e seu espaço, estejam sensíveis às pessoas”. “O que te fez sentir bem na sua primeira vez aqui?” Perguntou o professor às alunas,

referindo-se à experiência pessoal das mesmas enquanto usuárias do CCAR anteriormente. E, citou estratégias como: “sorria, se apresente, compartilhe alguma comida, faça conversas amenas, crie uma atmosfera amigável”; “Você não precisa saber de todas as coisas, mas precisa saber fazer boas perguntas”; “Nós não temos que ter todas as respostas, mas tentamos direcionar as pessoas para melhores caminhos”.

Dentre os pontos que mais chamaram nossa atenção durante a visita ao CCAR, pode-se citar o clima acolhedor, ambiência caracterizada por pessoas sorridentes, disponíveis, com menções à esperança. O discurso da equipe parece enfatizar o empoderamento dos usuários, como na fala do professor que conduzia o treinamento das novas voluntárias, durante conversa posterior com a pesquisadora: “O que é *recovery*? Quais os caminhos para o *recovery*? O que funciona para um, não necessariamente funciona para o outro. Deve-se focar nas pretensões das pessoas: encorajá-las a encontrar seu próprio caminho. As pessoas podem mudar”.

5.2.2 Fellowship

O *Fellowship Place* é uma ONG vinculada ao PRCH, situada na cidade de New Haven – CT, próximo à Universidade de Yale. Funciona como um centro de convivência para pessoas adultas com problemas de saúde mental, a maioria destas com diagnóstico de esquizofrenia, transtorno bipolar ou depressão maior.

Figura 8: Sede do *Fellowship* – New Haven, CT.



Fonte: fotos do diário de campo da pesquisadora (2018)

A instituição é pautada nos princípios do *recovery*, oferecendo uma gama completa de serviços de cuidado que visam a promoção de independência, bem-estar e uma vida significativa. Está aberta 365 dias por ano, atendendo mais de 800 pessoas por ano. Os serviços fornecidos são projetados para ajudar a aumentar a estabilidade, a autossuficiência e ajudar os usuários do serviço a funcionar da melhor forma possível. Inclui ajuda com necessidades básicas, refeições, socialização, grupos de desenvolvimento de habilidades, gerenciamento de casos, serviços de treinamento e desenvolvimento de carreira, programas de artes, aulas de informática, recreação e outros. O *Fellowship* também conta com acomodações de apoio, semelhantes aos residenciais terapêuticos, que são moradias próximas ao campus principal.

Na ocasião da visita da pesquisadora ao *Fellowship*, foi atendida por uma funcionária da instituição, da equipe de *recovery coaches*, que explicou sobre o funcionamento do serviço e apresentou a instituição. A mesma relatou que o *Fellowship* estava com 400 pessoas em atendimento regular, vinculadas ao programa atualmente, mas que elas não frequentavam o ambiente ao mesmo tempo.

O *Fellowship* não emprega profissionais da saúde. Segundo a funcionária, quando precisam de apoio, marcam com psiquiatra ou psicólogo de origem da

pessoa. Também, relatou que a equipe do *Fellowship* evita ao máximo encaminhar as pessoas para atendimento no hospital: “Às vezes, eles não estão tão bem, mas tentamos ajudar de todas as formas, somente em casos críticos precisam chamar a ambulância para o hospital (SIC)”.

No dia da visita, a equipe contava com 15 pessoas, sendo oito treinadores da *recovery*, dois terapeutas ocupacionais, três cozinheiros e duas recepcionistas. Cada treinador possui uma sala para atender e conversar individualmente com os usuários quando necessário. “Não precisa de hora marcada, basta chegar lá”, relatou a funcionária.

O campus principal conta com salas de entretenimento e convivência, cozinha e refeitório, sala de informática e de artes. Além das salas de atendimento individual, contam com salas de silêncio (um espaço onde os usuários podem frequentar quando desejam ficar sozinhos ou descansar), espaços externos para descanso, refeições e confraternizações. Também, mantém rotinas de atividades externas, como eventos esportivos em competições com outras entidades. Há um time de futebol que joga torneios contra o time de outro serviço. Ainda, contam com uma grade de atividades disponíveis, embora as pessoas que frequentam não sejam obrigadas a participar, pois segundo a funcionária, “eles têm poder de escolha. A equipe apenas incentiva, mas eles escolhem seu caminho (SIC)”.

Figura 9: Sala de artes Fellowship – New Haven, CT



Fonte: fotos do diário de campo da pesquisadora (2018).

Figura 10: Sala de artes Fellowship – New Haven, CT.



Fonte: fotos do diário de campo da pesquisadora (2018)

Há na instituição um grupo específico para jovens de 18 a 25 anos com transtornos mentais. Estes, participam de encontros fora do campus em grupo, como cinema e outras atividades sociais. O *Fellowship* oferece café da manhã, almoço e janta para os usuários. De acordo com a funcionária, presam por oferecer alimentos saudáveis como frutas e verduras, não servem doces e nem frituras, pois “querem cuidar da mente e do corpo”. Segundo a treinadora do *recovery*, “muitos têm efeitos secundários graves da medicação, por isso é importante ter uma alimentação saudável”.

Ao lado do campus principal ficam as acomodações de apoio, que são duas casas com quartos individuais e espaços com cozinha e banheiro compartilhados. Esses locais abrigam pessoas com problemas mais graves de saúde mental, de forma que elas conseguem ter sua liberdade e morar sozinhas. Um treinador do *recovery* se desloca ao local algumas vezes por dia para verificar se precisam de algo e prestar o suporte necessário, mas não contam com enfermeiros ou outros profissionais da saúde. Na ocasião, haviam 25 pessoas vivendo nas acomodações de apoio.

Figura 11: Acomodações de apoio *Fellowship* – New Haven, CT.



Fonte: fotos do diário de campo da pesquisadora (2018).

O Fellowship também conta com um projeto para pessoas em situação de rua, tendo um espaço destinado para o atendimento desse público. Lá eles podem passar o dia, tomar banho, fazer refeições, lavar roupa. A equipe também auxilia no agendamento com médicos, quando precisam.

Figura 12: Acomodações para usuários do projeto para pessoas em situação de rua *Fellowship* – New Haven, CT.



Fonte: fotos do diário de campo da pesquisadora (2018).

5.2.3 Grupo para ex-detentos ou em liberdade condicional – *Fellowship*

Em um espaço específico dentro da estrutura do *Fellowship*, o *Crest Center*, ocorrem atendimentos direcionados para pessoas recém-saídas da prisão ou que estão cumprindo liberdade condicional e que tem problemas de saúde mental como esquizofrenia, depressão ou bipolaridade. Os pesquisadores tiveram a oportunidade de conhecer esse local, conversar com o mediador do grupo, um apoiador de pares vinculado ao PRCH, bem como puderam participar de um encontro de grupo.

Figura 13: Espaço de atendimento *Crest Center - Fellowship* – New Haven, CT.



Fonte: fotos do diário de campo da pesquisadora (2018).

Além disso, o apoiador de pares explicou o funcionamento das atividades que ocorrem no *Crest Center*, relatando sua trajetória pessoal, que é uma pessoa em *recovery*, que teve experiência com abuso de drogas, mas que está “limpo” e trabalha como apoiador mediando o grupo em questão. Referiu que o mesmo ocorre duas vezes por semana e que os participantes, quando vão às atividades do *Crest Center*, costumam ficar no *Fellowship* das 9 h às 18 h, participando de diversas atividades (conforme imagem abaixo).

Figura 14: Mural de atividades do dia no espaço de atendimento *Crest Center - Fellowship* – New Haven, CT.



Fonte: fotos do diário de campo da pesquisadora (2018).

O mediador iniciou o grupo pedindo que cada um se apresentasse, falando seu nome e o que mais desejasse. No início, o grupo era composto por cinco participantes, embora outra participante tenha chegado ao ambiente alguns minutos depois. Esta, bem agitada, reclamando muito e batendo a porta do local. O apoiador conversou e a convidou para que se sentasse à mesa com os demais. Um dos integrantes iniciou falando que havia saído da prisão recentemente, e que naquela data era seu quinto dia de participação no grupo. Disse que estava com encontro marcado para visitar seu filho no final de semana e falou de seus sentimentos a esse respeito. Contou que já morou na rua e refletiu que sabe que para retomar sua vida passará por um processo, que tenta ser esperançoso. A mulher, que chegou atrasada, relata sua dificuldade em conseguir algum lugar para morar, pois saiu da cadeia e “ninguém dá chances à ela por causa disso (SIC)”, referindo-se à dificuldade de alugar algum local para morar pois sempre veem seu histórico da prisão e todas as portas se fecham. Relata que já morou na rua quando seu marido faleceu. Reclama bastante, demonstrando muita agitação. Apesar das dificuldades, diz que estava conseguindo “ficar limpa”. O mediador interveio referindo que ela precisava parar de achar que o mundo estava contra ela, que precisa entender que certas coisas são um processo, precisa ter paciência. Nesse momento, o outro integrante, que iniciou se apresentando, falou palavras de

incentivo à mulher, que pareceu aceitar e acalmar-se um pouco. Aos poucos, outras pessoas se aproximaram do grupo, sendo que alguns pareciam estar sob efeito de drogas.

Um dos integrantes relatou que estava sob condicional e parecia querer confrontar o mediador, referindo que estava participando daquele encontro somente por obrigação, que já participou de diversos grupos como AA e NA, mas que fazia uso das drogas que quisesse, que só iria parar quando quisesse, pois, somente a vontade dele interessava. O mediador concorda que ele precisa se conscientizar e se responsabilizar para fazer qualquer mudança em sua vida, refletiu que há diversos caminhos para o *recovery*, e cada um deve encontrar o seu.

Em diversos momentos o apoiador interveio trazendo sua experiência pessoal para o grupo, contando as dificuldades que viveu, e também seus caminhos para as superar. Porém, sempre reforçou que o que servia para ele não seria o que serviria para os outros, que “cada um deve achar seu caminho para *recovery*” (SIC). Relatou que perdeu sua mãe quando criança e era o filho mais novo de sete irmãos, e que muitas vezes usava drogas chorando como uma criança, com pena de si porque não tinha tido sua mãe presente. Disse “há um buraco na minha alma” (SIC), e que tentava “tapar” com as drogas. Mas as drogas não curavam nada, só traziam mais problemas, refletiu o apoiador de pares.

5.2.4 Grupo para ex-usuários de heroína

O grupo é realizado uma vez por semana, das 17 h às 19 h, em uma sala cedida por uma igreja na cidade de New Haven- CT. É um grupo fechado, que aceita a participação de membros previamente inscritos, sendo vinculado ao PRCH e tendo como coordenadora uma apoiadora de pares da equipe do PRCH. Apesar do local onde é realizado o encontro, o grupo não tem um direcionamento religioso, tendo foco em ex-usuários de heroína, contando com a participação de muitos moradores em situação de rua. Apesar disso, as temáticas abordadas no grupo não são relacionadas ao uso de drogas e os participantes não são questionados “se estão limpos”.

Na ocasião da visita dos pesquisadores, haviam aproximadamente 50 pessoas no grupo. No início do encontro, foi servido um lanche com café. Após, a coordenadora iniciou o encontro diminuindo as luzes, pedindo silêncio e que os

participantes fechassem os olhos e se concentrassem no momento. Então, solicitou que as pessoas novas, inclusive os pesquisadores, se apresentassem, deixando à vontade para falar o que quisessem. Após, solicitou aos membros antigos do grupo que explicassem as regras, como: não desrespeitar os outros integrantes, esperar para comer nos intervalos, não ter conversas paralelas, não fumar, desligar o celular.

A coordenadora do grupo falou sobre conexão espiritual, sobre *recovery*, e entregou uma folha para cada participante, pedindo que cada um desenhasse sua mão, e em cada dedo escrevesse as cinco coisas mais importantes em sua vida. Explicou que a atividade era individual, que poderiam ser sinceros sem se preocupar com a opinião dos outros, e que cada um teria sua verdade.

Durante toda a atividade, a coordenadora incentivou as pessoas que quisessem falar sobre o que é ter uma vida em *recovery*, o que fazem quando não estão se sentindo bem, sobre amar a si mesmos, e sobre *recovery* ser uma jornada pessoal. Também, a coordenadora falou sobre a pessoa em *recovery* “ser a motorista do seu carro, que guiará o seu próprio cuidado”, e pediu para que os participantes escrevessem num papel quem estava como passageiro junto nesse carro para apoiá-los nessa trajetória, que poderiam ajudá-los no seu processo de *recovery*.

Durante todo o encontro, os participantes participavam dando seus depoimentos de forma espontânea, sendo sempre validados pelos colegas, criando um clima de aceitação e amorosidade. “Aqui o grupo é como uma família”, dizia a coordenadora. Entre os pontos que mais chamaram à atenção, pode-se destacar a energia e força da palavra disponibilizada pela apoiadora que coordenou o grupo, tendo o dom de motivar o grupo, bem como a atmosfera amigável e fortalecedora do grupo, onde todos participavam com interesse, reforçando a fala dos outros e se mobilizando com as histórias alheias. Também, pode-se citar a frequência das falas dos participantes citando Deus, mas com foco na fé, e não direcionadas a alguma religião. Apesar de ser um grupo para ex-usuários de drogas, também chamou a atenção o fato de que não houve menção às drogas ou abstinência. As falas, tanto da coordenadora quanto dos participantes, foram sempre em tom de estímulo a buscarem suas forças, acreditar no seu potencial.

5.2.5. *Citizens Community Enhancement Project (CCEP)*

O *Citizens Community Enhancement Project* (Projeto Cidadão - Aprimoramento Comunitário) está vinculado à Universidade de Yale, Departamento de Psiquiatria, Programa de Recuperação Saúde Comunitária (PRCH) e ao Centro Comunitário de Saúde Mental, financiado pelo Departamento de Serviços de Saúde Mental e Dependências de Connecticut. O Projeto Cidadãos utiliza a estrutura da cidadania, um modelo inovador de integração comunitária e inclusão social desenvolvido pelo PRCH. Assim, o *Citizens Community Enhancement Project* ocorre na cidade de New Haven-CT, em uma sala cedida pela *Community Soup Kitchen*, próximo ao campus de Yale. Tem duração prevista de seis meses, podendo se estender por até 9 meses, dependendo da demanda do grupo. Os encontros ocorrem duas vezes por semana, cada um com duração média de 2 h.

Figura 15: Local onde ocorriam os encontros do CCEP, New Haven -CT



Fonte: fotos do diário de campo da pesquisadora (2018).

O Projeto Cidadão oferece aulas não tradicionais voltadas para os direitos, responsabilidades, papéis, recursos e relacionamentos que fazem parte dos membros da comunidade. Os tópicos das aulas incluem: construções de relacionamentos, WRAP (plano de ação e bem estar do *recovery*); gerenciamento da raiva; treinamento de assertividade; questões e direitos legais; negociação do sistema de justiça criminal; opções e questões de moradia; desenvolvimento vocacional e educacional; direitos e defesa do paciente; direitos e advocacia do paciente; alternativas saudáveis no *recovery*; gerenciamento do estresse; palestras como temáticas como a prevenção do HIV, diabetes e negociação; e, desenvolvimento de metas e outros.

Além das temáticas pré-definidas para as aulas, nos encontros há um momento destinado ao grupo de apoio que os alunos apelidaram de “*What'sUp*” (O que rola? Tradução livre para o português), onde os participantes compartilham seus desafios e realizações entre si, dão e recebem feedback honesto e confidencial.

Os alunos que fazem parte do projeto recebem uma bolsa de dez dólares ao final de cada aula que frequentam. Além disso, há uma festa anual de formatura de estudantes, e uma festa semanal de pizza, realizada no Centro de Saúde Mental de Connecticut, que oferece aos alunos e aos graduados do projeto a oportunidade de socializar e conhecer novas pessoas.

Os encontros do grupo são conduzidos por uma especialista de suporte de pares, que disponibiliza seu apoio dentro ou fora da sala de aula, fazendo parte da equipe do PRCH. O trabalho desenvolvido pela apoiadora é remunerado e na época o valor era de \$200 por semana.

A participação no Projeto Cidadãos é voluntária, ocorrendo através de processo de indicação, com inscrição contínua no PRCH. Os requisitos para participar do programa são: ter 18 anos ou mais e residir na área metropolitana de New Haven; estar em tratamento de saúde mental ou ter envolvimento no Sistema de Justiça Criminal nos últimos dois anos (por exemplo, ter estado preso, estar em liberdade condicional ou em encarceramento).

Surgiu a oportunidade de participar de um encontro do grupo, bem como de encontrar a apoiadora de pares responsável pela condução do grupo e a coordenadora do *Citizens Community Enhancement Project* do PRCH um dia antes, para que as mesmas pudessem explicar previamente o funcionamento do projeto. Ambas relataram que não é exigido abstinência dos participantes, mas que eles não

podem chegar no grupo embriagados ou drogados. Elas comentam que “a escolha é deles, assim como as consequências” (SIC). Também, referem que muitas vezes estes acabam parando o uso de substâncias por conta própria, mas que “cada um tem o seu tempo” (SIC).

Segundo a coordenadora, o suporte de pares que conduz o grupo tem uma forma muito flexível de trabalhar, respeita o tempo de cada um e suas necessidades, trabalhando de forma muito orgânica e livre. Por isso, às vezes alguns encontros se estendem além do tempo previsto de 2 h, quando percebe-se que será importante aos participantes.

Os encontros são organizados com a programação de uma hora para o momento de “*What’s up?*”, e a outra hora para as aulas específicas. Segundo a coordenadora do projeto, pode haver a flexibilização dessa divisão de tempo, de acordo com a demanda do grupo.

A especialista em apoio de pares relatou que os grupos iniciam com uma média de 20 participantes, havendo algumas evasões no decorrer do processo por diversos motivos. Os participantes têm flexibilidade para escolher as temáticas de seu interesse, mas algumas são fixas, como a aula de “*power speaking*”. Nessa aula, os alunos aprendem a se apresentar, a falar se si mesmos de uma forma mais organizada. No final, fazem pequenos vídeos para filmarem a si mesmos, para que possam se visualizar falando. Também, incentivam que os outros integrantes deem *feedbacks* de forma positiva, e que a própria pessoa faça uma autoanálise do seu vídeo, buscando uma crítica positiva também a seu respeito. Há aulas voltadas para a melhoria de relações familiares, onde aprendem a encontrar caminhos para lidar com suas dificuldades na família e por vezes se reaproximar dela. A especialista em apoio de pares referiu que há muitos casos de relações cortadas com familiares, pois muitos dos alunos têm histórico de abuso de álcool ou outras drogas, ou ficaram muito tempo presos e perderam o contato com as famílias.

Há temáticas voltadas para trabalhar as relações amorosas, pois muitos dos alunos têm dificuldades no relacionamento, ou tem relações abusivas ou destrutivas. Assim, eles podem ter um espaço para pensarem a respeito da situação. Também, há grupos voltados à reinserção na comunidade, auxiliando os participantes a encontrar seu espaço, assim como a se inserir no mercado de trabalho.

Após concluído o ciclo das aulas, antes de se graduarem, os alunos são incentivados a trazerem duas fotos, uma de “como eu era antes de começar o grupo” e outra de “como eu sou agora depois do grupo”, focando sempre em quais foram os ganhos obtidos nesse processo. Segundo a especialista em suporte de pares que conduz o grupo, a equipe do projeto mantém contato com os participantes após a formatura, e eles têm as portas abertas no PRCH. Além disso, os profissionais que atuam como apoiadores de pares também continuam atuando nas comunidades, tendo acesso aos alunos e ex-alunos, dando suporte quando preciso.

Na ocasião da participação das pesquisadoras no grupo, era o primeiro dia de uma nova turma, que contava com 10 alunos iniciantes. Estavam presentes a equipe do PRCH, na figura da diretora do projeto de cidadania, a coordenadora do projeto, que atuou como co-facilitadora, e a especialista em suporte de pares, que facilitou o grupo. Também estavam presentes dois pesquisadores da Nova Zelândia, que participaram do grupo com o objetivo de conhecer o projeto e replicar o trabalho desenvolvido em seu país, e um ex-aluno já graduado, que participou do encontro para incentivar os novos integrantes e contar que havia conseguido um emprego.

A diretora do projeto iniciou relatando a história do projeto e do grupo, que já ocorria há 16 anos. Ela explicou que o local era um espaço de ajuda e respeito a todos, e que sempre aprende com os participantes. Também, esclareceu sobre a presença da pesquisadora deste estudo e dos outros dois pesquisadores, informando que estes não estavam lá para analisá-los, mas para participar e contribuir.

Em seguida, a facilitadora se apresentou e explicou aos alunos o seu papel como apoiadora de pares, reforçando que sua atuação vai além dos encontros de grupo, e que ela estava disponível na comunidade para auxiliá-los no que fosse preciso. Ainda, disse que não tinha todas as respostas ou uma fórmula mágica para resolver os problemas, mas que estava 100% disponível para ajudá-los a descobrir o caminho. Repassou informações sobre o projeto e o funcionamento do grupo, reforçando a questão do sigilo das informações ali disponibilizadas. Esclareceu também sobre as aulas temáticas e o momento do grupo do “*What’s up*”, contando que esse foi inserido a pedido dos próprios participantes para que pudessem ter um espaço para falar como se sentiam, que deveriam saber que ninguém tem o caminho ideal, mas que poderiam se inspirar com a história dos outros para encontrar os seus.

O encontro decorreu de forma fluida, com espaço para que cada um pudesse falar e ouvir os *feedbacks*. A equipe do PRCH foi extremamente respeitosa, acolhedora e humanizada em suas intervenções. Havia uma atmosfera de muita compaixão, aceitação, motivação. As histórias eram emocionantes e permeadas pela força das pessoas ali presentes, principalmente com a energia contagiante e inspiradora da facilitadora do grupo, que deu um exemplo prático de todos os princípios do *recovery*.

O Projeto Cidadão foi o ponto de destaque de todas as visitas realizadas, pela sua estrutura, pelos seus objetivos, e principalmente, pelo seu grande potencial de mobilização e facilitação para o *recovery* e cidadania.

5.2.6. Simpósio *Recovering Citizenship II: Community, National, and International Perspectives*

Nos dias 15, 16 e 17 de maio de 2018, ocorreu na sede do PRCH, em New Haven, Connecticut, EUA, o *Symposium Recovering Citizenship II: Community, National, and International Perspectives* (Simpósio Recuperando a Cidadania II: Perspectivas Comunitárias, Nacionais e Internacionais), do *International Recovery and Citizenship Council – IRCC* (Conselho internacional de Recovery e Cidadania). O evento foi patrocinado pelo *IRCC & Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services – DMHAS* (Departamento de Saúde Mental e Serviços de Dependência de Connecticut) e o *Yale Program for Recovery and Community Health of the Yale School of Medicine, Department of Psychiatry and Connecticut Health Center* (Programa de Recuperação e Saúde Comunitária da Escola de Medicina de Yale, Departamento de Psiquiatria e Centro de Saúde de Connecticut).

Figura 16: Recepção do Simpósio *Recovering Citizenship II: Community, National, and International Perspectives*, sede do PRCH em New HaVen - CT



Fonte: fotos do diário de campo da pesquisadora (2018).

A pesquisadora teve a oportunidade de participar deste evento, no qual estavam presentes representantes da Austrália, Brasil, Canadá, Escócia, Espanha, Estados Unidos, França e Nova Zelândia. O público era diversificado, contando com mais de cem pessoas, dentre pesquisadores, estudantes, profissionais de saúde, especialistas em suporte de pares, gestores, pessoas em *recovery* de diferentes países, usuários de serviços do PRCH, em clima muito amistoso.

O simpósio abrangeu discussões individuais e em grupo, painéis, grupos de trabalho, apresentações de iniciativas e de projetos vinculados ao PRCH, bem como apresentações artísticas. Foi discutido também o estágio em que se encontrava a abordagem *recovery* em cada um dos países representados, seus contextos, desafios e possibilidades.

Figura 17: Palestra durante Simpósio *Recovering Citizenship II: Community, National, and International Perspectives*, sede do PRCH em New Haven - CT



Fonte: fotos do diário de campo da pesquisadora (2018).

Na ocasião do evento, também ocorreu uma reunião do *International Recovery and Citizenship Council – IRCC* (Conselho internacional de Recovery e Cidadania), que é uma cooperativa global de decisores políticos, profissionais de saúde, pessoas com experiência vivida, advogados e pesquisadores. Nessa reunião, foram discutidos assuntos relativos ao *recovery*, planejamento do próximo simpósio, possibilidades de expansão da abordagem e de novas parcerias mundiais.

5.3. CONTRIBUIÇÕES DA ABORDAGEM *RECOVERY* NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E SOBRE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

No Quadro 1 são apresentadas as contribuições, conforme percebidas pelos pesquisadores, da abordagem *recovery* no cuidado de pessoas com problemas de saúde mental e com uso problemático de álcool e drogas. A categorização foi realizada a partir da técnica de análise de conteúdo, conforme descrito no item 4.3, acima. A partir da sistematização das experiências, da análise das informações do diário de campo e de materiais coletados durante a pesquisa, foram construídas tabelas preliminares para organizar e agrupar os conteúdos, e na sequência, consideramos as temáticas de maior relevância que foram então

interpretadas, gerando as categorias abaixo, que serão detalhadas nos subcapítulos que seguem.

Quadro 1: Contribuições da abordagem *recovery* no cuidado de pessoas com problemas de saúde mental e com uso problemático de álcool e drogas.

Contribuições da abordagem <i>recovery</i> no cuidado de pessoas com problemas de saúde mental e com uso problemático de álcool e drogas	<i>Recovery</i> como processo pessoal interativo
	Pessoas com experiência vivida atuando profissionalmente nos serviços
	Protagonismo da pessoa em <i>recovery</i> no seu processo de tratamento e de condução de sua vida
	Mudança na atuação do profissional de saúde
	Dimensão da cidadania vinculada ao <i>recovery</i>
	Trabalho como fator constituinte do processo de <i>recovery</i>

Fonte: elaboração dos autores (2020).

5.3.1 *Recovery* como processo pessoal interativo

Um dos pressupostos básicos da abordagem *recovery* em saúde mental e álcool e drogas é de que o *recovery* é um processo pessoal, uma jornada singular, que pode ser facilitada pela interação com outros. Essa premissa teórica pôde ser amplamente observada durante o período em que a pesquisadora esteve visitando os mais variados serviços do PRCH, tanto em conversas informais com pessoas em *recovery*, com os profissionais que atuam nos serviços e com os mentores de apoiadores, quanto nas observações de pessoas atuando nos serviços.

“Pessoas fazem *recovery* todos os dias, é um processo” (SIC), relata um participante do Simpósio Recuperando a Cidadania II. Essa fala ilustra a ideia de processo com uma noção de movimento, se contrapondo a ideia de que se busque atingir um ponto final, como algo semelhante à cura. O processo de *recovery*

representaria, nesse sentido, um estado de ser e de tornar-se, um caminho e não um destino.

Durante uma intervenção do mentor de pares no grupo de pessoas oriundas do sistema prisional, ele também representa essa ideia ao mencionar sua experiência pessoal para o grupo, referindo: “Não estou falando de cura, estou falando de ter uma vida melhor mesmo com suas dificuldades e com suas doenças... Mas o que serviu para mim não serve para os outros, cada um tem que achar seu caminho para *recovery*” (SIC). Nesse sentido, *recovery* é entendido como um processo em que a própria pessoa está envolvida na descoberta de como gerenciar e conviver melhor com seus problemas. Não é uma moda passageira, um fardo adicional ou algo que possa ser promovido por outra pessoa a alguém (DAVIDSON *et al.*, 2006).

Por isso, nessa linha de pensamento, sendo o processo de *recovery* uma experiência individual, esta não pode ser comparada com a de outra pessoa, já que cada um tem a sua jornada. “Apenas a própria pessoa pode sentir seu *recovery*” (SIC), reforçou um usuário do *Fellowship*, em uma conversa informal.

No entanto, embora seja uma experiência individual, estudos já demonstram que o *recovery* não é um processo solitário, nem acontece num vácuo, envolvendo muito mais do que o *recovery* da doença em si. Ele abarca uma dimensão social e ocorre através de relações estabelecidas com os outros e da participação em sociedade. A família, os amigos, os colegas de trabalho, os vizinhos, são fontes importantes de suporte e interdependência, bem como o acesso a recursos sociais como habitação, renda, emprego, educação (DUARTE, 2007).

A dimensão social relacionada à jornada pessoal de *recovery* tem grande relevância no processo de cada indivíduo. Esse fato também pode ser amplamente percebido em todos os serviços visitados no PRCH, permeando das mais variadas formas os discursos de profissionais e usuários do PRCH, bem como nas intervenções observadas. Pode-se citar como exemplo a abordagem de temáticas relacionadas a relacionamentos familiares e amorosos nas aulas do grupo de Cidadania, bem como a preocupação dos profissionais atuantes no PRCH para questões envolvendo aspectos relativos à cidadania e nas falas de participantes em grupos de suporte mútuo, que evidenciam a importância da interação: “não estamos sozinhos, juntos conseguimos mais. Vamos honrar nossa comunidade” (SIC).

Outro ponto importante no processo pessoal de *recovery* é o reencontro com a esperança e com um propósito de vida, sendo esse mais um diferencial percebido durante as visitas aos serviços orientados ao *recovery* do PRCH. Narrativas de pessoas em primeira pessoa apontam que a essência emocional do *recovery* é a esperança, uma promessa de que as coisas podem e mudam, que hoje não é como sempre será. Um tema-chave é o do significado, ou a descoberta do propósito e da direção na vida de alguém (JACOBSON; CURTIS, 2000).

Ilustrando a importância do propósito e da esperança no processo de *recovery*, destaca-se a fala de um ex-usuário de heroína durante o encontro de grupo: “renove seus valores diariamente, levante sua cabeça, se mantenha otimista. Nós temos um propósito e um plano para seguir em nossa vida diariamente, mantenha a fé” (SIC). Assim, entende-se o *recovery* como uma jornada interativa que requer um contexto social provido de significados, em vez de simplesmente construir laços sociais e relacionamentos dentro de uma rede (MEZZINA *et al.*, 2006).

Mesmo que o *recovery* seja um processo evolutivo, o seu percurso não é linear. A maneira como as pessoas passam de um estágio para outro seguinte não é algo que pode ser pré-definido. Pode haver retrocessos, após os quais se deve começar novamente a viagem (DUARTE, 2007). Além disso, as pessoas podem experimentar mais do que uma forma de *recovery* em um dado período de tempo, bem como entrar e sair de diferentes formas do processo de *recovery* ao longo do tempo. A fala dos mentores de pares nos grupos visitados durante a pesquisa no PRCH sempre enfatizava a possibilidade de recaídas no meio do processo de *recovery*, bem como reforçavam a importância do aprendizado com os contratempos, exaltando a diversidade dos processos de *recovery*. Nesse sentido, a fala de um participante do grupo de Cidadania do PRCH ilustra a importância do autoperdão e do respeito ao seu próprio processo de crescimento no decorrer do *recovery*: “sempre perdoe a si mesmo” (SIC).

O processo de apoio e respeito aos que ainda não estão em *recovery* também foi percebido durante a pesquisa no PRCH, principalmente na fala de profissionais com experiência vivida, demonstrando-se abertos e disponíveis quando as pessoas estão lutando pelo *recovery*. A facilitadora do grupo de Cidadania comentou em conversa informal que às vezes alguns participantes comparecem aos encontros contando sobre recaídas e que não são recriminados por isso, ela diz que

nesses casos sempre questiona o que foi aprendido com aquela situação. “Cada pessoa tem sua própria jornada de *recovery*, eu não posso dizer o que é melhor para ele, mas posso ajudá-lo a descobrir” (SIC), diz a apoiadora.

Assim, compreende-se como uma importante contribuição da abordagem *recovery* o entendimento e o respeito a sua dimensão pessoal, ao seu processo em permanente construção, com diferentes caminhos. Também destacam-se a relevância de sua dimensão social e da construção e manutenção de relacionamentos funcionais.

5.3.2 Pessoas com experiência vivida atuando profissionalmente nos serviços

Como categoria central na presente pesquisa, o reconhecimento da atuação profissional de pessoas com experiência vivida nos serviços configurou-se como ponto de grande relevância a ser destacado. Em todos os locais visitados durante a coleta de dados, conforme já detalhado, havia nas equipes pessoas com experiência vivida atuando. Em alguns deles, como o centro de convivência *Fellowship*, são exclusivamente esses profissionais que compõem a equipe técnica, não havendo profissionais da saúde no local.

Em conversa informal com a especialista em suporte de grupos do PRCH, que facilita o grupo de Cidadania, a mesma perguntou sobre o funcionamento dos cuidados para pessoas com problemas de saúde mental e abuso de álcool e drogas no Brasil. Ao explicar a ela sobre as equipes multiprofissionais que compõem os serviços, ela demonstrou espanto, questionando “como um serviço pode funcionar somente com profissionais, sem contar com o olhar de quem já esteve lá?” (SIC). Para ela, foi uma surpresa saber que não temos incorporado às equipes brasileiras de saúde mental pessoas com experiência vivida.

O estranhamento demonstrado pela profissional do PRCH e a ampla inclusão desses profissionais nas equipes visitadas reflete o papel central da orientação ou apoiadores de pares nas abordagens direcionadas ao *recovery*. (DAVIDSON *et al.*, 2009). Uma suposição subjacente é que existe um “valor agregado” a qualquer serviço ou suporte fornecido por alguém que compartilhe sua própria jornada de *recovery*, servindo para combater o estigma e inspirar esperança (TONDORA *et al.*, 2008).

O ato de cuidar em saúde mental não se restringe a técnicas ou a procedimentos. A narrativa de pessoas em *recovery* reforça a importância de terem uma pessoa com experiência vivida como seu mentor para quem confiar sua jornada. Em uma das visitas realizadas ao PRCH, durante a apresentação de uma pessoa em *recovery* no Simpósio Recuperando a Cidadania II, a fala dela demonstrou o impacto da vivência de outros no processo pessoal de *recovery*: “No início, eu não acreditava na minha possibilidade de *recovery*, mas ao falar com pessoas que estavam em *recovery* que atuavam como apoiador de pares, comecei a acreditar que eu tinha futuro” (SIC).

Modelos de *recovery* podem ajudar as pessoas a entenderem como a recuperação se parece e dão ideias do que podem ter de expectativa. Um sentimento de esperança pode resultar a partir da observação e troca com outras pessoas que sofreram da mesma maneira e experimentaram os mesmos desafios que a pessoa doente e como estão vivendo agora vidas melhores ou mais gratificantes (DAVIDSON, *et al.*, 2009).

Outra questão importante relacionada ao tema é que o trabalho dos especialistas em suporte de pares é remunerado, não configurando apenas como uma possibilidade de serviço voluntário. Anthony (2000) destaca que em serviços orientados ao *recovery*, os consumidores são amplamente requisitados para empregos em todos os níveis dos serviços. Essa realidade foi comprovada no PRCH pela pesquisadora, que teve a oportunidade de conhecer e conversar com diversos desses profissionais que atuam em locais como o Fellowship, o CCAR, bem como em projetos vinculados ao PRCH, como o Projeto de Cidadania, o grupo de ex-viciados em heroína e no grupo destinado a oriundos do sistema prisional.

Assim, percebeu-se com a experiência no PRCH que uma característica essencial da abordagem *recovery* é a primazia da participação das pessoas em *recovery* e de seus entes queridos em todos os aspectos e fases do processo de prestação de cuidados. A participação varia desde o enquadramento das perguntas ou problemas a serem abordados, da construção das avaliações a serem conduzidas, até a entrega, avaliação e monitoramento dos cuidados. Essa participação também pode ocorrer no desenvolvimento de novos serviços, intervenções e apoios (TONDORA *et al.*, 2008).

“Como podemos pensar com as pessoas?” – questionou o pesquisador de uma universidade do Canadá para os profissionais que estavam participando do

Simpósio Recuperando a Cidadania II. A provocação do pesquisador reflete um comportamento que pode ser observado com frequência no PRCH, que é de pessoas em *recovery* serem rotineiramente convidadas a compartilhar suas histórias com os frequentadores atuais dos serviços, bem como fornecendo treinamento à equipe. Segundo Tondoraet *al.* (2008), relataram que as pessoas em *recovery* abarcam uma proporção significativa de representantes do conselho de administração, conselho consultivo ou outros comitês de direção e grupos de trabalho de um serviço de saúde mental ou álcool e drogas.

Esse trânsito de pessoas em *recovery* em todos os níveis de serviços do PRCH, com aparente fluidez e simetria nas relações com os outros profissionais dos serviços, foi um ponto de destaque das visitas. Cita-se a abertura que pesquisadores e colaboradores do PRCH tem para visitantes e pesquisadores estrangeiros que vão até lá para conhecer e aprender com os serviços prestados. A pesquisadora teve a oportunidade de participar de reunião por diretores do PRCH com equipe de PRCH e pesquisadores associados, ocasião em que são apresentados projetos de pesquisa e equipe discute a respeito destes. Nessa ocasião, muitos dos pesquisadores eram pessoas com história pessoal de *recovery*.

5.3.3 Protagonismo da pessoa em *recovery* no processo de tratamento e na sua vida

Diversos estudos apontam que um dos alicerces da abordagem *recovery* é o protagonismo da pessoa no processo de tratamento e na sua vida. Ao acompanhar os serviços orientados ao *recovery* do PRCH, pode-se perceber a abrangência desse conceito, sendo que a “teoria” foi vista em prática em todos os locais visitados, presente no discurso dos trabalhadores e das pessoas em *recovery*.

Baseados na concepção do *driver* (condutor), a equipe do PRCH pauta suas ações na ideia de que a pessoa em *recovery* deve assumir o papel de “condutor” do seu tratamento e de sua vida. Os profissionais, familiares e amigos podem até estar na “carona”, auxiliando no processo, mas quem está no comando e dirige o “carro” é a própria pessoa. No guia proposto pelo PRCH “*Getting in the driver’s seat: preparing for your plan*”, a narrativa de uma pessoa em *recovery* que atua profissionalmente no PRCH ilustra a ideia do *driver*.

“Para mim, *recovery* significa que tenho que permanecer no banco do motorista da minha vida. Não deixo minha doença me controlar. Ao longo dos anos, trabalhei duro para me tornar uma especialista em meu próprio autocuidado. Estar em *recovery* significa que não tomo apenas medicamentos. Em vez disso, uso medicamentos como parte do meu processo de *recovery*. Ao longo dos anos, aprendi maneiras diferentes de me ajudar. Às vezes eu uso medicamentos, terapia, autoajuda e grupos de apoio mútuo, amigos, meu relacionamento com Deus, trabalho, pratico exercício, passo um tempo na natureza - todas essas medidas me ajudam a permanecer íntegro e saudável, embora eu tenha uma deficiência”.

Ao contrário da passividade de ser paciente ou ser atendido em serviço em que sua voz não é ouvida, o processo de *recovery* é ativo e exige que o indivíduo tenha responsabilidade pessoal por seu próprio *recovery*. “Apenas a própria pessoa pode recuperar a si mesma” (SIC). Assim era a narrativa de uma pessoa participante do projeto de cidadania do PRCH. Um serviço orientado ao *recovery* dá ênfase à escolha da pessoa, apoia ações autônomas, possibilitando que esta tenha uma gama de oportunidades de escolhas e informações completas sobre essas opções, aumentando a responsabilidade pessoal pelas consequências das escolhas (JACOBSON; CURTIS, 2000).

Tal caminho perpassa por um senso de autonomia, que inclui autoconfiança, conhecimento e disponibilidade para realizar escolhas significativas. A fala de uma pessoa em *recovery* destaca o protagonismo a qual essa categoria se refere: “Há diversos caminhos para o *recovery*, cada um deve encontrar o seu” (SIC). Os princípios básicos do planejamento, “centrado na pessoa”, são seguidos no processo de construção de planos de recuperação individualizados, pautados no ditado “nada sobre nós, sem nós”, em que a equipe faz parceria ativa com o indivíduo em todas as reuniões de planejamento dos serviços que participa (TONDORA *et al.*, 2008).

Assumir responsabilidades particulares inclui o desenvolvimento de metas em apoio com outros (por exemplo, família e amigos), para fazer planos, para atingir esses objetivos, tomar decisões, desenvolver tarefas e participar do seu autocuidado (JACOBSON; GRENLEY, 2001). Esse processo é ilustrado através das falas de uma pessoa em *recovery* durante o grupo do Projeto de Cidadania: “Você precisa aprender a ser você mesmo, não importa como você seja, seja você” (SIC).

Dessa forma, pode-se dizer que uma pessoa em processo de *recovery* sofre uma doença mental e/ou abusa de drogas e que faz progressos no gerenciamento da sua condição de saúde comportamental, aprendendo a lidar com suas dificuldades e a desenvolver uma vida fora dessa condição ou além dessa (TONDORA; DAVIDSON, 2006).

Durante a experiência obtida no PRCH, ficou evidente que os serviços prestados colocam em prática a premissa teórica da abordagem *recovery*, focando no protagonismo da própria pessoa no seu processo de cuidado. As pessoas são incentivadas pelos serviços visitados a auto direcionarem seu *recovery*, trabalhando em parceria com os profissionais e com os serviços que oferecem ajuda mútua. Outro aspecto a destacar é a abertura dos serviços do PRCH para ouvir as vozes dos consumidores, visando moldar programas, além de contarem com pessoas em *recovery*, como pesquisadores na área. O empoderamento permeia o programa, ajudando as pessoas a desenvolverem planos de cuidado e a prosseguirem na sua jornada de *recovery*.

5.3.4 Mudanças na atuação do profissional de saúde

Outro diferencial percebido na abordagem *recovery*, no cuidado a pessoas com problemas de saúde mental e/ou uso problemático de álcool e outras drogas, durante a pesquisa no PRCH, é a reconceitualização do papel do profissional. Isso implica numa mudança de paradigma no cuidado, percebendo-se a transformação desde o nível organizacional, bem como no *design* e na forma como são prestados os serviços de saúde mental.

“É importante mudar a forma como os profissionais atuam” (SIC), mencionou um palestrante no Simpósio Recuperando a Cidadania II. De acordo com Larry Davidson, um dos pesquisadores chefes do PRCH, a maior mudança que o paradigma do *recovery* introduziu e a que apresenta maior dificuldade para os clínicos tradicionais entenderem e aceitarem, relaciona-se ao fato de que a abordagem é principalmente de responsabilidade da pessoa, e não do profissional. No passado, os profissionais de saúde pensavam que eram responsáveis por "tratar" pessoas, sendo que após a cura, elas voltariam à vida. O que a abordagem *recovery* ensina é que as pessoas são agentes ativas de suas próprias vidas, sejam elas sadias ou doentes, e que o *recovery* não ocorre passivamente, seguindo as

instruções ou orientações de outras pessoas, não importa quão bem treinadas ou bem-intencionadas esses outros podem ser. Portanto, os profissionais precisam passar de uma posição de especialista/autoridade para a de consultor ou treinador e, embora essas funções sejam muito mais eficazes e gratificantes, elas não são adequadas para a maioria dos profissionais treinados (WHITE, 2013).

Em conversas informais com alguns profissionais vinculados aos projetos do PRCH, essa mudança paradigmática no cuidado foi amplamente percebida. Um dos profissionais citou: “Não podemos "recuperar" outras pessoas. Assim como não podemos tomar decisões por elas, esperando assim que elas aprendam a fazer melhores escolhas para si mesmas” (SIC).

Nessa mesma linha de raciocínio, Koerbek (2016) reforça essa ideia, referindo que os profissionais não possuem a chave para o *recovery*, mas sim as pessoas em tratamento. A tarefa dos profissionais passa a ser de facilitar o *recovery*, e a tarefa dos usuários é o *recovery*. Essa diferença na relação estabelecida entre os profissionais e as pessoas em *recovery* pode ser ilustrada pela fala de um participante do Simpósio Recuperando a Cidadania II: “O médico pode ajudar com a doença, mas apenas a pessoa pode saber como ter seu *recovery*” (SIC).

Recovery é um processo dinâmico entre seres humanos em uma relação. Assim, a nova configuração do papel do profissional na abordagem *recovery* provoca uma modificação no nível pessoal e dos sistemas. Em ambos os níveis, há demanda de internalização dos valores básicos das práticas orientadas para o *recovery*. Nesse contexto, o profissional deverá ser mais facilitador do que diretivo, inspirando mais esperança do que pessimismo, melhorando a autonomia em vez de ter uma postura paternalista. Em nível pessoal, isso implica na coragem e também vontade de se envolver como um objeto real do processo de *recovery*, sem vê-lo de fora, reconhecendo que as mudanças ocorrerem de maneira recíproca (KORSBEK, 2016).

Durante o Simpósio Recuperando a Cidadania II, uma palestrante, pesquisadora brasileira, citou: “No Brasil, a reabilitação psicossocial é mais focada nos profissionais, não é tão centrada na pessoa, não tem o sujeito como protagonista. Os profissionais não trabalham com as pessoas, trabalham para as pessoas... Sem esperança, o sistema não é orientado para as pessoas, ele infantiliza as pessoas, dá um monte de medicações” (SIC). Em muitas narrativas de indivíduos com experiência pessoal de *recovery*, fica evidenciado a importância de

um relacionamento recíproco com os profissionais, com uma interação de pessoa para pessoa, indo muito além do diagnóstico (KORSBEK, 2016).

Sobre essa temática, vale destacar que nos locais visitados e nas conversas realizadas com os profissionais do PRCH, percebe-se que os diagnósticos não são pontos centrais do cuidado, não sendo enfocados. Um dos resultados disso é que em um serviço orientado ao *recovery*, como o oferecido pelo PRCH, os indivíduos podem expressar seus sentimentos, incluindo raiva, desânimo, insatisfação, sem que essas reações sejam atribuídas a sintomas ou recaídas (TONDORA *et al.*, 2008).

Durante as duas semanas de trocas com os profissionais dos serviços e pesquisadores do PRCH, percebeu-se uma preocupação dos profissionais para ajudar as pessoas no seu autocuidado, auxiliando na identificação de sinais e gatilhos de alerta precoce, a controlar os sintomas e a vislumbrar alternativas de crise, a desenvolver ferramentas pessoais de enfrentamento, a autogerenciar medicamentos, bem como a automonitorar os sintomas.

Outro ponto de destaque das visitas técnicas aos serviços do PRCH é que a abordagem *recovery* também traz uma mudança no *setting* terapêutico, já que os profissionais estão dispostos a oferecer assistência prática na comunidade, em contextos em que seus clientes vivem, trabalham e se divertem. Para abordar efetivamente as necessidades humanas básicas dos indivíduos de moradia, comida, trabalho e 'conexão' decentes com a comunidade, os profissionais estão dispostos a ir onde a ação ocorre, ou seja, eles saem de seus escritórios e saem de casa para se inserirem na comunidade, para irem onde o cliente em potencial está, em vez de esperar que o cliente venha até eles. Eles estão preparados para encontrar pessoas em seu próprio território e em seus próprios termos, e para oferecer assistência que possam considerar relevantes para suas vidas (TONDORA *et al.*, 2008).

Assim, nos serviços orientados para o *recovery* visitados, o conhecimento, a experiência e os interesses das pessoas em *recovery* e das suas famílias parecem ser valorizados, verificando-se um reequilíbrio de poder na relação com os profissionais. Nesse contexto, a postura diferenciada, empoderadora, numa relação simétrica e não hierárquica dos profissionais, parece ser um fator catalizador à jornada pessoal de cada indivíduo em *recovery*.

5.3.5 Dimensão da cidadania vinculada ao *recovery*

Arelado à noção de *recovery* em que se baseia o PRCH, está a dimensão da cidadania. Frequentemente negligenciada, a questão da cidadania tem grande impacto no processo da abordagem, já que o contexto e a comunidade em que uma pessoa vive impactam plenamente em sua saúde. De acordo os autores Pelletier, Davidson, Roelandt (2012), a cidadania é um determinante fundamental para o processo de *recovery* e de empoderamento, e vice-versa.

Em conversa com um dos pesquisadores do PRCH, ao apresentar o Programa e a forma como entendem a cidadania no processo de *recovery*, ele citou: “a importância de ser *recovery* + cidadania” (SIC), contextualizando que “aqui há uma preocupação com a questão de moradia, a moradia é uma preocupação na área da saúde. A assistência social é mais ligada à saúde, entendem ser difícil a pessoa ter saúde sem ter condições mínimas de sobrevivência. Tem muitos programas de renda e não precisa ter um vínculo fixo para isso” (SIC). Assim, ajudar as pessoas a terem sua moradia e a encontrarem um lugar na comunidade são intervenções que promovem o *recovery* (DUARTE, 2013).

O *recovery* tem também uma dimensão social e política, além do pessoal, implicando a reclamação da igualdade de oportunidades, dos direitos civis e da cidadania. O envolvimento na defesa cívica e na ação política tem sido um fator importante nos processos de *recovery* de muitos usuários/sobreviventes (JACOBSON; CURTIS, 2000).

No Simpósio Recuperando a Cidadania II, a temática da cidadania foi amplamente discutida entre os participantes, sendo tema de rodas de conversas e de palestras. Nesse evento, foi solicitado que algumas pessoas descrevessem o que entendem de cidadania, e destaca-se as seguintes falas: “cidadania é ser como qualquer outra pessoa, e aceitar as diferenças” (SIC); “cidadania pode parecer utopia” (SIC); “o problema não são as leis, mas como fazê-las funcionar” (SIC).

Segundo Rowe (2015), a dimensão social do *recovery* compreende que as pessoas podem ter autodeterminação e adesão plena à sociedade, mesmo que permaneçam com sintomas de doenças mentais e comportamentais. A integração nos contextos comunitários, em vez da segregação em serviços de saúde mental e álcool e drogas, é um princípio e um objetivo fundamental dos serviços orientados para o *recovery* (DUARTE, 2013; ROWE, 2015).

Para que isso ocorra, é de grande relevância o engajamento dos serviços e dos profissionais, entendendo a relevância que a cidadania tem no processo de *recovery*, considerando a história de cada sujeito, seus anseios, suas dores e suas demandas. Segundo Rowe e seus colegas (2009), a cidadania requer ativismo social já que inibida por práticas estruturais excludentes. Um participante do Simpósio Recuperando a Cidadania II pareceu reforçar essa ideia, evidenciando a fragilidade de algumas práticas profissionais: “os profissionais não usam o conceito de *recovery* vinculado à cidadania” (SIC).

Para efetivar a mudança na prática profissional exigido pela abordagem *recovery*, os cuidados devem se basear nos ativos de cada indivíduo, nos pontos fortes. Também devem articular com as áreas da saúde e outras que possam ser parceiros no gerenciamento de sua condição, enquanto recupera um significado, construtivo e um senso de associação na comunidade em geral” (DAVIDSON *et al.*, 2006).

Uma pessoa em *recovery*, em roda de conversa durante o Simpósio Recuperando a Cidadania II: Perspectivas Comunitárias, Nacionais e Internacionais de *recovery*, relatou seus sentimentos sobre a temática da cidadania vinculada ao processo de *recovery*, narrando seus auto questionamentos: “como posso ser parte da sociedade e não um problema para ela?” (SIC). Esse relato remete a questão da importância do sentimento de pertencimento que é validado por outros, citado por Rowe (2015).

No que tange à dimensão da cidadania no processo de *recovery*, o trabalho desenvolvido pelo PRCH, em nossa opinião, merece ser destacado. São inúmeras ações, projetos e pesquisas permeados por essa temática. Um exemplo disso é o programa de treinamento do Projeto Cidadão (*Citizens Community Enhancement Project*), descrito no item 5.2.5 desta pesquisa. Neste, são ofertados grupos de psicoeducação em *recovery* com foco no aprendizado de direitos, deveres, de advogar em seu favor, bem como a obter acesso a recursos; habilidades para melhorar sua capacidade de cumprir seus papéis e responsabilidades; e desenvolver resultados positivos e relações de apoio na comunidade. Além disso, no PRCH há projetos abarcando diversas populações, como moradores de rua, pessoas oriundas do sistema prisional, PTM de origem latina, alguns deles financiados pelo Estado, com fins de suporte para emprego, tendo um bom impacto social. As temáticas e atuações citadas estão relacionadas à

teoria dos cinco R's (*Rights, Responsibilities, Roles, Resources, and Relationships*) proposta por Rowe (2015), que destaca que a cidadania envolve uma forte conexão da pessoa com direitos, responsabilidades, funções e recursos e relacionamentos.

Assim, parece que a cidadania é uma base para o processo de *recovery* e a integração da comunidade. A conquista da cidadania plena na comunidade é facilitada pelo ambiente social de uma pessoa, incluindo conexões sociais e o apoio e capital oferecido por essas conexões (HARPER *et al.*, 2017).

Esse conceito de *recovery* exige o fornecimento de apoio por parte dos serviços e profissionais, permitindo às pessoas com problemas de saúde mental e com uso problemático de álcool e drogas liderar suas vidas na comunidade. Conforme foi possível verificar durante a visita ao PRCH, são diversas as formas que podem auxiliar na prestação de um cuidado que considere a dimensão da cidadania como parte do processo de *recovery*.

5.3.6 O trabalho como fator constituinte do processo de *recovery*

Outra contribuição relevante da abordagem *recovery* verificada durante a pesquisa foi a concepção de que o engajamento ocupacional é um fator constituinte do processo de *recovery*. Esse entendimento contraria a lógica muito presente nos serviços de saúde mental, de que a pessoa tem que se afastar do trabalho enquanto estiver “doente”.

Historicamente, o trabalho sempre foi entendido como uma possibilidade após uma pessoa estar “totalmente” recuperada. Essa concepção fez com que, para muitos, isso signifique nunca mais voltar a trabalhar. Entretanto, narrativas de pessoas em *recovery* e pesquisas científicas agora demonstram que o trabalho faz parte do processo de *recovery*, sendo cada vez mais parte central dos serviços orientados ao *recovery*. (GEHART, 2012)

Um pesquisador da equipe do PRCH, em conversa sobre a dimensão do trabalho para pessoas em *recovery*, citou: “70% das pessoas com transtornos mentais querem trabalhar. Há um paradoxo com os serviços oferecidos pelo governo e a pobreza. Nos EUA, não se consegue ter uma condição favorável de vida só com os benefícios (o valor aproximado é de 800 dólares por mês). Aqui, as empresas entendem a importância de inserir pessoas com problemas de saúde mental no mercado de trabalho. ”O pesquisador destacou o caso de uma empresa americana

que empregou uma pessoa que ouve vozes. Disse que inicialmente ela começou a trabalhar no estoque, mas que posteriormente foi sendo promovida e passou a ser gerente.

O envolvimento em ocupações significativas é de extrema importância para o processo de *recovery*, e o trabalho pode ser uma das fontes mais importantes de significado e satisfação para as pessoas em *recovery* (HANCOKC *et al.*, 2015). A esse respeito, no Simpósio Recuperando a Cidadania II: Perspectivas Comunitárias, Nacionais e Internacionais, um usuário dos serviços comentou num workshop: “Gostaríamos que o trabalho fosse integrado ao conceito de *recovery*. Isso precisa mudar!” (SIC).

Serviços de saúde mental visitados, como o CCAR, o Fellowship e o grupo de Cidadania, oferecem apoio a pessoas em *recovery* para recolocação no mercado de trabalho, considerando que engajamento ocupacional é uma dimensão importante na jornada de *recovery*. Por isso, esses locais fornecem apoio e orientações sobre montagem de currículos, dicas para participação em entrevistas, murais com ofertas de trabalho, bem como espaços com computadores conectados à internet para que os usuários pudessem realizar as buscas por vagas.

Segundo a funcionária da equipe do CCAR, que nos recebeu durante a visita, a instituição “entende que o sucesso do serviço está na pessoa retomar a sua vida e não precisar mais da instituição. Muitos deles começam a trabalhar e acabam não vindo mais porque conseguem seguir em frente” (SIC).

Doroud e demais colegas (2015) indicam que o *recovery* é um processo ocupacional em andamento, que parece envolver experiências de reengajamento gradual, de envolvimento no fluxo da vida de trabalho cotidiana e na participação em comunidade. O envolvimento em ocupações significativas e valorizadas apoia o processo de *recovery*, fomentando conexão, esperança, identidade, significado e empoderamento; estabelecendo rotinas estruturadas e auxiliando as pessoas no gerenciamento de doenças. (DOROUD *et al.*, 2015)

De acordo com um pesquisador do PRCH, “empresas e sociedade parecem mais engajadas em contratações de pessoas com problemas de saúde mental” (SIC). Apesar disso, a temática do trabalho tem estado em grande parte ausente na literatura da saúde mental, em parte devido aos problemas persistentes que as pessoas com problemas de saúde mental enfrentam ao encontrar e reter o trabalho remunerado (EVANS; WILTON, 2018).

Tondora *et al* (2008) acreditam que o trabalho tem mais potencial para o cuidado do que tem sido creditado. Os autores referem que a discussão sobre o engajamento ocupacional no processo de *recovery* pode contribuir não apenas para melhorar as condições gerais da pessoa, mas também para melhorar a qualidade das decisões que afetam as políticas sociais e de saúde. Explorar essa questão em profundidade pode gerar consequências para o desenvolvimento social sustentável e comunitário, bem como para a eficácia e eficiência dos sistemas de saúde.

Assim, através das trocas realizadas durante as visitas no PRCH, percebe-se que o trabalho, entendido como uma das possíveis fontes do senso de propósito e de significado da vida, pode ser uma ferramenta valiosa para contribuir com as jornadas de *recovery*.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve o propósito de compreender a abordagem e as práticas de *recovery* utilizadas em um centro de referência mundial de serviços baseados no *recovery*, o *The Yale Program for Recovery and Community Health*, localizado nos Estados Unidos, na cidade de New Haven-CT. Para atingir esse objetivo, foi necessário o intercâmbio de saberes em um contexto onde a abordagem *recovery* pôde ser vivenciada *in loco* e acompanhada desde a forma como são organizados os serviços, as atuações profissionais, o trabalho desenvolvido por pessoas com experiência vivida, bem como conhecendo os locais onde esses serviços são realizados, contemplando a troca com diversos atores envolvidos nesse processo, inclusive de diferentes países.

A abordagem *recovery* na área de saúde mental e álcool e drogas, apesar de pautar serviços e políticas de saúde mental em alguns países e de ser reconhecida pela OMS como estratégia de cuidado para avanço da saúde mental no mundo, ainda é pouco conhecida pelas instituições e pelos profissionais brasileiros. Possibilitando um horizonte mais otimista no cuidado em saúde mental e uso problemático de álcool e drogas, a abordagem *recovery* se fundamenta na visão de que pessoas com problemas graves podem vivenciar um processo singular de recuperação que os sistemas de prestação de serviços devem ser fundamentados com base nessa premissa. Essa abordagem apresenta uma mudança paradigmática no entendimento e no direcionamento do cuidado, com impactos tanto para as pessoas em *recovery* quanto para a atuação dos profissionais e na organização e no direcionamento das políticas e serviços.

Algumas condições parecem ser comuns nesse processo, abarcando dimensões relativas à própria pessoa em sofrimento psíquico, além de dimensões externas, com efeito recíproco entre elas. As dimensões internas são relativas à jornada pessoal de *recovery* que cada um vivencia à sua maneira. Essas podem contemplar a renovação da esperança, o engajamento em mudanças necessárias, a reorganização de prioridades de vida, com foco nas potencialidades. Também, envolve a percepção do “eu” além da doença, sem idealizar a ideia de cura, mas sim buscando um melhor manejo da doença e dos sintomas, num processo ativo de reconexão consigo mesmo, buscando a superação do estigma. Além disso, faz parte desse processo interno o tornar-se agenda ativo de sua vida, empoderando-se e

advogando em seu favor, assumindo escolhas e responsabilizando-se por elas. Trata-se também de uma jornada social interativa, e sendo assim, a conexão com outras pessoas tem papel fundamental para o processo de *recovery*, onde um contexto provido de propósito e de significados, com a retomada de papéis sociais dentro da família, da comunidade e no trabalho pode ser facilitador. As dimensões externas são relativas às práticas e serviços orientados ao *recovery*, além de questões sociais, políticas e de cidadania. Essas questões precisam estar alinhadas com a abordagem *recovery*, reconhecendo que as condições internas podem ser facilitadas pelas condições externas.

Nas práticas de cuidado baseadas na abordagem *recovery* do PRCH, o respeito à jornada singular de cada indivíduo foi um ponto que chamou a atenção dos pesquisadores. As narrativas dos profissionais de saúde e dos especialistas em suporte de pares revelam preocupações sobre o cuidado centrado na pessoa como condutora de seu tratamento e de sua vida, com pouco ou nenhum espaço para ações com foco na doença, em medicamentos ou em diagnósticos. O protagonismo da pessoa em *recovery* pode ser percebido em diversos contextos, em um processo ativo de empoderamento e de autonomia, com responsabilização por escolhas e consequências. Percebeu-se através das narrativas de pessoas em *recovery* que tivemos a oportunidade de conhecer durante esta pesquisa, que o caminho para o *recovery* contempla a busca de um sentido de vida, incluindo um resgate da autoconfiança, da ampliação do autoconhecimento e disponibilidade para realizar mudanças necessárias.

Relações simétricas e colaborativas entre as pessoas em *recovery* e os profissionais trazem crescimento para ambas as partes, permitindo a responsabilização mútua e o compartilhamento do poder sobre os tratamentos. Deixando de lado a passividade de ser paciente ou ser atendido por um profissional em que sua voz não é ouvida, pode-se perceber que nos serviços do PRCH, o processo de *recovery* é ativo por parte da pessoa interessada e os profissionais estimulam que cada indivíduo tenha responsabilidade por seu próprio *recovery*.

Como destaque dos serviços baseados no *recovery* do PRCH, o trabalho realizado por pessoas com experiência vivida como especialistas em suporte de pares e outras diversas funções dentro dos serviços traz um valor agregado, catalizando o processo de *recovery*. Os serviços fornecidos por pares parece

possibilitar o estabelecimento de novas conexões, validando a ideia de que o *recovery* é possível, renovando a esperança e combatendo o estigma.

Outro ponto de grande relevância da abordagem *recovery* parece ser a concepção de que o trabalho é um fator constituinte do processo. Esse fato se contrapõe a ideia comum em nossa realidade de que uma pessoa só pode trabalhar quando estiver plenamente “recuperada”. Considerando os transtornos mentais e comportamentais, pode significar nunca iniciar ou retornar a atividade laboral. Observa-se durante a realização dessa pesquisa que os serviços do PRCH parecem respeitar as limitações e dificuldades das pessoas em *recovery*, mas, além disso, procuram focar nas suas potencialidades, considerando os benefícios que o engajamento ocupacional pode trazer para os indivíduos. Os serviços visitados prestam suporte de diferentes maneiras para colaborar com a inserção das pessoas em *recovery* no mercado de trabalho.

Arelado a isso, a dimensão da cidadania também se mostrou presente nos serviços do PRCH, estando totalmente atrelada ao processo de *recovery*, já que o contexto em que a pessoa está inserida impacta plenamente em sua saúde mental. A preocupação com integração das pessoas em *recovery* nos contextos comunitários, extrapolando os “muros” dos serviços de saúde mental e álcool e outras drogas também pode ser percebida durante as visitas realizadas. Destaca-se também o estímulo para que as pessoas a advoguem em seu favor, bem como a disponibilização de grupos de psicoeducação em *recovery* com foco no aprendizado de direitos e deveres, que também são ferramentas benéficas para o processo de resgate da cidadania.

As categorias construídas nesta pesquisa buscaram uma congruência com as práticas realizadas no *The Yale Program for Recovery and Community Health*, e com os princípios de *recovery* preconizados pelo Programa. O que se observa e prevalece são iniciativas de cuidado centradas nos processos pessoais de *recovery*, em serviços em que os profissionais e pesquisadores se mostram abertos, disponíveis a estar “lado a lado” com esta população, num processo de coconstrução do *recovery*. As dores, os sofrimentos e as dificuldades humanas existem em qualquer contexto, em qualquer país, porém a abordagem *recovery* parece fortalecer as possibilidades de uma vida mais funcional, mesmo com as limitações impostas pelo adoecimento.

Estudar a temática do cuidado na perspectiva do *recovery* em saúde mental foi instigante e inspirador, pelo interesse que o tema provoca e pelas histórias de superação e *recovery* que tivemos a oportunidade de conhecer. Foi, ao mesmo tempo, inquietante, por revelar um cenário de carência de pesquisas e poucos movimentos brasileiros nesta perspectiva. A implementação de serviços baseados no *recovery* no Brasil ainda é um grande desafio, já que demanda uma mudança paradigmática que incida sobre as formas de cuidado, contemplando tanto como a pessoa em *recovery* compreende o seu processo de tratamento e de vida, bem como na condução dos tratamentos, nas condutas profissionais e nas políticas de saúde mental e álcool e outras drogas.

Há muitas questões a serem aprofundadas com novas pesquisas bem como dificuldades a serem transgredidas ao se vislumbrar a possibilidade de aproximação de um sistema orientado para o *recovery* no Brasil. Talvez, ainda estejamos distantes dessa realidade, já que, apesar das importantes contribuições e melhorias possibilitadas pelo avanço das Reformas Sanitária e Psiquiátrica nos últimos trinta anos, ainda há muitos desafios a serem enfrentados. Atualmente, a nossa forma de cuidar, nos lugares mais progressistas, baseada na Reabilitação Psicossocial, não tem sustentado concretamente a experiência de um relacionamento horizontal recíproco entre usuários e profissionais, nem um olhar que desprivilegie a imposição de uma identidade fundada no diagnóstico. O cuidado em saúde mental e álcool e outras drogas ainda parece manter o foco na doença, uma herança do paradigma da institucionalização, que gerou um modelo de relação hierárquica entre os profissionais de saúde e as pessoas em sofrimento psíquico. Neste modelo, os tratamentos se caracterizam por uma grande diretividade por parte dos profissionais. Também, há desafios a serem superados na construção de contextos que sejam providos de significados, com abordagens centradas na pessoa, em vez do enfoque nos relacionamentos nas redes de atenção, mesmo que inseridas dentro das comunidades. Atrelado a isso, existem barreiras políticas, particularmente considerando-se o momento atual (2020) em que vivemos, um momento histórico de retrocessos nas políticas de saúde mental e álcool e outras drogas, em que muitas conquistas de um cuidado baseado em liberdade e inserido na comunidade estão se perdendo.

Nesse contexto, entendemos que algumas ações são possíveis para uma aproximação no contexto brasileiro de práticas inspiradas na abordagem *recovery*,

que poderiam possibilitar uma melhoria no cuidado em saúde mental e uso problemático de álcool e outras drogas no país. O estímulo à criação de projetos de empregos para pessoas com experiência vivida, como em grupos de suporte de pares e outras funções nos serviços de saúde mental e AD, poderia trazer impactos positivos na assistência em saúde mental brasileira e no processo de reestabelecimento desses trabalhadores/usuários. Além disso, iniciativas voltadas à melhoria da formação dos profissionais de saúde, desde o campo acadêmico até ações de educação permanente nas equipes, seriam fundamentais para a transgressão de modelos de cuidado médicos-centrados e hospitalocêntricos, no equilíbrio da hierarquização das relações profissionais, com o entendimento de que a pessoa em sofrimento psíquico é o protagonista de seu tratamento e de sua vida, com foco na abordagem centrada na pessoa, bem como nos processos de *recovery*. Destaca-se ainda a relevância da ampliação de ações voltadas à cidadania, com o estímulo a projetos de geração de renda, de reinserção no mercado de trabalho, de formação e empoderamento de usuários em temáticas relevantes como direitos, deveres, papéis sociais e relacionamentos interpessoais. O desenvolvimento de estratégias de combate ao estigma e ampliação da inserção comunitária de pessoas em sofrimento psíquico também se faz necessário, bem como de parcerias nos âmbitos público e privado de incentivo à contratação de pessoas com transtornos mentais.

A abordagem *recovery* e suas contribuições para o cuidado são extremamente valiosas, podendo ser entendida como uma visão para o futuro no Brasil, no campo do cuidado em saúde mental e uso problemático de álcool e outras drogas. Reflete um horizonte de possibilidades para além do cenário atual, que esperamos e sonhamos em alcançar. Inspirado no que foi preconizado por Anthony, Cohen e Farkas (1990), um pensamento visionário não gera expectativas irrealistas e nem gera promessas falsas, mas uma paixão pelo que estamos fazendo. O caminho a ser percorrido ainda é longo, mas é através da ampliação do conhecimento dessa temática e de seus benefícios que se pode mobilizar pessoas em sofrimento psíquico, suas famílias e profissionais para que a mudança necessária possa ser iniciada. Algumas ações de profissionais de saúde e pesquisadores, aliados a narrativas de pessoas em *recovery* começaram a florescer nos últimos anos no Brasil, evoluindo ainda de forma tímida. Porém, conforme aprendido com a abordagem *recovery*, existe um processo a ser percorrido, e

apesar dos desafios, é preciso ter esperança na possibilidade de mudança e buscar atitudes para que os passos necessários possam ser implementados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. **Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso.** Cadernos de Saúde Pública, v. 35, p. e00129519, 2019.

ALVES, T. C.; OLIVEIRA, W. F.; VASCONCELOS, E. M. **A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental.** Physis, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 51-71, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2018.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANASTÁCIO, C., FURTADO, J. **Reabilitação Psicossocial e Recovery: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo Sistema de Saúde Mental.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. 4, fev. 2013. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2126>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

ANDERSON, H. **Conversação, linguagem e possibilidades: um enfoque pós-moderno da terapia.** São Paulo: Roca, 2009.

ANTHONY, W. A. **Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s.** Psychosocial Rehabilitation Journal, 16, 11–23. 1993. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/99c5/c28b47a38c2f1e5afe5d54b1a6f5a40d3fc0.pdf?_ga=2.22772157.709141132.1586907931-265042102.1586907931>. Acesso em 15 abr. 2020.

ANTHONY, W. A. **A Recovery-Oriented Service System: setting some system level standars.** Psychosocial Rehabilitation Journal, vol 24, 2. 2000. Disponível em: <<https://psycnet.apa.org/record/2000-12658-008>>. Acesso em 10 jul 2020.

ANTHONY, W. A., COHEN, M. R., & FARKAS, M. D. **Psychiatric rehabilitation.** Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation, 1990.

BACCARI, I. O. P.; CAMPOS, R. T. O.; STEFANELLO, S. **Recovery: revisão sistemática de um conceito.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 125-136, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100125&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 mar. 2018.

BACHRACH, Leona L. **Deinstitutionalization: An Analytical Review and Sociological Perspective.** National Inst. of Mental Health. Div. of Biometry and Epidemiology. Publication No. (ADM) 76-351, Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C, 1976. 48p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições Loyola, 2010.

BARROS, S. *et al.* **Tentativas inovadoras na prática de ensino e assistência na área de saúde mental - I.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 192-199, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341999000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 abr. 2018.

BEZERRA JR, B. **Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p.243-250, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>>. Acesso em 02 jun. 2018.

BONADIO, A. N.; SILVEIRA, C. **Economia solidária e reabilitação vocacional no campo da drogadição:** possibilidades e limites das práticas atuais. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 99-108, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12,** ano 10, nº 12. Informativo eletrônico, Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/>. Acesso em 17 jan. 2018.

BELLAMY, C. *et al.* **Input from stakeholders: Hiring and retaining people in Recovery in the behavioral health workforce.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 66-78, 2017. Disponível em: <<http://stat.saudeetransformacao.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4677/4865>>. Acesso em 01 fev. 2018.

BRIETZKE, E. *et al.* **Intervenção precoce em psicose:** um mapa das iniciativas clínicas e de pesquisa na América Latina. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2011; 33, supl. 2, p. s219-s224, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 3 fev. 2018.

BROMAGE, B. *et al.* **Project Connect:** A community intervention for individuals with mental illness. American Journal of Psychiatric Rehabilitation, v. 20, 2017. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15487768.2017.1338038?scroll=top&needAccess=true>>. Acesso em 3 fev. 2018.

CAROZZA, P. O emprego como uma oportunidade para o recovery. *In:* ORNELAS, J.; MONTEIRO, FJ.; MONIZ, MJV.; DUARTE, T. (org.). **Participação e Empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares.** Lisboa: AEIPS, 2005. p. 265-282. Disponível em: <http://aeips.pt/novo2009/wp-content/uploads/2009/07/part_empower.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2018.

COSTA, M. N. **Recovery como estratégia para avançar a reforma psiquiátrica no Brasil.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v.9, n.21, p.01-16, 2017. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69532/41654>. Acesso em: 4 fev. 2018.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In*: AMARANTE, P (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 141-168.

DAVIDSON, L. **Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia**. New York and London: New York University Press, 2003.

DAVIDSON, L. *et al.* **The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation**. 2006. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/7104772_The_Top_Ten_Concerns_About_Recovery_Encountered_in_Mental_Health_System_Transformation>. Acesso em 16 abr. 2020.

DAVIDSON, L. *et al.* **A practical guide to recovery oriented practice: tools for transforming mental health care**. New York: Oxford University Press, 2009.
DELGADO, P. G. **Sobrecarga do cuidado, solidariedade, e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro, Physis, Revista de Saúde Coletiva, v. 24, n. 4, p.1103-1126, 2014.

Department of Health and Human Services National **Consensus Statement on Mental Health Recovery**, Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2004.

DOROUD, N., FOSSEY, E., & FORTUNE, T. **Recovery as an occupational journey: A scoping review exploring the links between occupational engagement and recovery for people with enduring mental health issues**. Australian Occupational Therapy Journal, 62(6), 378–392. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/1440-1630.12238>>. Acesso em: 25 jun 2010.

DUARTE, T. **Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental**. Aná. Psicológica. 2007, v.25, n.1, p.127-133. Disponível em: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v25n1/v25n1a10.pdf>> Acesso em: 30 nov. 2018.

EVANS, J., & WILTON, R. **Well Enough to Work? Social Enterprise Employment and the Geographies of Mental Health Recovery**. Annals of the American Association of Geographers. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/24694452.2018.1473753>>. Acesso em 25 jun 2020.

FARKAS, M. *et al.* A implementação de programas orientados para o recovery: domínios cruciais. *In*: ORNELAS, J.; FOUCAULT, M. **A ética do cuidado de si como prática da liberdade**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2004, p. 264-287.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. *In*: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo, Hucitec, 2001, p. 55-59.

MEZZINA, R. *et al.* **The Social Nature of Recovery**: Discussion and Implications for Practice. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 9, n. 1, p. 63-80, 2006. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/247507000_The_Social_Nature_of_Recovery_Discussion_and_Implications_for_Practice>. Acesso em: 30 nov. 2018.

MONTEIRO, F.J.; MONIZ, M.J.V.; DUARTE, T. (org.). **Participação e Empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares**. Lisboa: AEIPS, 2005. p.19-44. Disponível em: <http://aeips.pt/novo2009/wp-content/uploads/2009/07/part_empower.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2018.

FLAHERTY, M. *et al.* **Effectiveness of the Recovery Movement**: An Interview with Michael Flaherty, Greg Williams, Lee Kaskutas, and Alexandre Laudet. v. 5, n. 1, 2015. Disponível em: <http://www.williamwhitepapers.com/rm_rosc_library/>. Acesso em 01 abr. 2018.

KORSBEK, L. **Corecovery**: Mental health recovery in a dynamic interplay between humans in a relationship. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 19, n. 3, p. 196–205. <https://doi.org/10.1080/15487768.2016.1197863>.

GARNICA, A.V.M. **Algumas notas sobre Pesquisa Qualitativa e Fenomenologia**. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v.1, n.1, 1997; p.109-122. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831997000200008>. Acesso em: 30 jul. 2016.

GERGEN, K; GERGEN, M. **Construcionismo Social**: um convite ao diálogo. Rio de Janeiro: Instituto NOOS, 2010.

GERHARDT, T.; Silveira, D. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre, Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2018

GEHART, D. R. (2012). **The Mental Health Recovery Movement and Family Therapy, Part I**: Consumer-Led Reform of Services to Persons Diagnosed with Severe Mental Illness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(3), 429–442. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00230.x>

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GUANAES, C; JAPUR, M. **Contribuições da poética social à pesquisa em psicoterapia de grupo**. *Estudos de Psicologia*. Natal, vol.13, n.2, p. 117-124, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2008000200003>.

GUERRA, A. M. C. **Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica**: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Revista*

Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. São Paulo, v. 7, n. 2, p. 83-96, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142004000200083&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2018.

GRIGOLO, T. *et al.* **Plano pessoal de ação para bem-estar e Recovery:** Experimentando o "WRAP" no Brasil. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. 2017. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4693>>. Acesso em: 05 fev. 2018.

GRUSKA, V.; DIMENSTEIN, M. **Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico:** equacionando a reinserção em saúde mental. Psicologia Clínica, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 101-122, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652015000100101&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2018.

HANCOCK, N., HONEY, A. E.; BUNDY, A. C. **Fontes de significado derivadas do envolvimento ocupacional de pessoas em recuperação de doença mental.** British Journal of Occupational Therapy, v. 78, n. 8, p. 508-515. <https://doi.org/10.1177/0308022614562789>

HARDING, CM; BROOKS, GW; ASHIKAGA, T; STRAUSS, JS; BREIER, A. **The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness I: Methodology study sample and overall status 32 years later.** American Journal of Psychiatry, 144: 6. June 1987

HARPER, A. *et al.* **Finding citizenship:** What works? American Journal of Psychiatric Rehabilitation, v. 20, n. 3, p. 200–217, 2017. <https://doi.org/10.1080/15487768.2017.1338036>

JACOBSON, N., CURTIS, L. **Recovery as policy in mental health services:** Strategies emerging from the states. Psychiatric Rehabilitation Journal, v. 23, n. 4, p. 333–341, 2000. Disponível em: <http://im.sut.ac.th/Articles/02_Recovery%20as%20Policy%20in%20Mental%20Health%20Services.pdf>. Acesso em 11 mai. 2020.

JACOBSON, N; GREENLEY, D. **What Is Recovery?** A Conceptual Model and Explication. Psychiatric Services. 2001. Vol. 52 No. 4. Disponível em: <<https://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.52.4.482>>. Acesso em: 30 mar. 2020.

JOHNSON, G. *et al.* **Personal and societal benefits of providing peer support:** A survey of peer support specialists. Psychiatric Services, v. 65, n. 5, p. 678–680, 2014. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300113>

KORSBEK, L. **Corecovery:** Mental health recovery in a dynamic interplay between humans in a relationship. American Journal of Psychiatric Rehabilitation, v. 19, n. 3, p. 196–205, 2016. <https://doi.org/10.1080/15487768.2016.1197863>

KINOSHITA, R. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. *In: Reabilitação Psicossocial no Brasil*. Organização: PITTA, A. M. F. 4 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2016. p.13-18.

LEAO, A.; BARROS, S. **As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social**. Saúde e Sociedade, v. 17, n. 1, p. 95-106, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2018.

LEAMY, Mary et al. **Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis**. The British Journal of Psychiatry, v. 199, n. 6, p. 445-452, 2011.

LE BOUTILLIER, Clair et al. **What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance**. Psychiatric services, v. 62, n. 12, p. 1470-1476, 2011.

LOPES, T. S. **Experiências e narrativas de psiquiatras trabalhadores de serviços públicos de saúde mental sobre a prática de cuidado da esquizofrenia**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de ciências médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2011

LOPES, Tatiana Scala et al. **O processo de restabelecimento na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtornos do espectro esquizofrênico e de psiquiatras na rede pública de atenção psicossocial**. Saúde e Sociedade, v. 21, p. 558-571, 2012.

LORENZI, C. *et al.* **A construção de um programa de assistência familiar em um hospital-dia psiquiátrico**. Nova Perspectiva Sistêmica, 2012, vol.12, ed. 43, p. 54 - 72. Disponível em: <[file:///C:/Users/Ana/Downloads/272-673-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ana/Downloads/272-673-1-SM%20(1).pdf)>. Acesso em: 21 jun. 2017.

MEZZINA, R. *et al.* **The Social Nature of Recovery**: Discussion and Implications for Practice. Article. American Journal of Psychiatric Rehabilitation, v. 9, n. 1, p. 63-80, 2006. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/247507000_The_Social_Nature_of_Recovery_Discussion_and_Implications_for_Practice>. Acesso em: 30 nov. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004

MINAYO, M. C. S. **Análise qualitativa**: teoria, passos e fidedignidade. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2018

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 25. ed. Revista Atual, Petrópolis: Vozes, 2007. 108 p.

NOISEUX, S. *et al.* **The process of recovery of people with 83.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v. 4, n. 9, p. 72-83, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/161>> Acesso em: 5 fev. 2018

ONOCKO CAMPOS, R.T. *et al.* **Recuperação, cidadania e reabilitação psicossocial:** um diálogo entre as abordagens de saúde mental brasileiras e americanas. American Journal of Psychiatric Rehabilitation, v. 20, n. 3, p. 311–326, 2017. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15487768.2017.1338071>>. Acesso em 28 abr. 2020.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* **A Gestão Autônoma da Medicação:** uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. Ciência e Saúde Coletiva, v. 18, p. 2889-2898, 2013.

ONOCKO CAMPOS, Rosana T. *et al.* **Recovery, citizenship, and psychosocial rehabilitation:** A dialog between Brazilian and American mental health care approaches. American Journal of Psychiatric Rehabilitation, v. 20, n. 3, p. 311-326, 2017.

ONOCKO-CAMPOS, R. **Methodological challenges in the transcultural adaption for recovery assessment tool.** *In:* SYMPOSIUM RECOVERY AND CITIZENSHIP II: Community, National and International Perspectives, 2018, New Haven. New Haven: Yale Program for Recovery and Community Health, 2018.

OLIVEIRA, W. **Recovery:** O desvelar da práxis e a construção de propostas para aplicação no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 2017. Disponível em: <<http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4694/4886>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

ORNELAS, J. *et al.* **Participação e Empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares.** Lisboa: AEIPS Edições, 2005. Disponível em: <http://aeips.pt/novo2009/wp-content/uploads/2009/07/part_empower.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2017.

PAIVA, II. L.; YAMAMOTO, O. H.; **Em defesa da reforma psiquiátrica:** por um amanhã que há de nascer sem pedir licença. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 549-569, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2018.

PASSOS, F. Pensar diferentemente o tema das drogas e o campo da saúde mental. *In:* Santos, L. M. **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas.** Porto Alegre: Ideograf. 2010.

PELLETIER, JEAN-FRANÇOIS; DAVIDSON, LARRY; ROELANDT, JEAN-LUC. **Citizenship and Recovery for Everyone:** A Global Model of Public Mental Health International Journal of Mental Health Promotion, Volume 11, 2009, Issue 4

Published Online: 30 Jan 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/14623730.2009.9721799>>. Acesso em 02 out 2020.

PINTO, A. T. M.; FERREIRA, A. A. L. **Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira**: a genealogia da reabilitação psicossocial. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2018.

PITTA, A. (Org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

QUEIROZ, D. T. *ET AL.* **Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde**. *Revista Enfermagem UERJ*, 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>>. Acesso em 22 mai. 2018.

RAPPAPORT, J. **Desinstitucionalização**: empowerment e interajuda. O papel dos técnicos de saúde mental no século XXI. *Análise Psicológica*, v. 8, n. 2, p. 143-162, 1990.

ROWE M. **Citizenship and mental health**. NY: Oxford University Press, 2015.

ROWE, M., BENEDICT, P., SELLS, D., DINZEO, T., GARVIN, C., SCHWAB, L., BARANOSKI, M., GIRARD, V., BELLAMY, C. **Citizenship, community, and recovery**: A group- and peer-based intervention for persons with co-occurring disorders and criminal justice histories. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 4(4), 224–244.,2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/15560350903340874>>. Acesso em 02 out 2020.

ROWE, M.; DAVIDSON, L. **Recovery and citizenship**. *J Psychiatry Relat Sci*, 53 (1): 1-21. 2016.

SARACENO, B. “Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio”. *In: Reabilitação Psicossocial no Brasil*. Organização: PITTA, A. M. F. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p.13-18.

SLADE, M. **100 Formas de Ajudar a Recuperação**: Guia para Profissionais de Saúde Mental. Coordenação da edição Portuguesa F. Palha. Porto: ENCONTRAR+SE, 2012. Disponível em: <<http://www.upainforma.encontrarse.pt>>. Acesso em 26 mar. 2018.

SILVA, T. R. *et al.* **Validação da Recovery Assessment Scale (RAS) no Brasil para avaliar a capacidade de superação das pessoas com esquizofrenia**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 66, n. 1, p. 1-8, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852017000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 jan. 2018.

SILVEIRA, A. *et al.* **Recovery e experiência brasileira na atenção psicossocial: diálogos e aproximações**. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2017. Disponível

em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4674/4862>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

STANHOPE, Victoria; SOLOMON, Phyllis; **Getting to the Heart of Recovery: Methods for Studying Recovery and the Implications for Evidence-Based Practice.** British Journal of Social Work (2008) 38, 885–899 doi :10.1093/bjsw/bcl377 Disponível em <http://bjsw.oxfordjournals.org/>

THOMAS, E. C. *et al.* **Person-oriented recovery of individuals with serious mental illnesses: A review and meta-Analysis of longitudinal findings.** Psychiatric Services, v. 69, n. 3, p. 259–267, 2018. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700058>

TONDORA, J. **Practice Guidelines for Recovery-Oriented Care for Mental Health and substance use conditions.** Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services by the Yale University Program for Recovery and Community Health. Second edition. 2008.

TURATO, E.R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** Revista de Saúde Pública, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

VASCONCELOS, E. **As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e Recovery (recuperação, restabelecimento) em saúde mental II: Uma avaliação crítica para uma apropriação criteriosa no cenário brasileiro.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v. 9, 2017. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4676>>. Acesso em: 05 fev. 2018.

WENDHAUSEN, A. L. P.; BARBOSA, T. M.; BORBA, M. C. **Empoderamento e recursos para a participação em Conselhos Gestores.** Saúde e Sociedade. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 131-144, 2006.

WHITE, W. (2000). **Toward a new recovery advocacy movement.** In: Recovery Community Support Program Conference “Working Together for Recovery”, Virginia, 2000. Disponível em : www.facesandvoicesofrecovery.org. Acesso em : 06 fev. 2018.

WHITE, W. **Contrasting perspectives on recovery:** An interview with Larry Davidson, PhD, Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine. 2013. Disponível em: <<http://www.williamwhitepapers.com.>> Acesso em: 22 mar. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Promoting recovery in mental health and related services - QualityRights training to act, unite and empower for mental health (pilot version).** Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254810/WHO-MSD-MHP-17.10-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 29 mar 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental Health Action Plan 2013-2020**. Geneva: WHO Document Production Services. 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=A55CC3124E50673485D17CC18A81EF8C?sequence=1>. Acesso em: 12 abr. 2018.

WOUTER, V. *et al.* **“Therapeutic Communities for Addictions: A Review of Their Effectiveness from a Recovery-Oriented Perspective,”** The Scientific World Journal, vol. 2013, 2013. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/tswj/2013/427817/cta/>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

YALE PROGRAM FOR RECOVERY AND COMMUNITY HEALTH. Disponível em: <<https://medicine.yale.edu/psychiatry/prch/>>. Acesso em 22 mai. 2018.

ANEXOS

ANEXO 1: Folder Citizens Community Enhancement Project (CCEP)

Citizens Community Enhancement Project (CCEP)

A five month training program designed to provide students with information to help them gain access to resources and exercise their rights; skills to enhance their ability to fulfill their roles and responsibilities; and to develop positive and supportive relationships in the community.

Who Can Participate?

Who Can Participate?

You must be.....

- 18 years or older
- a greater New Haven resident
- currently in treatment for a psychiatric illness
- involved with the criminal justice system within the last 2 years...arrest, incarceration, parole or probation



For More Information Call:
 Project Director, Patricia Benedict
 (203) 843-2476
 or
 Josephine Buchanan
 (203) 974-7159
 Classes are held every Tuesday and Thursday at 2pm to 4pm

What do our students receive?



- Non-traditional classes geared towards the rights, responsibilities, roles and resources of community membership.
- A support group the students coined "What's Up?"
- Peer Mentor support services in and outside the classroom setting.
- Individual or group projects developed by students to share their knowledge and experience with others.
- Annual holiday party and graduation ceremony.
- Weekly pizza party for students and graduates.
- A ten dollar stipend for each class they attend.



Who are Peer Mentors?

"Peer Mentors"...are members of our staff who have lived with many of the same challenges that our students have, dealing with the criminal justice system and recovery from mental illness or addiction. Through their own personal growth and recovery, they are able to work with our students, providing support and sharing their knowledge and experiences. Peer Mentors help people empower themselves.

"Sometimes, it just takes a few minutes of support from my mentor to keep me out of trouble and change my whole thought process." ...CCEP graduate



"This program showed me how to make my ideas, dreams and goals become a reality."

"We have the opportunity to network and learn what's available in the community. This can be jobs, apartments or which doctors accept our insurance."

"We can laugh about stuff and it makes me happy when I come here."

"This program gave me structure, confidence, love, support and positivity."

"Everyone interacts here...a lot of dedication, involvement and strong ties to the community."



Our Classes!

- Relationship Building
- WRAP
- Anger Management & Assertiveness Training
- Legal Issues & Entitlements
- Negotiating the Criminal Justice System
- Housing Options and Issues
- Vocational & Educational Development
- Public Speaking
- Stress Management
- HIV Prevention
- ADA & Negotiating
- Advocacy & Patients Rights
- Goal Development
- Healthy Alternatives in Recovery

"I learned how to advocate for myself, it gave me the courage to go back to school." ...CCEP student



CITIZENS Community Enhancement

PROJECT

Connections to Resources and Support in the Community & Enhancement of Skills to Aid in the Process of Recovery



A Project of Yale University, Dept. of Psychiatry, Program for Recovery and Community Health (PRCH) and the Connecticut Community Mental Health Center. Funded by the Connecticut Department of Mental Health and Addictions Services

What is "What's Up?"



A support group created and facilitated by the students. During each class, students share their challenges and accomplishments with each other and receive honest and confidential feedback.

"I learned how to talk to people, listen better and deal with my problems" ...CCEP student



Valued Role Projects

Students develop individual or group projects. These projects provide our students with the opportunity to share their talents, knowledge and experiences and in doing so; our students have helped and educated many other members of the community.

"This group has made me realize that I have good qualities and I can contribute to my community." ...CCEP student



ANEXO 2: Folder Community Connections Program

What is the Community Connections Program?

It is a program that:

- Helps people to find their niche where they feel welcomed and comfortable.
- Provides help to people who would like someone to go with them on new community experiences.
- Views being involved in the community as an important part of recovery.



version 2, 2/07

This brochure was designed by the Yale Program for Recovery and Community Health
Erector Square
319 Peck Street, 6W, Ste. 1C
New Haven, CT 06513

Would you like to learn more?
Contact one of the following:

Janis Tondora, Psy.D.
Project Director
203-764-7584
janis.tondora@yale.edu

Rebecca Miller, Ph.D.
Site Coordinator, Bridgeport
203-764-8696
rebecca.miller@yale.edu

Tom Dinzeo, Ph.D.
Site Coordinator, New Haven
203-764-8143
tom.dinzeo@yale.edu



Support for this brochure comes from the National Institute of Mental Health, through the Person Centered Planning grant.

Community Connections Program

➤➤ Getting Out & About in Your Community!



Community Connector: _____

Phone Number: _____



Who is a Community Connector?

A Community Connector is someone who:

- Has personal experience receiving mental health services
- Wants to give back to others in recovery
- Has received training in protecting your confidentiality and your rights as a research participant
- Is available to help you reconnect with things you like to do in the community



How can I make use of this program?

You can:

- Get to know your local community and all it has to offer you
- Have leaders or others accompany you on fun and interesting community outings
- Connect to people, places, and things where you feel welcomed and valued

What does the Program not do?

The Program does not:

- Replace your clinician or case manager
- Replace your existing social network – it builds or expands your own network!



A Community Connector will be in touch with you soon. Take advantage of this resource, and take charge of your own recovery!

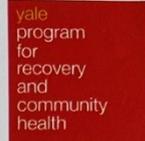


ANEXO 3: Lista de recursos baseados na web para planejamento centrado na pessoa

Web-based Resource List for Person-Centered Planning

SAMHSA National Consensus Building Initiative on Person-Centered Planning	http://www.psych.uic.edu/uicnrtc/cmhs/pfc/pfhome.htm
<i>Recovery Skill Builder: Interactive, Web-Based Learning in Person-Centered Planning</i> , New York Care Coordination Program on PCP	http://www.carecoordination.org/recoveryplanning/Default.aspx
SAMHSA Interactive Website on Shared-Decision Making	http://www.samhsa.gov/consumersurvivor/sdm/StartHere.html
Adams, N. and Grieder, D., <i>Treatment Planning for Person-Centered Care: The Road to Mental Health and Addiction Recovery</i> , 2005, Elsevier	Can be purchased at: http://books.elsevier.com www.carf.org www.amazon.com
Getting in the Driver's Seat of Your Treatment: Preparing for Your Plan , Tondora, Miller, Guy, Lanteri	http://www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/publications/PCRToolkit.pdf
SAMHSA National Recovery to Practice Initiative	http://www.dsgonline.com/RecoveryToPractice
Planetree/Picker Institute Patient Centered Care Improvement Guide	http://www.patient-centeredcare.org/index.html
WRAP (Wellness Recovery Action Planning) Planning	www.copelandcenter.com
Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care, CT Department of Mental Health	http://www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/publications/practiceguidelines.pdf
Self-determination Tools – “This is Your Life: Creating your Self-Directed Life Plan” National Resource Center on Psychiatric Disability	http://www.cmhsrp.uic.edu/nrtc/tools.asp
National Resource Center on Psychiatric Advance Directives	http://www.nrc-pad.org/

**ANEXO 4: Certificado de participação no Simpósio Recovering Citizenship II:
community, national, and international perspectives**



**RECOVERING CITIZENSHIP II:
Community, National, and International Perspectives
May 15-17, 2018**

15 May 2018

Dear ANA LÚCIA FABRÍCIO CIDADE,

Thank you for attending the 2018 Symposium, *Recovering Citizenship II: Community, National, and International Perspectives*, of the International Recovery and Citizenship Council (IRCC). This symposium was sponsored by the IRCC, the Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services (DMHAS), and the Program for Recovery and Community Health of the Yale School of Medicine, Department of Psychiatry and Connecticut Mental Health Center.

This 2018 symposium included individual and group discussions, panels, and working groups, as follows:

Tuesday, May 15th

- *National and International Panel: Current Issues, Challenges, and Innovations* ____
- *Breakout Groups: Practice & Supports, Policy & Advocacy, Community, and Research* ____
- *Introduction to Collective Citizenship* ____
- *F.A.C.E (Focus-Act-Connect-Every-day)* ____
- *Mural-Making & Dinner* ____

Wednesday, May 16th

- *Keynote Address: Methodological challenges in recovery assessment instruments' transcultural adaptation:* ____
- *International Research: Scotland & Citizenship Measure Development* ____
- *Musical Intervention* ____
- *World Café & Discussion* ____
- *A Little Magic* ____

Thursday, May 17th

- *IRCC Planning Day*
- *Follow-up and planning on topic committees* ____
- *Proposal and discussion of collaboration with ISPS* ____
- *Discussion of next symposium/conference and adjournment* ____

You attended the sessions or, if you attended a full day or days, the day(s) checked above. Thank you for lending your expertise and participation to this symposium. We look forward to seeing you at future IRCC events and to working with you on collaborative ventures that these events and opportunities to meet and talk to each other inspire.

Best regards,

Rosana Onocko Campos, M.D., Ph.D.

Michael Rowe, Ph.D.